



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Apoyo social y sobrecarga en Cuidadores Primarios  
Informales de pacientes hospitalizados en un servicio de  
urgencias: estudio confirmatorio**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**Guadalupe Ximena Ortega Ramírez**

**DIRECTOR:** Dr. Edgar Landa Ramírez

**REVISOR:** Dra. Angélica Juárez Loya

**SINODALES:** Dr. Carlos Omar Sánchez Xicotencatl

Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez

Mtra. Quetzal Natalia Galán López



Ciudad de México, 2021.



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.

*Dios dio cargas, también dio hombros*

*-Proverbio*

## Agradecimientos

Mi gratitud total a la **Universidad Nacional Autónoma de México** que me albergó desde el bachillerato hasta la universidad. Es parte fundamental de mi formación académica y profesional, pues me permitió desarrollarme integralmente en cada oportunidad que me brindó.

Al **Dr. Edgar Landa Ramírez**, por confiar en mí y permitirme formar parte del equipo de Psicología Urgencias Gea González. Por todas las oportunidades que me llevaron a crecer como persona y profesional, y, sobre todo, gracias por ser mi guía en este trabajo. Mi total respeto y admiración para usted.

A mi revisora, la **Dra. Angélica Juárez Loya**, por apoyarme a guiar este trabajo y particularmente por sus clases en la facultad, es inspiración para mí como persona, docente y profesional.

A mis sinodales, **Dr. Omar Sánchez, Dra. Teresa Monjarás y Mtra. Natalia Galán**, gracias por su disposición, disponibilidad y compromiso para conmigo y con mi trabajo; sus aportaciones, conocimientos y experiencia enriquecieron este trabajo.

A la **Mtra. Laura Hernández**, por tu orientación y apoyo siempre dado, por celebrar junto conmigo cada pequeño paso que implicó este trabajo y por darme la oportunidad de colaborar contigo, ha sido una experiencia maravillosa y enriquecedora. A través de risas, te has ganado mi admiración y un lugar muy especial en mi vida. Espero algún día ser como tú.

A todos los **profesores** que han contribuido en mi formación académica, reconozco y respeto su labor en favor a la educación.

Un agradecimiento especial a los **Urgenciólogos del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”** por su apoyo para con todo el equipo de Psicología Urgencias y por reconocer nuestra labor en pro de la atención sanitaria del paciente.

Por todas las bendiciones que derramas en mí, por nunca soltarme de tu mano, por guiarme y por colocarme en el mejor camino para mí, gracias **Dios**.

A mis papás, **Mary** y **Rubén** por todo su amor, su confianza, apoyo eterno y porque han hecho un gran papel como padres. A mis hermanos, **Perla** y **Juan Rubén**, por su orientación y cariño siempre demostrado, por emocionarse y festejar junto conmigo en cada paso que doy. A ustedes mi familia por ser mis cuatro pilares; con ustedes todo, sin ustedes nada.

A mis tíos y primos por el apoyo, ánimos y confianza brindada. Especialmente gracias a mis dos abuelas, **Mica** y **Mella**, por ser parte de mi origen y porque su cariño nunca me ha faltado. Cito aquí sus palabras: *"Las mujeres somos las que llevamos la batuta. El tiempo, la oportunidad y el momento es tuyo"*.

A mi mejor amiga, **Yuya**, por estar incondicionalmente en todo momento, por festejar y llorar junto a mí, porque la vida es más bonita si estamos juntas.

A todas mis amigas que me acompañaron durante mi formación universitaria, especialmente a **Yosce, Andrea, Anita, Bianca, Dianita, Mayra, Karla y Chofis**, por su apoyo, pláticas, risas constantes y porque siempre encontré en ustedes una mano amiga. Gracias **Arely** por tu amistad y cariño, por todos los momentos compartidos dentro y fuera de la universidad.

A todo el equipo de Psicología de Urgencias: a **Nadia, Ale, Dulce, César, Katy, Alma, Maca, Lesly, Myriam**, mi mentora en la clínica de CPI, y con especial cariño y alegría a **Ixchel, Viry** y **Anahí**, siempre mis cómplices y mi equipo de trabajo. Todos ustedes hicieron de esto una aventura maravillosa llena de pláticas, risas, canciones y mucho conocimiento. Finalmente, gracias **Carlitos** por ser mi amigo y guía en este camino, porque resolviste cada duda y siempre estuviste dispuesto a apoyarme.

A las personas que se sumaron a esta experiencia con sus porras y apoyo incondicional, especialmente a **Luis, Jacobet, Karla** y **Linnett**.

Mi total agradecimiento y admiración a todos los **cuidadores**, participantes o no de este estudio; el trabajo con ustedes fue maravilloso, siempre me recordaron el amor al prójimo y que toda acción viene desde la parte humana, ¡que fortaleza la suya!

*Gracias a todos ustedes, ¡lo logramos!*

## ÍNDICE

<b>Resumen .....</b>	<b>6</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 1. Transición Epidemiológica y Psicología de la Salud .....</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo 2. Apoyo social y sobrecarga en Cuidadores Primarios Informales .....</b>	<b>19</b>
<b>Método .....</b>	<b>33</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>42</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>52</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>64</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>81</b>

## Resumen

El objetivo de esta investigación fue identificar la relación que existe entre el apoyo social percibido y el nivel de sobrecarga que presentan los Cuidadores Primarios Informales (CPI) de pacientes hospitalizados en el área de urgencias. De igual forma, se buscó identificar las características sociodemográficas de la población, los índices de sobrecarga y percepción de apoyo social así como el nivel de replicabilidad de un estudio realizado previamente en CPI de pacientes hospitalizados en Urgencias Médicas en 2017. Se utilizó un diseño transversal con alcance correlacional, en el que participaron 232 CPI de pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias Médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Se utilizó un cuestionario creado *ex profeso* para los datos sociodemográficos, la Escala de sobrecarga del Cuidador Primario Informal (ZBI), la Escala Medical Outcome Study (MOS) y cuatro preguntas creadas *ex profeso* para evaluar el autoreporte de apoyo social percibido. Se identificó que la mayoría de CPI son mujeres (73.27%), con una edad promedio de 47 años ( $\bar{x} = 47.33$ ; D.E. 12.34), con escolaridad básica (54.18%); predominantemente los CPI tiene sobrecarga leve (72%) y apoyo social alto (59.30%). Existe una correlación global negativa, débil y estadísticamente significativa ( $r_s = -0.307$ ,  $p = 2.04 \cdot 10^{-6}$ ) entre las variables de sobrecarga y percepción de apoyo social. Finalmente se discuten las implicaciones de los hallazgos.

**Palabras clave:** Sobrecarga, Apoyo social, Cuidador Primario Informal, Urgencias Médicas.

## Abstract

The objective of this research was to identify the relationship between perceived social support and the level of caregiver burden presented by Informal Primary Caregivers of hospitalized patients in the Medical Emergency Service. Similarly, we sought to identify the sociodemographic characteristics of the population, the indices of caregiver burden and perception of social support, as well as the level of replicability of a study previously carried out in the caregivers of patients hospitalized in the Medical Emergency Department in 2017. A cross-sectional design was used with correlational scope, in which participated 232 Caregivers of patients hospitalized in the Medical Emergency Service of the General Hospital “Dr. Manuel Gea González”. It was used a questionnaire created *ex profeso* for sociodemographic data, the Informal Primary Caregiver Burden Scale (ZBI), the Medical Outcome Study (MOS) Scale and four questions created *ex profeso* were used to evaluate the self-report of perceived social support. It was identified that the majority of caregivers are women (73.27%), with an average age of 47 years ( $\bar{x} = 47.33$  years; S.D. 12.34), with basic education (54.18%); predominantly the caregivers has mild caregiver burden (72%) and high social support (59.30%). There was a negative, weak and statistically significant global correlation ( $r_s = -0.307$ ,  $p = 2.04 \cdot 10^{-6}$ ) between the variables of caregiver burden and perception of social support. Finally, the implications of the findings are discussed.

**Key words:** Caregiver burden, Social support, Informal Primary Caregivers, Emergency Medicine.



## **Capítulo 1. Transición Epidemiológica y Psicología de la Salud**

En el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) se declaró que la salud es un completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Años más tarde en la Declaración de Alma-Ata la OMS retoma esta definición y hace hincapié en que la salud es un derecho humano universal en el que las personas tienen la obligación de participar de manera informada en la implementación, mantenimiento y mejora de esta; el objetivo principal es lograr un nivel óptimo en la salud mejorando la calidad de vida en las diferentes etapas de desarrollo, teniendo como efecto principal la productividad de las personas; esto con la cooperación del sector social, económico y político, destinando y potencializando recursos económicos y humanos tomando medidas sanitarias para la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y atención paliativa (OMS, 1978).

Parte importante es garantizar una atención primaria científica, con métodos y tecnología sólida accesible y disponible a la población (OMS, 1978). Al no cumplirse los objetivos de Alma-Ata, se identificó la necesidad de replantearlos y fue entonces cuando en el 2018 surgió la Declaración de Astaná donde se planteó trabajar en la promoción de la salud, la cual debe ser equitativa entre los países en vías de desarrollo y desarrollados para disminuir la brecha existente entre ellos, además de dar prioridad a nivel individual y comunitario promoviendo la creación de entornos favorables para la salud, combatir conductas poco saludables, así como abordar factores socioculturales que contribuyan a la salud (OMS, 2018).

Partiendo de lo anterior, se puede afirmar que no siempre las personas han gozado de un completo bienestar, pues debido a condiciones contextuales, han presentado enfermedades de distinta índole, Omran (1971) habla sobre el proceso salud-enfermedad y propone el concepto de transiciones epidemiológicas, las cuales son procesos donde existe una interacción entre determinantes y consecuencias a nivel demográfico, económico y sociológico; por ello plantea las siguientes cinco proposiciones del proceso salud-enfermedad:

1. Transición epidemiológica. La mortalidad es un factor importante y necesario en la dinámica poblacional, hay fases de crecimiento y declive de la población; por ejemplo, en la época de las pandemias, hambruna y guerra, los rangos de mortalidad eran mayores que a los de fertilidad repercutiendo en un lento crecimiento poblacional. Se puede ver una transición posterior a estas épocas; a partir de la revolución industrial las variaciones en la mortalidad fueron menos frecuentes y drásticas, lo que favoreció al incremento poblacional y amplió la esperanza de vida.
2. Patrones de mortalidad y enfermedad. Cuando hay una transición hay un cambio a largo plazo en los patrones de mortalidad y enfermedad. Con respecto a los patrones de mortalidad se pueden apreciar tres etapas también planteadas por Omran (1971):
  - I. Edad del a peste. La mortalidad era variable, hubo un crecimiento sostenido de la población y la esperanza de vida era de 20 a 40 años, debido a que había un alto índice de enfermedades infecciosas que generaban epidemias.
  - II. Edad de las pandemias. Comenzaron a presentarse enfermedades infecciosas endémicas, la mortalidad disminuyó progresivamente, el crecimiento

sostenido se presentó como una curva exponencial y la esperanza de vida aumentó de 30 a 50 años.

- III. Edad de las enfermedades degenerativas y causadas por el hombre. Inician las enfermedades crónicas y no trasmisibles, la mortalidad continúa disminuyendo, la fertilidad ahora es crucial para el crecimiento de la población y la esperanza de vida es mayor a 50 años.

Una teoría análoga a la propuesta por Omran (1977) sobre los patrones de mortalidad es la Teoría de las Transiciones Epidemiológicas que se desarrolló años más tarde por Armelagos et al. (2005), la cual describe:

- I. Línea base y primera transición epidemiológica. Se remonta a las épocas donde la especie humana era nómada y se dedicaba a la caza, por lo tanto estaban expuestos a adquirir enfermedades de tipo zoonóticas (Harper & Armelagos, 2013); sin embargo, estas enfermedades no tenían gran impacto evolutivo, pues las personas morían entre los 20 y los 40 años. Posteriormente, cuando la especie humana descubrió la agricultura, los humanos se volvieron sedentarios, la población creció y comenzó la domesticación de animales, lo que formó las bases para las enfermedades infecciosas.

Por otro lado se implementó el comercio y las actividades de servicio público como lo es la atención médica (Harper & Armelagos, 2013). Estos cambios generaron problemas en el sistema político y económico, repercutiendo en la desigualdad social para el acceso a recursos. En materia de comercio, había viajes intercontinentales, lo que potencializó las enfermedades endémicas y epidemias.

Con la llegada de la industrialización aumentó la población, fue más evidente la desigualdad social y junto con esto la pobreza, además de que las personas debían lidiar con la contaminación del ambiente, provocando enfermedades respiratorias, epidemias y pandemias; por estas causas la mortalidad aumentó generando procesos de inmigración de las zonas rurales a las urbanas con la finalidad de poder solventar la mano de obra del trabajo industrial (Armelagos et al., 2005).

- II. Segunda Transición Epidemiológica. Se presentó un decremento importante en la tasa de mortalidad infantil. El avance cultural permitió el aumento en la esperanza de vida; el avance tecnológico propició alteraciones ambientales de tal modo que hubo incremento de enfermedades crónicas-degenerativas. La urbanización comenzó a ser acelerada repercutiendo en las desigualdades sociales, lo que implicó que los segmentos más pobres presentaban enfermedades infecciosas y los segmentos más ricos enfermedades crónicas-degenerativas, reflejo de la falta de infraestructura pública para la salud (Armelagos et al., 2005).
- III. Tercera Transición Epidemiológica. Hubo un resurgimiento de enfermedades infecciosas debido a la resistencia de antibióticos lo que disminuye su efectividad para combatir estas, además de que tienen una propagación rápida. Harper & Armelagos (2013) concluyen que no se pueden eliminar por completo las enfermedades infecciosas ni las enfermedades crónico-degenerativas. También plantean que hay enfermedades emergentes que provocan cambios en la demografía, en la tecnología, en la adaptación

microbiana, en el comercio internacional y en la salud pública (Armelagos et al., 2005).

