



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Depresión, ansiedad y apoyo social en cuidadores primarios informales  
de pacientes del área de Urgencias Médicas: un estudio confirmatorio**

**TESIS**

Que para obtener el Título de

**Licenciado en Psicología**

**PRESENTA**

Alma Haide Guerrero Martínez

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

REVISORA: Dra. Angélica Juárez Loya

SINODALES:

Mtra. Angelina Guerrero Luna

Dra. Mariana Gutierrez Lara

Mtra. Karla Suárez Rodrigues



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 y dedicatorias**

Cuando comencé la licenciatura no tenía idea de todas las aventuras, conocimientos, prácticas y recuerdos que gestaría durante estos años, hoy no cabe duda que no soy la misma que cuando empezó todo y me llena de felicidad ver todos estos cambios. Comenzare por agradecer a todo los que me han apoyado en este camino sin su ayuda no habría podido lograr estar hasta aquí:

A la Universidad Nacional Autónoma de México que desde el Colegio de Ciencias y Humanidades me doto de excelentes oportunidades para aprender, crecer y desarrollarme personal y profesionalmente.

A mi director de tesis el Dr. Edgar Landa Ramírez, gracias por guiarme, creer en mí, y apoyarme no solo en este proyecto sino también la orientación, la escucha y mano amiga presente en todo momento desde las clases práctica, profesionales, el siniestro pero enriquecedor servicio social, (fuiste pieza clave de esos días para ver luz al final del túnel) hasta poder participar en el equipo de psicología urgencias, Edgar tienes mi respeto, gracias por tu paciencia y entrega a esta profesión, hay pocas personas que me inspiren en este mundo y tu eres una de ellas.

A mi asesora de tesis Angélica Juárez Loya, gracias por todo tu apoyo profesional y personal, te conocí chiquita en los primeros semestres y también te vi crecer a ti, eso me llena de mucho orgullo y felicidad, Angie gracias por todo tu apoyo incondicional, porque no importase el momento siempre me ofreciste tu mano, consejo y asesoría, eres una mujer excepcional, un gran ser humano, tu eres otra de las personas que admiro en esta vida personal y profesionalmente aun mantengo lo que te dije una vez “cuando sea grande quiero ser como tú”, en ti no solo encuentro una asesora también una amiga, gracias

A mis sinodales: maestra Angelina Guerrero Luna, gracias por ser tu tan única, por compartir tu experiencia clínica conmigo, por apoyarme en todo momento, fuiste una de las primeras personas en creer en mi, aún recuerdo la primera vez que nos vimos, he aprendido tanto de ti profesional y personalmente me ayudaste a romper con muchos de mis prejuicios entre ellos los relacionas al envejecimiento y vejez, las prácticas en la fundación Héctor Vélez y de la Rosa, el seminarito de envejecimiento, el blog, los coloquios y eventos son momentos que guardo con mucho cariño en mi memoria, juntas construimos un equipo de trabajo muy bonito y no solo profesionalmente, sino también personalmente, dirían los usuarios de la fundación eres como mi segunda, gracias por esas aventuras por ayudarme a madurar y crecer. Dra Mariana gracias por todo su apoyo no solo en este proceso de titulación sino también durante la carrera es usted sin duda inspiración y fuente de apoyo sincero a quien se puede recurrir, me guio con mi servicio social y en la recta final (como lo llamábamos en clase de adicciones) para replantearme el curso y mis intereses respecto a la

psicología clínica y de la salud, me dio la oportunidad de ser participe en las bienvenidas a las generaciones de la facultad detrás de pumita mascota, recuerdos que llevare siempre conmigo, gracias por todo. Maestra Karla, quien sin conocerme aceptó ser complice de este proceso y apoyarme incondicionalmente aun después de estar saliendo de la tan aclamada enfermedad que marco nuestro 2020 gracias por sus atenciones y apoyo en todo momento.

A mi familia, sobre todo a mis padres y hermana, por apoyarme sin importar cualquier imprevisto supimos afrontar todas las situaciones, mamá gracias por escucharme, por tus abrazos, tú paciencia, tus palabras de aliento y más; papá gracias por mantener firme la familia, por ser faro, por tu luz, por estar ahí aunque a veces no entendieras el como ni el porque de las cosas, siempre creíste en mí; hermana no tengo palabras para agradecerte, tu apoyo fue fundamental, lo es y será siempre, los amo, gracias, sin ustedes no sería igual.

A Omar García Bello, compartimos juntos muchos recuerdos, experiencias y saberes en las aulas, me ayudaste a volver a mi camino cuando me creí perdida y a pesar de todas las adversidades que hemos tenido que enfrentar no quitas el dedo del renglón, eres una de las personas que más amo en esta vida, gracias por asesorarme y ayudarme con mis análisis estadísticos, sin su expertos con R No hubiera sido posible que le entendiera a la lógica del programa, siempre estas cuando te necesito, gracias por ser y existir, por permitirme compartir esta e contigo.

A mis amigas y amigos de la facultad, Ana Corona, mientras los adultos mayores con su fiestera pastorela nos invitaron a empezar practicas profesionales, pasamo tiempo juntos, descubrimos mucho juntas y descubrimos una amistad especial... del tipo que cambia vidas y dura para siempre donde nunca creímos pasaría; Araceli Molina, amiga su serenidad y escucha siempre presente, descubrí en ti mucha paz y estabilidad, me has apoyado siempre, recuerdas nuestro primer caso, ja sin ti quia no me hubiera atrevido a ello, gracias por todo, Betsabé Hernández, la chica del vestido rojo con una sonrisa en el rostro, ¿Cómo fue que no nos conocimos antes, si ambas fuimos a CCH? Como sea se que te conocí en el momento indicado y nos hemos divertido, apoyado, llorado y reído en mil momentos, gracias por ser tu y estar ahí incondicionalmente y Brandon Alonso, amigo del alma, de mis primeros amigos en la facultad, sin saberlo construimos una amistad profunda y aunque a vece nos distanciamos estamos cuando debemos estar tanto para lo bueno como para lo malo, gracias por tantas risas, por los abrazos y consejos, por nuestro primer trabajo con los contadores haciendo lo que más nos gusta, por ser pumita y más, gracias; ustedes han sido compañeros y colegas que han estado siempre han estado presentes en este trayecto universitario, con ustedes crecí, reí, llore, me divertí, nos estresamos, aprendimos y más, gracias por apoyarme a ser mejor, por escuchar, por su paciencia, abrazos y palabras de aliento que sin duda más de una vez fueron cruciales para mi.

A mis amigos de la infancia Luis alias retazo y Melisa son testigo de todo y siempre están presentes en mi vida, desde hace más de 10 años, amigos son pocos y ustedes son otro tesoro de etapas previas a esta y aun perdura y ha durado sobre todas las coas, gracias por toto y pot tanto.

Por último, me gustaría agradecer a Psicología Urgencias que desde que los localice por primera vez en Facebook pensé yo algún día estaré ahí, gracias por recibirme con los brazos abiertos, por enseñarme a cerca de la importancia del trabajo en equipo, de la importancia de la practica basada en evidencia en psicología, de técnicas de intervención, semanarios, clases y demás orientados a la práctica clínica y de investigación, porque esto me ha formado. Daniela Hidalgo tu buena actitud me saco siempre una sonrisa, Xiadani Noriega y Andrea Lagunes mujeres valientes y fuertes me enseñaron sobre límites y asertividad, Alma Licon tu sensibilidad, empatía y apoyo fueron indispensables, Viridiana Eslava no se como no te conocí antes tu risa no risa, humor característico me impulso en los malos días; a los compañeros del hospital: Miriam cuya sororidad es inquebrantable, Anahí por tu capacidad de escucha, Ixchel siempre tan sincera y sensible, Ximena tu optimismo y entrega fueron motivadoras, Lesly amiga más mexicana que peruana, Carlos, Alejandro, Ale Santana y Nadia su apoyo me guio en las dudas puntuales. de todos he aprendido tanto, los estimo en demasía y agradezco infinito.

## Índice

<i>Contenido</i>	<i>Páginas</i>
1. Resumen.....	6
2. Capítulo 1. Transición Epidemiológica Psicología De La Salud.....	8
3. Capítulo 2. Sintomatología Ansiosa, Depresiva y Apoyo Social En El Cuidador Primario de Pacientes del Área de Urgencias.....	26
4. Método.....	43
5. Resultados.....	56
6. Discusión.....	66
7. Referencias.....	78
8. Anexos.....	103

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue identificar la relación entre la ansiedad, depresión y apoyo social de los Cuidadores Primarios Informales (CPI) del área de Urgencias Médicas. Se realizó un estudio transversal y correlacional, en donde se evaluaron a 232 CPI del área de Urgencias de un hospital general del a Ciudad de México. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Apoyo Social Percibido (por sus siglas en inglés, MOS). Los resultados indicaron que la media de edad fue de 47.36 años, el 71.74% fueron mujeres, el 68.26% presentó sintomatología ansiosa, 48.7% sintomatología depresiva y el 67.25% contó con apoyo social alto, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a las variables. En cuanto a la relación de las variables, para ansiedad y depresión se identificó una correlación positiva, fuerza de asociación moderada y estadísticamente significativa ( $r_s=0.71$ ,  $p \leq 0.001$ ). En el caso de ansiedad y apoyo social percibido una correlación negativa, fuerza de asociación débil y estadísticamente significativa ( $r_s=-0.25$ ,  $p \leq 0.001$ ); para depresión y apoyo social, una correlación negativa, fuerza de asociación baja pero estadísticamente significativa ( $r_s=-0.38$ ,  $p \leq 0.05$ ). Se discuten las implicaciones de los resultados a la luz de la literatura internacional.

**Palabras clave:** *Apoyo Social, Ansiedad, Depresión, Cuidador Primario Informal.*

## Abstract

The objective of this research was to identify the relationship between anxiety, depression and social support of the Informal Primary Caregivers (CPI) of the Medical Emergency area. A cross-sectional and correlational study was carried out, where 232 CPIs from the emergency department of a general hospital in Mexico City were evaluated. A sociodemographic questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Perceived Social Support Scale (MOS) were applied. The results indicate that the mean age is 47.36 years, 71.74% were women, 68.26% presented anxiety symptoms, 48.7% depressive symptoms and 67.25% had high social support, no statistically significant differences were found between men and women with respect to the variables. Regarding the relationship of the variables, for anxiety and depression a positive correlation, moderate and statistically significant strength of association ( $r_s = 0.71$ ,  $p \leq 0.001$ ) was identified. In the case of anxiety and social support, a negative correlation, weak and statistically significant association strength ( $r_s = -0.25$ ,  $p \leq 0.001$ ). For depression and social support, a negative correlation, low but statistically significant association strength ( $r_s = -0.38$ ,  $p \leq 0.05$ ) The implications of the results are discussed in light of the international literature.

**Keywords:** *Social Support, Anxiety, Depression, Informal Primary Caregiver.*

## **Capítulo 1. Transición Epidemiológica y Psicología De La Salud**

El concepto de salud actual difiere de la idea que se tuvo sobre este en el pasado, ya que anteriormente se relacionaba estrechamente salud con enfermedad de tal manera que se consideraba portador de salud a aquellas personas sin padecimientos de tipo físico o biológico, no obstante esto ha evolucionado con el paso de los años hasta llegar a un concepto que considera también la calidad de vida y el estado de bienestar del individuo (Guerrero & León, 2008).

Actualmente se entiende como salud al estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, en este sentido, la salud mental es parte integral de la salud de las personas, la cual podría verse afectada por diversos factores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978), esta concepción ha sido resultado de diversos procesos históricos, políticos y sociales, los cuales permitieron que hoy día se entienda a la salud de esta manera.

Como preámbulo a lo anterior, en 1946 la OMS realizó una reunión en Nueva York (del 19 de junio al 22 de julio), de la cual se originó la Acta Constitutiva de la Organización, documento que se registró en el Official Records of the World Health Organization, en el que se dictaminó la definición de la salud y se estableció que todos los pueblos tienen derecho a ella sin importar raza, religión, ideología política o condición económica o social, así mismo se recalcó la responsabilidad de los gobiernos en lo que respecta a medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Otro de los eventos que suma a la definición de salud actual, es el texto *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine* publicado en la revista *SCIENCE*



por Engel en 1997. En el texto se recalca que el modelo es reduccionista y exclusivista debido a que la salud y enfermedad son definidos en términos de parámetros somáticos, asumiendo que el lenguaje de la química y física son suficientes para explicar todos los fenómenos que ocurren en medicina, por lo que todo aquello que no pueda ser explicado por estos lenguajes queda fuera del interés de la medicina, en este sentido las enfermedades mentales no tienen cabida; lo anterior fomenta que el modelo tome una postura dualista (mente- cuerpo) dado que únicamente lo físico( lo del cuerpo o corpóreo) sea viable y válido para ser sujeto de estudio e interés en medicina haciendo a un lado el estudio de fenómenos mentales.

Así pues, el modelo biomédico comienza a comportarse de forma dogmática bajo la perspectiva cultural de la medicina, dado que a pesar de que el modelo de ya no está siendo suficiente para explicar algunas enfermedades orgánicas, mentales o comportamentales, se insiste que se expliquen éstas bajo el modelo biomédico o bien se excluyen aquellas explicaciones que no entren dentro del mismo a pesar de que pudiesen aportar información relevante (Engel, 1977).

Después de todo, aferrarse al modelo biomédico propicia actitudes negativas respecto a asuntos psicosociales que aportan información relevante para efectividad de tratamientos y mejora de la salud de los pacientes, es por ello que se propuso un modelo biopsicosocial el cual mantiene ventajas del modelo biomédico y considera otros aspectos como lo son los patrones del cuidado de la salud acorde a las necesidades del paciente, contexto social y los cambios sociales, favoreciendo así la salud del paciente, la atención que brinda el médico y el sistema de atención de salud en general (Engel, 1977).

Sumado a lo anterior un año después, en septiembre de 1978 se realizó una conferencia internacional en una ciudad de Kazajistán llamada Alma-ata, en donde se creó un documento al que se le nombró Declaración de Alma-ata, en este se expresó la necesidad de una acción urgente centrada en la protección y promoción de la salud por partes de todos los gobiernos y profesionales sanitarios; se ratificó la salud como derecho fundamental del ser humano, así mismo, se reconoció que la salud forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de las comunidades (OMS, 1978).

Recientemente, en 2018 se llevó a cabo una reunión en la ciudad de Astaná ubicada en Kazajistán del 25 al 26 de octubre del mismo año, tras esa reunión surgió un documento al que se le nombró Declaración de Astaná en el cual la OMS menciona que los gobiernos y sociedades deben dar prioridad a la salud y bienestar de las personas, promoviendo, protegiendo tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos; para lograr solidez en los sistemas de salud en la declaración de Astaná se propone intervenir en niveles de atención primaria, considerándola como piedra angular que una vez fortalecida permite tomar acciones más inclusivas, eficaces y efectivas, con lo que además se mejorará la salud física y mental de las personas impactando a su vez en su bienestar social (OMS, 2018).

Son diversos los acontecimientos los que han fungido como parteaguas en la definición de salud actual; sin embargo, a pesar de ser piezas clave y de las aportaciones que han otorgado en el área de la salud no son suficientes para visualizar el porqué de estos cambios y en afán de comprender mejor esto se han generado modelos explicativos y propuestas teóricas como lo es el estudio de la epidemiología y las transiciones epidemiológicas.

Se recurre al uso de la epidemiología ya que ésta usa un método de razonamiento e inferencia biológica derivada de observaciones de fenómenos de enfermedades en grupos de la población (Frérot et al., 2018) en ese sentido estudia la distribución y los determinantes de estados o eventos relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud (OMS, 2019).

Así mismo, se recurre al uso conceptual de la transición epidemiológica, para referirse al “cambio complejo en los patrones de salud y enfermedad y en las interacciones entre estos patrones y sus determinantes y consecuencias demográficas, económicas y sociológicas” (Omran, 1971, p.731).

Respecto a las transiciones epidemiológicas Armelagos et al. (2005) mencionan que existen al menos tres transiciones por las que ha pasado la humanidad, así mismo postulan que en el periodo paleolítico las poblaciones estuvieron expuestas constantemente a patógenos mientras estas buscaban alimento y a pesar de ello no parece que hayan presentado infecciones endémicas sino más bien presentan algunas complicaciones por picaduras de insectos, al comer carne contaminada y fiebres recurrentes, las cuales podrían causarles la muerte por lo que la expectativa de vida era cercana a los veinte años, probablemente la característica nómada de estas poblaciones fungió como un factor protector. Después del paleolítico se pueden agrupar tres grandes etapas de transición epidemiológica:

### **1. Primera transición epidemiológica:**

Caracterizada por el cambio económico, nace el desarrollo de la agricultura, la domesticación de los animales; lo cual permitió el asentamiento de las poblaciones y con

esto la aparición de infecciones tras la constante exposición a patógenos, virus y desechos provocando que las poblaciones sufriesen pandemias infecciosas y enfermedades como tuberculosis, sarampión, viruela entre otras, la esperanza de vida no era mayor a veinte años.

## **2. Segunda transición epidemiológica:**

Surge aproximadamente hace un siglo, tras las medidas de salud pública, se notó una mejora en la nutrición y la medicina, medidas que trajeron consigo disminuciones en la mortalidad por enfermedades infecciosas, aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas como enfermedades cardiovasculares y diabetes, del mismo modo se observa aumento de la esperanza de vida derivada de avances tecnológicos y culturales lo cual permitió que mayor parte de la población alcance la vejez con un promedio de edad de alrededor de cincuenta años.

## **3. Tercera transición epidemiológica**

Las poblaciones humanas están entrando en el tercera transición epidemiológica en la que hay un resurgimiento de enfermedades infecciosas que previamente se creía que estaban bajo control, dado que los patógenos han emergido o reemergen porque se han vuelto resistentes a los antibióticos, aunado a esto durante esta transición la desigualdad social continúa aumentando favoreciendo la aceleración y mantenimiento de enfermedades crónico degenerativas o bien la aparición de nuevas enfermedades, a pesar de lo anterior los avances tecnológicos han permitido que la esperanza de vida rebase los cincuenta años.

Las tres transiciones anteriores parecen tomar mayor sentido y se sustentan en gran medida por la teoría de la transición epidemiológica, propuesta por Omran (1971), la cual fue publicada en El Milbank Memorial Fund Quarterly en 1971. La teoría intenta describir y desenredar los determinantes y las consecuencias de los cambios en los patrones de enfermedades que han acompañado a la modernización dicho documento es uno de los más citados cuando se trata sobre lo histórico y referente a la demografía de las poblaciones, es considerado un clásico en ese sentido (Omran, 1971; Weisz & Olszynko-Gryn, 2009). La teoría se basa en cinco premisas fundamentales:

Premisa 1: La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población y marca el inicio de las transiciones epidemiológica; la mortalidad proporciona información relevante acerca de los cambios de la población desarrollados a lo largo del tiempo, lo cual permite entender, predecir, inferir e identificar patrones de comportamientos, tendencias y necesidades de la población.

Premisa 2: Durante una transición epidemiológica se producen cambios en los patrones de mortalidad y enfermedad lo cual genera desplazamiento de las enfermedades, pasando de las infecciosas a las degenerativas y causadas por el hombre determinadas por factores: ecobiológicos (agente o huésped, medio, patógeno) socioeconómicos, políticos y culturales (estándares de vida, hábitos de salud, alimentación e higiene como subproducto del cambio social y no el resultado del diseño médico) así como por determinantes médicos y de salud pública (medidas preventivas y curativas específicas para combatir enfermedades y el desarrollo de terapias).

Durante la transición se distinguen tres momentos de cambio en la tasa mortalidad, durante las pandemias existe fluctuación de la mortalidad y poca crecimiento de la población y esperanza de vida, oscilando entre 20 a 40 años, (era de la peste y la familia) posteriormente la esperanza de vida aumentó hasta llegar a estar entre 30 a 50 años( era de las pandemias en retroceso) y por último sigue aumentando la esperanza de vida rebasando los 50 años, por lo tanto una sobre población y mayor número de personas con enfermedades degenerativas, siendo esta una de las principales causas de muerte (era de las Enfermedades Degenerativas y Artificiales).

Premisa 3: Durante la transición epidemiológica existen riesgos relativos de mortalidad en los patrones de salud-enfermedad dependiendo de la edad y sexo; principalmente en niños pequeños y lactantes, así como, en mujeres jóvenes de edad reproductiva, ambos grupos tienen mayor susceptibilidad a las enfermedades infecciosas, conforme avanza la tecnología y la modernidad de la población se observan mejoras de los estándares de vida en tanto a nutrición y medidas de sanitarias lo cual permite que la mortalidad de estas poblaciones disminuya.

Premisa 4: Los cambios en los patrones de salud- enfermedad están estrechamente asociados con las transiciones demográficas y socioeconómicas de la modernización; los factores que pueden fomentar o cesar el aumento pueden atribuirse a factores: biofisiológicos (aumentos en la esperanza de vida provoca el aumento de natalidad en las poblaciones), socioeconómicos (mejora en la alimentación, medidas de saneamiento y mejoras en la tecnología de control de la natalidad), psicológicos o emocionales (mejoras en la expectativa y percepción de las condiciones ambientales, de protección, atención y

educación lo cual favorece mejoras en las relaciones interpersonales y fomentan una actitud positiva hacia la práctica compensatoria de los niños perdidos).

Premisa 5: Las variaciones peculiares en el patrón, el ritmo, los determinantes y las consecuencias de la población cambian, lo cual permite identificar con mayor claridad cuáles son las problemáticas que aqueja a las poblaciones y a cuales se deben centrar las políticas públicas, para tratar de explicar esto se han desarrollado modelos básicos de la transición epidemiológica:

1) El modelo clásico u occidental: describe la transición de alta mortalidad y natalidad que ha acompañado a la modernización después de las pandemias, hambrunas y las lentas e inestables tasas demográficas así como el desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre.

2) Modelo acelerado: describe la transición de alta mortalidad y natalidad que ha acompañado a la modernización después de las pandemias, así como el desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre observados en menos de tres generaciones en ciertas zonas geográficas, principalmente Japón, así mismo destaca la necesidad del control de la natalidad y el aborto.

3) Modelo contemporáneo o tardío: describe la transición relativamente reciente de los países en desarrollo, los países de América Latina, África y Asia se ajustan a este modelo, caracterizados por la disminución de la mortalidad tras el cambio de siglo así mismo la falta de medidas de salud pública dejaron en estos países niveles altos en la fertilidad y mortalidad principalmente en mujeres en jóvenes en edad reproductiva y niños.

La propuesta teórica de Omran sobre transiciones epidemiológicas ha servido como marco de referencia para comprender las relaciones entre los patrones de salud y enfermedad humana y el desarrollo económico ha acompañado a la modernización (Weisz & Olszynko-Gryn, 2009; Zuckerman et al., 2014) a pesar de ser usada se emplea con poca frecuencia en epidemiología debido a que esta mantiene un enfoque en enfermedades únicas y causas inmediatas (Zuckerman et al., 2014).

De acuerdo con Weisz & Olszynko-Gryn (2009) la teoría tuvo la intención de vincular aquellos esfuerzos encaminados al control de la población en los años sesenta y setenta de las instituciones de salud estadounidenses e internacionales, así como fomentar la creación de una nueva subdisciplina enfocada en la epidemiología de la población, sin embargo, la teoría de Omran no logró este objetivo. A pesar de lo que menciona Weisz & Olszynko-Gryn (2009) la propuesta de Omran sigue siendo una de las teorías más citadas pues no solo se desarrolla la teoría sino también se ejemplifica y sustenta, lo cual permite entender cómo a lo largo de la historia existen cambiantes relaciones ecológicas entre humanos, patógenos y otras enfermedades, así mismo, permite visualizar cómo el modelo biomédico de salud durante algún tiempo fue funcional y cómo poco a poco se fue quedando corto con la aparición de las enfermedades crónico degenerativas causando como dijo Engel (1977) la crisis de la medicina razón por la que nació la propuesta de un modelo a biopsicosocial.

Tomando en cuenta lo anterior, el campo de la salud comenzó a ser más amplio y permitió el surgimiento de otras áreas y disciplinas que abonan en pro de la salud, una de ellas es la psicología, la cual en sus orígenes retomó aspectos del modelo biomédico a través de personajes como Helmholtz, James, Wundt con el enfoque psicofisiológico, más



tarde el Análisis Experimental de la Conducta y al Análisis Conductual Aplicado abonaron para que en los años setenta sugiera formalmente la psicología de la salud y medicina conductual (Wallston, 1996).

Otros eventos que dieron pauta a la creación de Psicología de la Salud y medicina conductual están directamente relacionados con el modelo biopsicosocial de salud/enfermedad propuesto por Engel y por los avances tecnológicos para el cuidado de la salud y la enfermedad (Roales Nieto, 2004). Cronológicamente hablando, de forma oficial surge primero la medicina conductual tras la Yale Conference on Behavioral Medicine, celebrada en la Universidad de Yale entre el 4 y el 6 de febrero de 1977, donde se acordó que la medicina conductual tomaría una posición conceptual respecto al estudio y cuidado de la salud y la enfermedad de forma interdisciplinario que permitan el desarrollo, comprensión, integración de técnicas a favor de esta (Roales Nieto, 2004; Wallston, 1996).

Por otro lado, de acuerdo con Millón et al. (1982) la psicología de la salud comienza a perfilarse en Estados Unidos a mediados del siglo XVIII cuándo un grupo de investigadores intento introducir principios de la psicología a programas de Medicina (Bazán Riveron, 2003) sin embargo, no fue hasta agosto de 1975 que un grupo de personas interesadas a temas de salud discutió una propuesta para organizarse dentro de la División 18 (Psychologists in Public Service) de la American Psychological Association (APA) la demanda e interés en el área propició el desarrollo de la División 38 de la APA a través de la Sociedad de Psicología de la Salud, en la cual se estipuló como la encargada de las actividades de investigación, educación y servicios básicos y clínicos entorno a salud y enfermedad (Grau & Hernández, 2005; Rodin y Stone, 1987).

Aunado a lo anterior en la década de 1970 surgió una subespecialidad enfocada para la atención psicológica de pacientes con cáncer a la que se nombró como psicooncología, la cual nació de la necesidad de atender necesidades de tipo emocional a los afectados e involucrados con el diagnóstico, tanto a pacientes como a familiares y encargados del cuidado del paciente, ya que el estigma hacia la enfermedad era tan grande que fomentó que muchos paciente diagnosticados con cáncer muriesen sin conocer su enfermedad y aquellos que lo sabían prefirieran omitir hablar del tema por temor a las repercusiones lo cual redujo sustancialmente el número de personas que acudían a recibir tratamiento (Holland, 2002).

Es así como a lo largo del tiempo la psicología en el área de la salud se ha ido perfilado como una disciplina orientada a la educación, promoción y mantenimiento de la salud, mediante la la prevención, tratamiento e identificación factores afines al proceso de salud y enfermedad (Matarazzo, 1980). Partiendo de lo anterior, la psicología de la salud y medicina conductual están estrechamente relacionadas entre sí, la diferencia entre una y otra radica en la interacción con otros especialistas de la salud; cuando los psicólogos colaboran con colegas de otras disciplinas enfocadas a salud en la resolución de problemas o proyectos de interés mutuo se trata de medicina conductual, sin embargo cuando esta colaboración está ausente, o dicha colaboración es exclusiva con otros psicólogos, se habla de psicología de la salud (Wallston, 1996).

Tanto medicina conductual y psicología de la salud tiene dos grandes áreas de aplicación la salud y enfermedad, cada una con sus diferentes niveles de intervención y objetivos específicos; paradójicamente las intervenciones para ambas no son tan diferentes, pues coinciden sobre el mismo objetivo de intervención (un individuo,

institución, comunidad o grupo) dado que la salud es estado fluctuante a lo largo de un continuo por lo tanto salud y enfermedad coinciden en algún momento (Roales Nieto, 2004) y generalmente están ligadas con la parte clínica, aplicando sus intervenciones en escenarios como hospitales, clínicas, centros de desarrollo, asilos de ancianos, casas de asistencia (Bazán Riveron, 2003) donde se presta atención a las conductas y variables que pudieran estar mermando o favoreciendo la salud (Sánchez Sosa, 1998).

En un principio la psicología de la salud estaba relacionada únicamente con psiquiatría, situación que ha venido cambiando con el paso de los años, ahora la psicología tiene lugar en áreas médicas como oncología, pediatría, cardiología, transplantología, cuidados intensivos, medicina interna, cirugía bariátrica, cuidados paliativos y nutrición clínica (Morales-Catalayud, 1997) en donde realiza diferentes intervenciones dependiendo de las necesidades y objetivos de la misma.

Las aportaciones de la psicología de la salud son de gran utilidad ya que permiten conocer por ejemplo el nivel de estrés que genera ingresar a estas áreas, ver cómo reaccionan los pacientes y cuidadores tras el diagnóstico de una discapacidad severa o de una enfermedad crónica o potencialmente mortal, así como las modificaciones en la dinámica familiar, ya que el cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan, no solo de tipo físico, sino también de tipo mental, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona (Barrón & Alvarado, 2009).

Al mismo tiempo el trabajo psicológico se puede identificar en diferentes etapas o niveles sanitarios de intervención que permitan la atención de forma ordenada y

estratificada, estos niveles de acuerdo con autores como Fernandes et al. (2009) y Wahauss (2005) se centra en tres niveles:

El primer nivel se enfoca a la prevención, promoción y educación para la salud; generalmente las intervenciones están enfocadas en prevención de trastornos del estado de ánimo. En una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorios se encontró que las intervenciones psicológicas y educativas para prevenir la depresión en los asistentes de atención primaria no deprimidos tienen un efecto preventivo modesto aunque estadísticamente significativo (Conejo-Cerón et al., 2017).

Otras intervenciones en este nivel se han orientado al desarrollo de programas de atención médica y educación terapéutica de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes tipo 2, en estos programas se enfatiza importancia de la educación e intervención temprana, para la reorganizando recursos para favorecer la reducción de estos pacientes en la atención hospitalaria (Colungo et al., 2018).

Por su parte el segundo nivel se centra en procedimientos terapéuticos, acompañamiento de pacientes y familiares antes, durante y después de la evaluación, diagnóstico y rehabilitación. En este nivel de atención se han realizado intervenciones con mujeres embarazadas para mejorar la sintomatología depresiva, para lo cual se realizó un ensayo controlado aleatorizado exploratorio de grupos paralelos en cinco hospitales, se comparó la autoayuda guiada antes y durante el embarazo, encontrando altos niveles de aceptabilidad, así como falta de eventos adversos y una tendencia hacia mejoras en los síntomas de depresión después del tratamiento (Trevillion et al., 2019).

Mientras que el tercer nivel requiere de un trabajo mucho más coordinado con diversas especialidades dado que se enfoca a la atención con pacientes, así como el trabajo con la familia de enfermedades crónicas degenerativas o terminales (Fernandes et al., 2009; Wahauss, 2005). En este último nivel de atención existen múltiples intervenciones psicológicas, son intervenciones de cuidados paliativos y control del dolor generalmente a través de terapia cognitiva conductual (Higgins et al., 2018)

Siguiendo la misma línea, queda claro que la salud es un continuo que se encuentra presente en todas y cada una de las etapas del ciclo vital, teniendo la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo y en cualquier contexto (OMS, 2018) como lo son los ámbitos hospitalarios, en los cuales la atención a la salud se centra a factores orgánicos de los pacientes, dejando fuera aspectos psicológicos de sus cuidadores y del personal de salud; a pesar del crecimiento exponencial en sus áreas clínicas y de investigación a nivel nacional como internacional todavía no se han abordado algunos desafíos, como lo es la implementación del modelo biopsicosocial en la intervención hospitalaria en algunas especialidades médicas (Cunha et al., 2009).

Existen diversas investigaciones en contextos hospitalarios y evidencia empírica a nivel internacional, los cuales se centran principalmente en los problemas psicológicos presentes en pacientes como: depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, abuso de sustancias, baja adherencia al tratamiento de alguna enfermedad, ideación suicida, apoyo social, entre otras (Babeva, Hughes & Asarnow, 2016; Dugas, et al., 2019; Eken et al., 2010; Haines, et al, 2015; Jeong & An, 2017; Roebuck et al., 2018; Totten et al., 2014).

La información de estas intervenciones se ha realizado en poblaciones de pacientes hospitalizados con enfermedades terminales o crónicas degenerativas. La experiencia hospitalaria puede resultar estresante no solo para los pacientes que ingresan a estas áreas críticas, también lo es para los cuidadores, ya que, tras el diagnóstico de una discapacidad severa o de una enfermedad crónica o potencialmente mortal, suele modificarse significativamente la dinámica familiar, pues el cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan, no solo de tipo físico, sino también de tipo mental, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona (Barrón & Alvarado, 2009; Uribe, 2006) es por ello que es de suma relevancia trabajar con esta población en áreas como urgencias pues los resultados de las investigaciones realizadas a pesar de compartir el escenario hospitalario no son totalmente generalizables al área de urgencias médicas, dado las características de ese servicio (Lara, et al., 2016; Quintana López, Díaz & Care, 2018).

Generalmente en el área de urgencias hospitalarias o departamento de urgencias hay una alta demanda de pacientes, lo cuales requieren atención rápida para salvaguardar vida y función, para ello se implementa el sistema de clasificación y a priorización de atención llamado triage, en donde se asignan dinámicamente las prioridades conforme el monitoreo de signos vitales y biosensores (Billis et al., 2019) postergando así tanto la atención como la investigación de aspectos psicológicos y sociales tanto de pacientes como de sus cuidadores.

Históricamente los departamentos de urgencias se han desarrollado en gran medida durante periodos bélicos motivo por el cual algunas de sus estrategias, técnicas y

herramientas se centran en salvaguardar la vida, función y estética , siendo así que las características de estos servicios difieren de otras áreas de los contextos hospitalarios (Castillo-de los Santos, 2017; Rocha luna, 2009). Formalmente la medicina de urgencias surgió en Estados Unidos en 1968 tras la creación del American College of Emergency Physicians con el primer programa de residencia en medicina de urgencias en la Universidad de Cincinnati; en 1975 surge el consejo de certificación y en 1979 el programa se incorpora al Consejo Americano de especialidades médicas, diez años después se crea la Federación Internacional de Medicina de Emergencias siendo los miembros fundadores: Australia, Canadá, Estados Unidos e Inglaterra. En la actualidad la federación cuenta con 66 miembros, México es miembro desde 1999 (Alagappan & Holliman, 2005; Castillo-de los Santos, 2017).

Dado el origen y el desarrollo y objetivo de urgencias pareciera ser entendible por qué en esta área no se ha dado un desarrollo exhaustivo de factores psicológicos dentro de esta población, de acuerdo con autores como Landa- Ramírez y Murillo Cruz (2019) existen al menos dos motivos por los cuales debiera haber trabajo psicosocial en urgencias, la primera tiene que ver con el tener consistencia conceptual con la definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud, así como con el modelo biopsicosocial, los cuales recalcan que la salud no es solo debe considerarse en términos de ausencia de patógenos, sino que también, deben considerarse aspectos psicológicos y sociales presentes en el continuo de salud y enfermedad. El segundo tiene que ver con el gran cuerpo de evidencia empírica relacionada con el papel que fungen los problemas psicológicos presentes en pacientes, familiares y personal de salud dentro de contextos de urgencias hospitalarias. Se tiene registro de investigaciones internacionales que sugieren,

existen diversos problemas psicológicos en los pacientes (Eken et al.; 2010, Marco et al., 2019; Webster et al., 2012; Rose & Devine, 2014), familiares (Harrison et al., 2009; Salazar-Torres et al., 2019) e inclusive personal de urgencias (Wilkinson et al., 2017; Brindley et al., 2019) así como del papel de las intervenciones psicológicas en estos contextos, las cuales ayudan a pacientes, familiares y personal de salud a la adherencia a los tratamientos, funcionamiento y la calidad de vida, disminución del estrés y ansiedad (Kutz et al., 2017; Johnson et al., 2019; Totten et al., 2014; Eken et al., 2010) por mencionar algunos de los beneficios derivados de las intervenciones psicológicas.

A nivel nacional en el área de urgencias médicas se han realizados investigaciones sobre algunos factores psicológicos que pudiesen estar influyendo y mermando la salud de pacientes, cuidadores y personal que labora en un hospital de la ciudad de México en el área de urgencias, dicho trabajo ha sido impulsado desde el 2015 a través de un programa especializado en Psicología de Emergencia en el "Hospital General Dr. Manuel Gea González" de la Ciudad de México; el cual capacita a psicólogos desde licenciatura hasta doctorado a través de la clínica, consultorías metodológicas y estadísticas con personal especializado en psicología e investigación en salud, medicina conductual e investigación biomédica, lo anterior con la finalidad de crear redes de colaboración para la realización de proyectos de investigación e intervenciones supervisadas, que tienen como fin identificar necesidades psicológicas de pacientes y cuidadores (Landa- Ramírez & Murillo Cruz, 2019) estos aspectos concretos permiten perfilar esta área, lo cual a su vez permite la introducción del psicólogo en el ámbito de la salud como un profesional que aporta al crecimiento tecnológico y científico en materia de salud no solo en investigaciones sino también en la parte clínica (Bazán Riveron, 2003).



Dentro de este programa se tiene registrado un estudio de tesis en el área de urgencias con cuidadores primarios, cuyo objetivo fue identificar la relación que existe entre la sintomatología ansiosa, depresiva y de apoyo social, así mismo, ese trabajo de tesis, buscó describir las características que poseen los cuidadores de los pacientes de urgencias. Se evaluaron 100 cuidadores encontrando relación negativa baja, pero estadísticamente significativa, entre sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva, 58% de los cuidadores presentaron sintomatología ansiosa, 47% sintomatología depresiva y 45 % reportaron contar con apoyo social al momento de la evaluación (Hernández De la Cruz, 2018); sin embargo, esta investigación presenta algunas limitaciones: no se contempló una muestra representativa de la población ni se evaluaron exclusivamente a CPI, así mismo es literatura gris que no pasó por evaluación entre pares cegados a la información del autor.

Por lo anterior este trabajo pretende aportar información de dos variables que de acuerdo con la literatura parecen estar presentes en cuidadores en contextos hospitalarios, las cuales son ansiedad y depresión. La investigación se centra en identificar cómo se relaciona y comporta la sintomatología ansiosa y depresiva en cuidadores primarios informales de pacientes hospitalizados en el área de urgencias médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González y cómo el apoyo social que estos perciben pudiese contribuir y en qué medida como factor protector para estos, para lo cual retoma algunos aspectos de la investigación realizada por Hernández de la Cruz en 2018. Se invita al lector a consultar el siguiente capítulo donde se presenta y desarrolla detalle una investigación sobre las variables antes mencionadas: sintomatología ansiosa, depresiva y apoyo social en cuidadores primarios informales del área de urgencias médicas.

## Capítulo 2. Sintomatología Ansiosa, Depresiva y Apoyo Social En El Cuidador

### Primario

Recordando lo mencionado por la OMS (2018) a cerca de la salud, es importante destacar que esta es un continuo presente en todas y cada una de las etapas del ciclo vital así como cualquier contexto. Partiendo de esto último uno de estos contextos son las áreas de urgencias hospitalarias dónde se hace uso de técnicas y herramientas de la medicina de urgencias. De acuerdo con la OMS (2018), la medicina de urgencias es una disciplina mundial que puede ser un instrumento de prevención primaria; se enfoca en la atención secundaria de las enfermedades, la atención en situaciones de emergencia, el suministro de servicios en la comunidad, en el tratamiento del paciente, así como, en el suministro de atención en el servicio de urgencias de los centros hospitalarios; por tanto la medicina de urgencias coordina la atención de pacientes con múltiples proveedores desde la evaluación inicial, diagnóstico hasta su tratamiento (“Definition of Emergency Medicine”, 2016)

En los servicios de urgencias los pacientes ingresados se clasifican por medio del sistema de cinco niveles de *Triage*, el cual es definido como un proceso de categorización de pacientes por gravedad, de acuerdo a la lesión presentada; para la asignación de recursos, la atención de los pacientes se basa en la priorización de sus necesidades de tal manera que el sistema se fundamenta en la selección de los casos más graves, a los cuales se les otorga prioridad de tratamiento médico y, por lo tanto, un tiempo de espera menor para la intervención médica. El establecimiento de un sistema de triage es esencial para el profesional del área de urgencias ya que ayuda a la clasificación de la demanda del servicio; es un proceso que refleja tener una posición clave en la atención de emergencia hospitalaria (Gräff et al., 2018; Najafi et al., 2018).

Datos epidemiológicos internacionales como la Encuesta Nacional de Atención Médica Hospitalaria (National Hospital Ambulatory Medical Care Service, 2014) y la Encuesta Nacional de Cuidado Médico Hospitalario de Estados Unidos (2015) indican que en el 2014 alrededor de 141.4 millones asistieron al servicio de urgencias, mientras que en el periodo de 2014 –2015 hubo alrededor de 136,943 personas que asistieron al departamento de urgencias en Estados Unidos. De 2006 a 2016, se estimaron 1.400 millones de visitas de urgencias en todo el país. El número de visitas al servicio de urgencias entre 2013 y 2016 aumentó del 26% al 34%, la proporción de visitas a la sala de urgencias de personas sin seguro disminuyó, de tal manera que las visitas sin seguro representaron solo el 8% de las visitas en 2016 (Singer et al., 2019). Para el año 2017 el número de visitas estimado al servicio de urgencias médicas fue de 138.9 millones (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2017 Emergency Department Summary Tables, 2017).

Ahora bien, en Inglaterra se registraron 22.4 millones de usuarios dentro del servicio; para el año 2016 hubo 23.5 millones, de tal manera que la asistencia total aumentó en 5.2% en comparación con 2015, equivalente a un promedio de 3.200 personas más (Beker, 2017). Por su parte, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (por sus siglas en inglés NHS, 2018) muestra que las admisiones a los servicios de Urgencias han incrementado un 16% recientemente (65, 420 casos), se reciben en promedio 3,100 visitas por día más que en los últimos cinco años.

En el ámbito nacional, la agenda estadística de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2017) señala que se han atendido 657,127 pacientes dentro del servicio de Urgencias, 59.7% mujeres y 40.3% hombres. Las principales causas atendidas dentro del

departamento son por traumatismos y envenenamientos (148,117 casos), causas obstétricas directas (97,943 personas), infecciones respiratorias agudas (67,089 pacientes), enfermedades infecciosas intestinales (33,755).