Por otro lado, Gaziano (2010) añade una etapa más a la que le llamada “Edad de la obesidad e inactividad” debido a que el aumento de peso que se ha presentado en la población, altera los patrones de enfermedades crónicas y no transmisibles. Lo anterior implica que la esperanza de vida cambia a medida que los patrones de enfermedad cambian; algunos determinantes de estas transiciones son los ecobiológicos (interacción entre agente-huésped-medio), socioeconómicos, políticos y culturales (Armelagos et al., 2005).

3. Riesgos relativos de mortalidad por edad y sexo. Los sectores más vulnerables y los que reciben mayor impacto por los cambios son los niños y mujeres, principalmente en la adolescencia y en el embarazo siendo susceptibles a fallecimientos; sin embargo, tras las transiciones epidemiológicas estos grupos tienen mejores pronósticos, garantizando la supervivencia (Omran, 1977).
4. Interacción de variables de transición. Las tendencias a la supervivencia infantil se pueden deber a tres factores principales; *biofisiológico*, donde la lactancia materna influye en que tanto la mamá como el niño vivan más tiempo; *socioeconómicos* y *psicológicos* los cuales mejoran la calidad de vida (Omran, 1977).
5. Modelos básicos de la transición epidemiológica. Omran (1971) plantea al menos tres modelos, los cuales también son reforzados por Harper y Armelagos (2013):
  - a) Modelo Clásico (Occidental) de Transición Epidemiológica. Hay una transición gradual y progresiva de la alta mortalidad y fertilidad a la baja mortalidad y baja fertilidad, donde los determinantes para dicha transición fueron los avances de saneamiento, salud pública y desarrollo económico. Las

enfermedades infecciosas dejaron de ser las principales causas de morbilidad y mortalidad y ahora son las enfermedades crónicas-degenerativas causadas por el hombre.

- b) Modelo de Transición Epidemiológica. Hay mortalidad acelerada y una rápida transición de la era de infecciones a la era de enfermedades degenerativas y causadas por el hombre; también hay mayor supervivencia infantil en mujeres y niños, los determinantes para esta transición fueron los mismos que los del Modelo Clásico.
- c) Modelo de Transición Epidemiológica Contemporánea (Retrasada). Se toman mejores medidas sanitarias, disminuye la mortalidad y aumenta la fertilidad sin embargo los niños y mujeres continúan siendo vulnerables. La prevalencia de enfermedades crónicas y no trasmisibles es relativamente baja lo que no constituye una carga epidemiológica primaria.

Partiendo del modelo de las transiciones epidemiológicas de Omran (1971), Fleischer y McKeown (2014) plantean que el modelo carece de datos confiables, su tamaño de muestra es pequeño y por ello no puede ser generalizable, aborda los insuficientes factores sociales y descuida la morbilidad, discapacidad y calidad de vida; sin embargo, a pesar de las debilidades el modelo continúa siendo reconocido como el modelo base.

Según las transiciones epidemiológicas las enfermedades se originaban por infecciones y posteriormente por causa del humano directamente, ante este contexto el modelo predominante en los años 40 en medicina era el modelo biomédico (Engel, 1970) pues la enfermedad era vista como un daño orgánico, no se tomaban en cuenta variables

psicosociales, limitándose así a atender alteraciones orgánicas estableciendo parámetros somáticos (variables medibles).

Dentro del modelo biomético la psiquiatría no tenía lugar; ante la petición de ser tomada en cuenta surgen dos opciones: 1) excluir a la psiquiatría de medicina y crear una nueva disciplina que se encargara de atender “problemas de la vida” o 2) que psiquiatría se ajustara al modelo Biomédico sólo atendiendo enfermedades de origen natural dejando de lado variables psicosociales cayendo en un reduccionismo filosófico pues planteaban que las enfermedades sólo pueden tener un único principio u origen el cual es orgánico, al igual que presentaban un exclusionismo ya que no tomaban en cuenta variables relacionadas al contexto, es decir, variables sociales, culturales y psicológicas.

Ante este contexto, Engel (1977) plantea que la medicina estaba pasando por un momento de crisis pues el modelo biomédico no era suficiente para abordar las enfermedades y los problemas psicosociales, además realiza la crítica que el modelo biomédico más que un modelo es un dogma, argumentando que un modelo es un sistema de creencias creado para explicar un fenómeno que causa incertidumbre y si ese modelo no puede explicar dicho fenómeno, es abandonado; a su vez el dogma realiza las adecuaciones necesarias para que todo sea explicado desde sus parámetros, de lo contrario la idea es excluida, esto último es lo que justamente realizaba medicina al plantearle a psiquiatría las dos opciones antes mencionadas.

Esta crisis estaba permeando a la relación médico-paciente pues dicha relación era escasa y esto influía en el poco éxito del tratamiento médico ya que no se tomaban en cuenta las condiciones de vida y cómo esto tenía repercusiones en la manifestación, evolución y aceptación de la enfermedad. Como solución a esta crisis, Engel (1977) plantea que los

trastornos somáticos y mentales son análogos y por ende ambos podían ser conceptualizados en un modelo médico de enfermedad, sin embargo, el modelo biomédico no era suficiente para explicar esto.

Por estas razones, Engel en 1970 establece el modelo biopsicosocial, donde toma en cuenta la enfermedad misma, al paciente y al contexto social, además de la historia de la enfermedad, esto con el objetivo de brindar un mejor tratamiento que incluso involucre la canalización a otros especialistas (incluyendo a psiquiatras) para que también sean atendidos los problemas psicosociales garantizando una mejor atención.

Lo anterior implica que Engel sentó las bases para la creación de nuevas disciplinas enfocadas en la atención de la salud mental atendiendo las variables psicosociales y su importancia en las enfermedades; en este contexto la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés), crea en 1978 la División 38 (Wallston, 1996) con el objetivo de generar avances en la comprensión de la salud y enfermedad a través de investigaciones básicas, clínicas e integración de la información biomédica, promover la educación y servicios en psicología de la salud y la enfermedad, así como informar a la comunidad psicológica, biomédica y al público en general los resultados de las actividades de investigación y servicios realizados (Matarazzo, 1979).

A la par de la creación de la División 38, surgen independientemente 3 grandes disciplinas, Psicología de la Salud, Medicina Conductual y Psicooncología. La Psicología de la Salud es el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas para la promoción, prevención, mantenimiento de la salud y el tratamiento de enfermedades, esto a través de la identificación de correlaciones etiológicas, diagnóstico de salud, análisis y mejora del sistema de atención de salud, creación de políticas públicas con



la colaboración de otros profesionales de salud mental para analizar cómo imperan los principios y mecanismos psicológicos en la salud (Matarazzo, 1980; Sánchez-Sosa, 2002).

Por otra parte, medicina conductual se define como el campo de desarrollo del conocimiento y las técnicas del comportamiento relevantes para la comprensión de la salud física y la enfermedad, cuyas técnicas son utilizadas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a través de un trabajo interdisciplinario (Schwartz & Weiss, 1978; Williston, 1996). La psicooncología realiza investigación conductual para el estudio de los factores psicológicos y sociales asociados al riesgo, detección, curso, tratamiento y supervivencia del cáncer en los pacientes y en sus cuidadores a través del cambio del estilo de vida además del abordaje de los síntomas psicológicos asociados al cáncer durante y después del tratamiento (American Psychological Association, 2018; Holland, 2018).

Debido a estas grandes aportaciones actualmente la psicología colabora en distintas especialidades médicas como pediatría (Zebracki, 2016), oncología (Holland, 2018), cardiología (Pedersen et al., 2017), cuidados intensivos (Huggins et al., 2016), medicina interna (Gorski et al., 2017), cirugía (Gabriel, 2018), Cuidados Paliativos (Ann-Yi et al., 2018), nutrición (Chapman-Novakofski, 2016); así como en diversos padecimientos como en el manejo y tratamientos del dolor crónico (Booth et al., 2017), accidentes cerebrovasculares (Cai et al., 2018), consumo de sustancias (Evangeli, 2018) y manejo del estrés (Edman, 2017).

Lo anterior es un buen indicador del cumplimiento con la definición de salud abordada inicialmente, pues los factores psicosociales juegan un papel importante en los padecimientos de salud física; a pesar de los avances hasta ahora obtenidos, existen áreas médicas en donde aún no se ha generado una gran cantidad de trabajos e investigaciones

psicológicas un ejemplo de esto es la Medicina de Urgencias, la cual es una especialidad dedicada a atender inmediatamente las enfermedades y lesiones imprevistas para evitar complicaciones a nivel funcional e incluso evitar la muerte (Annals of Emergency Medicine, 2016).

Urgencias médicas se desarrolló a raíz de los distintos eventos históricos-contextuales; entre 1960 y 1970 comenzó a desarrollarse formalmente y a partir de la década de 1970 es una especialidad reconocida en países como Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Canadá (Alagappan & Holliman, 2005), posteriormente en 1986 México dio inicio a su primer curso de Residencia Médica de especialización en Urgencias Médico-Quirúrgico (Rocha, 2009).

Dado a la naturaleza y la función del servicio de urgencias es esperado que la práctica de esta especialidad continúe siendo bajo el modelo biomédico, priorizando así la dimensión biológica y dejando de lado los factores psicosociales presentes en los pacientes, familiares y personal de salud, lo cual representa un problema de congruencia con la definición de salud de la OMS y con la evidencia teórica y empírica reportada en donde cada vez es más notorio la presencia de diversos factores psicológicos en el área, por ejemplo, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, intento suicida y estrés laboral (Abar et al., 2017; Ballou et al., 2019; Canner et al., 2018; Dora et al., 2018; Landa-Ramírez & Murillo-Cruz, 2019; Marco et al., 2019).

Debido a lo anterior, en el 2015 se creó un programa especializado en Psicología de Urgencias en el “Hospital General Dr. Manuel Gea González”, el cual tiene como objetivo abordar la dimensión psicológica en las urgencias médicas, apoyando así en el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia para trabajar en las necesidades de los pacientes,

familiares y personal de salud del área (Landa-Ramírez & Murillo-Cruz, 2019). En este contexto, Ángeles (2017) realizó un estudio el cual tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre el apoyo social percibido y el nivel de sobrecarga que presentan los Cuidadores Primarios Informales de pacientes en Urgencias Médicas, donde encontró que existe una correlación negativa estadísticamente débil entre sobrecarga y apoyo social; el 11% de los cuidadores presentaron sobrecarga y el 90% de ellos perciben alto apoyo social.

Existen algunas limitaciones en dicho trabajo, por ejemplo: la batería aplicada no es específica para la población estudiada, se evaluaron cuidadores que no necesariamente eran primarios, el tamaño de la muestra es limitado debido a que se presentó un alto número de muerte experimental, el instrumento utilizado no cuenta con puntos de corte que precisen el nivel de apoyo social percibido, se reportó la presencia del fenómeno de deseabilidad social por parte de los cuidadores, la evaluación no tuvo una revisión por pares además de que la investigación no fue aprobada por el comité de ética e investigación del hospital en turno.

Es necesario generar evidencia empírica que ayude a corroborar la validez de los datos, mejorando en la medida de lo posible las limitaciones previamente descritas y ayudando así a reducir la presencia de los errores tipo 1 o 2, por lo cual es pertinente realizar un estudio confirmatorio que considere las limitaciones que tuvo el trabajo de Ángeles (2017). En el siguiente capítulo se describirá un estudio que busca generar investigación confirmatoria sobre el apoyo social percibido y sobrecarga en Cuidadores Primarios Informales en el servicio de Urgencias Médicas.

## Capítulo 2. Apoyo social y sobrecarga en Cuidadores Primarios Informales

La medicina de urgencias se define como la disciplina que atiende la prevención primaria y secundaria de enfermedades; es un sistema de atención integral pues abarca la atención en situaciones de emergencia, suministro de servicios en la comunidad, durante el transporte del paciente y atención durante la estancia hospitalaria (Anderson et al., 2006).

El Colegio Americano de Médicos de Emergencias plantea que urgencias médicas es la especialidad destinada a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones imprevistas, incluye el cuidado médico, quirúrgico o de salud mental de cada paciente (Annals of Emergency Medicine, 2016). Las urgencias tienen en común la necesidad de ser atendidos inmediatamente para evitar complicaciones a nivel funcional e incluso evitar la muerte (División Técnica de Información Estadística en Salud, 2005).

En el departamento de urgencias existe el *triage*, sistema para clasificar la gravedad del paciente atendido buscando así, optimizar el tiempo de espera, reduciendo complicaciones futuras. Aún no hay un consenso sobre qué parámetros tomar en cuenta para la clasificación, sin embargo, se miden signos vitales del paciente (frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno en sangre, frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura corporal) así como el reporte que los pacientes y cuidadores dan con respecto a la sintomatología que presentan (Farrohknia et al., 2011). Actualmente existen cinco niveles para clasificar las urgencias desde prioridad absoluta hasta pacientes que presentan poca complejidad de algún padecimiento (Soler et al., 2010).

Los datos epidemiológicos del uso de urgencias médicas reportan que en Estados Unidos de América 145.6 millones de personas utilizaron este servicio (Centros para el

Control y Prevención de Enfermedades, 2016), los principales motivos de ingreso son signos y síntomas de enfermedades definidas y complicaciones de estas (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido reporta que en 2018 más de 24 millones de personas acudieron al departamento de urgencias (National Health Services, 2018).

A nivel Latinoamérica, en los últimos años se han registrado en promedio 2,406,046 ingresos al año (Departamento de Estadística e Información en Salud, 2019; Vásquez-Alva et al., 2016). Con respecto a México el Sistema de Información de la Secretaría de Salud (2020) reportó que en el 2019 se registraron 8,844,601 ingresos, de los cuales 65.49% el motivo fue complicaciones médicas, accidentes, envenenamiento y violencia. Particularmente, la Ciudad de México reportó 929,747 ingresos al área de urgencias, lo que corresponde al 10.51% de la cifra a nivel nacional (Sistema de Información de la Secretaría de Salud, 2020).