Los pacientes que llegan a urgencias y requieren hospitalización generalmente gozan de alguien que los cuida, a juzgar por la literatura internacional, se ha definido un *cuidador* como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales, se refiere en gran medida a aquella persona que realiza tareas de carácter de apoyo (Bergero, 2000; Reyes, 2001; Rivas et al., 2018). Así mismo se habla de al menos dos clasificaciones en lo que respecta al tipo de cuidado: el cuidador profesional y el cuidador no profesional.

El primero, se refiere al cuidado que presta un profesional, institución pública o entidad, con o sin ánimo de lucro, ya sea en el hogar de la persona en situación de dependencia o en un centro destinado a tal efecto. El segundo, en cambio, hace referencia a una persona que proporciona cuidado a otra que tiene limitaciones en su autonomía para la ejecución de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, de modo no remunerado y no vinculado a un servicio de atención profesional, sino en virtud de una unión afectiva (Vázquez et al., 2014).

De tal manera que, un *cuidador primario informal (CPI)*, es la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria al paciente durante la mayor parte del día sin recibir remuneración económica y sin recibir capacitación al respecto (Badia Llach., 2004; Ruiz & Moya, 2012). Los cuidadores primarios ocupan un

lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. De acuerdo con la OMS (2015) los cuidadores primarios informales suelen ser familiares cercanos, pareja, amigos o conocidos quienes asumen la mayor parte del cuidado de la persona y sin recibir a cambio remuneración económica de por medio.

En una investigación epidemiológica de 58 países de distintos niveles socioeconómicos (n=258,793) se encontró que el 20% de la muestra tenía probabilidad de tener o desarrollar depresión derivado del cuidado de pacientes. Respecto al contexto mexicano, esta investigación reporta que, de 38, 746 cuidadores participantes, la mayoría son mujeres (33,901 personas) y se ubican en el rango de edad de 45 y 64 años (34,937 personas) (Koyanagi et al., 2018).

Por lo anterior el perfil sociodemográfico del cuidador primario informal apunta a una mayoría de mujeres (83.6%), quienes que se ven más sobrecargadas de trabajo de forma prolongada en el tiempo (Barrón y & Alvarado, 2009). Siguiendo esta misma línea, la mujer cuidadora usualmente es de bajos recursos (clase social baja), sin empleo remunerado (responsable de las tareas domésticas), con un bajo nivel educativo, familiar directo de la persona dependiente (pareja, hermana, madre, etc) y que convive con éste, el rango de edad de estas cuidadoras va de los 45 a los 65 años (Armstrong, 2005; Larrañaga et al., 2008).

Las problemáticas más reportadas en la literatura tanto en pacientes, como en cuidadores primarios informales se pueden agrupar en problemas físicos, sociales y psicológicos. Dentro de las afectaciones físicas se encuentran: desgaste físico, problemas de sueño, presencia de enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes y mayor riesgo de

muerte (Chung et al., 2010). En cuanto a afectaciones sociales más frecuentes se encuentran: aislamiento social, menor búsqueda de apoyo social, problemas económicos, dificultades laborales, puede afectar su capacidad para ejecutar comportamientos de cuidado e incidir en el pronóstico y riesgo vital de sí mismos, así como de su paciente (Hu et al., 2016; Van Bausekom et al., 2015).

Los pacientes hospitalizados y aquellos con enfermedades crónicas pueden llegar a desarrollar ansiedad y depresión, las cuales son inducidas por el ambiente hospitalario, puesto que ya éste suele ser desconocido, poco privado, con exposición a instrumentos u objetos extraños, así mismo se presenta estrés y preocupaciones financieras, lo cual aumenta con la prolongación en el hospital (Mirani et al., 2019). Entre un cuarto y la mitad de los pacientes ingresados al área de terapia intensiva tienen sintomatología depresiva y ansiosa (Shaffer et al., 2016). Otras de las afectaciones psicológicas en paciente, además de depresión y ansiedad, es el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en pacientes; dichas afectaciones pueden ser situacionales y durar un tiempo limitado para algunas personas pero para otros, persisten meses o años después del alta hospitalaria e interrumpen el funcionamiento diario reduciendo la calidad de vida (Johnson et al., 2019).

Aunado a lo anterior es importante resaltar que la experiencia hospitalaria no solo resulta desagradable para los pacientes también lo es para sus cuidadores, son éstos quienes debido a la demanda del cuidado de su paciente modifican: dinámica familiar, vida social, laborar o autocuidado, llegan incluso a descuidarse a sí mismos física y mentalmente, el cuidado diario de un familiar enfermo suele ser desgastante trayendo consigo diversas complicaciones al cuidador (Barrón & Alvarado, 2009; Uribe, 2006).

Se estima que, los cuidadores pueden presentar afectaciones en su vida de tipo psicológico, físico y social. Cuando se habla de las afectaciones psicológicas, destacan ansiedad, depresión y estrés, seguidas de sobrecarga, estrés, problemas de sueño, problemas de atención como distraerse fácilmente de manera que debido a ello se suelen distraer de las tareas que ejecutan como el cuidado de sí mismo de los pacientes. Entre las afectaciones sociales más frecuentes esta: aislamiento social, menor búsqueda de apoyo social. En cuanto a afecciones físicas se han encontrado desgaste físico, presencia de enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes mellitus, dolor crónico y trastornos de tipo cardiovascular, lo cual los coloca en un riesgo mayor riesgo de muerte prematura, dificultades para dormir o descansar e irritabilidad, presencia de cefaleas, cansancio, dorsalgias, insomnio y frustración (Balderston et al., 2017; Barron & Alvarado, 2009; Chung et al., 2010; Cooper et al., 2003; Hu et al., 2016; JoFré & Mendoza, 2005; Islas-Salas et al., 2006; Koyanagi et al., 2018; Martínez et al., 2008; Palacios-Espinoza & Jiménez-Solanilla, 2008; Van Beusekom et al., 2016).

Lo descrito anteriormente, suele presentarse principalmente cuando el grado de dependencia del paciente es elevado, cuando los periodos de cuidado son superiores a las 12 horas diarias, cuando hay dificultades para delegar las funciones de cuidado por la mediación de sentimientos de culpa (Jofré & Mendoza, 2005; Martínez et al., 2008) trayendo consigo malestar psicológico reflejado en el estado psicosocial del cuidador como lo es: estado financiero, calidad y estilo de vida (Van Beusekom et al., 2016) lo cual vulnera a los CPI a presentar conductas de riesgo como tabaquismo, alcoholismo y automedicación, (Islas et al., 2006) debido a que los cuidadores de familiares hospitalizados a menudo luchan con el malestar psicológico generalmente ansiedad y

depresión al mismo tiempo que buscan adaptarse a nuevas responsabilidades y roles (Johnson et al., 2019).

Ocasionalmente, todas las personas llegan a experimentar sentimientos de melancolía o de tristeza, pero estos, por lo general, son pasajeros y desaparecen en unos días. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria, el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno, como para los que se preocupan por él o ella (Institute National of Mental Health INMH], 2019). La Organización Mundial de Salud (2017) define la *depresión* como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

En contraste, la *sintomatología depresiva* se define como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, acompañados de la reducción de la energía que produce una disminución de la actividad (NIMH, 2018). Por su parte López-Alvarenga (2002) menciona que al hablar de sintomatología depresiva se deben tomar con reservas los síntomas somáticos, e incluso excluirllos.

Por otra parte, la *ansiedad* se ha descrito como un estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta. Es un afecto que mira al presente y al futuro (Moreno Núñez et al., 2004), mientras que la *sintomatología ansiosa* se caracteriza por la presencia de pensamientos preocupantes e intrusivos (López-Alvarenga et al., 2002), se ha definido como un estado displacentero de miedo, que se presenta en ausencia de un peligro o



amenaza identificable o bien cuando dicha alteración es desproporcionada en relación con la intensidad de la situación (NIMH, 2018).

Martínez et al. (2015) mencionan que uno de los factores para evitar comorbilidad psicológica como ansiedad y depresión en el CPI es el apoyo social percibido. Cuando se habla de *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). De acuerdo con Thoits (2010), el apoyo social se puede expresar como: *apoyo social percibido*, se refiere a un apoyo anticipado es decir la posibilidad de recibir apoyo en el futuro, y *apoyo social recibido o proporcionado*, se refiere a las experiencias recordadas de los individuos de haber tenido apoyo por parte de su red social (amigos,, familia, etc.). Así mismo se puede dividir en diferentes subescalas el apoyo social; emocional (afecto y empatía), instrumental (ayuda física o material) y soporte informativo (orientación para resolver un problema), así como la necesidad de soporte, soporte búsqueda y protección de amortiguación (ocultando preocupaciones individuales, negando las preocupaciones de uno evitar desacuerdos en el destinatario del soporte) (DiMillo et al., 2019; García-Torres et al., 2020).

Johnson et al. (2019) mencionan que existe literatura limitada, pero creciente, sobre los efectos del cuidado y apoyo social de personas en condiciones críticas de salud, las demandas de cuidado crean cargas significativas independientemente de la razón de cuidado; las demandas de cuidado, donde el tiempo de atención empleado al paciente puede ser un factor que impacta en la vida social del cuidador, ya que las secuelas a largo plazo están asociadas con el cuidado de los sobrevivientes y el tiempo empleado, por ejemplo si el cuidado de pacientes con enfermedades de tipo crónico degenerativas llega a ser

prolongado suele presentar repercusiones en sus sistemas de apoyo social, agravándolos de manera dramática y abrupta

Por su parte en una investigación realizada por Jeong & An (2017) a 52 diadas de pacientes con sus cuidadores, se encontró que la percepción de apoyo social, fomenta la reducción de malestar psicológico de los pacientes (depresión y ansiedad) así mismo el apoyo social es un predictor de ansiedad y depresión tanto en pacientes como en cuidadores. Este estudio le dio importancia al nivel socioeconómico como un variable predictora de ansiedad en el CPI; mientras que, en el paciente, además de actuar como variable predictora tanto para ansiedad como para depresión, interactuó con apoyo social, de forma que tener a un familiar en áreas críticas causa angustia psicológica, sin embargo si los cuidadores de estos pacientes cuentan con apoyo social tienden a mejorar su calidad de vida así como su comunicación y atención brindada al paciente, por lo cual es importante contar con intervenciones psicosociales que fomenten y enriquezcan el apoyo externo (Martínez Basurto et al., 2015; Nurullah, 2012; Peng et al., 2019; White et al., 2018).

Parece ser que tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, el apoyo social percibido es una variable fundamental para lidiar con los eventos estresantes que se presentan en un hospital como : diagnóstico, efectos colaterales de los medicamentos y estigmatización de la enfermedad, entre otros (Remor, 2002).

Debido a lo anterior, se decidió realizar una búsqueda en la literatura científica para identificar la relación entre ansiedad, depresión y apoyo social percibido en los cuidadores primarios informales de urgencias médicas, dicha búsqueda fue realizada en las siguientes

bases de datos: PsychInfo, PubMed, Cochrane Review, Scielo, Redalyc, en donde tras la combinación de términos MesSH y text Word como: “emergencies”, “emergency department”, “anxiety”, “depression”, “caregivers” y “social support”. A continuación se describen algunas de las investigaciones encontradas derivadas de la búsqueda:

Se encontraron dos artículos donde se buscó evaluar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en áreas de cuidados críticos (Belayachi et al., 2014; Koyanagi et al. (2018) así como la comprensión mundial de los cuidadores, el tipo de cuidado otorgado y su carga emocional asociada con su salud mental (Koyanagi et al., 2018) pero no se correlacionaron con apoyo social.

Por su parte hubo otros artículos donde si se correlacionaron las tres variables , uno de estos fue el estudio realizado en un hospital docente en Ghana por Bonsu et al. (2019) se planteó como objetivo examinar si la depresión y la ansiedad sirven como mediadores entre el apoyo social y la calidad de vida de los cuidadores. Se realizó un estudio de tipo transversal, participaron 100 cuidadores de pacientes de la unidad de Quemados , a los cuales se les recolectaron datos sociodemográficos y se les evaluó: depresión , ansiedad, apoyo social percibido y calidad de vida. Se encontró que el 79% de los cuidadores evaluados eran mujeres y solo el 21% eran hombres; del total de los evaluados el 62% de los cuidadores brindaba atención a familiares que no fueran sus cónyuges, mientras que del total de los evaluados el 22% de los cuidadores brindó atención a sus cónyuges. Entre sus hallazgos se encontraron niveles más altos de síntomas depresivos y de ansiedad entre los cuidadores; la depresión y la ansiedad se catalogaron como factores de riesgo para la mala calidad de vida de los cuidadores así como pobre funcionamiento del rol de cuidador.

Así mismo se observó que el apoyo social se correlacionó de manera significativa y positiva con la calidad de vida entre los cuidadores de personas con quemaduras graves; lo que sugiere que el apoyo social y la disponibilidad a él, ya sea percibido o recibido, juega un papel importante en la adaptación a situaciones estresantes y, podría mitigar el impacto negativo del cuidado (carga económica, social y emocional) en la calidad de vida de los cuidadores (Bonsu et al., 2019) (ver tabla 1).

En una otra investigación realizada en el Hospital Universitario Reina Sofía por García-Torres et al. (2020) se abordó como objetivo establecer la utilidad predictiva de dominios de apoyo social específicos para el bienestar emocional en los cuidadores de cáncer, a través de dos evaluaciones. La primera evaluación de 45–60 días después del diagnóstico de cáncer (T1), mientras que la segunda fue de 180–200 días después (T2), por lo que el estudio de investigación realizado fue longitudinal. La investigación inicio con 156 cuidadores, de los cuales solo 141 completaron la primera evaluación, 62 no pudieron completar la segunda evaluación, por lo que la muestra final fue de 67 participantes quienes completaron ambas evaluaciones. De la muestra el 65% eran mujeres, de los cuales el 58% eran cónyuges del paciente con cáncer. Los resultados de la investigación apuntan que los puntajes de apoyo social fueron más bajos en T2 (segunda evaluación) en comparación con T1 (primera evaluación) Se realizó un análisis de regresión logística para determinar puntos de cohorte como normal:  $<8$ , subclínico y clínico:  $\geq 8$  en para ansiedad y depresión. El análisis de regresión logística mostró que entre menos actividad física y deportiva realicen los cuidadores, más búsqueda de apoyo y menos apoyo informativo reciben en T1 por lo que aumenta la probabilidad de tener ansiedad y depresión en T2. Así mismo los dominios de apoyo emocional recibido y satisfacción con el apoyo fueron

significativamente más bajos en el segundo punto de evaluación. Los autores de este estudio sugiere que los cuidadores llegaron a desarrollar un efecto más negativo del apoyo brindado por su red social, en términos de menos empatía, afecto y aliento. Mientras que el amortiguamiento protector aumentó significativamente con el tiempo debido al afán de proteger el paciente del estado de ánimo real sobre sus propios sentimientos y necesidades, lo cual sugiere que cuidadores tienden a priorizar el bienestar del paciente sobre si mismos (ver tabla 1).

Además de la interacción con las búsqueda en las bases de datos, se buscó en la base de datos de la Universidad Nacional Autónoma de México, encontrándose que: A nivel nacional, se tiene registrado un estudio de tesis en el área de urgencias con cuidadores primarios realizado por Hernández De la Cruz (2018) cuyo objetivo fue identificar la relación que existe entre la sintomatología ansiosa, depresiva y de apoyo social con los criterios diagnósticos Episodio Mayor Depresivo (EMD) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG); por lo que ese trabajo de tesis se trató de un estudio de tipo transversal el cual buscó describir las características que poseen los cuidadores de los pacientes de urgencias. Se evaluaron 100 CPI y se entre sus resultados se encontró que el 58% de los cuidadores presentaron sintomatología ansiosa, 47% sintomatología depresiva y 45 % reportaron contar con apoyo social al momento de la evaluación, se encontró que los pacientes que no cuentan con apoyo social tienden a presentar criterios de Episodio Depresivo Mayor (ver tabla 1).

Informal de Urgencias Médicas

Autores	Objetivos	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Bonsu et al., 2019.	Examinar si la depresión y la ansiedad sirven como mediadores entre el apoyo social y la calidad de vida de los cuidadores de personas con quemaduras graves.	Estudio de tipo transversal.	n= 100 cuidadores de pacientes de la unidad de Quemados de un hospital docente en Ghana.	<p>Entrevista de datos sociodemográficos</p> <p>Evaluación de la calidad de vida de la OMS, 26 reactivos con respuestas de 1 a 5 (<math>\alpha=.81-.92</math>).</p> <p>Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck (<math>\alpha=.93</math> y <math>\alpha=.89</math> respectivamente).</p> <p>Escala multidimensional de apoyo social percibido, 12 ítems tipo Likert de 7 puntos que van desde muy en desacuerdo hasta muy totalmente de acuerdo (<math>\alpha=.88</math>).</p>	<p>Análisis con SPSS versión 22.00 y PROCESS Macro. El 79% mujeres, el resto hombres. La edad de los cuidadores promedio fue de 33.20 años (Rol de cuidador <math>\bar{X}</math>: 2.80 años, DE=3.27). La edad de los pacientes tuvo una media de 36,23 años (DE= 17,81 años). Un poco más de la mitad de los pacientes con quemaduras (53%) eran mujeres.</p> <p>La depresión y la ansiedad se correlacionaron significativa y negativa con la calidad de vida entre los cuidadores (<math>r = -.55, p &lt;.001</math> y <math>r = -.46, p &lt;.001</math>, respectivamente). Es decir, síntomas depresivos y de ansiedad se asociaron con una disminución de la calidad de vida.</p> <p>El apoyo social predijo una disminución de la depresión (<math>b = -.5204, t = -4.8917, p &lt;.001</math>) y ansiedad (<math>b = -.3247, t = -3.9869, p &lt;.001</math>) en cuidadores, así mismo tuvo un efecto directo y significativo sobre la calidad de vida general (<math>b = .2581, t = 2.6908, p &lt;.01</math>). Por tanto el apoyo social juega un papel importante en la adaptación, bienestar y salud de los cuidadores.</p>	<p>El estudio se realizó en un solo centro de salud de nivel terciario y los resultados pueden no ser generalizables para la población general de cuidadores de Ghana.</p> <p>En la investigación no se realizó un examen de rutina de los cuidadores para detectar posibles problemas de salud mental y cómo lidian con su carga de cuidado para informar las intervenciones apropiadas como parte de la prestación integral de atención médica para pacientes con quemaduras.</p> <p>No se examinaron las estrategias de afrontamiento empleadas por los cuidadores y cómo estas afectan su salud y bienestar.</p>
García-Torres et al., 2020.	Establecer la utilidad predictiva de dominios específicos de apoyo social para el bienestar emocional en los	Estudio de investigación longitudinal.	n= 67 cuidadores de pacientes con cáncer. reclutados del Hospital Universitario	<p>Cuestionario sociodemográfico</p> <p>Escala de Apoyo Social de Berlín (BSSS), consistencia interna (<math>\alpha = .75-.96</math>)</p>	Los datos se analizaron utilizando IBM SPSS v.22.La mayoría de los cuidadores eran mujeres (65%) y la pareja del paciente (58%), con una edad promedio de 51.63 años (DE = 13.25).	<p>El tamaño de la muestra fue limitado, y la muestra incluyó pacientes con diferentes tipos de cáncer.</p> <p>La tasa de respuesta fue relativamente baja, y eso</p>

	cuidadores de cáncer.  Evaluar la capacidad de dominios específicos de apoyo social y otras variables (actividad física y deportiva) para predecir la ansiedad y la depresión.		Reina Sofía de Córdoba (España).	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), 14 ítems, de los cuales 7 reflejan depresión ( $\alpha = .86$ ) otros 7 ítems indican ansiedad ( $\alpha = .86$ )	Se observo que entre menos actividad física y deportiva, más búsqueda de apoyo social y menos información  Para la ansiedad, la mayoría de los participantes alcanzaron puntajes clínicos en T1 (58.2%) vs T2 (56.7%). Del mismo modo observó una tasa clínicamente relevante en el 28,4% de la muestra en T1 y en el 37,3% en T2.  El apoyo social tiene un papel clave en el desarrollo de la ansiedad y la depresión en los cuidadores de cáncer en los primeros seis meses después del diagnóstico de cáncer	puede afectar la generalización de resultados.
Hernández De la Cruz, 2018.	Identificar la relación entre el apoyo social percibido, ansiedad, depresión de los cuidadores primarios informales de pacientes que se encuentran en las diversas áreas de urgencias médicas del Hospital General Dr. Manuel GEA Gonzales	Estudio de tipo transversal	n=100 cuidadores informales de pacientes del área de urgencias médicas	Cuestionario sociodemográfico de datos del CPI  Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), 14 ítems, de los cuales 7 reflejan depresión; los otros 7 ítems indican ansiedad  Medical Outcomes Study (MOS por sus siglas en inglés) 16 reactivos; que miden apoyo emocional/informativo (12 reactivos) y apoyo tangible/ tipo de apoyo (4 reactivos). Las opciones de respuestas son de tipo Likert que van de uno a cinco de	De los 100 cuidadores la media de edad fue de 43.5 años (DE= 13.19), 71% mujeres, 29% hombres  El 58 % de los participantes presenta sintomatología ansiosa el 47 % depresiva, así mismo se encontró relación negativa baja, pero estadísticamente significativa, entre sintomatología ansiosa ( $r_s = -0.267$ , $p < 0.05$ ) y sintomatología depresiva ( $r_s = -0.244$ , $p < 0.01$ ).  EL 19.8% de la muestra cumplen con los criterios diagnósticos de EDM y 21.8% TAG, así mismo se realizó chi cuadrada de Pearson 2 x2 ( $\chi^2$ ) para EDM y apoyo social, ( $X^2 = 2.414$ , $gl = 1$ , $p = .120$ ) así mismo se realizó chi cuadrada de Pearson 2 x2 ( $\chi^2$ ) para TAG y apoyo social ( $X^2 = 1.719$ , $gl = 1$ , $p = .190$ ), en ambos casos no se	El tamaño de la muestra es limitado y no se contempló una muestra representativa de la población  Se evaluaron a los cuidadores en turno y no exclusivamente a CPI, debido a criterios de inclusión poco precisos para la identificación del rol de cuidador primario  Se considera literatura gris que no paso por evaluación entre pares  La encuesta se basó en el autoinforme, por lo tanto, el informe puede existir sesgo

---

“Nunca” a “Siempre; confiabilidad de $\alpha=0.97$ .	encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el apoyo social y los cuidadores que cumplen con los criterios diagnósticos.	(p. ej., discapacidad social, recuerdo).
Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (International Mini Neuropsychiatric Interview), confiabilidad test re test de 0.75 para todos los diagnósticos excepto episodio maniaco actual (0.35)	Por su parte para ver el riesgo relativo entre EDM y apoyo social, (OR=.347; 95% IC=0.087 -1.378], p= 0.21) se encontró que los pacientes que no cuentan con apoyo social tendería a presentar criterios de EDM	

---

*Nota:* Artículos encontrados en bases de datos sobre las variables: cuidadores primarios informales, ansiedad, depresión, apoyo social donde: CPI: cuidador primario informal; HADS: siglas en inglés de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; OMS: Organización Mundial de la Salud;  $\alpha$ : coeficiente de consistencia interna o Alfa de Cronbach; OR: razón de momios; IC: intervalo de confianza; p: significancia estadística;  $\bar{X}$ : promedio; DE: desviación estándar, T1: primera ronda de evaluación; T2: segunda ronda de evaluación; r: coeficiente de correlación; t: valores t observado del estadístico de la prueba t; b: pendiente o coeficiente de regresión. ; rs: correlación por rangos Spearman; HIC: países de altos ingresos; EDM: Episodio Depresivo Mayor; TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizado;  $X^2$ : Chi cuadrada



Los hallazgos de la investigación internacional y nacional presentados en la tabla descrita señalan que existe literatura limitada pero creciente sobre los efectos del cuidado de personas en áreas críticas, de hospitalización o de pacientes con enfermedades graves más que de cuidadores de pacientes en el área de urgencias médicas; no obstante, los resultados presentados varían dependiendo los autores. Lo cual podría explicarse por el uso de diferentes instrumentos de medición, los distintos tipos de servicios donde se realizaron las investigaciones y los sesgos de los evaluadores; en este sentido, dichas limitaciones dificultan la generalización de los resultados. Así mismo es importante destacar que, de los estudios encontrados hasta el momento, sólo uno retoma la relación entre estas variables dentro del departamento de Urgencias Médicas como escenario de la investigación (Bonin-Guillaume et al., 2015; Hernández De la Cruz, 2018).

Lo antes mencionado resulta ser relevante ya que las características de áreas críticas difieren con Urgencias Médicas, puesto que como se mencionó en el capítulo uno de esta texto, el área de urgencias es caracterizado por la sobresaturación de sus servicios que impacta tanto en su eficiencia y calidad de la atención médica brindada a los pacientes (Polanco-González et al., 2013). Las áreas de urgencias médicas suelen enfocarse a proporcionar un servicio de especialidad disponible durante todo el día, priorizando la atención inmediata a casos urgentes para salvaguardar la sobrevivencia de sus pacientes bajo el sistema de codificación triage, de igual manera se caracteriza por ser un servicio con alta demanda de pacientes por tanto sobrepoblación en el servicio, los tiempos de hospitalización generalmente son breves y se ha reportado que presenta poco personal de salud especializado en el área así como deficiencias en recursos materiales de los que dispone, (Bustos et al., 2015; Hooker et al., 2015)

A si mismo el área de urgencias presenta características particulares que deben estudiarse con detalle, si bien actualmente existe un estudio que reporta datos sobre la relación entre el

estado emocional del cuidador primario informal (ansiedad y depresión) y su asociación con el apoyo social (Hernández De la Cruz, 2018) es importante seguir generando investigación implementada en este departamento que corrobore tendencias de los datos y posibles áreas de oportunidad para el apoyo a esta población.

En este sentido, es importante estudiar las características de las áreas de Urgencias Médicas en México para generar información sensible a las características de nuestra población, así mismo es importante realizar estudios que permitan ratificar los datos obtenidos en investigaciones previas. De acuerdo con Open Science Collaboration (2015), la reproducibilidad, réplicas y confirmación de los datos obtenidos en investigaciones previas es una característica definitoria de la ciencia, ya que esto permite dar credibilidad a los datos de las investigaciones previas no solo por el estado o la autoridad de su creador, sino por su repetitividad que genera evidencia de apoyo.

Se ha reportado que los efectos de replicación en psicología son bajos, de 100 protocolos se estima que únicamente la mitad conserva la magnitud de los efectos, del mismo modo del 97 % de estos estudios reportados con resultados significativos, únicamente el 36% de ellos conservan resultados significativos o similares respecto al estudio original, a pesar de usar diseños de alta potencia; lo anterior puede deberse a un falso positivo o un falso negativo; los falsos positivos y los falsos negativos proporcionan información engañosa sobre los efectos, proporcionando información incompleta que debería tomarse reservas (Open Science Collaboration, 2015).

Hasta aquí va quedando claro que la replicación y mejora de los diseños de las investigaciones psicológicas es de suma importancia, incluso cuando hay el riesgo de no obtener

los resultados del trabajo original debido a una variedad de razones, conocidas o desconocidas entre la replicación y el estudio original que pueden fungir como moderadores del tamaño del efecto observado. Por tal motivo, esta investigación pretende ser un estudio confirmatorio, de la investigación realizada por Hernández De la Cruz (2018), de igual modo la investigación presente toma en consideración aspectos que en la investigación original no se han considerado, entre ellos: se decidió utilizar el cálculo del tamaño de la muestra, se evaluaron exclusivamente a CPI de la unidad de urgencias médicas que pasaron por un tamizaje previo, se decidió evaluar sintomatología ansiosa y depresiva en la población más no ansiedad o depresión perse.

Por tanto resulta relevante plantear la siguiente interrogante: ¿existe relación entre la sintomatología depresiva, ansiosa y apoyo social del cuidador primario informal en el área de Urgencias? Para tratar de dar respuesta a este cuestionamiento, el objetivo del presente estudio fue identificar si existe relación entre sintomatología depresiva, ansiosa y apoyo social del cuidador primario informal en el área de Urgencias Médicas.

Como objetivos específicos, este trabajo describe las características sociodemográficas de la muestra de estudio, sus niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, así como el apoyo social percibido de usuarios del departamento de Urgencias Médicas.

## **Método**

### **Diseño**

De acuerdo con los objetivos de esta investigación se decidió que lo más pertinente para este estudio fue realizar un estudio correlacional, no experimental y transversal, correlacional porque se buscó evaluar la relación que existe entre las variables, así mismo es no experimental y transversal pues no se manipularon las variables. las evaluaciones se realizarán en un solo

momento y sólo fue viable realizar una medición de las variables de estudio (Hernández et al., 2014).

### **Participantes**

Debido al objetivo del estudio, se decidió utilizar el cálculo del tamaño de la muestra con base en la siguiente fórmula para correlaciones:

$$n = \left[ \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})}{0.5 \ln[(1 + r)/(1 - r)]} \right]^2 + 3$$

De acuerdo con estudio previos, se decidió utilizar una fuerza de correlación equivalente a  $r=0.45$ ; un logaritmo natural cuya base es igual a (base “e = 2.7182”). Un intervalo de confianza del 95% ( $Z_{\alpha}= 1.96$ ) y una potencia estadística del 80% ( $Z_{\beta}= 0.86$ ), así mismo se realizó un ajuste de pérdidas de participantes del 20% por lo cual el tamaño de la muestra fue:  $n= 236$ .

Debido a lo anterior se evaluaron a 236 cuidadores primarios informales, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, en total fueron eliminados 4 siguiendo los criterios de eliminación, es decir estos participantes no llenaron al menos el 85% de los instrumentos, obteniendo así un total de 232 evaluaciones de cuidadores primarios informales.

Se encontró que de los 232 participantes la media de edad fue de 47.36 años, el 71.74% fueron mujeres, 41.74% mencionaron estar casados. En cuanto a la religión, la que profesan los cuidadores la más mencionada fue catolicismo con un 68.70% .

Respecto al nivel de escolaridad las más frecuentes fueron primaria y secundaria con el 28.26 % y 25.22% respectivamente. Del total de los participantes el 42.61% reportó contar con algún tipo de oficio, seguido de ama de casa 35.65 %; la mayoría de los cuidadores( 73.04%) fueron residentes de la ciudad de México (ver tabla 2).

### **Criterios de inclusión**

Se incluyeron en el estudio a:

- Cuidadores primarios informales hombres o mujeres de pacientes del área de urgencias médicas.
- Cuidadores primarios informales que deseen participar voluntariamente y firmen consentimiento informado
- Cuidadores primarios informales hombres o mujeres que sean mayores a 18 años.

### **Criterios de exclusión**

Se excluyeron del estudio a:

- Cuidadores primarios informales hombres o mujeres menores a 18 años.
- Cuidadores primarios informales de pacientes que no sean del área de urgencias médicas.
- Cuidadores primarios informales que tengan algún padecimiento psiquiátrico o neurológico que impida contestar las evaluaciones.
- Cuidadores primarios formales o cuidadores secundarios.

### **Criterios de eliminación**

- Aquellos participantes que no llenen al menos el 85% de los instrumentos.

Tabla 2

*Características Sociodemográficas Principales de la Muestra de Estudio*

<b>Características</b>	<b>n=232</b>
Edad	$\bar{X}$ = 47.36años (D.E. 12.40)
Horas de cuidado	$\bar{X}$ =17.72horas (D.E. 6.71)
<b>Sexo</b>	<b>n (%)</b>
Mujeres	71.74%
Hombres	28.26%
<b>Nivel educativo</b>	
Sin escolaridad	3.48%
Primaria	28.26%
Secundaria	25.22%
Bachillerato	21.74%
Carrera técnica	3.04%
Licenciatura	13.91%
Posgrado	2.17%
Se desconoce	2.17%
<b>Estado civil</b>	
Casado	41.74%
Soltero	24.78%
Unión libre	18.70%
Viudez	5.65%
Divorcio	3.48%
Separado	4.78%
Se desconoce	0.87%
<b>Ocupación</b>	
Oficio	42.61%
Profesión	8.70%
Desempleado	4.35%
Estudiante	3.48%
Ama de casa	35.65%
Pensionado o jubilado	2.17%
Se desconoce	3.04%
<b>Religión</b>	
Católico	69.13%
Sin religión	13.04%
Creyente	5.65%

<b>Características</b>	<b><i>n=232</i></b>
Cristiano	8.26%
Otra	1.74%
Se desconoce	2.17%
<b>Lugar de nacimiento</b>	
Ciudad de México	62.17%
Estado de México	8.26%
Otros	27.39%
Se desconoce	2.17%
<b>Lugar de residencia</b>	
Ciudad de México	73.04%
Estado de México	13.48%
Otros	10.87%
Se desconoce	2.61%
<b>¿Con quién vive?</b>	
Solo	6.52%
Conyuge o hijo	55.22%
Padre o hermanos	5.65%
Familia extendida	18.70%
Otros	2.17%
Se desconoce	11.74%
<b>Tipo de cuidador informal</b>	
Primario	100%

*Nota:*  $n=232$  es igual al 100%,  $\bar{x}$ =Media; D.E= Desviación Estándar; Se desconoce = aquellas personas que no quisieron contestar o no se entendió la respuesta

## **Definición De Variables**

### **Cuidadores Primarios**

*Definición conceptual.* Cuidador primario informal es la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria al paciente, durante la mayor parte del día, sin recibir remuneración económica (Badia Llach et al., 2004; Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012) se trata de una persona que proporciona cuidado a otra que tiene limitaciones en su autonomía para la ejecución de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, de modo no remunerado y no vinculado a un servicio de atención profesional, sino en virtud de una unión afectiva (Vázquez et al., 2014).

*Definición operacional.* Mediante una evaluación ex profeso que consta de tres preguntas, se llevó a cabo un filtro para verificar si es el cuidador primario informal del paciente del área de urgencias médicas del “Hospital General Gea González”.

### **Apoyo Social**

*Definición conceptual.* El apoyo social se refiere a la provisión de recurso psicológicos y materiales de una red social, destinados a beneficiar la capacidad de un individuo para enfrentar el estrés (Cohen, 2004). El apoyo social se puede expresar como: apoyo social percibido (apoyo anticipado de la posibilidad de recibir apoyo en el futuro) y apoyo social recibido o proporcionado (experiencias recordadas de los individuos de haber tenido apoyo por parte de su red social (amigos, familia, Thoits, 2010),

*Definición operacional.* Se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS) validado para población mexicana (ver descripción del instrumento más adelante), para el apoyo



social percibido por cuidadores, mientras que para el apoyo social recibido se utilizó un cuestionario creado ex profeso para esta investigación (ver descripción más adelante).

### **Sintomatología Ansiosa**

*Definición conceptual.* La ansiedad se ha definido como un estado displacentero de miedo, que se presenta en ausencia de un peligro o amenaza identificable o bien cuando dicha alteración es desproporcionada en relación a la intensidad de la situación (NIMH, 2018) caracterizada por un estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta. Es un afecto que mira al presente y al futuro (Moreno Núñez et al., 2004) mientras que la sintomatología ansiosa se caracteriza por la presencia de pensamientos preocupantes e intrusivos (López- Alvarenga et al., 2002)

*Definición operacional.* Se evaluó con los reactivos: 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13 de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en su versión mexicana de López-Alvarenga et al. (2002; ver descripción del instrumento más adelante).

### **Sintomatología Depresiva**

*Definición conceptual.* La sintomatología depresiva se define como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, acompañados de la reducción de la energía que produce una disminución de la actividad (NIMH, 2018). Por su parte López-Alvarenga (2002) menciona que al hablar de sintomatología depresiva se debe tomar con reservas los síntomas somáticos, principalmente anhedonia ya que pueden confundirse con otros padecimientos clínicos por lo que sugiere excluirlos.

**Definición operacional.** Se evaluó con los reactivos: 2, 4, 6, 8, 18, 12, 14 de la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en su versión mexicana de López-Alvarenga et al. (2002; ver descripción del instrumento más adelante).

## **Instrumentos**

**Los datos sociodemográficos.** Se recolectaron por medio de un cuestionario creado ex profeso para esta investigación en el que se preguntó: datos de los cuidadores primarios informales tales como: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, lugar de residencia y nacimiento, personas con las que vive y tipo de cuidado, aspectos de cuidado de paciente hospitalizado, percepción de pronóstico y diagnóstico, condiciones médicas del cuidador y aspectos de autocuidado (ver Anexo 2).

**Apoyo Social Recibido.** El apoyo social recibido o proporcionado, se preguntó por medio del cuestionario creado ex profeso para esta investigación, se recolectaron datos sobre el apoyo brindado de parte de la red social(amigos, familia entre otros) del cuidador en un apartado de este cuestionario, principalmente en dos preguntas que tenían que ver con el tipo de apoyo recibido y si el CPI cubría sus propias necesidades además del cuidado de su paciente con el apoyo brindado de su red social, los datos fueron recolectados por respuestas cualitativas brindadas por los CPI y se registró en un cuadro del cuestionario tipo de apoyo referido: instrumental, emocional, apoyo completo(mezcla de apoyo instrumental, informativo y emocional) u otro tipo de apoyo referido por el CPI, es importante destacar que este tipo de evaluación no cuenta con propiedades psicométricas, sin embargo es importante tomar en cuenta esta información ya que pueden existir diferencias entre el apoyo que recibe (apoyo real recibido) versus el que percibe (ver Anexo 2).

***Apoyo Social Percibido MOS.*** Medical Outcomes Study (MOS por sus siglas en inglés) es instrumento elaborado por Sherbourne y Stewart(1991), mide apoyo social percibido en pacientes con enfermedades crónicas, evalúa múltiples dimensiones de apoyo: emocional / informativo, interacción social tangible, cariñosa y positiva, está compuesto por 19 reactivos de alta validez convergente y discriminante de los elementos, con una confiabilidad de  $\alpha=0.97$  (Sherbourne & Stewart,1991). En México, fue estandarizada y validada por Martínez Basurto et al.(2015) en población mexicana con VIH +, quedando compuesto por 16 reactivos; que miden apoyo emocional/ infomativo (12 reactivos) y apoyo tangible (4 reactivos). Las opciones de respuestas son de tipo Likert que van de uno a cinco de “Nunca” a “Siempre; cuenta con una puntuación global de 95 puntos de los cuales a mayor puntaje, mayor apoyo social. Los autores de la estandarización han propuesto el uso de la media poblacional como punto de cohorte, puntuaciones inferiores a la media equivalen a un apoyo social bajo y puntuaciones arriba de la media a un apoyo social alto, este instrumento mostró tener confiabilidad de  $\alpha=0.97$ (B. A. Martínez, comunicación personal, noviembre 2019) (Ver Anexo 4).

***Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés).*** Esta escala fue elaborada por Zigmond y Snaith (1983), es un instrumento de tamizaje que mide síntomas cognitivos y emocionales de la depresión y la ansiedad presentes en pacientes que asisten a un servicio médico no psiquiátrico o en medios de atención primaria. Esta compuesto por 14 reactivos (7/ ansiedad y 7/ depresión) en una escala tipo likert que van de cero a tres (Zigmond y Snaith, 1983) este instrumento esta estandarizado para México en pacientes obesos por López-Alvarenga et al. (2002), actualmente es una de las escalas más utilizadas en entornos clínicos (Kjaergaard et al., 2014) para medir sintomatología depresiva y ansiosa durante la última semana previa a la evaluación; consta de 14 reactivos tipo Likert de cuatro opciones de

respuesta, que van de cero a tres puntos, cuyos puntos de corte son ansiedad ( $\geq 8$ ) y depresión ( $\geq 7$ ) la confiabilidad de esta escala es de  $\alpha=0.82$  para ansiedad y  $\alpha=0.78$  para depresión (López –Alvarenga et al., 2002) (ver Anexo3).

## **Procedimiento**

Este trabajo formó parte de un protocolo de investigación aprobado por el comité de ética e investigación, del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, con número de registro 27-152-2017. Las evaluaciones se realizaron en la sala de espera del departamento de Urgencias Médicas.

Los instrumentos se aplicaron mientras los CPI esperaban los horarios de visita de sus pacientes o informes del personal de salud. Para asegurar la confiabilidad de la medición, se buscó un espacio dentro de la sala de espera que fuera lo más privado posible, en total siete evaluadoras del servicio Psicología de Urgencias recolectaron los datos, los evaluadores contaban con grado académico de pasantía o licenciatura en Psicología y recibieron un entrenamiento de 70 horas sobre los siguientes temas: psicología de la salud, aplicación de instrumentos, evaluación e intervención psicológica de los pacientes y cuidadores primarios informales en Urgencias Médicas.

Se entregó a cada participante una hoja de consentimiento informado donde se especificó a cerca de: la confidencialidad de sus datos, el manejo de estos, los objetivos del estudio, la posibilidad de abandonar el estudio si lo deseaba sin represalias ni cambio en la atención prestada. Así mismo, se les aclaró dudas y si el cuidador estaba de acuerdo en ser partícipe de la investigación, firmaba en el reverso de la hoja antes descrita (ver anexo 1).

Luego de lo anterior se realizó una evaluación de tipo semiestructurada con un rango de aplicación de 40 a 60 minutos, donde la evaluadora efectuó a la recolección de datos: sociodemográficos del paciente y cuidador, del autocuidado, actividades diarias del cuidador, así como la aplicación de los instrumentos: Escala de Ansiedad y Depresión en Hospitales (HADS) y Medical Outcomes Study (MOS).

Una vez recolectados los datos personales del cuidador, se procedió a recolectar datos sobre el paciente tales como nombre, edad, número de contacto, entre otros, se enfatizó a los cuidadores sobre el tipo de información médica que ellos poseían del paciente hospitalizado, finalmente antes de continuar con la evaluación se realizaron tres preguntas filtro que sirvieron para corroborar e identificar si del cuidador era el cuidador informal principal o se trataba de algún cuidador secundario. Si el cuidador en turno era CPI se seguía con la evaluación, en caso contrario se indagaba a cerca del CPI para buscarlo y realizar la evaluación correspondiente y al cuidador en turno se le brindaban datos de contacto de apoyo psicológico tanto del hospital como de instituciones públicas.