Los pacientes que acuden a urgencias médicas presentan una sintomatología de dolor elevada, el tiempo de espera, el hacinamiento, la aparente falta de atención y otros factores influyen para que el dolor que ya tienen se exacerbe, puede haber alteraciones en la presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria (Butti et al., 2017), los pacientes internados por alguna enfermedad asociada al corazón pueden tener episodio de infarto lo cual genera lesiones al miocardio o fallecimientos (Stipinovic et al., 2019), sin embargo este último resultado también puede ser origen de insuficiencia renal crónica, diálisis y hemodiálisis, además de que pueden adquirir infecciones (Kikuchi et al., 2018).

Estas afectaciones físicas pueden generar estrés en el paciente, factor que influye en la hospitalización (Faessler et al., 2016; Kikuchi et al., 2018), los pacientes pueden

experimentar emociones como miedo, tristeza, sentimientos de desesperanza, frustración y angustia además de sintomatología ansiosa y depresiva lo que impacta en una estancia hospitalaria prolongada además de repercutir en mayores reingresos al área de urgencias ya que el paciente puede estar presentando un cuadro clínico de algún trastorno emocional asociado a la enfermedad base (Faessler et al., 2016; Reyes et al., 2018).

Durante los días de hospitalización los pacientes enfrentan barreras sociales, pues sufren un deterioro funcional el cual puede promover un aislamiento en este mismo sector (Reyes et al., 2018), además durante la estancia hospitalaria los pacientes no pueden acudir a su empleo lo que implica consecuencias directas en el área laboral y económica (Losonczy et al., 2017; Soto et al., 2019).

Idealmente el Servicio de Urgencias debe estabilizar al paciente y derivarlo a otras especialidades en los primeros veinte minutos desde que ingresa, sin embargo un problema a nivel nacional y mundial es la oferta y la demanda; el Servicio de Urgencias cuenta con recursos limitados para atender a los pacientes inmediatamente, además que las cifras de ingresos han aumentado en los últimos años; esto implica que en muchas ocasiones los usuarios deben esperar más de una hora para ser atendidos e incluso hospitalizados (Castañón-González et al., 2016).

El largo tiempo de espera genera hacinamiento en los pacientes resultando en mayores alteraciones a nivel salud física y mental (National Public Radio, 2019) por los niveles de estrés que pueden experimentar tanto los pacientes como las personas que los acompañan que generalmente es su cuidador, el cual también tiene afectaciones durante la estancia hospitalaria (Castañón-González et al., 2016).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) define al Cuidador Primario Informal (CPI) como aquella persona cercana al paciente que asume la mayoría de los cuidados que este requiere y por lo general no reciben alguna capacitación formal ni remuneración económica por su labor. En la mayoría de las veces, el familiar adquiere este rol voluntariamente asumiendo la responsabilidad total del cuidado del paciente apoyándolo a realizar las actividades que ya no puede hacer por sí mismo (González & Reyes, 2012).

El cuidador es típicamente una mujer del mismo núcleo familiar de 26 a 52 años, con escolaridad básica (primario y secundaria), estado civil casada, vive con su pareja y con el paciente o cerca de este, tiene un empleo fijo (generalmente empleada doméstica) y goza de una buena salud aparente. Brindan cuidados 24 horas a la semana y durante el tiempo de hospitalización permanece ahí 16.7 horas ( $\pm$  6.6 horas). Comúnmente los cuidados que brinda son relacionados a higiene y aseo, administración económica y tareas médicas (Ambriz-López et al., 2014; National Alliance for Caregiving, 2015). El CPI es una persona que no ha recibido capacitación ni recibe remuneración económica. El cuidador reporta que asumió este rol por el vínculo afectivo que existe, la mayoría menciona contar con el apoyo de otras personas y se perciben capaces de continuar con su labor al menos cinco años más (Ambriz-López et al., 2014; National Alliance for Caregiving, 2015).

Se estima que en Estados Unidos al menos 43.5 millones de personas han sido cuidadores de alguna persona en los últimos 12 meses, mientras que 34.2 millones de estadounidenses han cuidado a una persona mayor de 50 años también en el último año (National Alliance for Caregiving, 2015). Datos de 58 países de distintos niveles socioeconómicos, muestran que para el 2018 existían al menos 51,759 cuidadores aproximadamente (Koyanagi et al. 2018).

Los cuidadores se enfrentan a diversas tareas según el momento de la enfermedad del paciente y estas actividades están en torno a la funcionalidad y limitaciones del paciente lo que implica un desgaste físico, social y emocional para el cuidador. Con respecto a su salud física, presentan, reducción del apetito, dolor de cabeza y en articulaciones (González & Reyes, 2012). Koyanagiet et al. (2018) reportaron en su estudio que los cuidadores presentan 1.37 veces mayor probabilidad de desarrollar algún problema de sueño, esto puede repercutir en un cansancio excesivo; Ji et al. (2012) realizaron una investigación con cuidadores de pacientes con cáncer y concluyeron que hay mayor riesgo de desarrollar alguna enfermedad coronaria y presentar accidentes cerebrovasculares.

En el ámbito social los cuidadores se encuentran con diversas barreras debido al poco tiempo que tienen para realizar sus propias actividades, por causa del agotamiento ya no realizan actividades recreativas, hay un decremento en cuestiones laborales remuneradas repercutiendo en la situación económica, por lo que los cuidadores disminuyen su participación social descuidando así relaciones de familia y amigos (Cox et at., 2020; Vlachantoni et al., 2019).

Otra afectación de los cuidadores es a nivel salud mental pues está permeada por las tareas de cuidado, restricciones de actividades personales, aislamiento social, ingresos económicos, problemas específicos de la enfermedad del paciente, incertidumbre sobre la evolución de la enfermedad, tiempo de cuidados, entre otros factores (Koyanagi et al., 2018). Los cuidadores pueden presentar ira, angustia constante, en algunos casos la percepción de autoeficacia se ve reducida además de que presentan sintomatología ansiosa y depresiva (Shaffer et al., 2016).



Los cuidadores tienen 1.54 veces mayor probabilidad de presentar depresión, esto se asocia a mayores actividades de cuidado lo que también repercute en alteraciones de sueño (Koyanagi et al., 2018). Un estudio realizado por Quittner et al. (2014) con cuidadores (madres y padres) de nueve países diferentes encontraron que presentan altos niveles de depresión (madres 20% y padres 18-25%) y ansiedad (madres 48% y padres 36%). Joling et al. (2019) en su estudio concluyeron que 2.9% de cuidadores pueden presentar pensamientos suicidas, así como altos niveles de sobrecarga (Huang et al., 2019).

La sobrecarga se define como la percepción de recursos y habilidades interpersonales e intrapersonales limitadas para enfrentar alguna demanda, esta percepción puede estar mediada por las exigencias del paciente hacia el cuidador (Burton et al., 2012; Kimura et al., 2019; Wang et al., 2016;). En la revisión sistemática realizada por Adelman et al. (2014) mencionan que para el 2014, existían 43.5 millones de cuidadores con sobrecarga, así mismo, un estudio realizado por Cardona et al. (2013) con 310 cuidadores encontraron que el 12.17% tenían sobrecarga.

Algunos factores de riesgo para presentar sobrecarga es ser mujer, tener bajo nivel educativo, vivir con la persona que recibe los cuidados, largos periodos de cuidados, aislamiento social, preocupación por cuestiones económicas, falta de apoyo por parte de otras personas para colaborar con el rol, desacuerdos familiares, así como mayor dependencia funcional del paciente (Adelman et al., 2014; Casado & Sacco, 2012).

La presencia de sobrecarga tiene efectos adversos para la salud física, mental y en el ámbito social; en cuanto a la salud física pueden experimentar altos niveles de dolor en distintas zonas del cuerpo, disminución de sueño, problemas para dormir, cansancio, fatiga así como mayor riesgo a desarrollar problemas cardiovasculares (Liu et al., 2017); en la salud

mental, hay una disminución de la calidad de vida, pueden presentar principalmente sintomatología ansiosa y depresiva (Casado & Sacco, 2012) además de la disminución de autocuidado y el aislamiento social. Finalmente, en el ámbito social hay dificultades económicas y abandono del empleo (Espinoza & Jofre, 2012; Liu et al., 2017).

Una variable protectora para la sobrecarga es el apoyo social; la literatura ha señalado que existen dos tipos de apoyo social, el objetivo y el percibido. El apoyo social objetivo consiste en dos indicadores: 1) tamaño de la red: número de elementos que la conforman y la posibilidad de recurrir a ellos en casos de emergencia o necesidad; 2) frecuencia de contacto con cada uno de sus miembros: fuente de accesibilidad a los miembros de la red, de tal manera que es un indicador de qué tan inmediato la persona recurrirá a solicitar el apoyo y la velocidad con que será recibido (Cutrona, 1986).

El apoyo social percibido se define como recursos interpersonales a los que la persona cree que puede acudir ante situaciones adversas y estresantes; de acuerdo con García-Torres et al. (2020) existen tres tipos de apoyos social percibido: 1) apoyo emocional reflejado en afecto y empatía: a través de expresiones de emociones positivas, estimulación para expresar los sentimientos (puede ser verbal o conductualmente como frases de aliento o abrazos y caricias) y comprensión empática; 2) apoyo instrumental: ayuda física o material, haciendo referencia a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede recurrir; 3) apoyo informativo: brindar orientación a través de consejos, guía o retroalimentación para resolver algún problema o comprender un tema.

Las personas que otorgan apoyo social percibido al cuidador pueden ser miembros de su misma familia, amigos o compañeros de trabajo; ellos fungen como soporte ante los

efectos negativos de dichas situaciones favoreciendo así la salud física y mental del cuidador (Martínez et al., 2015; Nouzari et al., 2019; Wang et al., 2016).

Con base a lo anterior se realizó una búsqueda en la literatura internacional y nacional dirigida a la relación entre sobrecarga y apoyo social en Cuidadores Primarios Informales de pacientes de áreas médicas de cuidados críticos como lo es Urgencias Médicas, sin embargo, al no obtener resultados la búsqueda se generalizó a todas las áreas médicas. Esta revisión se realizó entre los meses de diciembre 2019 y junio 2020 en las bases de datos Cochrane, PubMed, PsycInfo CINAHL Science, Tripdatabase, Redalyc y Scielo con los términos: *Caregiver burden, social support, perceived social support, caregivers, informal caregiver, informal primary caregiver, emergency department y health care services*. A continuación, se describen los estudios más relevantes de la búsqueda.

Wang et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la sobrecarga, depresión y apoyo social de 117 cuidadores de pacientes con retinoblastoma en China; el diseño del estudio fue de tipo transversal, descriptivo correlacional. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, así como instrumentos para medir la sobrecarga, depresión y apoyo social (Chou et al., 2002; Wang et al., 2011).

Reportaron que 64.10% de los cuidadores eran mujeres con una edad media de 30 años, 66% de los cuidadores tenían escolaridad universitaria. Los cuidadores presentaron un apoyo social moderado y una carga severa. Los principales resultados, así como limitaciones del estudio se muestran a detalle en la Tabla 1.

Shiba et al. (2016) realizaron un estudio con el objetivo de examinar asociaciones de apoyo social formal e informal con la sobrecarga del cuidador en la atención a largo plazo y

la relación entre el número de fuentes disponibles de apoyo social y sobrecarga en 2,998 cuidadores japoneses.

La evaluación fue hecha por medio de correo electrónico; se utilizó un instrumento (Kuze et al., 2007) y preguntas abiertas. Los resultados arrojaron que 77.86% eran mujeres, 48.57% tenían una edad menor a 60 años, la mayoría de ellos brindaban un cuidado diario de 2 a 5 horas (36.24%), la mayoría brindan los cuidados desde hace 30 a 60 meses (36%.24) y finalmente, la persona que recibe los cuidados en su mayoría eran las nueras (34.71%), seguido de la pareja (29.03%). Los principales resultados y las limitaciones de la investigación se presentan en la Tabla 1.

Kimura et al. (2019) realizaron un estudio con el objetivo de examinar el papel que desempeña la carga del cuidador en el funcionamiento familiar, el apoyo social y la calidad de vida familiar de 200 cuidadores de familiares mayores con demencia. No se especifica el diseño utilizado. La muestra se dividió en dos grupos según el nivel de sobrecarga que presentaban. Se utilizó un cuestionarios sociodemográfico e instrumentos para medir sobrecara, funcionamiento familiar, calidad de vida familiar y apoyo social (Arai et al., 199; Ishikawa et al., 2002; Nojima, 1992).

El grupo A estuvo conformado por 81 cuidadores de 61 años en promedio, 81.5% eran mujeres, 41% de los cuidadores no trabajaban, la persona que recibe los cuidados era predominantemente la nuera (30.9%) seguido de la madre (25.9%), 70% de ellos vivían con el paciente, este grupo presentó en promedio sobrecraga de 18.5 puntos. Por otro lado, el grupo B se conformó por 77 cuidadores, la edad promedio fue de 62 años, 60% eran mujeres, 43% trabajaban, la persona que recibía los cuidados predominantemente también era la nuera (27.3%) seguido de la esposa (20.8%), 67% de ellos vivían con el paciente; la sobrecarga

promedio de este grupo fue de 43.8 puntos. Los principales resultados y limitaciones de este estudio se muestran en la Tabla 1.

A nivel nacional Ángeles (2017) presentó una tesis de licenciatura realizada en el Servicio de Urgencias Médicas, la cual tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre el apoyo social percibido y el nivel de sobrecarga que presentan 97 Cuidadores Primarios Informales de pacientes del área de urgencias. Fue un estudio no experimental de tipo transversal con alcance correlacional. Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos, así como instrumentos para evaluar la sobrecarga y el apoyo social.