Teniendo en cuenta lo anterior se continuó con la evaluación, se recolectaron datos sobre cuidado previa del paciente y se indagó sobre el tipo de información brindada previamente por personal médico o de enfermería, se preguntó sobre al cuidador si tenía conocimiento del diagnóstico y pronóstico de su paciente así como que había entendido. Acto seguido se indagó sobre la salud del cuidador y el tipo de apoyo con el que contó durante la hospitalización del paciente. Realizando una breve retroalimentación sobre la importancia de cuidar su salud para brindar un mejor cuidado a su paciente y evitar complicaciones. Posteriormente, se realizó la evaluación de depresión y ansiedad, mediante la escala HADS al finalizar aplicación de la escala se explico al cuidador la importancia de una salud emocional durante este acontecimiento

estresante. Por último, se aplicó la escala MOS junto con la explicación de la importancia de realizar actividades que reduzcan la sobrecarga que sentimos al cuidar a alguien cercano, así como fomentar la activación de las redes de apoyo del cuidador.

Antes de finalizar con la valoración psicológica, se les agradeció a cada uno de los participantes su colaboración del mismo modo se les proporcionaron algunas sugerencias prácticas de apoyo en sus tareas, dependiendo las necesidades de cada uno y se les proporcionó datos de contacto del servicio “Psicología de Urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González” en caso de que requirieran apoyo adicional.

En algunos casos cuando el participante se encontraba desbordado emocionalmente o con malestar emocional se le brindaba atención psicológica de primer contacto, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, técnicas de relajación, resolución de problemas o intervenciones psicosociales sugeridas por la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (mhGAP) de la Organización Mundial de la Salud, según lo requiriera el cuidador. Por su parte si antes, durante o después de la evaluación identificaba en el cuidador alguna situación que requiriese ayuda del personal médico se le refería para que se le brindasen la atención necesaria.

Posterior a las evaluaciones, se revisaron los registros de censo diario expedidos por el servicio de la dirección de Urgencias Médicas y ocasionalmente con el fin de capturar datos sobre la estancia hospitalaria y el motivo de egreso de este departamento, con previo acuerdo de colaboración con el personal del departamento de Enfermería o Trabajo Social del área de Urgencias Médicas se revisaron los registros de los expedientes de los pacientes pertenecientes a la muestra.

## Análisis de los resultados

Para el análisis de la información recopilada de las evaluaciones a los CPI, se realizó una base de datos y mediante el uso de R Studio versión R-3.6.3 para Windows (32/64 bit), sin embargo R Studio cuenta con paquetería básica pero limitada para realizar análisis estadísticos, por ello para esta investigación se recurrió a instalar diferentes colecciones de funciones, datos y códigos que se almacenan en una carpeta conforme a una estructura bien definida (librerías) para su fácil acceso a R (Santana & Nieves, 2016). Las librerías instaladas para este trabajo fueron: *e1071*, versión 1.7-3 (Meyer et al., 2019); *summarytools*, versión 0.9.6 (Comtois, 2020); *car*, versión 3.0-8 (Weisberg et al., 2009); *effectsize*, versión 0.3.3 (Ben-Shachar et al., 2020) y *Performance Analytics*, versión 2.0.4 (Peterson et al., 2020), las cuales son de libre acceso.

Se evaluó la distribución de normalidad de las variables de estudio mediante el análisis visual un histograma (QQ plot) (Castillo & Lozano, 2007) se calcularon los coeficientes de asimetría ( $g1$ ), curtosis ( $g2$ ), se consideró los valores cercanos a  $\pm 0.5$  para  $g1$  y  $g2$  así como la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov. A partir, de los análisis se identifica que no existe distribución normal en las variables y se decide recurrir al uso de estadística no paramétrica (Hernández et al., 2014).

Se realizó el análisis de medidas de tendencia central (media, mediana moda) y dispersión (desviación estándar) de las escalas HADS y MOS. De igual forma, se realizó un análisis por medio de chi cuadrada para identificar las diferencias entre hombres y mujeres respecto al apoyo social recibido (bajo o alto) y la presencia o ausencia de ansiedad y depresión; se consideró estadísticamente significativo el dato  $p \leq 0.05$  (ibidem).

Para el análisis de asociación, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, se consideró como estadísticamente significativo el dato  $p \leq 0.05$  (Kerlinger & Lee, 2002; Blair & Taylor, 2008; Hernández Sampieri et al., 2014). Respecto a la fuerza de asociación de las correlaciones se consideraron los siguientes valores: nula o débil (0 - 0.299), baja (0.3- 0.499), moderada (0.5 -0.799) y alta (0.8 -1) (Juárez García et al., 2014).

## **Resultados**

Se analizó la distribución de los datos mediante una inspección visual por histograma, se examinaron la dispersión de los mismos mediante el coeficiente de asimetría y curtosis; y se aplicó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov.

Para la variable ansiedad (HADS-A), el análisis visual muestra una media y dispersión ligeramente arriba de la media, sin embargo, se mantiene similar a la curva normal, lo cual podría sugerir una distribución normal. En cuanto a los coeficientes de asimetría y curtosis, se observa que posee valores de asimetría ligeramente positivos (0.19), curtosis negativa y leptocúrtica ( $k = -0.59$ ). En contraste para depresión (HADS-D) el análisis visual muestra una media y dispersión, con valores cercanas a la distribución normal: asimetría ligeramente positiva (0.25), curtosis negativa de tipo leptocúrtica ( $k = -0.93$ ). Del análisis de la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov, para ansiedad y depresión, se pueden considerar una distribución normal (HADS-A  $p = 0.024$ ; HADS-D  $p = 0.003$ ) (ver figura 1)

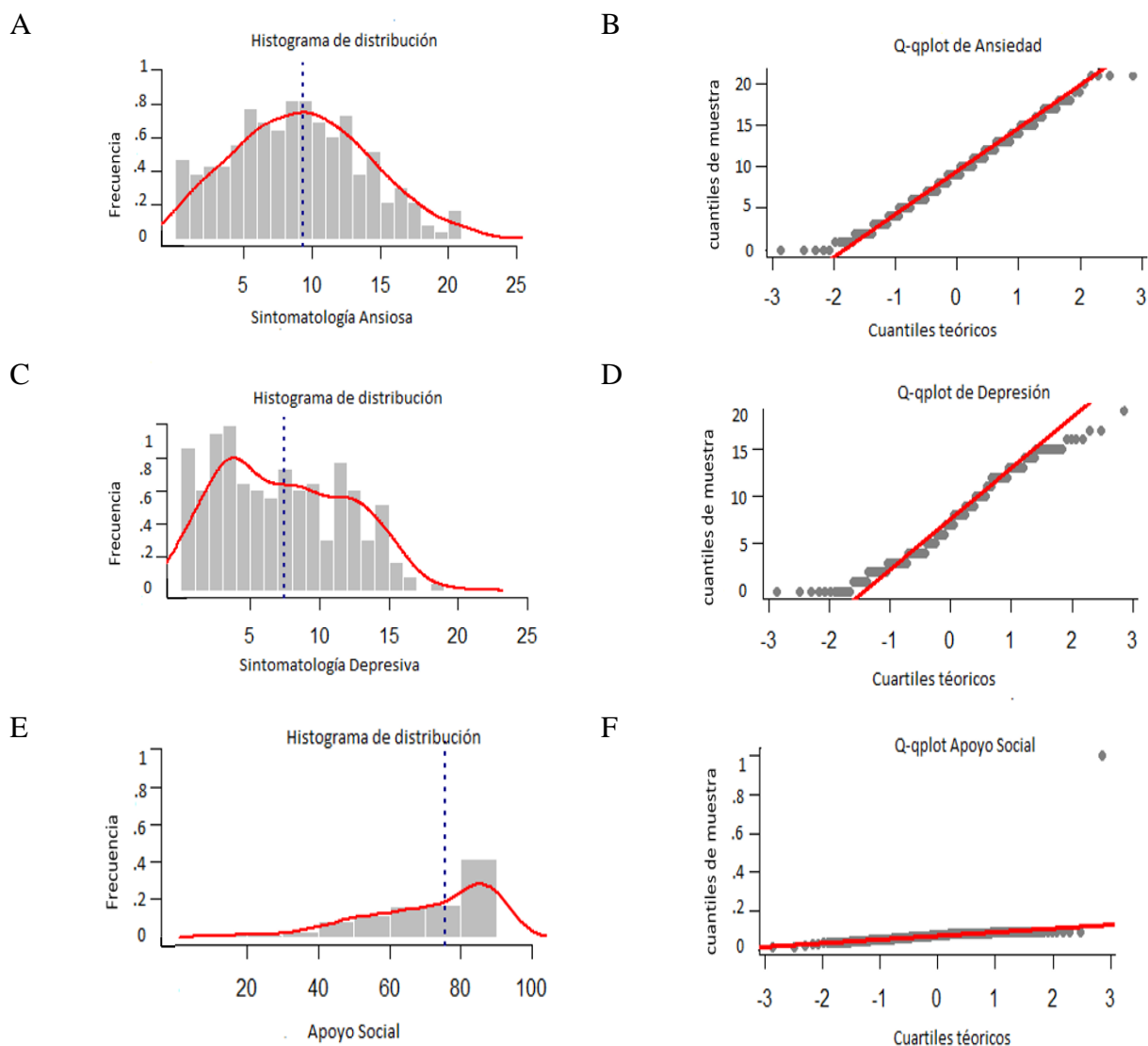
En cuanto a la variable de apoyo social, el análisis visual muestra una media y dispersión superior a la media con una asimetría negativa (-1.23), curtosis positiva y tipo leptocúrtica ( $k = 193.27$ ). Respecto a la prueba de normalidad se obtuvo que la distribución no es normal ( $p = 3.71$ ) (ver figura 1)



Con base en las pruebas antes mencionadas, se puede asumir que algunas variables no tienen una distribución normal de los datos, por lo que se analizarán usando la prueba estadística no paramétrica de correlación de Spearman.

**Figura 1**

*Gráficas de Normalidad de las Variables Ansiedad, Depresión y Apoyo Social*

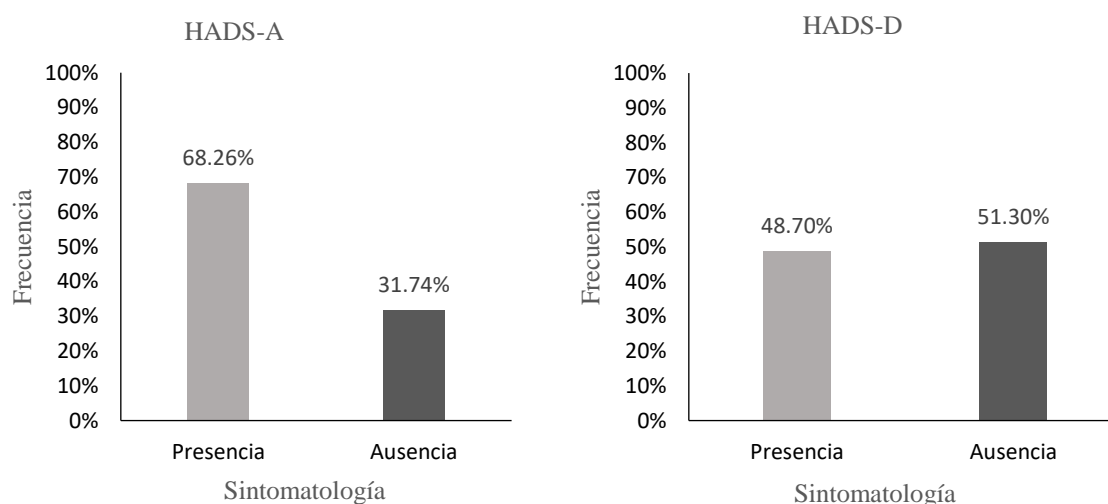


## Ansiedad (HADS-A), Depresión (HADS-D) y Apoyo Social Percibido (MOS)

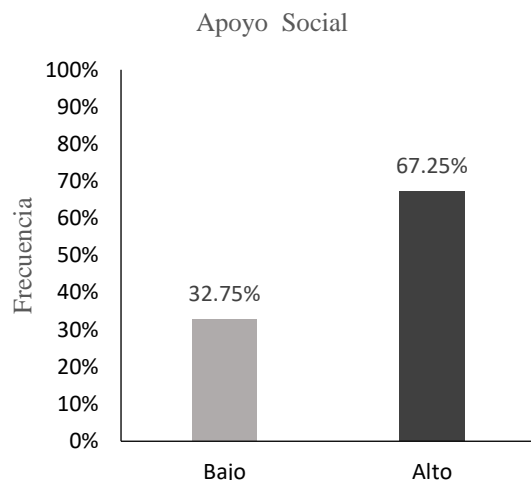
Con respecto a las puntuaciones en los instrumentos de auto reporte, en la escala HADS-A, se obtuvo de nueve puntos para ansiedad ( $\bar{x}=9.29$ ; *Desviación Estándar*[DE]= 4.88), superando así el punto de corte ( $\geq 8$  puntos) de la Escala, lo cual sugiere la presencia de sintomatología ansiosa en los CPI. En el caso de HADS-D, se obtuvo un promedio de siete puntos ( $\bar{x}=7.51$ ; *DE*=4.57) el cual es el punto de corte ( $\geq 7$  puntos) para esta escala lo cual podría indicar presencia de síntomas relacionados a anhedonia (ver Figura 2).

**Figura 2**

*Frecuencia de Casos Positivos y Negativos de Ansiedad, Depresión y Apoyo Social Percibido*



En cuanto al Apoyo Social Percibido (MOS), se obtuvo una media de 70 puntos ( $\bar{x}=70.45$ ; *DE*= 19.17) la cual fue estipulada como punto de corte, quedando así las puntuaciones inferiores a la media equivalentes a un apoyo social bajo y puntuaciones arriba de la media como apoyo social alto (ver figura 3).

**Figura 3***Frecuencia de los Casos de Apoyo Social Percibido*

### **Diferencias entre hombres y mujeres respecto a las variables ansiedad, depresión y apoyo social**

Se realizó análisis de Chi cuadrada de Pearson  $2 \times 2 (x^2)$ , para ansiedad (HADS A) tras el análisis se encontró que entre las variables no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a la presencia y ausencia de la misma  $X^2(1, N=232) = 0.28, p = 0.59$  (ver tabla 3).

**Tabla 3***Diferencias entre Hombres, Mujeres Respecto a la Ansiedad*

		Mujer		Hombre		Total
		n	%	n	%	N
<b>Ansiedad</b> (HADS-A)	Ausencia	66	38.8	21	33.9	87
	Presencia	104	61.2	41	66.1	145
	Total	170	100	62	100	232

Nota:  $n=323, x^2 = 0.2876, gl=1, p= 0.59$ ; Se calculó la significancia estadística al nivel  $**p<0.05$ ,

Así mismo se realizó Chi cuadrada de Pearson  $2 \times 2(x^2)$  para depresión (HADS-D), se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a la presencia y ausencia de la misma  $X^2(1, N=232)= 0.01 p= 0.91$  (ver tabla 4).

**Tabla 4**

*Diferencias entre Hombres, Mujeres Respecto a la Depresión*

		<b>Mujer</b>		<b>Hombre</b>		<b>Total</b>
		n	%	n	%	N
<b>Depresión (HADS-D)</b>	Ausencia	80	47.1	28	45.2	108
	Presencia	90	52.9	34	54.8	124
	Total	170	100	62	100	232

Nota:  $n=323; x^2 = 0.0115, gl=1, p= 0.91$ ; Se calculó la significancia estadística al nivel  $**p<0.05$

En cuanto al apoyo social, se encontró que tras el análisis de Chi cuadrada de Pearson  $2 \times 2(x^2)$ , no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto al nivel de apoyo social percibido como alto o bajo  $X^2(1, N=232)= 0.01 p= 0.19$  (ver tabla 5).

**Tabla 5**

*Diferencias entre Hombres, Mujeres Respecto al Apoyo Social*

		<b>Mujer</b>		<b>Hombre</b>		<b>Total</b>
		n	%	N	%	N
<b>Apoyo Social (MOS)</b>	Bajo	89	52.4	26	41.9	87
	Alto	80	47.1	36	58.1	145
	Total	169	99.4	62	100	231

*Nota:*  $n=232$ ;  $\chi^2= 1.6809$  ,  $gl=1$ ,  $p= 0.19$ ; Se calculó la significancia estadística al nivel  $**p<0.05$

### **Datos del cuidado del paciente**

Se efectuó un análisis de frecuencias de los datos del cuidado brindado a los pacientes por parte de sus cuidadores (diagnóstico y pronóstico de su paciente, tiempo de cuidado del paciente y principales tareas de cuidado brindado al paciente). En la muestra se observó que el 71.68 % de las personas evaluadas conocían el diagnóstico del paciente, el 53.12% mencionó que desconocía el pronóstico pues no les habían dado algún informe de sus pacientes (ver tabla 6).

En cuanto al tiempo de cuidado se encontró que es variado ya que había cuidadores con menos de un año con su rol como cuidador y otros que llevaban hasta el momento de la evaluación 10 o más años (14.35%) de cuidado de su paciente (ver tabla 6). De forma general, las principales tareas de cuidado que estas personas reportaron son de tipo instrumental (23.91%), emocional (1.03%), informativo (0.83%), apoyo completo, entendido como la suma de los tres anteriores (10.83%) (ver tabla 6).

### **Autocuidado del cuidador primario informal**

Para los datos de autocuidado de los cuidadores (enfermedades, consumo de sustancias, problemas psicológicos, descanso (si durmió o no), sueño (reparador o no) y actividades que realiza el CPI durante la espera de informes de su paciente) se efectuó un análisis de frecuencias de los datos. Se encontró que el 38.43% de los participantes dijeron tener algún tipo de enfermedades al momento de la evolución, las enfermedades más comunes entre los cuidadores fueron relacionadas con enfermedades metabólicas o crónicas como lo son las enfermedades del

corazón (27.06%), diabetes mellitus (20%), en algunos casos los cuidadores refirieron tener más de dos enfermedades (29.41%) (ver tabla 6).

Cuando se indagó sobre el consumo de sustancias las sustancias más reportadas fueron: bebidas alcohólicas (17.33%) tabaco (9.33%), alcohol y tabaco (11.11%). Al mismo tiempo cuando se inquirió sobre el aspecto psicológico, los cuidadores refirieron haber experimentado algún problema relacionado a su salud mental. Los problemas más reportados fueron: regulación emocional (15.58%) y depresión (15.38%) (ver tabla 6).

Por su parte se indagó respecto al descanso de los cuidadores el 60.50% reportó haber dormido, sin embargo, solo el 30.43% consideró que su sueño fue reparador. En lo que respecta a las actividades las más frecuentes entre los CPI fueron: efectúa alguna actividad recreativa como bordar, tejer, responder sopa de letras o crucigramas, y socializar mediante charlas con otros CPI o familiares (ver tabla 6).

### **Tabla 6**

*Características sobre los datos del cuidado del paciente y autocuidado del Cuidador Primario*

*Informal*

<b>Variables</b>	<b>n=232</b>
<b>Datos del cuidado del Paciente</b>	
Conoce Diagnóstico	
Sí	71.68%
No	28.32%
Conoce Pronóstico	
Sí	46.88%
No	53.12%
Tiempo de cuidado previo	
Menos de un año	22,61%
De 1-3 años	14.57%

<b>Variables</b>	<b><i>n=232</i></b>
De 4-6 años	7.04%
De 7-9 años	2.01%
De 10 o más años	16.08%
Complicaciones	3.52%
Sin cuidado previo	34.17%
<b>Principales tareas de cuidado</b>	
Instrumental	39.29%
Emocional	2.14%
Informativo	1.43%
Apoyo completo	31.43%
Instrumental emocional	17.86%
Instrumental - informativo	4.29%
Emocional-informativo	3.57%
<b>Datos del autocuidado del Cuidador Primario Informal</b>	
<b>Tipo de enfermedad</b>	
Corazón	9.91%
Diabetes mellitus	7.33%
Otras crónicas	5.66%
Desnutrición	0.43%
Trastornos Mentales	2.16%
Más de dos enfermedades	11.21%
No contestó	2.16%
Sin enfermedad	61.21%
<b>Consumo de sustancias</b>	
Ninguna	61.47%
Alcohol	17.62%
Tabaco	9.69%
Alcohol-tabaco	10.13%
Otras	0.88%
<b>Problemas psicológicos</b>	
Ninguno	51.35%
Regulación y expresión emocional	15.77%
Ansiedad	3.15%
Depresión	11.26%
Duelo	9.91%
Sociales	7.21%
Otros	1.35%

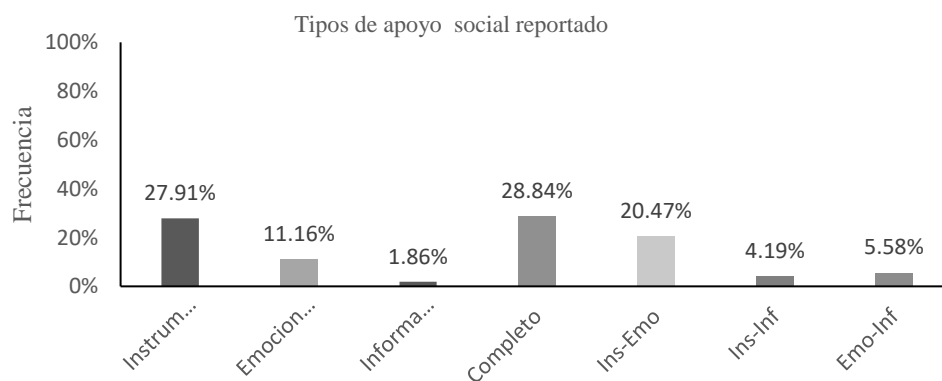
Variables	<i>n=232</i>
Durmió	
Si	
No	60.89%
Sueño fue reparador	39.11%
Si	
No	35.57%
Actividades durante la espera	64.43%
Ninguna	
Movilidad	23.26%
Socializar	22.11%
Recreativo	22.63%
Otra	25.26%
	6.84%

### Apoyo Social Recibido

Respecto al apoyo que reciben los cuidadores, reportaron que si reciben apoyo. Al indagar qué tipo de apoyo les brindaban estas personas los cuidadores respondieron recibir al menos un tipo de apoyo ya sea: instrumental (26.09%), emocional (10.43%) o informativo (1.74%); por su

### Figura 2

*Tipos de Apoyo Social Reportado por el Cuidador Primario Informal*





parte otros cuidadores reportaron tener apoyo completo entendido este apoyo como: la mezcla de apoyo instrumental, informativo y emocional (26.96%), otros tantos mencionaron recibir dos de los tres tipos de apoyo: apoyo instrumental y emocional (19.13%) instrumental e informativo (3.91%) o emocional-informativo (5.22%); con el apoyo que refiere recibir el 53.04% reporto cumplir con sus necesidades mientras que el resto no.