Los resultados reportan que 72.16% son mujeres, la edad promedio es de 42 años, la mayoría de los cuidadores son casados (45.33%), la escolaridad predominante es secundaria (31.96%) seguida de primaria (21.65%), en su mayoría son amas de casa (32.99%) y 61.86% de los cuidadores son católicos. Los resultados y limitaciones se presentan en la Tabla 1.

Los trabajos realizados sobre apoyo social y sobrecarga son escasos y más aún en servicios de áreas críticas como lo es el Servicio de Urgencias. El estudio realizado por Ángeles en el 2017 implica un avance en la investigación de Cuidadores Primarios Informales en el área de Urgencias, específicamente en la sobrecarga y apoyo social, sin embargo tuvo importantes limitaciones lo que indica que los datos obtenidos se deben tomar con cautela; por estas razones es pertinente realizar un estudio confirmatorio tomando en cuenta un mayor número de participantes, que la muestra sea homogénea, considerando solo Cuidadores Primarios Informales y pasar la investigación por un proceso de revisión por el comité de ética e investigación.

**Tabla 1.***Principales Estudios Reportados en la Literatura de la Relación entre Sobrecarga y Apoyo Social en CPI*

<b>Autor</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Limitaciones</b>
Wang et al. (2016)	Examinar la sobrecarga de los cuidadores de pacientes con retinoblastoma en China y las relaciones entre la depresión y apoyo social.	Transversal, descriptivo con alcance correlacional.	117 cuidadores de pacientes ambulatorios con retinoblastoma.  Criterios de inclusión: Edad de 18 a 80 años, ser el CPI, dar el consentimiento informado.	-Caregiver Burden Inventory (CBI) ( $\alpha=0.73-0.86$ ) (Chou et al., 2002)  -Beck Depression Inventory versión China (BDI) ( $\alpha=0.89$ ) (Wang et al., 2011)  -Social Support Rating Scale (SSRS) versión china ( $\alpha=0.92$ )	-Correlación positiva estadísticamente significativa entre depresión y sobrecarga del cuidador ( $r = 0.394, p < 0.05$ ).  -Correlación negativa débil entre apoyo social y depresión ( $r = -0.383, p < 0.05$ ).  -Correlación negativa entre sobrecarga y apoyo social ( $r = -0.439, p < 0.05$ ).	-Estudio de tipo transversal.  -La muestra fue elegida por conveniencia.  -No se menciona la aprobación de un comité de ética.
Shiba et al. (2016)	Examinar asociaciones de apoyo social formal e informal con la sobrecarga del cuidador en la atención a largo plazo y la relación entre el número de fuentes disponibles de apoyo social y sobrecarga del cuidador.	Transversal.	2,998 cuidadores japoneses de personas con discapacidad física y/o cognitiva, inscritos al proyecto de evaluación gerontológica Achi (AGES)  Criterios de inclusión: Ser CPI y	-Edición revisada de Nihon Fukushi University Caregiver Burden Scale (Kuze et al., 2007)  -Pregunta: "¿Tiene alguien a quien consultar cuando tenga problemas con el cuidado?".  -Pregunta dicotómica: "¿Tiene usted a alguien que pueda sustituirlo en el	-Los cuidadores con mayor apoyo social informal tienen menor sobrecarga.  -No hay correlación estadísticamente significativa entre el apoyo social formal y la carga del cuidador ( $\beta = -0.30, P = 0.39$ ).  -Hay asociaciones significativas entre las fuentes de apoyo social específicas y la carga ( $\beta = -0.71, P < 0.0001; \beta =$	-Diseño de tipo transversal.  -No se dan características específicas del tipo de diseño.  -Los datos no son generalizables por la muestra recolectada.  -La muestra comprende sólo a las personas que tienen acceso a recursos tecnológicos.

			completar al 100% la batería	cuidado (excepto los trabajadores profesionales en el cuidado, como ayudantes del hogar)?"	-0.61, $P < 0.0001$ ; $\beta = -0.56$ , $P < 0.0001$ )).  -Hay una tendencia significativa para el apoyo social informal ( $P=0.0003$ ; apoyo social formal: $P=0.92$ ).	-No se reportan datos de validez y confiabilidad de la escala utilizada.  -No se especifica el tipo de apoyo social (emocional, instrumental e informativo).
Kimura et al. (2019)	Examinar el papel que desempeña la carga del cuidador en el funcionamiento familiar, el apoyo social y la calidad de vida familiar de los cuidadores de familiares mayores con demencia	No se especifica	200 cuidadores de pacientes de edad avanzada con demencia.  Según su nivel de sobrecarga, se dividieron a los cuidadores en 2 grupos:  -Grupo A: sobrecarga <30  -Grupo B: sobrecarga >30	-Inventario de carga de Zarit (ZBI) versión japonesa (Arai et al., 1997).  - Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar CARAS II (Nojima, 1992).  -Escala para evaluar la calidad de vida familiar (no se especifica).  -Social Support Scale for Caregivers (Ishikawa et al., 2002)	- Mayor sobrecarga en el grupo B (>30 puntos) que en el grupo A (<30 puntos).  -Correlación positiva entre horas de cuidado y carga del cuidador.  - Diferencias estadísticamente significativas en la cohesión y adaptabilidad en ambos grupos (Grupo A: $M = 125.8$ , $p < 0.05$ ; Grupo B: $M = 118.8$ , $p < 0.05$ ).  -El apoyo social de tipo emocional fue más significativo en los cuidadores del grupo A ( $M=21.7$ , $p < 0.01$ ) que en el Grupo B: $M = 19.9$ , $p < 0.01$ ).  -El apoyo ineficaz fue significativamente mayor en los cuidadores del grupo B ( $M=5.6$ , $p < 0.05$ ; Grupo A: $M = 5.0$ , $p < 0.05$ ).	-Los resultados no son generalizables debido a la muestra recolectada.  -No se especifican criterios de inclusión y exclusión de los participantes.  -Omitieron datos de validez y confiabilidad de los instrumentos.  -No mencionan el instrumento utilizado para evaluar calidad de vida  -No se menciona la aprobación de un comité de ética.  -No se presentan fuerza de asociación entre las variables.

Ángeles (2017)	Identificar la relación que existe entre el apoyo social percibido y el nivel de sobrecarga que presentan los Cuidadores Primarios Informales de pacientes del área de urgencias.	No experimental de tipo transversal con alcance correlacional.	97 cuidadores de pacientes del área de urgencias médicas.  Criterios de inclusión: ser CPI de pacientes hospitalizados en el área de urgencias, mayores a 18 años, desear participar.	-Entrevista de carga de Zarit ( $\alpha=0.90$ ) (Zarit et al., 1980).  - Medical Outcome Study (MOS) (Apoyo informativo: $\alpha=0.97$ ; Apoyo tangible: $\alpha=0.89$ ) (Martínez et al., 2015).  -Entrevista de preguntas abiertas para indagar el tipo de apoyo social que recibían.	-88.66% de los cuidadores presentaron sobrecarga débil.  -89.69% de los cuidadores reportó apoyo social alto.  -Tipo de apoyo social: 30% económico-instrumental, 22% instrumental, 20% instrumental-emocional, 12% económico, 8% emocional.  -Correlación negativa débil estadísticamente significativa entre el puntaje total de sobrecarga y apoyo social ( $r_s=-0.364, p<0.01$ ).  -Correlación negativa estadísticamente significativa débil entre sobrecarga leve y apoyo social ( $r_s=-0.262, p<0.01$ ).	-Los instrumentos utilizados no son específicos para la población estudiada.  -Se presentó gran número de muerte experimental lo que repercutió en el tamaño de la muestra.  -MOS no cuenta con puntos de corte que precisen el nivel de apoyo social percibido.  -Dentro de la muestra se evaluaron a cuidadores que no eran primarios.  -Probable presencia del fenómeno de deseabilidad social.  -La evaluación no tuvo una revisión por pares.  -La investigación no fue aprobada previamente por un comité de ética.
----------------	---	--	---	---	---	---

---

*Nota:* CPI= Cuidador Primario Informal;  $\alpha$  = Alfa de conbrach;  $\beta$ = coeficiente beta;  $r$ = correlación de Pearson;  $r_s$ = correlación de Spearman



En el ámbito científico, es importante que los estudios realizados sean replicables de tal manera que la evidencia que ya existe se pueda comprobar con la finalidad de dar solidez y fiabilidad a los resultados recabados, tomando en cuenta una población diferente o mayor así como procedimientos mejorados, esto para eliminar o disminuir sesgos y aumentar la confiabilidad de los nuevos resultados; se ha demostrado que del 100% de las investigaciones, 97% obtiene resultados significativos y de este porcentaje, cuando se replican los estudios, sólo el 36% de conserva el resultado significativo (Open Science Collaboration, 2015).

Es importante que un estudio esté aprobado por un comité de ética e investigación para asegurar que se obtendrán beneficios potenciales principalmente para los participantes, promoviendo su bienestar garantizando que no habrá riesgos o daños pues se deben de contemplar y respetar sus derechos, como lo es la protección de sus datos (Valdez-Martínez et al., 2008), es decir, que a través de estos las personas no puedan ser identificadas manteniendo la confidencialidad (Asociación Médica Mundial, 2019).

Con estas nuevas consideraciones se torna relevante confirmar los datos con la pregunta ¿Existe una relación entre el apoyo social percibido y el nivel de sobrecarga de los Cuidadores Primarios Informales de pacientes del área de urgencias?

El objetivo general es identificar la relación que existe entre el apoyo social percibido y el nivel de sobrecarga que presentan los Cuidadores Primarios Informales de pacientes hospitalizados en el área de urgencias. Los objetivos específicos son: identificar el nivel de sobrecarga que presentan al momento de la evaluación, identificar la percepción de apoyo social y la percepción de los tipos de apoyo social que reciben los Cuidadores Primarios

Informales de pacientes hospitalizados en el servicio de Urgencias Médicas, además de identificar el nivel de replicabilidad del estudio realizado por Ángeles en 2017.

## **Método**

### **Diseño de investigación**

Se realizó un estudio no experimental de tipo transversal con alcance correlacional. Los datos fueron recolectados en un solo momento para analizar la incidencia de dichas variables en el Servicio de Urgencias Médicas (Hernández et al., 2014).

### **Participantes**

232 Cuidadores Primarios Informales de pacientes hospitalizados en los sectores de observación y choque del área de Urgencias Médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González durante el periodo de septiembre 2018 a diciembre 2019. El tamaño de la muestra se calculó con base en la siguiente fórmula para correlaciones:

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

Se tomó en cuenta una correlación de 0.45, una potencia estadística del 80% y una confianza del 95%. Se realizó un ajuste de pérdida de participantes del 20%.; el tamaño de la muestra obtenido fue de 236 CPI, sin embargo, por criterios de exclusión, se descartaron 4 participantes.

La muestra se seleccionó por conveniencia; los cuidadores debían cumplir con los siguientes criterios:

### ***Criterios de inclusión***

- Ser Cuidador de algún paciente hospitalizado en el área de Urgencias Médicas del Hospital Dr. General Manuel Gea González
- Ser Cuidador Primario Informal: cumplir con tres criterios: 1) haber asumido las tareas de cuidado de forma voluntaria, 2) cuidar al paciente hospitalizado la mayor parte del tiempo y 3) tomar decisiones por y para el paciente.
- Ser mayor de edad (>18)
- Que firme el consentimiento informado

#### ***Criterios de exclusión***

- Tener alguna condición física o emocional que le impida responder la evaluación
- Haber contestado negativamente a alguno de los siguientes criterios: 1) haber asumido las tareas de cuidado de forma voluntaria, 2) cuidar al paciente hospitalizado la mayor parte del tiempo y 3) tomar decisiones por y para el paciente.

#### ***Criterios de eliminación***

- Que el CPI no haya contestado al menos seis datos sociodemográficos.
- Que el CPI no haya contestado al menos cuatro reactivos de cada instrumento de la batería aplicada.
- Que el CPI decida salir de la investigación en algún momento posterior de haber otorgado el consentimiento informado

Las principales características sociodemográficas de los participantes muestran que 73.27% son mujeres, el promedio de edad es de 47.33 años (Desviación Estándar [D.E.] 12.34), en promedio cuidan a su paciente 17.65 horas al día (D.E. 6.69). La mayoría de la población reportó tener escolaridad básica (54.18%), estar casados (42.17%), desempleados

(41.32%), profesar la religión católica (98.23%), vivir en la Ciudad de México o Estado de México (75.66%), vivir con el paciente (60.29%) además de que este forma parte de su familia nuclear (90.04%).

Más de la mitad de los participantes reportaron haber brindado cuidados previos al paciente (68.10%) desde hace menos de un año (34.35%). Con respecto a la salud del CPI, se encontró que aproximadamente un tercio de la muestra (38.52%) padece alguna enfermedad, predominantemente de tipo crónica (93.02%); en promedio el tiempo de evolución de la enfermedad es de 9.13 años (Desviación Estándar [D.E.] 9.94) y aproximadamente un tercio de los participantes (36.84%) consume algún fármaco; un tercio de la muestra aproximadamente (39.13%) reportó consumir algún tipo de sustancia (alcohol, tabaco, marihuana, otras); la mitad de la muestra (50.44%) refiere haber tenido algún problema de tipo emocional (regulación emocional, sintomatología ansiosa o depresiva, duelo, afectaciones de tipo social y trastornos mentales diagnosticados) en toda su vida. Ver tabla 2.