### **Correlación entre las variables “síntomatología ansiosa”, síntomatología depresiva” y “apoyo social”**

Basado en los supuestos requeridos para el uso de estadística no paramétrica, se sometieron a una correlación de Spearman las variables: Ansiedad (HADS-A), Depresión (HADS-D) y Apoyo Social Percibido(MOS). Para las variables HADS-A y HADS-D, se identificó una correlación positiva, con fuerza de asociación moderada y estadísticamente significativa ( $r_s=0.71, p <0.001$ ). En el caso de ansiedad y apoyo social percibido, se encontró una correlación negativa, con una fuerza de asociación débil y estadísticamente significativa ( $r_s=-0.25, p<0.001$ ). Para la variable depresión y apoyo social se encontró correlación negativa, con una fuerza de asociación baja pero estadísticamente significativa ( $r_s=-0.38, p=0.05$ ) (Ver tabla 7).

**Tabla 7**

*Correlaciones de Spearman para las Variables Ansiedad, Depresión y Apoyo Social (MOS)*

Variables	1	2	3	$\bar{x}$	DE
1. Ansiedad (HADS-A)	-	0.71***	-0.25***	9.29	4.88

2. Depresión (HADS-D)	0.71***	-	-0.38**	7.5	4.57
3. Apoyo Social (MOS)	-0.25***	-0.38**	-	70.45	19.17

*Nota:* Se calculó la significancia estadística al nivel \*\* $p < 0.05$ , \*\*\* $p > 0.001$  y considerando una distribución bilateral. de los datos.  $\bar{X}$ =media; DE=desviación estándar.

## Discusión

El objetivo de esta investigación fue identificar la relación entre la ansiedad, depresión y apoyo social de los cuidadores primarios informales de pacientes (CPI) del área de Urgencias Médicas, como objetivos específicos este trabajo pretendió identificar si existían diferencias entre hombre y mujeres respecto a las variables, así como describir el perfil sociodemográfico de estos cuidadores, datos del cuidado del paciente y del autocuidado del CPI.

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación, los hallazgos indican que los cuidadores al momento de la evaluación presentaron en mayor medida sintomatología ansiosa (68.2%) que depresiva (48.7%), sin embargo a pesar de la presencia de estas sintomatologías no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo (hombres o mujeres), en cambio se identificaron correlaciones positivas, con fuerza de asociación moderada y estadísticamente significativa para ansiedad y depresión.

Los resultados antes mencionados son similares a los reportados en la literatura nacional en la que no se han encontrado diferencias por sexo respecto a ansiedad en cuidadores (Toledano-Toledano & Moral de la Rubia, 2018); lo que es curioso porque desde el punto de vista epidemiológico las mujeres tienen un riesgo doble de presentar trastornos del estado del ánimo tales como depresión o ansiedad (Harkness et al., 2010; Reisner et al., 2016; Serpytis

et al., 2018); sin embargo, en cuidadores no se observaron dichas diferencias asociadas con la condición de ser hombre o ser mujer.

Lo anterior podría deberse principalmente a dos razones, la primera tiene que ver con la cultura, dado que existen atributos esperados y reforzados social o culturalmente tales como sacrificio y abnegación que se solicitan de las personas que dedican cuidados a otros y que podrían estar fungiendo como un amortiguador a corto plazo en esta población, sin importar su sexo, contra la ansiedad o la depresión; pero que, solo a largo plazo, las diferencias entre estos dos grupos podrían comenzar a hacerse visibles repercutiendo en la salud y calidad de vida de los cuidadores y pacientes (Barrón & Alvarado, 2009; Gerogianni et al., 2019; Nipp et al., 2016; Toledano-Toledano & Moral de la Rubia, 2018). La segunda razón tiene que ver con las diferencias conceptuales entre sexo y género. De acuerdo con Jordan-Young (2010) y Ramos-Lira (2014) se espera que el sexo nos proporcione información sobre atributos esperados en hombres o mujeres que puedan influir o asociarse con las variables de interés y sin darnos cuenta caemos en la práctica común pero errada de la investigación, la cual radica en evaluar diferencias biológicas por sexo, en lugar género (roles sociales, funciones, comportamientos, actividades o atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres o las mujeres) para dar explicación a fenómenos humanos, minimizando así el papel o función del género, situación que debe cambiar dado que tanto las funciones como los comportamientos entre hombres y mujeres pueden generar desigualdades, diferencias que favorecen más a un grupo sobre otro (Domínguez-Guedea & Díaz-Loving, 2015; OMS, 2020) y que desafortunadamente en el campo de la salud aún no quedan claras dichas diferencias asociadas al sexo y al género a excepción de algunas relacionadas con la salud reproductiva, es por ello que es importante generar investigación al respecto (Lohan, 2007; Risman & Davis, 2013).

Así mismo, los hallazgos de esta investigación concuerdan con los reportados por un grupo de investigación marroquí (Belayachi et al., 2014) realizada en CPI de pacientes de cuidados críticos dónde se obtuvieron datos parecidos, pero de menor proporción en cuanto a la sintomatología ansiosa (55.6%). Sin embargo, a pesar de las similitudes que pueden existir, los datos de esta investigación son discrepantes con la investigación de Van Baeusekom et al. (2016) la cual reporta haber usado los mismos instrumentos para evaluar ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes hospitalizados de áreas de Cuidados Intensivos, dónde la presencia de depresión es mayor que la de ansiedad (90% depresión, 80% ansiedad). Una posible explicación de estas diferencias puede deberse a los distintos servicios donde se realizaron las investigaciones, ya que, aunque en apariencia las Unidades de Cuidados Intensivos y Urgencias Médicas comparten características respecto a la aproximación fisiopatológica empleada en sus servicios, existen diferencias entre ellos que podrían influir en la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa en los cuidadores. En el caso de los servicios de emergencias, suelen tener sobresaturación, falta de recursos económicos, instrumentales, técnicos o humanos, deficiencias, mientras que las unidades de cuidados suelen tener mayores recursos y menor cantidad de pacientes críticos, así que las carencias de los servicios de urgencias repercuten, no solo en la atención de los pacientes que ingresan a estas, sino también en la salud de sus cuidadores (Bonin-Guillaume et al., 2015; Lara et al., 2016; Polanco-González et al., 2013).

En cuanto al Apoyo Social Percibido (MOS), los cuidadores tuvieron un apoyo social alto (67.25%), lo cual concuerda con literatura nacional e internacional que menciona que los CPI perciben tener buen apoyo social, el cual varía desde un 54 a un 77% (Islas et al., 2006; Palomino et al., 2008; Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019). Respecto al apoyo social que reportaron recibir los CPI, en esta investigación fue en mayor medida de tipo instrumental o

apoyo completo (presencia de apoyo instrumental, informativo y emocional brindado por su red de apoyo). Un poco más de la mitad de los participantes (53.04%) refirió poder cumplir con sus necesidades además de las del cuidado de su paciente, debido a lo anterior, se puede decir que los cuidadores que participaron en esta investigación perciben tener una buena red de apoyo social y una alta percepción del funcionamiento familiar (Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019).

Antagónicamente a pesar de existir literatura que habla sobre papel del apoyo social y la disponibilidad a él (ya sea percibido o recibido) en la adaptación a situaciones estresantes para mitigar el impacto negativo respecto a la carga económica, social y emocional; en esta investigación, no se reflejó ese efecto mitigador ya que, los análisis estadísticos realizados en esta investigación, así como los datos obtenidos, no permitieron visualizar si la percepción del apoyo social se asocia con el malestar psicológico (ansiedad y depresión) tal y como ocurre en otras investigaciones con cuidadores primarios informales (Bonsu et al., 2019; Jeong & An, 2017).

En cambio, los datos obtenidos en esta investigación sugieren que los cuidadores que participaron, al igual que en la investigación de García-Torres (2020) tienden a priorizar el bienestar del paciente sobre sí mismos, lo cual impide ver el reflejo del efecto protector para aminorar el malestar psicológico (ansiedad y depresión). Otro motivo que podría estar interfiriendo es la deseabilidad social, efecto o distorsión intencional de dar una versión más positiva ante una demanda social, en este caso, reportar tener un buen apoyo de su red social podría estar influido por este efecto, ya que hubo algunos participantes que mencionaron durante las evaluaciones contar con varias personas que le brindaban apoyo, pero ni con el apoyo referido estos cuidadores lograban cumplir con sus necesidades personales (además de las tareas

de cuidado), esta situación parece estar relacionada con el temor a la desaprobación social y la convención social o bien, con sobreestimar la situación o las cualidades personales tales como: autonomía, asertividad y status (Domínguez et al., 2012).

Por otro lado respecto a las relaciones apoyo social percibido y las variables ansiedad y depresión, se encontró que ambas tienen una correlación negativa pero estadísticamente significativa. Lo cual indica que a mayores niveles de ansiedad y depresión menos percepción de apoyo social, tal como se reporta en la literatura internacional (Wang et al., 2016) que generalmente sugiere que la sintomatología depresiva disminuye debido a la percepción de una buena red de apoyo social.

En cuanto al perfil de los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados del área de Urgencias Médicas, los resultados indicaron que la media de edad es de 47.36 años, residentes de la Ciudad de México (73.04%), casadas, católicas, con grado de escolaridad primaria o secundaria y dedicados al hogar o algún oficio, el 71.74% de estos fueron mujeres. Los datos obtenidos en este estudio son similares a los encontrados en la literatura nacional e internacional donde se menciona que entre 65% a 81.7% de los CPI fueron mujeres, sin importar el parentesco (esposa, hermana, madre, tía entre otras) están casadas, con educación básica y se hacen cargo del cuidado de los pacientes para mejorar su calidad de vida, mientras continúan con la realización de las tareas domésticas y de trabajo, lo cual implica modificaciones a su rutina diaria, reflejadas principalmente en aislamiento social, pérdidas económicas, realización de tareas de cuidado difíciles y estresantes, las cuales efectúan sin capacitación y descanso, situación que va generando malestar psicológico acumulable hasta convertirse, en algunos casos en un factor de estrés crónico perjudicando la salud física y mental de los cuidadores (Bonsu et al., 2019; Buck et al., 2015; García-Torres et al., 2020; Koyanagi et al., 2018; Petruzzo et al.,

2017; Toledano-Toledano & Contreras-Valdez, 2018; Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019).

Sumado a lo anterior es importante destacar que las características mencionadas anteriormente son propias de la cultura mexicana ya que a la mujer mexicana suele otorgársele el rol de cuidadora y al hombre el de proveedor de recursos, debido a los atributos que se les asocia a uno y a otro, considerándose el afecto, sacrificio, comprensión y abnegación, atributos típicamente femeninos que predisponen a las mujeres al rol de cuidadoras (Díaz-Guerrero, 2003; Domínguez-Guedea & Díaz-Loving, 2015; Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019) pese a que muchas veces estas mujeres cuidadoras no cuentan con la preparación para efectuar su rol de cuidado. Así mismo, el perfil del CPI de urgencias compartió dos características con los cuidadores de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos tales como: sexo y estado civil (Van Beusekomet et al., 2016).

Respecto a los datos obtenidos del autocuidado del CPI y cuidado brindado este al paciente hospitalizado se encontró que los participantes de esta investigación, cuidan una gran cantidad de tiempo diario a sus pacientes ( $\bar{X}=17.7$  horas) sobrepasando incluso el número de horas diarias ( $\bar{X}=16.7$  horas) reportadas en literatura nacional (Guerrero-Nava et al., 2016) como internacional ( $\bar{X}=13.0$  horas) situación que podría estar favoreciendo la aparición de problemas emocionales en los cuidadores (Hu et al., 2018). Así mismo, respecto a conocer el diagnóstico de su paciente, la mayoría de participantes (71.6%) refirió conocer su diagnóstico más no conocer el pronóstico o haber recibido informes acerca del pronóstico (53.1%). Esta información es relevante porque el tener buena comunicación con el personal de salud impacta en la percepción de la experiencia hospitalaria del cuidador (White et al., 2018).

Además de lo anterior, los cuidadores que participaron en esta investigación mencionaron padecer alguna enfermedad de tipo crónica degenerativa mientras fungían con su rol de cuidado. Los datos son consistentes con la literatura existente la cual menciona que las enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes mellitus, dolor crónico y trastornos de tipo cardiovascular son cada vez más comunes entre la población siendo un factor de riesgo asociado a la muerte prematura (Barron & Alvarado, 2009; National Alliance for Caregivers, 2015; OMS, 2020). De igual manera, casi la mitad de los cuidadores reportaron haber presentado en algún momento malestar psicológico, siendo la expresión y regulación emocional, seguida de depresión y duelo los más reportados por los cuidadores. Sumado a lo anterior poco más de un tercio de los cuidadores (38.56%) mencionó consumir algún tipo de sustancia, principalmente alcohol o bien alcohol y tabaco.

Los datos anteriores llaman la atención ya que los cuidadores podrían estar expuestos a situaciones negativas y a largo plazo impactar en su salud mental, tal como mencionan diversas investigaciones nacionales o internacionales las cuales reportan que los trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias representan el 10% de la carga mundial de enfermedades (muertes y discapacidades), afectando alrededor del 30% de la población (en algún momento de su vida), de igual manera los trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias representan un costo social elevado (desempleo, ausentismo por enfermedad, pérdida de productividad en el trabajo, dificultades familiares y afectaciones en la calidad de vida) (Balderston et al., 2017; Borges et al., 2004; Hewlett & Moran, 2014; Hu et al., 2016; Koyanagi et al., 2018; Organización Mundial de la Salud, 2013; Secretaria de Salud, 2020; World Economic Forum & The Harvard School of Public Health, 2011; Yepes et al., 2018).



Así mismo, es importante recalcar que esta investigación fue un estudio confirmatorio de un estudio previo realizado por Hernández de la Cruz (2018). Se decidió realizar este trabajo, siguiendo las sugerencias planteados en diversos textos de metodología de la investigación (Hernández et al.,2014; Hinkelman & Kempthorne, 1994; kerlinger & lee 2002). Los cuales mencionan que tras realizar una investigación es recomendable seguir con una nueva que trate de comparar la investigación previa para encontrar aspectos a mejorar y establecer nuevos procedimientos, aun cuando las condiciones puedan cambiar e incluir elementos de más de un tipo de estudios (Hernández et al.,2014; Hinkelman & Kempthorne, 1994) por tanto, esta investigación pretendió ser de tipo confirmatoria y buscó establecer procesos de control y mejora en la investigación científica en psicología.

Además de lo mencionado, se recurrió a la réplica para garantizar la validez y verificación de resultados, así como contrastar los resultados procedimientos y métodos del trabajo previo con esta investigación, por lo tanto se recurrió al uso de una réplica conceptual (verificación de hipótesis o resultados de investigaciones previas con modificaciones en el método y procedimiento reportado originalmente ) en vez de hacer de una duplicación o repetición exacta del procedimiento de la investigación realizada por Hernández de la Cruz (2018; Blalock;1961, Jasny et al., 2011; Ordoñez Morales, 2014; Schmidt 2009).

Hasta hace poco, el reporte de investigaciones basadas en réplicas, en las ciencias sociales, era escaso; sin embargo, en años recientes la réplica ha ganado relevancia especialmente en la psicología debido a la oportunidad que brinda de evaluar y mejorar la reproducibilidad en este campo (Madden et al., 1995; Makel et al., 2012; Open Science Collaboration, 2015). A pesar de que la réplica es una característica definitoria de la ciencia, parece ser que en psicología existe crisis de replicabilidad ya que una gran parte de las réplicas

que se realizan producen evidencia más débil y cuestionables de los hallazgos originales. De acuerdo con un grupo de investigadores unidos que se hace llamar Open Science Collaboration (2015) de 100 investigaciones psicológicas que se replican, 97 de ellas obtienen resultados contrarios a los reportados en los originales, a pesar de utilizar materiales proporcionados por los autores originales y anticipar la fidelidad metodológica y estadística. Esta situación evidencia la carencia sistemática y la poca confiabilidad en las investigaciones psicológicas, pese a ello, se desconoce hasta qué punto estos hallazgos se extienden al resto de la psicología u otras disciplinas. Es probable que la cultura científica actual este afectando negativamente la reproducibilidad de los hallazgos. Sin embargo, a pesar de los desalentadores resultados que reporta este grupo de investigadores existen buenos motivos para promover la réplica en psicología, principalmente porque fomenta el desarrollo de habilidades y saberes aceptados por la comunidad científica que permiten una mejor comprensión teórica y metodológica reflejada en un mejor desempeño académico y de investigación en psicología (Ordoñez Morales, 2014).

Partiendo de lo anterior, para esta investigación se realizaron modificaciones metodológicas y procedimentales respecto a la de Hernández de la Cruz (2018). En primer lugar se realizó el cálculo del tamaño de la muestra con intervalo de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%, para representar adecuadamente a la población y se realizó un ajuste de pérdidas de participantes del 20%. En segundo lugar, se redefinieron los criterios para la inclusión, exclusión y eliminación de los participantes asegurando que fueran evaluados únicamente Cuidadores Primarios Informales mediante tres preguntas filtro que sirvieron para corroborar e identificar si del cuidador era el cuidador informal principal o se trataba de algún cuidador secundario. Si el cuidador en turno era cuidador secundario se indagaba acerca del CPI para buscarlo y realizar la evaluación correspondiente y al cuidador en turno se le brindaban

datos de contacto de apoyo psicológico tanto del hospital como de instituciones públicas, así mismo, únicamente se consideraron para esta investigación aquellas evaluaciones completadas al menos en un 85%. En tercer lugar, para el Cuestionario de Apoyo Social MOS se estableció como punto de corte la media tal como sugerían los autores de la adaptación mexicana del instrumento para establecer aquellos CPI con apoyo social alto o bajo (B. A. Martínez, comunicación personal, noviembre 2019).

Tomando en cuenta lo anterior los hallazgos encontrados en esta investigación son similares al trabajo de Hernández de la Cruz (2018), la presencia de sintomatología ansiosa reportada en esa investigación fue de un 58.0% versus el 68.2% encontrado en la presente investigación. Lo mismo ocurre con las cifras de sintomatología a depresiva ya que en la investigación previa el 47.0% de los cuidadores presento esta sintomatología versus el 48.7% obtenidos en esta investigación. En cuanto a la variable apoyo social percibido (MOS) 45% de los pacientes reportó contar con buen apoyo social en el trabajo de Hernández de la Cruz (2018) en contraste con 67.2% en esta investigación; por tanto se puede decir que una proporción mayor de cuidadores reportaron contar con buen apoyo social en la investigación actual. Una probable explicación de haber obtenido datos similares puede deberse a que ambas investigaciones utilizaron los mismos instrumentos de evaluación, cuyas evaluaciones fueron realizadas con población similar y contexto, pero en diferentes momentos sociohistóricos. A pesar de ser considerado al cuidador informal como un fenómeno social y cultural, prácticamente son escasos los estudios que se han realizado dentro de las instituciones hospitalarias, esto pudiera deberse a que es una población que pasa desapercibida y muchas veces su labor no es reconocida por el sistema de salud, los cuidadores, además de cubrir las necesidades básicas de su paciente,

realizan actividades relacionadas con las demandas afectivas y emociones de su paciente (Quero, 2004).

Si bien, se tomaron las precauciones pertinentes durante la elaboración de esta investigación, se identificaron algunas limitaciones. Para empezar esta investigación tuvo un diseño no experimental, transversal y correlacional, que aunque trató de establecer correlaciones estadísticas entre las variables no se puede establecer causalidad entre las mismas, por lo que se sugiere a futuros investigadores realizar una réplica de este estudio usando estadística multivariada, la cual se encarga de generar inferencias y predicciones entre las variables (Avendaño et al., 2014; Hernández et al., 2014; Kerlinger y Lee, 2002).