**Tabla 2.**  
*Características Sociodemográficas de los Participantes del Estudio*

Variables	<i>n</i> = 232
Edad	$\bar{x}$ = 47.33 años (D.E. 12.34)
Horas de cuidado al día*	$\bar{x}$ = 17.65 horas (D.E. 6.69)
	<i>n</i> (%)
Sexo	
Mujer	73.27%
Hombre	26.72%
Nivel educativo	
Sin escolaridad	3.52%
Básica	54.18%
Media superior	25.98%
Superior	16.29%
Estado civil	

Casado	42.17%
Soltero	25.21%
Unión libre	18.26%
Otro	14.33%
<b>Ocupación</b>	
Empleado	52.84%
Desempleado	41.32%
Estudiante	3.55%
Pensionado/jubilado	2.22%
<b>Religión</b>	
Católico	98.23%
Cristiano	8.40%
Otra	7.51%
Sin religión	0.44%
<b>Lugar de residencia</b>	
Ciudad de México y Estado de México	75.66%
Otro	24.33%
<b>¿Vive con el paciente? **</b>	
Vive con el paciente	60.29%
No vive con el paciente	39.70%
<b>Parentesco</b>	
Familia nuclear	90.04%
Familia extensa	7.79%
Otro	2.16%
<b>Cuidados previos al paciente</b>	
Tiempo	68.10%
Solo en hospitalizaciones	4.61%
Menos de 1 año	34.61%
De 1 a 3 años	22.30%
De 10 a más años	24.61%
<b>Enfermedad</b>	
Diagnóstico	38.52%
Enfermedad crónica	93.02%
Enfermedad aguda	6.97%
Tiempo de evolución	$\bar{x} = 9.13$ años (D.E. 9.94)
Fármaco	36.84%
<b>Consumo de sustancias***</b>	
	39.13%
<b>Problema emocional****</b>	
	50.44%

Nota:  $\bar{x}$  = Media aritmética; D.E.= Desviación Estándar; M= Moda; \*Horas de cuidado al día= Horas de cuidado al día durante la hospitalización; \*\*Las frecuencias se obtuvieron por deducción lógica a partir de las preguntas 1) parentesco y 2) ¿Con quién vive?; \*\*\*Las principales sustancias que consumen son alcohol y tabaco; \*\*\*\*Al menos un problema emocional en toda su vida.

## **Instrumentos de evaluación**

### ***Datos sociodemográficos***

Se recabaron por medio de un cuestionario creado *ex profeso* el cual indaga el parentesco, la edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel educativo y socioeconómico, religión, fecha y lugar de nacimiento, residencia actual, con quién vive y total de miembros de la familia.

### ***Escala de sobrecarga del Cuidador Primario Informal - ZBI***

Esta escala fue elaborada por Zarit et al. (1980), consta de 22 reactivos y tres factores, los cuales evalúan el impacto de cuidador (efectos de cuidado), la relación interpersonal (emociones del cuidador) y expectativas de autoeficacia (capacidad de cuidar), mide en escala tipo Likert de cinco puntos que va de nunca (puntuación 0) a siempre (puntuación 4); el rango de puntuación va de 0 a 88 puntos, el instrumento tiene una alfa de Cronbach entre 0.83 y 0.91.

Galindo et al. (2015) validaron el instrumento para población mexicana, su muestra se conformó por 359 cuidadores de pacientes con cáncer; el instrumento cuenta con una consistencia interna adecuada ( $\alpha=0.90$ ), se mantuvieron los mismos 3 factores que el instrumento original: impacto de cuidador ( $\alpha=0.90$ ), relación interpersonal ( $\alpha=0.74$ ) y expectativas de autoeficacia ( $\alpha=0.67$ ). Consta de 21 reactivos, se mantuvo la escala tipo Likert; el rango de puntuación va de 0 a 84 puntos, siendo esta última la puntuación máxima.

Se ha propuesto que los puntos de corte para su interpretación sean de 0 a 28 puntos “sobrecarga leve”, de 29 a 56 puntos “sobrecarga moderada” y 57 a 84 puntos representa “sobrecarga grave”. Los puntos de corte por factores que se proponen son: impacto del

cuidado  $\geq 23$  puntos, relación interpersonal  $\geq 12$  puntos y expectativas de autoeficacia  $\geq 6$  puntos (Galindo V. O., comunicación personal, Noviembre 2018).

### ***Escala Medical Outcome Study - MOS***

Esta escala fue elaborada por Sherbourne y Stewart (1991), consta de 16 reactivos los cuales miden el índice de la percepción de apoyo social que tiene la persona con respecto al apoyo con el que cuenta por parte de sus redes familiares y sociales dividido en 4 factores: apoyo emocional/informacional, apoyo tangible, apoyo afectivo e interacción social positiva; cada factor tiene una confiabilidad adecuada ( $\alpha > 0.91$ ). El instrumento está en escala tipo Likert de cinco puntos que va de nunca (puntuación 1) a siempre (puntuación 5); el rango de puntuación va de 16 a 80 puntos, el instrumento tiene una alfa de Cronbach entre 0.83 y 0.91.

Martínez et al. (2015) validaron el instrumento para población mexicana con una muestra de 313 pacientes ambulatorios VIH+, reportaron una confiabilidad aceptable ( $\alpha = 0.97$ ). Se mantuvieron 2 de los 4 factores: el factor 1 es apoyo emocional/informativo ( $\alpha = 0.97$ ) que incluyen preguntas de carácter informativo, expresión de emociones, preocupaciones y conductas de interacción positiva; el factor 2 es apoyo tangible ( $\alpha = 0.89$ ), las preguntas hacen referencia a la provisión material y asistencial que puede recibir el paciente.

Consta de 19 reactivos, un reactivo identifica el tamaño de la red de apoyo, el resto de reactivos son de escala tipo Likert de cinco puntos, igual a la escala original. El rango de puntuaciones oscila entre 18 y 90 puntos siendo esta última la puntuación máxima. Se ha propuesto el uso de la media poblacional como punto de corte, puntuaciones inferiores a la

media equivalen a un apoyo social bajo, y puntuaciones arriba de la media a un apoyo social alto (Martínez B. A., comunicación personal, noviembre 2019).

### ***Autoreporte de apoyo social percibido***

Se trata de cuatro preguntas creadas *ex profeso* para identificar el autoreporte del número de personas que apoyan al CPI en el cuidado del paciente, el tipo de apoyo que este percibe, periodo en el que se le ha brindado el apoyo y si con dicho apoyo el CPI puede cubrir sus propias necesidades y las del paciente. Partiendo de lo reportado en la literatura y de la experiencia clínica se clasificaron las respuestas en tipo de apoyo emocional, instrumental e informativo. A pesar de no contar con propiedades psicométricas, fueron preguntas útiles para identificar categorías y frecuencias de los tipos de apoyo.

### **Procedimiento**

Este trabajo forma 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.

Los psicólogos encargados de la evaluación fueron psicólogos del Servicio de Psicología de Urgencias que recibieron capacitación teórica-práctica de 50 horas distribuidas en dos semanas, en temas relacionados a Psicología de la Salud, evaluación e intervención breve en cuidadores.

Las evaluaciones fueron realizadas mientras los cuidadores esperaban el horario de visita o informes por parte del personal de salud; para favorecer la confiabilidad de la medición, se buscó dentro de la sala de espera un espacio lo más privado posible.



Los psicólogos se acercaban a cada cuidador y aplicaban 3 preguntas filtro: ¿Asumió las tareas de cuidado de forma voluntaria?, ¿Usted cubre la mayor parte de los cuidados del paciente? y ¿Usted toma decisiones por y para el paciente?; si respondían “Sí” a las 3 preguntas se invitaba al cuidador a participar en este estudio, una vez que aceptaba se pedía firmar el consentimiento informado, explicando el objetivo del estudio, la confidencialidad de sus datos, el manejo de los mismos, así como su derecho a abandonar el estudio en el momento en que lo desee sin repercutir de manera negativa en la atención médica de su paciente, también se explicaba que en caso de ser necesario, sería canalizado a algún centro de apoyo psicológico.

Una vez que firmaban el consentimiento informado se procedía a realizar la evaluación semiestructurada dividida en siete partes: 1) datos del paciente, 2) datos sociodemográficos del cuidador, 3) actividades diarias del cuidador, 4) autorreporte de apoyo percibido 5) Escala de sobrecarga del Cuidador Primario Informal, 6) Escala Medical Outcome Study - MOS y 7) Otros instrumentos (para evaluar ansiedad, depresión y riesgo suicida).

Preservando el principio bioético de beneficencia, el cual consiste en actuar en beneficio de la persona que está participando en la investigación (Abreu et al., 2016), si durante la evaluación el cuidador manifestaba respuestas emocionales exacerbadas como preocupaciones, desesperanza, llanto e incluso presentaba síntomas de ansiedad, depresión e ideación suicida, entre otros, se procedía a intervenciones breves propuestas por la Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada (OMS, 2016).

Aunado a lo anterior, se le brindaban diversas estrategias pertinentes a la necesidad del cuidador, por ejemplo, técnicas de relajación como lo es la respiración diafragmática o relajación muscular progresiva de Jacobson; también se les enseñaba brevemente el modelo de toma de decisiones, así como el balance decisional; esto con el objetivo de disminuir su malestar emocional y favorecer sus tareas de cuidado. Como complemento a lo anterior, al finalizar la evaluación y la intervención breve, se brindaban los datos del servicio Psicología de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, particularmente si requerían un apoyo de tipo psicológico adicional.

El tiempo de evaluación e intervención breve por cada cuidador oscilaba entre 40 y 60 minutos, de los cuales, generalmente una tercera parte del tiempo se ocupaba exclusivamente para el llenado de la Escala de sobrecarga del Cuidador Primario Informal y la Escala de Apoyo Social percibido MOS.

### **Análisis estadístico**

Inicialmente se evaluó la distribución de las variables del estudio calculando los coeficientes de asimetría (-0.5 a 0.5), curtosis (-0.2 a 0.2) y la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov ( $p \leq 0.05$ ), esta distribución se representó en forma de gráfico.

Se realizó el análisis descriptivo de las variables de tipo categórico a través de frecuencias y porcentajes representados en tablas e histogramas. Para las variables numéricas, se realizaron análisis de medidas de tendencia central y dispersión: media y desviación estándar para identificar el comportamiento de dichas variables.

Tomando en cuenta el nivel de medición de las variables (intervalar), el tamaño de la muestra y la anormalidad de las mismas, se cumple con los criterios para realizar análisis de estadística no paramétrica; partiendo del objetivo del estudio se realizó una correlación de

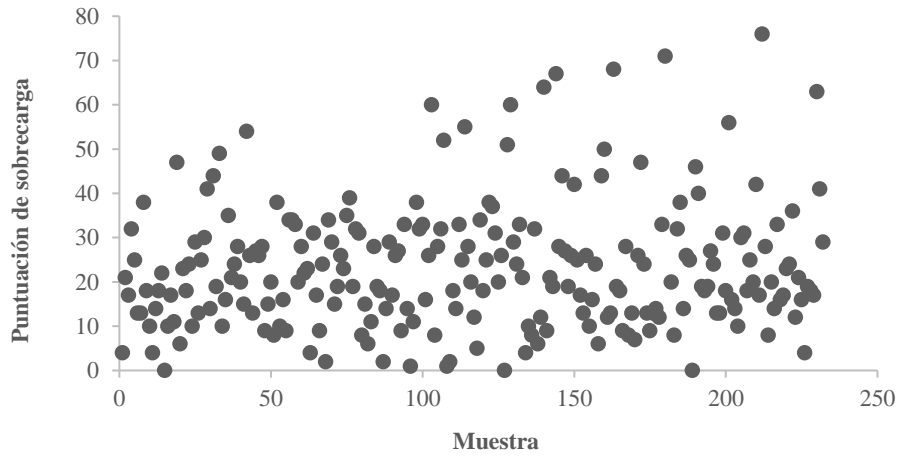
Spearman entre las variables antes mencionadas además de realizar correlaciones por factor y por nivel de las variables de estudio, utilizando un nivel de significancia estadística de  $p \leq 0.05$ . Los rangos de la fuerza de correlación que se usaron son:  $0$  a  $\pm 0.29$  = no hay asociación lineal entre las variables;  $\pm 0.30$  a  $\pm 0.49$  = correlación baja;  $\pm 0.50$  a  $\pm 0.79$  = correlación moderada;  $\pm 0.80$  a  $\pm 1$  = correlación fuerte (Juárez et al., 2014); para poder realizar la rho de Spearman entre factores y niveles de cada variable se utilizó el criterio de  $n \geq 10$ . La rho de Spearman se representó en un gráfico de dispersión.

Los datos obtenidos se capturaron en una base con formato CSV (separado por comas) y se analizaron con el programa estadístico R studio versión 3.6.1. Se utilizaron los paquetes estadísticos `lillie.test` (Gross, s.f), `e1071` (Meyer et al., 2019), `DescTools` (Signorell, s.f).

## Resultados

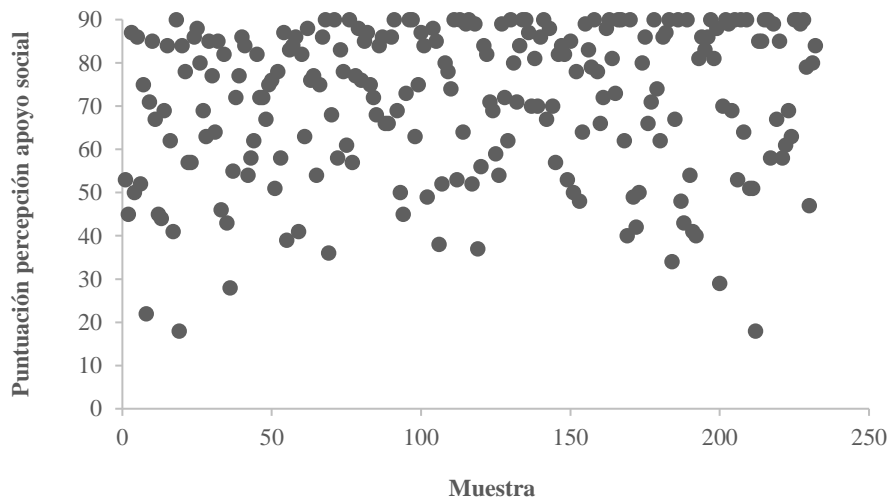
Con respecto a la distribución de las variables de estudio, en sobrecarga se obtuvo que los datos mantienen un sesgo a la derecha con una forma leptocúrtica (asimetría = 1.078, curtosis= 1.420) además de que no cuentan con una distribución normal ( $D= 0.09$ ,  $p= 1.61 \cdot 10^{-5}$ ) (Ver figura 1). Para apoyo social percibido se obtuvo que los datos mantienen un sesgo a la izquierda con una forma platicúrtica (asimetría=  $-0.853$ , curtosis=  $-0.071$ ) además que al igual que la variable de sobrecarga, apoyo social percibido tampoco tiene una distribución normal ( $D=0.14$ ,  $p=3.553 \cdot 10^{-12}$ ) (Ver figura 2).

**Figura 1.**  
*Dispersión de la Variable Sobrecarga en CPI*



*Nota:* CPI=Cuidador Primario Informal; la dispersión se obtuvo a través de las puntuaciones del instrumento ZBI.

**Figura 2.**  
*Dispersión de la Variable Percepción de Apoyo Social en CPI*



*Nota:* CPI=Cuidador Primario Informal; la dispersión se obtuvo a través de las puntuaciones del instrumento MOS.

En cuanto a la relación que existe entre las variables sociodemográficas más relevantes y las variables de estudio (sobrecarga y percepción de apoyo social), se encontró

una mayor prevalencia de cuidadores de 18 a 47 años con sobrecarga leve (37.11%), y con percepción de apoyo social alto (30.56%); el análisis de Ji cuadrada reveló que no existe una relación significativa entre la edad y las variables de estudio [ $X^2 = (2, N= 229) = 0.61, p > 0.05$ ;  $X^2 = (1, N= 229) = 0.08, p > 0.05$ , respectivamente].

Con respecto al sexo del CPI, se halló mayor frecuencia de mujeres con sobrecarga leve (51.08%) y con percepción de apoyo social alto (41.12%). De igual manera, el análisis de Ji cuadrada indicó que el sexo no tiene relación significativa con dichas variables [ $X^2 = (2, N= 231) = 3.44, p > 0.05$ ;  $X^2 = (1, N= 231) = 2.04, p > 0.05$ , respectivamente].

En lo que respecta al nivel educativo, se observó un mayor número de CPI con nivel educativo básico y con sobrecarga leve (42.36%); sin embargo, el análisis de Ji cuadrada señaló que no existe relación significativa entre estas variables [ $X^2 = (4, N= 226) = 7.73, p > 0.05$ ]. En lo referente al nivel educativo y percepción de apoyo social, se encontró una mayor frecuencia de cuidadores con escolaridad media superior y superior con percepción de apoyo social alto (30.53%), a lo que en el análisis de Ji cuadrada se observó relación débil y significativa entre dichas variables [ $X^2 = (2, N= 226) = 10.85, p < 0.05$ ; V de Cramer=0.21].

Se reportó una mayor cantidad de CPI que viven con el paciente hospitalizado que presentaban sobrecarga leve (42.36%); no obstante, los análisis estadísticos no revelaron una relación significativa entre estas variables [ $X^2 = (2, N= 203) = 2.29, p > 0.05$ ]. Adicionalmente, se observó que hubo predominio de los cuidadores que viven con el paciente y perciben apoyo social alto (31.52%), observándose también una relación débil y significativa entre dichas variables [ $X^2 = (1, N= 203) = 4.15, p < 0.05$ ; V de Cramer=0.15].

En análisis entre las horas de cuidado durante la hospitalización y las variables de estudio, indicó que hay mayor prevalencia en los CPI que ejecutan los cuidados en el tiempo de hospitalización de su paciente más de 18 horas al día y presentan sobrecarga leve (39.79%), y con percepción de apoyo social alto (30.52%), a lo que el análisis de Ji cuadrada reveló que no existe relación significativa entre estas variables [ $X^2 = (2, N = 190) = 2.27, p > 0.05$ ;  $X^2 = (1, N = 191) = 0.43, p > 0.05$ , respectivamente].

Finalmente, con respecto al tiempo de cuidados previos se encontró mayor prevalencia en cuidadores que llevan ejerciendo este rol un tiempo menor a un año con sobrecarga leve (24.61%), y con percepción de apoyo social alto (21.53%); el análisis de Ji cuadrada arrojó que el tiempo de cuidados previos no tiene relación significativa con dichas variables [ $X^2 = (8, N = 130) = 7.61, p > 0.05$ ;  $X^2 = (4, N = 130) = 2.92, p > 0.05$ , respectivamente]. Ver tabla 3.

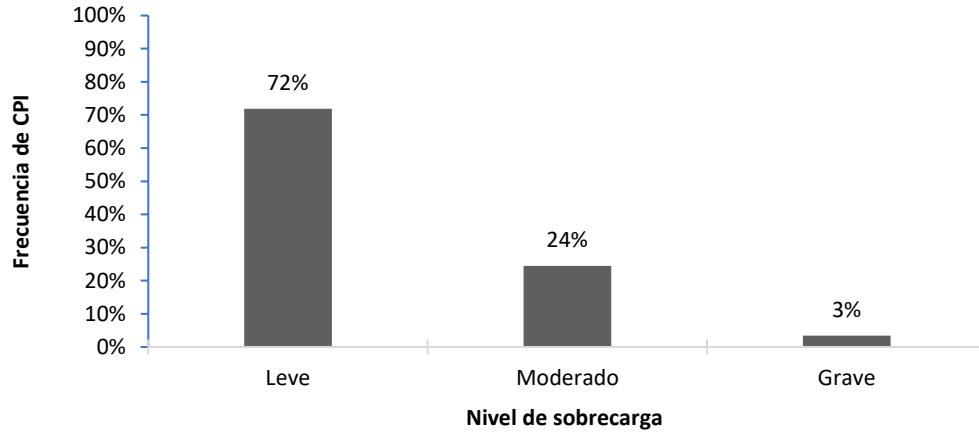
Con respecto a la sobrecarga global, se obtuvo una media de 23 puntos ( $\bar{x} = 23.26$ ; D.E. 14.22), lo que implica sobrecarga leve (0-28 puntos) (Ver Figura 3). En cuanto a cada factor del ZBI, en el factor 1 “Impacto del cuidador” se obtuvo una puntuación media de 14 puntos ( $\bar{x} = 14.16$ ; D.E. 9.89), menor al punto de corte ( $\geq 23$  puntos); para el factor 2 “Relación interpersonal” se obtuvo un promedio de 3 puntos ( $\bar{x} = 3.71$ ; D.E. 4), también por debajo del punto de corte ( $\geq 12$  puntos) y finalmente para el factor 3 “Expectativa de autoeficacia” se obtuvo una media de 5 puntos ( $\bar{x} = 5.38$ ; D.E. 3.25), se encuentra ligeramente por debajo del punto de corte ( $\geq 6$  puntos) lo que implicaría que para algunos CPI es un indicador de presencia de sobrecarga en este factor. Ver figura 4.

**Tabla 3.**  
Análisis de Ji cuadrada entre Variables Sociodemográficas y las Variables de Estudio

Variables	Sobrecarga			X <sup>2</sup>	GL	p	V de Cramer	Percepción de apoyo social		X <sup>2</sup>	GL	p	V de Cramer
	Leve n (%)	Moderado n (%)	Grave n (%)					Bajo n (%)	Alto n (%)				
<b>Edad</b>				0.61	2	0.73	-			0.08	1	0.76	-
<47	85 (37.11%)	28 (12.22%)	3 (1.31%)					46 (20.08%)	70 (30.56%)				
>48	80 (34.83%)	28 (12.38%)	5 (2.18%)					48 (20.96%)	65 (28.38%)				
<b>Sexo</b>				3.44	2	0.17	-			2.04	1	0.15	-
Mujer	118 (51.08%)	43 (18.61%)	8 (3.43%)					74 (32.03%)	95 (41.12%)				
Hombre	48 (20.77%)	14 (6.06%)	0 (0%)					20 (8.65%)	42 (18.18%)				
<b>Nivel educativo</b>				7.73	4	0.10	-			10.85	2	0.004***	0.21
Sin escolaridad	5 (2.21%)	3 (1.32%)	0 (0%)					5 (2.21%)	3 (1.32%)				
Básica	80 (35.39%)	37 (16.37%)	5 (2.21%)					59 (26.10%)	63 (27.87%)				
Media superior y superior	78 (34.51%)	15 (6.63%)	3 (1.32%)					27 (11.94%)	69 (30.53%)				
<b>¿Vive con el paciente? *</b>				2.29	2	0.31	-			4.15	1	0.04****	0.15
Sí	86 (42.36%)	34 (16.74%)	3 (1.47%)					59 (29.06%)	64 (31.52%)				
No	57 (28.07%)	18 (8.86%)	5 (2.46%)					26 (12.80%)	54 (26.60%)				
<b>Horas de cuidado**</b>				2.27	2	0.32	-			0.43	1	0.51	-
<17	64 (33.50%)	18 (9.42%)	5 (2.61%)					33 (17.36%)	54 (28.42%)				
>18	76 (39.79%)	26 (13.61%)	2 (1.04%)					45 (23.68%)	58 (30.52%)				
<b>Tiempo de cuidados previos</b>				7.61	8	0.47	-			2.92	4	0.56	-
Menos de 1 año	32 (24.61%)	10 (7.69%)	3 (2.30%)					17 (13.07%)	28 (21.53%)				
1 a 3 años	19 (14.61%)	10 (7.69%)	0					13 (10%)	16 (12.30%)				
4 a 9 años	10 (7.69%)	8 (6.15%)	0					10 (7.69%)	8 (6.15%)				
10 o más años	22 (16.92%)	8 (6.15%)	2 (1.53%)					15 (11.53%)	17 (13.07%)				
Solo en hospitalizaciones	3 (2.30%)	3 (2.30%)	0					4 (3.07%)	2 (1.53%)				

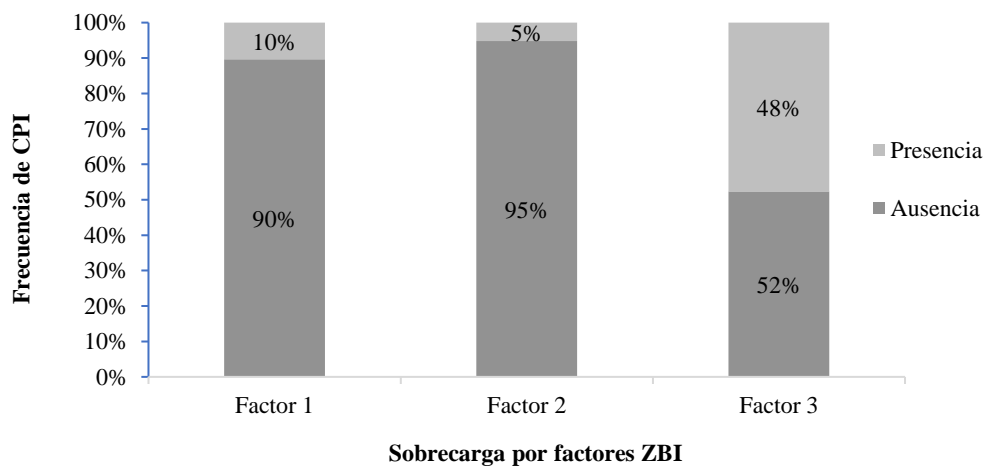
Nota: X<sup>2</sup>= Ji cuadrada; GL= grados de libertad; p= Significancia; \*¿El Cuidador Primario Informal vive con el paciente hospitalizado?; \*\*Horas de cuidado durante la hospitalización; \*\*\*p<0.01; \*\*\*\*p<0.005; las categorías de edad y horas de cuidado se obtuvieron a partir de la media de cada una de las variables; el nivel de sobrecarga se obtuvo a través de los puntos de corte del instrumento ZB; el nivel de apoyo social se obtuvo a través de la media muestral propuesto por el instrumento MOS.

**Figura 3.**  
*Nivel de Sobrecarga Global en CPI*



*Nota:* CPI=Cuidador Primario Informal; el nivel de sobrecarga están de acuerdo a los rangos establecidos en el instrumento ZBI.

**Figura 4.**  
*Nivel de Sobrecarga por factor en CPI*

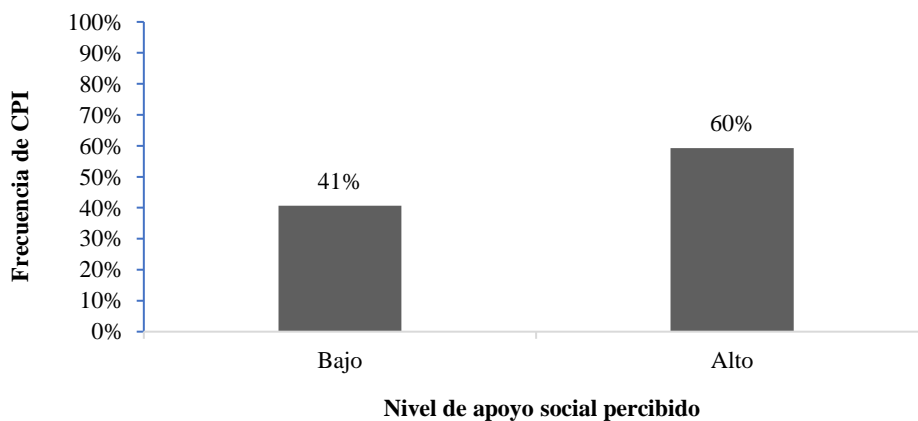


*Nota:* CPI=Cuidador Primario Informal; Factor 1= Impacto del cuidador; Factor 2= Relación interpersonal; Factor 3= Expectativas de autoeficacia; la presencia y ausencia de cada factor se obtuvieron a partir del punto de corte de los mismos según el instrumento ZBI.