Otra limitación de este estudio fue el uso de instrumentos de autorreporte, los cuales pueden verse influidos por la deseabilidad social, así como por aspectos culturales, situación que podría reflejarse en las respuestas de los cuidadores cuando responden de acuerdo a lo que se espera de ellos (Domínguez et al., 2012; Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019). Así mismo, las respuestas referidas de los participantes pueden estar sesgadas o no ser exactas ya que el CPI reporta lo que vivió tal y como lo percibe y no necesariamente como ocurrieron los hechos, ya que el tener a un familiar hospitalizado es un evento altamente estresante y cuando se trata de urgencias médicas, se asocia con escenarios catastróficos y enfermedades graves (Secretaría de Salud, 2017) lo cual podría estar influyendo en las estimaciones temporales de los hechos, sobreestimaciones de las actividades realizadas o del tipo de apoyo que reciben.

Otra limitación respecto a los instrumentos utilizados es su sensibilidad ya que, aunque son instrumentos validados y estandarizados en población mexicana, podrían existir diferencias conceptuales que afecten la validez de los mismos (Hernández et al., 2014) debido a la carencia

de estandarizaciones específicas en cuidadores de pacientes del Área de Urgencias Médicas. De igual manera, como se mencionó, los cuidadores que participaron en esta investigación tienden a pasar muchas horas diarias al cuidado de su paciente, lo que podría generar que los CPI respondan inadecuadamente por fatiga o cansancio (Sánchez-Sosa, 1998).

Por último, los resultados obtenidos en esta deben evitar generalizarse a otras poblaciones o servicios diferentes al de Urgencias Médicas pues, como se ha mencionado, las características de esta población difieren con las de otros servicios (Lara et al., 2016; Polanco-González et al., 2013).

Así como existen limitaciones, hay bondades derivadas de este estudio que vale la pena resaltar: la posibilidad de utilizar una batería para Cuidadores Primarios Informales que buscó medir no solo características psicológicas como ansiedad, depresión y apoyo social, sino también características del cuidado del paciente y del cuidador, lo cual permitió obtener información acerca del comportamiento de las variables (ansiedad, depresión y apoyo social), perfil del CPI de Urgencias Médicas de un Hospital General de la Ciudad de México, el cual se contempla no solo en las variables sociodemográficas sino también de cuidado e interacción con el paciente así como de autocuidado del CPI, situación que permitirá a futuras investigaciones enriquecerse de los datos obtenidos para la planeación de intervenciones psicológicas apropiadas para esta población.

De igual manera, esta investigación contempló características de las investigaciones confirmatorias tales como el cálculo del tamaño de la muestra y la réplica conceptual del estudio realizado previamente por Hernández de la Cruz (2018) que, como se mencionó anteriormente, la réplica no solo es parte fundamental y definitoria de la ciencia sino que brinda la oportunidad

de evaluar y mejorar las investigaciones realizadas para fomentar la consolidación de la psicología como una ciencia sistemática, además de permitir mejorar la comprensión de la relación entre la teoría, metodología y análisis de evidencia a través de la réplica de las investigaciones psicológicas

Finalmente, y debido a todo lo anterior, se puede concluir que existe una relación entre ansiedad, depresión y apoyo social, en los CPI de pacientes de Urgencias de un Hospital General de la Ciudad de México, así mismo, no existen diferencias respecto al sexo entre las variables antes mencionadas. Esta investigación permitió identificar que aún hace falta generar más evidencia para poder realizar inferencias y predicción entre las variables: depresión, ansiedad y apoyo social.

## REFERENCIAS

- Alagappan, K., & Holliman, C. J. (2005). History of the development of international emergency medicine. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 23(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.emc.2004.09.013>
- American Psychological Association. (2019, Septiembre). *Society for Health Psychology*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/about/division/div38>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine* (1982), 61(4), 755–765.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Armstrong, P. (2005). *Thinking it through: women, work and caring in the New Millennium*. Dalhousie University.  
[https://www.researchgate.net/publication/279510606\\_Thinking\\_it\\_Through\\_Women\\_and\\_Work\\_in\\_the\\_New\\_Millennium](https://www.researchgate.net/publication/279510606_Thinking_it_Through_Women_and_Work_in_the_New_Millennium)
- Avendano, P. L., Avendano P, G., Cruz, W., & Cardenas-Avendano,A. (2014). Referencia para investigadores no expertos en el uso de estadística multivariada. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*10(1), 3-27.
- Babeva, K., Hughes, J. L., & Asarnow, J. (2016). Emergency Department Screening for Suicide and Mental Health Risk. *Current Psychiatry Reports*, 18(11), 100. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0738-6>

- 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.
- Balderston, N. L., Vytal, K. E., O’Connell, K., Torrissi, S., Letkiewicz, A., Ernst, M., & Grillon, C. (2017). Anxiety Patients Show Reduced Working Memory Related dlPFC Activation During Safety and Threat. *Depression and Anxiety*, 34(1), 25–36. <https://doi.org/10.1002/da.22518>
- Barrón, B & Alvarado, S. (2009). Desgaste Físico y Emocional del Cuidador Primario en Cáncer. *Cancerología*. 4,39-46.
- Bazán, R. G. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. Health psychology contribution to the mexican hospital environments. *Psicología y Ciencia Social*. 5(2).20-26.
- Beker, C. (2017). Accident and Emergency Statistics: Demand, Performance and Pressure. *House of commons Library Brieffriend paper,6964*, 1-32.
- Belayachi, J., Himmich, S., Madani, N., Abidi, K., Dendane, T., Zeggwagh, A. A., & Abouqal, R. (2014). Psychological burden in inpatient relatives: the forgotten side of medical management. *QJM: An International Journal of Medicine*, 107(2), 115-122. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hct210>
- Ben-Shachar, M., Makowski, D., Lüdtke, D., Kelley, K. & Stanley, D. (2020). Indices of Effect Size and Standardized Parameters (version 0.3.3) [Computer software]. R package. <https://easystats.github.io/effectsize/>



- Bergero T., Gómez M, Herrera A., & Mayoral F.(2000). Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(73),127- 35.
- Billis, A., Zouka, M., Nicopolitidis, P., Lagakis, P., Logaras, E., Karanasiou, N., Fourlis, A., Gialelis, J., Kallergis, D., Papadimitriou, G. I., Douligeris, C., Papavramidis, T. S., Krizea, M., & Bamidis, P. D. (2019). Towards the Definition of an Intelligent Triage and Continuous Monitoring System for Hospital Emergency Departments and Clinics. *Studies in Health Technology and Informatics*, 264, 1641-1642. <https://doi.org/10.3233/SHTI190574>
- Blair, C. R., & Taylor, R. A. (2008). *Bioestadística* (1er ed.). Pearson Educación.
- Blalock, H. (1961). Theory, measurement, and Replication in the Social Sciences. *American Journal of Sociology*, 66(4), 342– 347. <https://www.jstor.org/stable/2773731?seq=1>
- Bonin-Guillaume, S., Durand, A.-C., Yahi, F., Curiel-Berruyer, M., Lacroix, O., Cretel, E., Alazia, M., Sambuc, R., & Gentile, S. (2015). Predictive factors for early unplanned rehospitalization of older adults after an ED visit: Role of the caregiver burden. *Aging Clinical and Experimental Research*, 27(6), 883-891. <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0347-y>
- Bonsu, K., Kugbey, N., Ayanore, M. A., & Atefoe, E. A. (2019). Mediation effects of depression and anxiety on social support and quality of life among caregivers of persons with severe burns injury. *BMC Research Notes*, 12(1), 772. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4761-7>
- Borges G, Medina-Mora ME & López-Moreno S. (2004). El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Publica de México*, 46(5), 451-463.

- Brindley, P. G., Olusanya, S., Wong, A., Crowe, L., & Hawryluck, L. (2019). Psychological burnout in healthcare professionals: Updating our understanding, and not making it worse. *Journal of the Intensive Care Society*, 20(4), 358-362. <https://doi.org/10.1177/1751143719842794>
- Buck, H. G., Harkness, K., Wion, R., Carroll, S. L., Cosman, T., Kaasalainen, S., Kryworuchko, J., McGillion, M., O'Keefe-McCarthy, S., Sherifali, D., Strachan, P. H., & Arthur, H. M. (2015). Caregivers' contributions to heart failure self-care: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 14 (1), 79-89. <https://doi.org/10.1177/1474515113518434>
- Bustos, Y., Castro, J., Wen, L. S., Sullivan, A. F., Chen, D. K., & Camargo, C. A. (2015). Emergency department characteristics and capabilities in Bogotá, Colombia. *International Journal of Emergency Medicine*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s12245-015-0079-y>
- Cardozo, I., & Rondón, J. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1079 -1107.
- Castillo-de los Santos, R. (2017). Medicina de urgencias: una especialidad nueva para el gremio médico militar, pero vital para el servicio de sanidad militar. *Revista de Sanidad Militar*. 71 (3), 290-299.
- Castillo, S., & Lozano, E. (2007). Q-Q Plot Normal. Los puntos de posición gráfica. *Iniciación a La Investigación*, 2(9). <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/259>
- Chung, M. L., Pressler, S. J., Dunbar, S. B., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2010). Predictors of depressive symptoms in caregivers of patients with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(5), 411-419. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181d2a58d>

- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cooper, C., & Livingston, G. (2003). Psychological Morbidity and Caregiver Burden in Parents of Children With Tourette's Disorder and Psychiatric Comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1370-1375. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000085751.71002.48>
- Colungo, C., Liroz, M., Jansà, M., Blat, E., Herranz, M. C., Vidal, M., Garcia, E., Gomez, M., Esmatjes, E., & Ortega, E. (2018). Programa de atención y educación terapéutica en el debut de la diabetes tipo 2: Un nuevo modelo de abordaje en atención primaria. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 65 (9), 486-499. <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2018.06.011>
- Comtois, D. (2020). *Tools to Quickly and Neatly Summarize Data (versión 0.0.9) [Computer software]. R package.* <https://github.com/dcomtois/summarytools>
- Conejo-Cerón, S., Moreno-Peral, P., Rodríguez-Morejón, A., Motrico, E., Navas-Campaña, D., Rigabert, A., Martín-Pérez, C., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Luna, J. de D., García-Campayo, J., Roca, M., & Bellón, J. Á. (2017). Effectiveness of Psychological and Educational Interventions to Prevent Depression in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Family Medicine*, 15 (3), 262-271. <https://doi.org/10.1370/afm.2031>
- Cunha, S., Soares-Oliveira, M., & Pereira, N. (2009). Early psychological intervention in prehospital emergency care systems. *The Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 404–406. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.10.031>
- Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142–143. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>

- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura. Psicología del mexicano 2* (2da ed.). Trillas.
- DiMillo, J., Hall, N. C., Ezer, H., Schwarzer, R., & Körner, A. (2019). The Berlin Social Support Scales: Validation of the Received Support Scale in a Canadian sample of patients affected by melanoma. *Journal of Health Psychology, 24*(13), 1785-1795.  
<https://doi.org/10.1177/1359105317700968>
- Domínguez Espinosa, A. D. C., Aguilera Mijares, S., Acosta Canales, T. T., Navarro Contreras, G., & Ruiz Paniagua, Z. (2012). La Deseabilidad Social Revalorada: Más que una Distorsión, una Necesidad de Aprobación Social. *Acta de Investigación Psicológica, 2*(3), 808-824.  
<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2012.3.236>
- Dueñas, E. D., & Muñoz, C. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica, 37*(2),31-38.
- Dugas, S., Favrod-Coune, T., Poletti, P.-A., Huwyler, T., Richard-Lepouriel, H., Simon, J., Sarasin, F. P., & Rutschmann, O. T. (2019). Pitfalls in the triage and evaluation of patients with suspected acute ethanol intoxication in an emergency department. *Internal and Emergency Medicine, 14*(3), 467-473. <https://doi.org/10.1007/s11739-018-2007-7>
- Eken, C., Oktay, C., Bacanlı, A., Gulen, B., Koparan, C., Ugras, S. S., & Cete, Y. (2010). Anxiety and depressive disorders in patients presenting with chest pain to the emergency department: A comparison between cardiac and non-cardiac origin. *The Journal of Emergency Medicine, 39*(2), 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.11.087>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.), 196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Fernandes Alves, R., Carmo Eulalio, M., & Jiménez Brobeil., Sylvia. (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).
- Frérot, M., Lefebvre, A., Aho, S., Callier ,P., Astruc, K., & Aho Glélé LS. (2018). What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017. *PLoS ONE*, 13(12) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208442>
- García-Torres, F., Jacek Jabłoński, M., Gómez Solís, Á., Moriana, J. A., Jaén-Moreno, M. J., Moreno-Díaz, M. J., & Aranda, E. (2020). Social support as predictor of anxiety and depression in cancer caregivers six months after cancer diagnosis: A longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5-6), 996-1002. <https://doi.org/10.1111/jocn.15123>
- Gerogianni, G., Polikandrioti, M., Babatsikou, F., Zyga, S., Alikari, V., Vasilopoulos, G., Gerogianni, S., & Grapsa, E. (2019). Anxiety–Depression of Dialysis Patients and Their Caregivers. *Medicina*, 55(5). <https://doi.org/10.3390/medicina55050168>
- Govina, O., Vlachou, E., Kalemikerakis, I., Papageorgiou, D., Kavga, A., & Konstantinidis, T. (2019). Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Patients Undergoing Palliative Radiotherapy. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(3), 283–291. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_74\\_18](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_74_18)
- Gräff, I., Latzel, B., Glien, P., Fimmers, R., & Dolscheid-Pommerich, R. C. (2019). Validity of the Manchester Triage System in emergency patients receiving life-saving intervention or acute medical treatment—A prospective observational study in the emergency department. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(3), 398–403. <https://doi.org/10.1111/jep.13030>

- Grau-Abalo J, & Hernández- Meléndez., E. (2005). Psicología de la salud. Aspectos históricos y conceptuales. En Grau-Abalo, J., & Hernández -Meléndez, E. (Comps.) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. (pp. 33-84). Centro Universitario de ciencias de la salud
- Guerrero-Nava, J. A., Romero-Quechol, G., Martínez-Olivares, M., Martínez-Martínez, R. A., & Rosas-Reyes, S. C. (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(2), 91-98.
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica Fermentum. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
- Guterman, E. L., Allen, I. E., Josephson, S. A., Merrilees, J. J., Dulaney, S., Chiong, W., Lee, K., Bonasera, S. J., Miller, B. L., & Possin, K. L. (2019). Association Between Caregiver Depression and Emergency Department Use Among Patients With Dementia. *JAMA Neurology*, 76(10).  
<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.1820>
- 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>
- Harkness, K. L., Alavi, N., Monroe, S. M., Slavich, G. M., Gotlib, I. H., & Bagby, R. M. (2010). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 791-803.  
<https://doi.org/10.1037/a0020629>

- Hernández de la Cruz, J. A. (2018). *Apoyo Social Ansiedad y depresión en el cuidador primario informal de urgencias médicas* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Hernández, S. R., Fernández, C.C., & Baptista, L., P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a.ed.). McGraw-Hill PIB.
- Hewlett, E. & Moran, V. (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.  
<https://doi.org/10.1787/9789264208445-en>
- Higgins, D. M., LaChappelle, K. M., Serowik, K. L., Driscoll, M. A., Lee, A., & Heapy, A. A. (2018). Predictors of Participation in a Nonpharmacological Intervention for Chronic Back Pain. *Pain Medicine, 19*(suppl\_1), S76-S83. <https://doi.org/10.1093/pm/pny077>
- Hinkelmann, K., & Kempthorne, O. (1994). *Design and Analysis of Experiments, Volume 1 Introduction to Experimental Design* (2da ed.). Wiley-Interscience.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine, 64*(2), 206-221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
- Hooker, E. A., Mallow, P. J., & Oglesby, M. M. (2019). Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010-2014). *The Journal of Emergency Medicine, 56*(3), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.12.025>
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum, 2*(1), 135–146.  
<https://doi.org/10.1007/BF01107897>
- Hu, X., Dolansky, M. A., Su, Y., Hu, X., Qu, M., & Zhou, L. (2016). Effect of a multidisciplinary supportive program for family caregivers of patients with heart failure on caregiver burden,

quality of life, and depression: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.006>

Hu, X., Dolansky, M. A., Hu, X., Zhang, F., & Qu, M. (2016). Factors associated with the caregiver burden among family caregivers of patients with heart failure in southwest China: Factors associated with caregiver burden. *Nursing & Health Sciences*, 18(1), 105-112.

Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L., & Zeng, L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*, 97(40). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012638>

Islas-Salas, N. L., Ramos del Río, B., Aguilar Estrada, M. G., & García Guillén, M. de L. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 19(4), 266–271.

Jasny, B. R., Chin, G., Chong, L., & Vignieri, S. (2011). Data replication & reproducibility. Again, and again, and again .... Introduction. *Science (New York, N.Y.)*, 334(6060). <https://doi.org/10.1126/science.334.6060.1225>

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>

Jofré A., V., & Mendoza P., S. (2005). Health decision-making in woman's informal caretakers. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 37–49. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532005000100005>

Johnson, C. C., Suchyta, M. R., Darowski, E. S., Collar, E. M., Kiehl, A. L., Van, J., ... Hopkins, R. O. (2019). Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically III Intensive Care Unit



Patients. A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*, 16(7), 894–909.

<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201808-540SR>

Jordan-Young, R. M. (2010). *Brainstorm: The Flaws in the Science of Sex Differences*. Cambridge,

MA: Harvard University Press. *Journal of Homosexuality*, 58(10)

<https://doi.org/10.1080/00918369.2011.614912>

Juárez García,F., López Bárcena,J., & Salinas Mendoza, V.(2014). Estadística inferencial univariada.

En Juárez García,F.,Villatoro, J., & López, E (Eds.), *Apuntes para la investigación en salud* (1er ed.). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Kerlinger, F y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (3er ed.). McGraw-Hill.

Kjaergaard, M., Arfwedson Wang, C. E., Waterloo, K., & Jorde, R. (2014). A study of the psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II, the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale, and the Hospital Anxiety and v Depression Scale in a sample from a healthy population. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(1), 83–89.

<https://doi.org/10.1111/sjop.12090>

Koyanagi, A., DeVylder, J. E., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Veronese, N., Haro, J. M., & Santini, Z. I. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys.

*Journal of Psychiatric Research*, 96, 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001>

Kutz, A., Struja, T., Hausfater, P., Amin, D., Amin, A., Haubitz, S., Bernard, M., Huber, A., Mueller, B., Schuetz, P., & TRIAGE study group. (2017). The association of admission hyperglycaemia

and adverse clinical outcome in medical emergencies: The multinational, prospective, observational TRIAGE study. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 34(7), 973-982. <https://doi.org/10.1111/dme.13325>

Landa-Ramirez, E., & Murillo-Cruz, J. (2019). The need to introduce a Psychological Program into Emergency Medicine: early experiences in the field. *Revista de educación de investigación en emergencias*.1(3).

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., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J., & 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*, 22(5), 443–450.

Lohan, M. (2007). How might we understand men's health better? Integrating explanations from critical studies on men and inequalities in health. *Social Science & Medicine* (1982), 65(3), 493-504. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.04.020>

López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A. E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. J. (2002). Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients. *Revista De Investigacion Clinica; Organo Del Hospital De Enfermedades De La Nutricion*, 54(5), 403–409.

- Mackenback., J. (1994). The epidemiologic transition theory. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48(4), 329-331.
- Madden, Ch. S., Easley, R. W., & Dunn, M. G. (1995). How Journal Editors View Replication, Research. *Journal of Advertising*, 24(4), 77–87. <http://www.jstor.org/stable/4188990>
- Makel, M. C., Plucker, J. A., & Hegarty, B. (2012). Replications in Psychology Research: How often do they really occur? Perspectives on Psychological, *Science*, 7, 537–542.  
doi:0.1177/1745691612460688
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Marco, C. A., Anderson, J., McMurray, M., Lovell, M., Naqvi, J., & Seitz, N. (2019). Generalized anxiety disorder among emergency department patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 37(4), 766-767. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.08.020>
- Martínez Basurto, A. E., Sánchez Román, S., Aguilar Villalobos, E. J., & Rodríguez Pérez, V. (2015). Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 93-101–101.
- Martínez, G. L. D., Robles, R. M.T, Ramos, R. B., Santiesteban, F. M, García, V. M., Morales, E. M., & García, L. L. (2008). Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 20, 23-29.