En cuanto al apoyo social percibido global, se obtuvo una media de 71 puntos ( $\bar{x}$  =71.65; D.E. 17.09), según esta media, 59.30% de los CPI perciben un apoyo social alto (Ver figura 5). Con respecto a cada factor de MOS, en el factor 1 “Apoyo emocional/informativo” se obtuvo una media de 51 puntos ( $\bar{x}$  =51.49; D.E. 12.75), lo que implica que el 60.60% de la muestra percibe un apoyo social asociado a información, expresión de emociones, preocupaciones y conductas de interacción positiva alto; en el factor 2 “Apoyo tangible” se obtuvo una media de 20 puntos ( $\bar{x}$  =20.16; D.E. 4.81), lo que significa que 62.33% de los cuidadores perciben una provisión material y asistencia alta (Ver figura 6). Con respecto a la percepción del tamaño de la red de apoyo, se obtuvo una moda de 5.

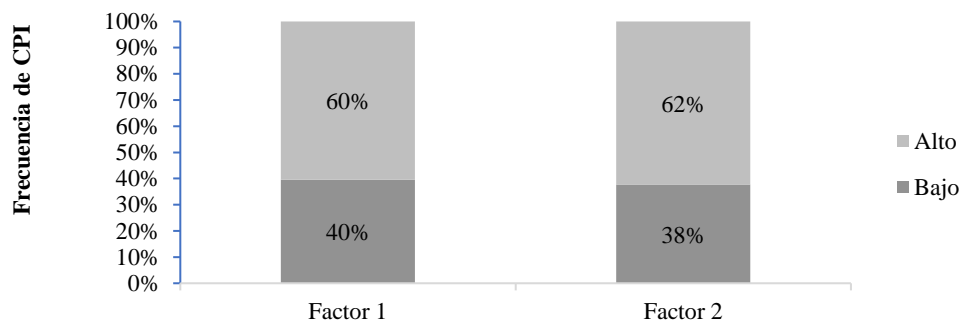
**Figura 5.**  
*Nivel de Apoyo Social Percibido en CPI*



*Nota:* CPI=Cuidador Primario Informal; el nivel de apoyo social percibido se obtuvo a partir de la media de la muestra.

**Figura 6.**

*Nivel de Apoyo Social Percibido por Factor en CPI*



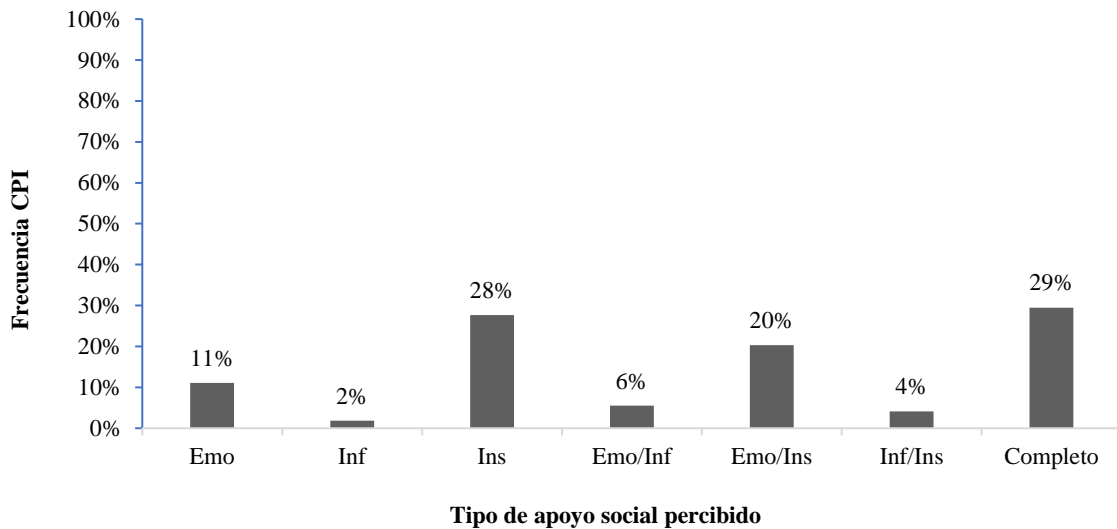
**Nivel de apoyo social por factores MOS**

*Nota:* CPI=Cuidador Primario Informal; Factor 1= Apoyo emocional/informativo; Factor 2= Apoyo tangible; el nivel de apoyo social percibido por factor se obtuvo a partir de la media de la muestra correspondiente a cada factor según el instrumento MOS.

Según el autoreporte de apoyo social percibido por parte de los CPI, la mayoría de ellos reciben apoyo social de 1 persona (26.83%) seguido de 2 o 3 personas (26.83%, 20.77% respectivamente). Con respecto al tipo de apoyo social que reciben, los cuidadores perciben predominantemente un apoyo social completo, es decir, de tipo emocional, informativo e instrumental (29,49%) (Ver Figura 7). Los CPI informaron que el apoyo social lo reciben principalmente en situaciones complicadas como lo es la hospitalización del paciente (60.70%), a comparación del resto de cuidadores que mencionan recibirlo desde hace algunos meses hasta más de 10 años. Finalmente, más de la mitad (61.19%) reportan que con el apoyo social que reciben, ellos pueden cubrir sus propias necesidades.

Para el análisis de correlación se realizó rho de Spearman entre las variables de sobrecarga global (ZBI) y apoyo social percibido global (MOS), donde se identificó una correlación negativa, débil y estadísticamente significativa ( $r_s = -0.307, p = 2.04^{-6}$ ). Ver tabla 4.

**Figura 7.**  
*Percepción del Tipo de Poyo Social que los CPI Reciben*



*Nota:* CPI=Cuidador Primario Informal; Emo= Apoyo emocional; Inf=Apoyo informativo; Ins= Apoyo instrumental; Emo/Inf= Apoyo emocional e informativo; Emo/Ins= Apoyo emocional e instrumental; Inf/Ins= Apoyo informativo e instrumental; Completo= Apoyo emocional, informativo e instrumental; el tipo de apoyo social percibido se obtuvo a través del autoreporte en la entrevista creada “ex profesa”.

**Tabla 4.**  
*Correlación entre ZBI y MOS*

ZBI	
MOS	-0.307*

*Nota:* \*  $p < 0.01$

Se realizó el análisis de rho de Spearman entre cada factor de sobrecarga y percepción de apoyo social. Los resultados revelaron que en general las relaciones entre los tres factores de ZBI (F1: Impacto del cuidador, F2: Relación interpersonal y F3: Expectativa de autoeficacia) y los dos factores de MOS (Factor 1: Apoyo emocional/informativo y F2: Apoyo tangible) se presenta una correlación negativa, sin asociación lineal y estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Ver tabla 5.

**Tabla 5.**  
*Correlación entre Factores de ZBI y MOS*

<b>Variab</b> les	<b>ZBI</b> <b>Factor 1</b>	<b>ZBI</b> <b>Factor 2</b>	<b>ZBI</b> <b>Factor 3</b>
<b>MOS</b> <b>Factor 1</b>	-0.289*	-0.243*	-0.156**
<b>MOS</b> <b>Factor 2</b>	-0.295*	-0.232*	-0.149**

*Nota:* \*  $p < 0.01$ ; \*\*  $p < 0.05$ ; ZBI= Instrumento de sobrecarga; MOS= Instrumento de percepción de apoyo social; Factor 1 de ZBI= Impacto del cuidador; Factor 2 de ZBI= Relación interpersonal; Factor 3 de ZBI= Expectativa del cuidador; Factor 1 de MOS= Apoyo emocional/informativo; Factor 2 de MOS= Apoyo tangible.

Finalmente, con respecto a los niveles de cada variable, se realizó el análisis de rho de Spearman entre el nivel leve, moderado y grave de la variable sobrecarga y el nivel bajo y alto de la variable percepción de apoyo social. Específicamente, entre el nivel leve de ZBI y el nivel alto de MOS, se encontró una relación negativa, sin asociación lineal y significativa ( $p < 0.05$ ). Ver tabla 6.

**Tabla 6.**  
*Correlación entre Niveles de ZBI y MOS*

<b>Variab</b> les	<b>ZBI</b> <b>Leve</b>	<b>ZBI</b> <b>Moderado</b>	<b>ZBI</b> <b>Grave</b>
<b>MOS</b> <b>Bajo</b>	-0.030	-0.254	-
<b>MOS</b> <b>Alto</b>	-0.217*	-0.350	-

*Nota:* \*  $p < 0.05$ ; - = El tamaño de la n es insuficiente para realizar una correlación; ZBI= Instrumento de sobrecarga; MOS= Instrumento de percepción de apoyo social; los niveles de sobrecarga y percepción de apoyo social están de acuerdo con los rangos establecidos en cada instrumento.

## Discusión

El objetivo de esta investigación fue identificar la relación que existe entre el apoyo social percibido y el nivel de Sobrecarga que presentan los Cuidadores Primarios Informales de pacientes hospitalizados en el área de urgencias. Los objetivos específicos fueron describir las características de la muestra de estudio, identificar el nivel de sobrecarga que presentan al momento de la evaluación, identificar la percepción de apoyo social y la percepción de los tipos de apoyo social que reciben los Cuidadores Primarios Informales de pacientes hospitalizados en el servicio de Urgencias Médicas, además de identificar el nivel de replicabilidad del estudio realizado por Ángeles en 2017.

En cuanto a las variables sociodemográficas se halló que la mayoría de los cuidadores son mujeres que se encuentran en la adultez media, cuentan con un empleo (formal o informal), están casadas y que la mitad de ellas ha presentado algún problema significativo de tipo emocional alguna vez en su vida, estos datos coinciden con la literatura internacional y nacional (Ambriz-López et al., 2014; Ángeles et al., 2017; Kimura et al., 2019; Koyanagi et al., 2018; National Alliance for Caregiving, 2015; Shaffer et al., 2016; Shiba et al., 2016; Villavicencio et al., 2017; Wang et al., 2016); el nivel educativo predominantemente es básico (primaria y secundaria), esto concuerda con la mayoría de los estudios, sin embargo discrepa con el estudio de Wang et al. (2016) en donde se reporta una escolaridad superior (universidad).

Se encontró que el paciente al que brindan los cuidados, pertenece a su núcleo familiar, además de que la gran mayoría de los cuidadores viven con el paciente y durante la hospitalización pasan 17 horas en promedio cuidándolo, información también consistente con la literatura internacional (Ambriz-López et al., 2014; Kimura et al., 2019; National

Alliance for Caregiving, 2015; Shiba et al., 2016). La gran mayoría de cuidadores son católicos lo cual coincide con el estudio de Ángeles (2017).

Otro hallazgo en este estudio es que la mayoría de los CPI han brindado cuidados previos al paciente, sin embargo, el tiempo en que han fungido el rol de cuidadores con respecto al paciente hospitalizado es variado, pues han cuidado desde menos de un año a tres años hasta 10 o más años, lo cual es parcialmente distinto a lo encontrado por Shiba et al. (2016) dado a que reportaron cuidados previos de 30 a 60 meses atrás. Acerca de la salud de los cuidadores, es una minoría la que presenta alguna enfermedad física y consumo de sustancias, lo cual es similar a lo reportado en la literatura (Campean-González et al., 2008; González & Reyes, 2012; Koyanagi et al., 2018).

Las características sociodemográficas de la muestra de este estudio se tornan relevante en términos socioculturales de la población mexicana, específicamente que la mayoría de cuidadoras sean mujeres en edad productiva, pues el rol de género que la sociedad ha impuesto a la mujer está relacionado con ser acomodada, realizar tareas domésticas, estar al cuidado de su familia, velar por su bienestar, centrarse en los asuntos de los demás miembros, ser cariñosas, amorosas, comprensivas, sacrificarse por el otro, características asociadas al rol de cuidador (Aguilar et al., 2013; Etchezahar, 2014).

Lo anterior puede repercutir en la poca oportunidad que tiene la mujer de acceder a la educación, limitándose a una escolaridad básica, y a su vez, esto tiene efecto en que se desempeñen en un empleo informal, situación vinculada a la crisis económica en México en los últimos 30 años pues impacta en el desempleo, poca oportunidad de este y el acceso a servicios (Camberos & Bracamontes, 2015). Por otro lado, en las familias mexicanas se tiene una identificación y apego por los miembros de su familia principalmente nuclear, incluso

toman decisiones con base en ella pues la familia es la principal fuente de apoyo (Smith-Morris et al., 2013), de ahí que el cuidador sea una persona cercana al paciente.

Con respecto a la discrepancia del nivel educativo, Koyanagi et al. (2018) señala que entre mayores ingresos económicos tenga el país, más probabilidad existe de tener mayor nivel educativo; China (Wang et al., 2016) y México pertenecen a la clasificación de países con ingresos medios altos (The World Bank, 2020), por lo que supondría no haber diferencia, sin embargo en China el 45% de la población tiene escolaridad superior mientras que en México sólo el 20% (Organization for Economic Co-operation and Development, 2020; United Nations Development Program, 2014).

Sobre el tiempo de cuidados previos, la variedad que se reporta en este estudio y en la literatura internacional se puede deber a las características de las poblaciones estudiadas, así como el escenario en los que se llevaron a cabo los estudios (Koyanagiet et al., 2018), es decir, el tiempo de cuidado puede estar influenciado por el diagnóstico médico del paciente, tiempo de evolución de la enfermedad, pronóstico, grado de funcionalidad física o cognitiva del paciente así como el tratamiento que recibe, de tal manera que, probablemente, dependiendo de los factores antes mencionados, es el grado de dependencia y por ende la necesidad de tener un cuidador desde hace menos de un año hasta más de 10 años (Camacho-Estrada et al., 2010).