- Meyer, D., Dimitriadou, E., Hornik, K., Weingessel, A., Leisch, C., & Lin, C. (2019). *Misc Functions of the Department of Statistics, Probability Theory Group (Formerly: E1071) (version 1.7-3) [Computer software] TU Wien. R package*. <https://cran.r-project.org/package=e1071>
- Millon, T., Green, C. & Meagine R. (1982). On the Nature of Clinical health Psychology. En Millon, T. (cols.), *Hand Book of Clinical Health Psychology* (1er ed., pp. 201-229). Nueva York: Plenum Press.
- Miranda, G (2012). ¿Qué es una urgencia?. *Archivos de medicina de urgencia de México*. 4(2), 81-84
- Mirani, S. H., Areja, D., Gilani, S. S., Tahir, A., Pathan, M., & Bhatti, S. (2019). Frequency of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Hospitalized Patients. *Cureus*, 11(2). <https://doi.org/10.7759/cureus.4141>
- Morales- Catalayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud* (1ra ed.). Secretaría General Administrativa Editorial UniSon.
- Moreno Núñez, E., Arenas Jiménez, M. D., Porta Bellmar, E., Escalant Calpena, L., Cantó García, M. J., Castell García, G., Serrano Gómez, F., Samper Llobregat, J., Millán Mayol, D., & Cases Iborra, J. M. (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.
- Najafi, Z., Abbaszadeh, A., Zakeri, H., & Mirhaghi, A. (2019). Determination of mis-triage in trauma patients: A systematic review. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery: Official Publication of the European Trauma Society*, 45(5), 821-839. <https://doi.org/10.1007/s00068-019-01097-2>

National Alliance for caregivers. (2015) *Executive summary caregiving in the U.S.* Caregiving in the U.S. <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2015/caregiving-in-the-united-states-2015-report-revised.pdf>

National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. (2014). *Emergency*. Department Summary Tables 35. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. [https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web\\_tables/2014\\_ed\\_web\\_tables.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web_tables/2014_ed_web_tables.pdf)

National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. (2017). *Emergency Department Summary Tables*. 37. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. [https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web\\_tables/2017\\_ed\\_web\\_tables-508.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web_tables/2017_ed_web_tables-508.pdf)

National Institute of Mental Health. (2019, Septiembre) *Depresión información básica*. U.S. Departamento of Health and Human Service. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp/index.shtml>

National Health Services (2018). *NHS Key Statistics: England*. UK Paliament. <https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP->

Nurullah. (2012). Received and Provided Social Support: A Review of Current Evidence and Future Directions. *American Journal of Health Studies*. 27(3),173-188. <https://ssrn.com/abstract=2158458>

National Institute of Mental Health. (2019, Septiembre a) *Anxiety disorders*. National Institute of Mental Health <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders-index.shtml>

National Institute of Mental Health. (2019, Septiembre b) *Depression disorders*. National Institute of Mental Health. <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression-disorders-index.shtml>

- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Gallagher, E. R., Stagl, J. M., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, 27(8), 1607-1612.  
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdw205>
- 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>
- Open Science Collaboration. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251). DOI: 10.1126/science.aac4716
- Ordoñez Morales, O. (2014). Replicar para comprender: Prácticas investigativas para promover el razonamiento científico en estudiantes de psicología. *Pensamiento Psicológico*, 12(2), 7-24.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Investing in mental health: evidence for action*.  
 Organización Mundial de la Salud  
[https://www.who.int/mental\\_health/publications/financing/investing\\_in\\_mh\\_2013/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/)
- Organización Mundial de la Salud. (2019, Octubre) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946*. Organización Mundial de la Salud  
[.https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2019, Septiembre). *Alma ata, 1978*. Organización Mundial de la Salud [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2015). *Supporting caregivers of people living with dementia*.

Organización Mundial de la Salud

[https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_informal\\_care.pdf](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_informal_care.pdf)

Organización Mundial de la Salud MS. (2017). *Depresión World Health Organization*. Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *La mundialización de la medicina de emergencia y su importancia para la salud pública*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/dg/speeches/2011/globalhealth\\_20110613/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2011/globalhealth_20110613/es/)

Organización Mundial de la salud. (2019, Septiembre). *Atención primaria de salud*. Organización Mundial de la Salud [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2019, Octubre a). *Declaración de Astanà. Global Conference on primary health care, 2018*. Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2019, Octubre b). *Epidemiología*. Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2019, Octubre c). *Preguntas más frecuentes*. Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud. (2020, Octubre). *Prevención de las enfermedades crónicas*. Organización Mundial de la Salud [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2020, Octubre). *Temas de salud*. Organización Mundial de la Salud

Género.<https://www.who.int/topics/gender/es/#:~:text=El%20g%C3%A9nero%20se%20refiere%20a,los%20hombres%20y%20las%20mujeres>.

Palacios-Espinosa, X., & Jiménez-Solanilla, K. O. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 26(2), 195-210.

Pérez, P., Gónzales, A., Mieles, I., & Uribe. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2). 41-54.doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.rase

Polanco-González, C., C., Castañón-González., J. A., Buhse, T., Saraniego-Mendoza, J. L., Arreguín-Nava, R., & Villanueva-Martínez, S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149(4), 17-24.

Palomino, G. L., Avilés, A. G. P., & 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.

Peng, M.-M., Zhang, T.-M., Liu, K.-Z., Gong, K., Huang, C.-H., Dai, G.-Z., Hu, S.-H., Lin, F.-R., Chan, S. K. W., Ng, S., & Ran, M.-S. (2019). Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *The International Journal of Social Psychiatry*, 65(7-8), 548-557.  
<https://doi.org/10.1177/0020764019866230>



- Peterson, B., Carl, P., Boudt, K., Bennett, R., Ulrich, J., Zivot, E., & Cornilly. (2020). Econometric Tools for Performance and Risk Analysis (version 2.0.4) [Computere software]. R package <https://github.com/braverock/PerformanceAnalytics>
- Petruzzo, A., Paturzo, M., Buck, H. G., Barbaranelli, C., D'Agostino, F., Ausili, D., Alvaro, R., & 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>
- Quero, R., Briones, G., Prieto, R., Navarro, L. Pascal, N., & Guerrero, C.. (2004). Perfil y realidad social de los cuidadores familiares en un hospital de traumatología y rehabilitación. *Nure Investigación*, 1(9),1-14.
- Quintana López, Victor., & Diaz, Karina & Caire, Graciela. (2018). Intervenciones para promover estilos de vida saludables y su efecto en las variables psicológicas en sobrevivientes de cáncer de mama: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 35. 979. [10.20960/nh.1680](https://doi.org/10.20960/nh.1680).
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud mental*, 37(4), 275-281.
- Reisner, S. L., Katz-Wise, S. L., Gordon, A. R., Corliss, H. L., & Austin, S. B. (2016). Social epidemiology of depression and anxiety by gender identity. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 59(2), 203-208. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.006>
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30(3), 143–148. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78993-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78993-2)

- Reyes, M. (2001). Construyendo el concepto cuidador de ancianos. *Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosu*.[https://gerincon.files.wordpress.com/2010/05/construyendo\\_el\\_concepto\\_de\\_cuidador.pdf](https://gerincon.files.wordpress.com/2010/05/construyendo_el_concepto_de_cuidador.pdf)
- Risman, B. J., & Davis, G. (2013). From sex roles to gender structure. *Current Sociology*, 61(5-6), 733-755. <https://doi.org/10.1177/0011392113479315>
- Rivas Herrera, J. C., & Ostigüín Meléndez, R. Ma. (2018). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. *Enfermería Universitaria*, 8(1). <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2011.1.273>
- Roales, N, J. (2004). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Psicología pirámide
- Rocha, L, J. (2009) Historia de la Medicina de Urgencia en México. *Archivos de Medicina de Urgencias de México*, 1(1)
- Rodin, J., Stone G.C. (1987). Historical highlights in the emergence of the field. In: Stone, G.C., Weiss, S.M., Matarazzo, J.D., Miller, N.E., Rodín, J., Belar, C.D., Follick, M.J., and Singer, J.E. (Eds.). *Health Psychology. A discipline and a profession*. The University of Chicago Press.
- Roebuck, M. C., Kaestner, R. J., & Dougherty, J. S. (2018). Impact of Medication Adherence on Health Services Utilization in Medicaid. *Medical Care*, 56(3), 266–273. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000870>
- Rose, M., & Devine, J. (2014). Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 197-211.
- Salazar-Torres, L. J., Castro-Alzate, E. S., & Dávila-Vásquez, P. X. (2019). Caregiver Burden in Families of People With Mental Illness Linked to

the Day Hospital Program of a Tertiary Institution in the City of Cali (Colombia). *Revista Colombiana De Psiquiatria*, 48(2), 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.08.002>

Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2012) El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22 – 30. [http://reme.uji.es/reme/3-albiol\\_pp\\_22-30.pdf](http://reme.uji.es/reme/3-albiol_pp_22-30.pdf)

Sánchez -Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud. En: Rodríguez, G., Rojas, M. (Coords.). *La Psicología de la Salud en América Latina*. UNAM, 33-44.

Santana. A., & Nieves, C.(2016). *Librerías en R*. Departamento de Matemáticas. Departamento de Matemáticas, ULPGC ULPGC.<http://estadistica-dma.ulpgc.es/cursoR4ULPGC/5-librerias.html>

Schmidt, S. (2009). Shall We Really Do It Again? The Powerful Concept of Replication is Neglected in The Social Sciences. *Review of General Psychology*, 13, 90–100. doi: 10.1037/a0015108

Secretaria de Salud. (2017). *Modelo de atención médica prehospitalaria del STCONAPRA, Normar la atención prehospitalaria de urgencias médicas por lesiones*. Secretaria de Salud.<http://www.conapra.salud.gob.mx/Interior/ModeloAtencion.html>

Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2019, Septiembre). *Agenda Estadística 2017*. Secretaria de Salud. ([http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda\\_2017/publicacion.html](http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/publicacion.html))

Secretaria de Salud. (2020, Octubre). *Salud Mental*. Secretaria de Salud. <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/309>

Serpytis, P., Navickas, P., Lukaviciute, L., Navickas, A., Aranauskas, R., Serpytis, R., Deksnyte, A., Glaveckaite, S., Petrulioniene, Z., & Samalavicius, R. (2018). Gender-Based Differences in

Anxiety and Depression Following Acute Myocardial Infarction. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(5), 676-683. <https://doi.org/10.5935/abc.20180161>

Shaffer, K. M., Riklin, E., Jacobs, J. M., Rosand, J., & Vranceanu, A. M. (2016). Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 36, 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.010>

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine* (1982), 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)

Singer, A. J., Thode, H. C., Jr., & Pines, J. M. (2019). US Emergency Department Visits and Hospital Discharges Among Uninsured Patients Before and After Implementation of the Affordable Care Act. *JAMA Network Open*, 2(4), e192662-e192662. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.2662>

Toledano-Toledano, F., & Contreras-Valdez, J. A. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory II (BDI-II) in family caregivers of children with chronic diseases. *PLoS ONE*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206917>

Toledano-Toledano, F., & Moral de la Rubia, J. (2018). Factors associated with anxiety in family caregivers of children with chronic diseases. *Biopsychosocial Medicine*, 12. <https://doi.org/10.1186/s13030-018-0139-7>

Toledano-Toledano, F., & Domínguez-Guedea, M. T. (2019). Psychosocial factors related with caregiver burden among families of children with chronic conditions. *Biopsychosocial Medicine*, 13. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0147-2>

- Totten, V. Y., Bryant, T. K., Chandar, A. K., Hoch, W. B., Hunter, S. L., Patel, N. J., & Brenner, B. E. (2014). Perspectives on visitors in the emergency department: Their role and importance. *The Journal of Emergency Medicine, 46*(1), 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.04.057>
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health: major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior, 51*, 41-53.
- Trevillion, K., Ryan, E. G., Pickles, A., Heslin, M., Byford, S., Nath, S., Bick, D., Milgrom, J., Mycroft, R., Domoney, J., Pariante, C., Hunter, M. S., & Howard, L. M. (2020). An exploratory parallel-group randomised controlled trial of antenatal Guided Self-Help (plus usual care) versus usual care alone for pregnant women with depression: DAWN trial. *Journal of Affective Disorders, 261*, 187-197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.013>
- Uribe, Z. (2006). *Manual de apoyo para personas que brindan apoyo a otras personas*. Secretaría de Salud, México. <https://www.gob.mx/salud/documentos/manual-de-apoyo-para-personas-que-brindan-cuidados-a-otras>
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). *Depression (NIH Publication No. 15-3561)*. Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office.
- 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, 20*(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1185-9>

- Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, Á., Otero, P., & Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: Revisión sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 178–188. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70021-4](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70021-4)
- Vera Bolaños, M. (2000). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de población*, 6(25), 179–206.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family & Community Medicine*, 12(2), 63–70.
- Wallston, K. A. (1996). *Healthy, Wealthy, and Weiss: A History of Division 38 (Health Psychology)*. Vanderbilt University <https://doi.org/10.1037/e588462012-001>
- 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>
- Webster, R., Norman, P., Goodacre, S., & Thompson, A. (2012). The prevalence and correlates of psychological outcomes in patients with acute non-cardiac chest pain: A systematic review. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 29(4), 267-273. <https://doi.org/10.1136/emered-2011-200526>

- Weisberg, S., Fox, J., Friendly, M., Price, B., Zeileis, A. & Monette, G. (2009). R-Forge: car: Companion to Applied Regression: Project Home. (Versión 3-0-8) [Computere software]. R package . <https://r-forge.r-project.org/projects/car/>
- Weisz, G., & Olszynko-Gryn, J. (2009). The theory of epidemiologic transition: The origins of a citation classic. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 65(3), 287–326. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrp058>
- White, D. B., Angus, D. C., Shields, A.-M., Buddadhumaruk, P., Pidro, C., Paner, C., Chaitin, E., Chang, C.-C. H., Pike, F., Weissfeld, L., Kahn, J. M., Darby, J. M., Kowinsky, A., Martin, S., Arnold, R. M., & PARTNER Investigators. (2018). A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *The New England Journal of Medicine*, 378(25), 2365-2375. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1802637>
- World Economic Forum, the Harvard School of Public Health. (2011). *The global economic burden of non-communicable diseases*. World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)
- Yepes, C., Arango, A., Salazar, A., Arangp, E., J aramillo, A., Mora, J & Posada, I .(2018) El oficio de cuidar a otro: “cuando mi cuerpo está aquí pero mi mente en otro lado”. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2): 294-310
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zuckerman, M. K., Harper, K. N., Barrett, R., & Armelagos, G. J. (2014). The evolution of disease: Anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Global Health Action*, 7, 23303.  
<https://doi.org/10.3402/gha.v7.23303>



## ANEXOS

### ANEXOS 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
Formato para el Cuidador  
(3ª versión) (23-02-2018)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre y firma del sujeto de investigación \_\_\_\_\_

Nombre, y firma del testigo  
1 \_\_\_\_\_  
Dirección  
Relación que guarda con el sujeto

Nombre, y firma del testigo  
2 \_\_\_\_\_  
Dirección  
Relación que guarda con el sujeto

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal \_\_\_\_\_

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado \_\_\_\_\_

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio esta participando en el protocolo (señalando título y número de registro y nombre del investigador responsable). Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años. Para preguntas o comentarios comunicarse con el Presidente del Comité de Investigación, Dr. Pablo Maravilla Campillo al (01 55) 4000-3000 Ext 8216, o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación, Dr. Samuel Weingerz Melh al (01 55) 4000-000 Ext-8233.

## ANEXO 2. EVALUACIÓN AL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL



**Hospital General Dr. Manuel Gea González**

### Evaluación Cuidador Primario Informal

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de término:	Folio:
Psicólogo(a) que evalúa:			
Psicólogo(a) responsable:			

#### Datos del paciente

Nombre:			
Expediente:	Edad:	Sexo:	Nivel socioeconómico:
Fecha de ingreso:	Cama:	Número de reingresos en el último año:	
Fecha de egreso:	Tiempo total de hospitalización:		
Motivo de egreso de urgencias:			
Alta	Canalización a torre de especialidades	Defunción	
En caso de <b>canalización</b> , especificar:			
Diagnóstico:	Fecha de ingreso:	Pronóstico:	Fecha de egreso:
¿El paciente fue referido por área médica?	Sí	No	
En caso <b>afirmativo</b> , especificar cuál fue el motivo de referencia:			
En caso <b>negativo</b> , especificar motivo de evaluación:			
Comentarios:			

#### Datos del CPI

Nombre:		Parentesco:	
Edad:	Sexo:	Estado civil:	Escolaridad:
Ocupación:	Religión:		Teléfono:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Lugar de residencia:	
¿Con quién vive?:		Total de miembros de su familia:	
¿Asumió las tareas de cuidado de forma voluntaria?		Sí	No
¿Usted la mayor parte de los cuidados del paciente?		Sí	No
¿Usted toma decisiones por y para el paciente?		Sí	No
Especificar tipo de cuidador		Primario*	Secundario
<small>* Sólo si respondió afirmativamente a las últimas tres últimas preguntas.</small>			

Comentarios:			
¿Sabe el diagnóstico de su paciente?		¿Qué sabe?	
Sí	No		
¿Sabe el pronóstico de su paciente?		¿Qué sabe?	
Sí	No		

**Condición médica del cuidador**

¿Padece alguna enfermedad?		¿Cuál(es)?		Tiempo de evolución:	
Sí	No				
Medicamentos que toma:			¿Ha tenido alguna complicación alguna vez?		
¿Consumo alguna sustancia?		Alcohol	Tabaco	Otros (especifique)	
Sí	No				
¿Ha tenido algún problema emocional alguna vez?			Especifique:		
Sí	No				
Comentarios:					

**Cuidados**

Tiempo de hospitalización (al momento de la evaluación):				Horas de cuidado al día:	
Previo a la hospitalización, ¿había cuidado del paciente?				En caso afirmativo, ¿desde hace cuánto?:	
Sí (Responder sección I)		No (Responder sección II)			
<b>Personas a las que ha cuidado</b> (incluyendo al paciente actual y cuidados previos en el último año)					
Parentesco	Edad	Diagnóstico	Tareas de cuidado	Tipo de apoyo brindado (Instrumental, Emocional o Informativo)	Desde cuándo

**I. Desde que es cuidador del paciente (antes de ser hospitalizado esta ocasión)**

En su vida cotidiana...

¿Cuántas horas al día duerme?	¿Siente que descansó cuando despierta?		¿Tiene oportunidad de descansar en algún momento durante el día?	
	Sí	No	Sí	No
¿Cuántas comidas hace al día?	Generalmente, ¿qué come?:			
En caso de estar enfermo, ¿toma sus medicamentos en el horario que les corresponde?	¿Realiza algún tipo de ejercicio? (como caminar, correr, bailar)		¿Tiene oportunidad de cuidar su arreglo personal?	
Sí	No	Sí	No	No
¿Realiza alguna actividad de distracción o pasatiempo? (Como leer, salir a caminar, bordar, tejer, ver la televisión) Especifique:	¿Realiza alguna actividad placentera con los miembros de su familia? (como platicas, dibujar, juegos de mesa):			
Sí	No	Sí	No	

**II. Durante la hospitalización del paciente**

¿Ha comido?		¿Qué comió?:	
Sí	No		
¿Ha dormido?	¿El sueño fue reparador?	Actividades que realiza durante la espera:	
Sí	No		

**Apoyo que recibe el cuidador durante la hospitalización del paciente**

Personas que apoyan al cuidador					
Parentesco	Edad	Tipo de apoyo			Desde cuándo
		Instrumental	Emocional	Informativo	
Con el apoyo que recibe de otras personas, ¿Puede cubrir sus propias necesidades y las de su paciente?:					

### ANEXO 3. ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS)

#### HADS

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que sepamos cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Indique la respuesta que usted considere más cercana a su estado emocional en la **última semana**.

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 con las mismas cosas de siempre					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder					
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 gracioso de las cosas					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones					
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
6. Me siento alegre					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
7. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquila y relajadamente					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
8. Me siento lento (a) y torpe					
Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
10. He perdido el interés por mi aspecto personal					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera dejar de moverme					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
12. Espero las cosas con ilusión					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor					
Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en absoluto 0		
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión					
Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en absoluto 3		

## ANEXO 4..MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

### Cuestionario de Apoyo Social MOS

A continuación se encuentran algunas preguntas acerca del tipo de apoyo con el que cuentas.

Algunas veces las personas buscan a otras por su compañía, ayuda y otros tipos de apoyo. Indique que tan frecuente es que tenga los siguientes tipos de apoyo si los necesita.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Alguien que te ayude si tuviera que guardar reposo en cama	1	2	3	4	5
2. Alguien que realmente te escuche cuando necesites hablar	1	2	3	4	5
3. Alguien a quien pedirle consejo sobre una situación difícil	1	2	3	4	5
4. Alguien que te acompañe al doctor si lo necesitaras	1	2	3	4	5
5. Alguien que te demuestre cariño y amor	1	2	3	4	5
6. Alguien que te dé información que te ayude a comprender una situación	1	2	3	4	5
7. Alguien que te inspire confianza para hablar de ti mismo o tus problemas	1	2	3	4	5
8. Alguien que te abrace	1	2	3	4	5
9. Alguien con quien estar para relajarte	1	2	3	4	5
10. Alguien que te prepare la comida si tú no pudieras hacerlo	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien hacer cosas que te ayuden a distraerte	1	2	3	4	5
12. Alguien que te ayude a hacer el quehacer si tú estás enfermo	1	2	3	4	5
13. Alguien a quien contarle tus miedos y preocupaciones más íntimas	1	2	3	4	5
14. Alguien a quien pedir sugerencias para resolver un problema personal	1	2	3	4	5
15. Alguien con quien hacer cosas divertidas	1	2	3	4	5
16. Alguien que entienda tus problemas	1	2	3	4	5
17. Alguien con quien pasar un momento agradable	1	2	3	4	5
18. Alguien a quien puedas amar y que te haga sentir querido	1	2	3	4	5

19. 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: \_\_\_\_\_