Con respecto a la asociación entre las variables sociodemográficas y las variables de estudio, se encontró que la escolaridad media superior y superior guarda una relación débil pero significativa con la percepción de apoyo social alto; un resultado similar se encontró entre las variables: el cuidador vive con el paciente y percepción de apoyo social alto. Lo primero se puede relacionar a que a mayor escolaridad, mayor oportunidad de establecer

relaciones interpersonales y buscar estrategias de afrontamiento, ambos hechos favorecen al apoyo social percibido (Fontibón et al., 2015; Villavicencio et al., 2017).

Por otro lado, el que el cuidador y el paciente vivan juntos y con los demás miembros de su familia, implica que puede recurrir a ellos de forma confiable para pedir apoyo emocional, instrumental e informativo cubriendo así sus obligaciones y afrontando problemáticas o situaciones estresantes como lo es la enfermedad y hospitalización del paciente (Smith-Morris et al., 2013).

En este estudio se encontró que los cuidadores presentan sobrecarga leve, este dato es inconsistente con lo reportado por la literatura previa, pues un estudio realizado con cuidadores chinos indicó que los CPI presentan carga severa (Wang et al., 2016), por su parte Kimura et al. (2019) revelaron que del total de cuidadores evaluados, poco más de la mitad obtuvo una sobrecarga moderada; sin embargo, con respecto a lo documentado nacionalmente, se encontró similitud, pues los cuidadores presentaron una sobrecarga débil (Ángeles, 2017; Palomino et al., 2008; Santiago et al., 2016; Zepeda, 2019).

Por otra parte, en este estudio se encontró que la mayoría de los cuidadores presentan sobrecarga asociada al factor “Expectativa de autoeficacia”; cabe señalar que los estudios previos que utilizaron la Entrevista de carga de Zarit (ZBI) revisados para esta investigación no reportan datos sobre la presencia o ausencia de sobrecarga en los CPI por factor.

La disonancia con lo encontrado en este estudio y lo reportado en la literatura internacional sobre el nivel de sobrecarga pueden deberse a las diferencias culturales que existen entre los países en los que se desarrollaron los estudio, a las características psicosociales de cada muestra, a variables propias de las funciones y experiencia del cuidado, así como de las personas a las que cuidan (Camacho-Estrada et al., 2010).



Con lo que respecta a la cultura mexicana se ha encontrado que existe una idea de obligación para con la familia en relación al cuidado de la salud responsabilizándole el bienestar de los demás miembros (Galindo et al., 2015); esto fomenta a que las mujeres como cuidadoras cumplan su rol de forma activa, silenciosa y llena de sacrificios, lo que nos permitiría pensar en que esto influye en la percepción de la experiencia de cuidado y el malestar que esto les puede provocar en diversas áreas (DiGirolamo & Salgado de Snyder, 2008; Toledano-Toledano y Domínguez-Gueda, 2019), aunado a esto, existe la responsabilidad de actuar conforme a la discapacidad social lo cual podría estar vinculado con lo encontrado en la presencia de sobrecarga en el factor de expectativas de autoeficacia en la mayoría de cuidadores.

Con respecto a la percepción de apoyo social global, se obtuvo que la mayoría de los cuidadores perciben un apoyo social alto, este dato es contrario al apoyo social moderado que reportado por Wang et al. (2016) en los cuidadores chinos, sin embargo, es consistente con lo encontrado en el estudio de Ángeles (2017). Por otro lado, se encontró que los cuidadores perciben apoyo social alto por parte de cinco personas en promedio, este apoyo es predominantemente de tipo tangible, seguido de tipo emocional/informativo; cabe señalar que los estudios previos que utilizaron el Medical Outcome Study (MOS) revisados para esta investigación no reportan datos sobre la percepción de apoyo social por factor.

Con respecto a la percepción del tipo de apoyo social que reciben los CPI se encontró que predominantemente reciben un apoyo completo, es decir, de tipo emocional, informativo e instrumental seguido de un apoyo solo de tipo instrumental, esto en general coincide con lo reportado por Ángeles (2017); sin embargo, no se pueden hacer comparaciones específicas debido a que se utilizaron distintas clasificaciones de percepción de tipos de apoyos.

Los hallazgos abordados anteriormente con respecto a las diferencias del nivel de apoyo social percibido a nivel internacional y nacional también pueden obedecer a factores socioculturales, por ejemplo, el mexicano encuentra mayor soporte en la familia, pues puede acercarse a ella ante situaciones estresantes o adversas lo que favorece la salud del cuidador; además en la literatura se ha enfatizado que la familia mexicana se caracteriza por ser afectiva, leal, fiel y sobre todo tener una interdependencia entre sus miembros (DiGirolamo & Salgado de Snyder, 2008; García-Torres et al., 2020; Martínez et al., 2015; Medellín et al., 2012; Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019).

Aunado a lo anterior, en la literatura también se ha argumentado que el tipo de apoyo social que se brinda es de acuerdo al sexo, es decir, el apoyo social de tipo instrumental es otorgada por el hombre, debido a su rol de ser proveedores, aportar económicamente a los gastos familiares, ser trabajadores y exitosos; por su parte, la mujer es quien da el apoyo de tipo emocional pues dentro de su rol está ser afectiva y comprensiva (Aguilar et al., 2013; Etchezahar, 2014; Martínez et al., 2015), con respecto al apoyo exclusivamente de tipo informativo, en este estudio, se encontró que es un tipo de apoyo que cobra poca o nula relevancia en la muestra de CPI evaluada.

En cuanto a la relación entre las variables de estudio se encontró que existe una asociación negativa, débil pero estadísticamente significativa, lo que implica que, a mayor percepción de apoyo social, menor sobrecarga, este hallazgo es congruente con lo señalado en la literatura internacional y nacional (Ángeles et al., Kimura et al., 2019; Wang et al., 2016).

Con respecto a las asociaciones entre cada factor de sobrecarga y percepción de apoyo social se encontraron correlaciones negativas, sin asociación lineal, estadísticamente significativas, lo cual es concordante con lo reportado por Wang et al. (2016). Sobre las

relaciones entre los niveles de cada variable, se observó en cinco de seis asociaciones una relación negativa lo cual también concuerda con lo señalado por Wang et al. (2016); específicamente la relación entre sobrecarga leve y percepción de apoyo social alto se observó una correlación negativa, sin asociación lineal pero significativa lo cual es similar con los datos reportados por Ángeles (2017) y Shiba et al. (2016) en dos de las tres características de la correlación (dirección y significancia estadística).

Lo anterior se suma a la evidencia ya existente en la literatura sobre la percepción de apoyo social como un variable protectora en la salud del cuidador, pues la percepción de los tipos de apoyo social que los cuidadores reciben permite aminorar relativamente la carga que su rol implica (Toledano-Toledano & Domínguez-Guedea, 2019). Cabe señalar, que cuando los cuidadores se enfrentan a diversas tareas de cuidado, les es factible acudir a las personas que ellos creen que pueden apoyarlas (García-Torres et al., 2020; González & Reyes, 2012; Medellín et al., 2012), esto también puede ser un indicador de afrontamiento adaptativo, pues ante adversidades recurren al apoyo de sus familiares evitando así, poner en riesgo su salud física, mental y social lo cual se torna particularmente relevante pues esto les permite cumplir con su rol y en algunas ocasiones, cubrir sus propias actividades (DiGirolamo & Salgado de Snyder, 2008; Wang et al., 2016).

Con respecto a la replicabilidad de los estudios, la literatura ha reportado que del total de estudios replicados menos de la mitad obtiene resultados similares al estudio original, aunado a esto es oportuno señalar que los estudios que se han sometido a este proceso son de índole cognitivo primordialmente, seguido de temas sociales y personalidad, dado a que son disciplinas que cuentan con gran variedad de estudios factibles de realizar por la metodología poco compleja que utilizan y el costo relativamente bajo que esto implica (Open Science Collaboration, 2015).

En lo que consta del estudio de Ángeles y esta investigación, se encontró que ambos resultados de la correlación entre sobrecarga y percepción de apoyo social son congruentes según la dirección, fuerza y nivel de significancia; esto se puede deber a que en los dos estudios el escenario fue el mismo, se utilizaron los mismos instrumentos para medir las variables de sobrecarga y percepción de apoyo social, la población evaluada es la misma a pesar de haber sido en distintos momentos y distinto tamaño de la muestra, se utilizó una metodología similar y desde luego, a que hubo una comprensión eficaz de la literatura permitiendo realizar el análisis y la interpretación veráz del mismo.

A partir de la gran similitud que hay entre el resultado de ambos estudios, se puede inferir que hay poco sesgo, falsos positivos y falsos negativos, lo que implica que los resultados obtenidos tienen solidez y confiabilidad. Partiendo de esto se puede tener una idea más clara y precisa del comportamiento de las variables de sobrecarga y percepción de apoyo social en los Cuidadores Primarios Informales de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias Médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González (Open Science Collaboration, 2015).

Es oportuno señalar que durante la elaboración de esta investigación se identificaron algunas limitaciones, una de ellas y quizá la más relevante es la pertinencia de los instrumentos utilizados, si bien están estandarizados en población hospitalaria, no existen instrumentos adaptados a la población de Urgencias Médicas, incluso, en el caso de la variable de percepción de apoyo social, no se ha estandarizado algún instrumento para Cuidadores Primarios Informales e indudablemente para CPI de la especialidad antes mencionada.

Esto implica que puede haber una brecha entre la presencia/ausencia real y reportada de las variables de estudio debido a la poca sensibilidad que pueden tener los instrumentos

en la población de CPI de Urgencias Médicas (Hernández et al., 2010). Se recomienda en futuros estudios considerar utilizar instrumentos estandarizados en CPI de pacientes hospitalarios en servicios críticos y continuar trabajando en el área de psicometría para crear instrumentos sensibles, válidos y confiables específicos para la población estudiada.

Con relación al punto anterior, se encontró como limitante la posible presencia de la deseabilidad social por parte de los cuidadores al evaluarlos con instrumentos de autoreporte, lo que podría impactar directamente con los resultados obtenidos con respecto a sobrecarga del CPI, pues la literatura ha reportado que el cuidado al otro es visto como una obligación cultural permeando en su experiencia como cuidador e incluso subestimando las tareas de cuidado que brindan (Galindo et al., 2015), es por ello que probablemente las respuestas estén influenciadas por lo que los cuidadores creían que el equipo de Psicología de Urgencias esperaba o quería escuchar (Acosta & Domínguez, 2014; Perinelli & Gremigni, 2016).

Se sugiere que en futuras investigaciones se aumente la eficacia del rapport con el cuidador y modificar el lugar en el que se aplican los instrumentos, esto con la finalidad de que el CPI perciba un ambiente de confianza y empatía con respecto al evaluador además de que estar en un lugar más privado le permitirá expresarse con mayor libertad. Por otro lado, se invita a futuras investigaciones a evaluar esta variable y su interacción principalmente con la variable de sobrecarga y se analice su relevancia sociocultural en los cuidadores.

Otra limitación es el diseño transversal de la investigación, debido a la naturaleza de este se evaluó a los cuidadores en un sólo momento perdiendo de vista la relación de la experiencia como cuidadores durante el tiempo que han ejercido este rol y la percepción de apoyo social recibido, pues la literatura ha planteado que los cuidadores buscan apoyo social cuando perciben mayor sobrecarga (Hernández et al., 2010; Shiba et al., 2016).

A pesar de las limitaciones señaladas, este estudio muestra algunas bondades. Inicialmente se puede recalcar el cálculo del tamaño de la muestra de los CPI a los que se debía evaluar, pues está en proporción a los cuidadores de pacientes que reciben atención médica en el servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, lo que permite disminuir el error tipo 1 y error tipo 2; aunado a esto, se presentó una tasa muy baja de muerte experimental lo que permite tener solidez en el análisis del comportamiento de sobrecarga y percepción de apoyo social en la muestra de CPI estudiada favoreciendo así la validez externa.

Otra bondad es que este estudio pertenece al protocolo de investigación con número de registro 27-152-2017 aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” lo que implica que se garantizó el bienestar de los participantes contemplando y respetando sus derechos, la protección de sus datos, así como la confidencialidad de los mismos.

Este es un estudio novedoso que se suma a la poca evidencia que existe con respecto a la sobrecarga y percepción de apoyo social en Cuidadores Primarios Informales en servicios críticos como lo es el servicio de Urgencias Médicas, debido a que solo existe una investigación que previamente ha analizado la relación entre sobrecarga y apoyo social como variables principales; siguiendo esta misma línea, este es el único estudio que ha analizado ambas variables por factor y por nivel. Por último, con respecto a la investigación de Ángeles (2017) los resultados son consistentes lo que aumenta la solidez y fiabilidad de ambos estudios permitiendo así replicarlos en futuras ocasiones.

Con respecto a las sugerencias futuras, se invita a continuar realizando investigación en población de Cuidadores Primarios Informales en servicios críticos tomando en cuenta

instrumentos válidos y confiables para esta población, además de contemplar la deseabilidad social para reducir este sesgo.

Es de suma importancia realizar un estudio de tipo longitudinal incluyendo las variables estudiadas en la presente investigación, así como contemplar otras variables que la literatura ha reportado que están vinculadas con la sobrecarga del cuidador como ansiedad, depresión, consumo de sustancias, riesgo suicida, niveles de estrés, tipo de afrontamiento, además de las tareas de cuidado que realiza; también se invita a tomar en cuenta variables directamente relacionadas con el paciente como lo es el diagnóstico médico, tiempo de evolución de la enfermedad, pronóstico, tratamiento que recibe, grado de funcionalidad física o cognitiva e incluso, frecuencia con la que acuden al hospital y si es el caso, tiempo de hospitalización.

Partiendo de lo anterior, es conveniente realizar análisis más específicos sobre las variables involucradas en la presencia de sobrecarga, realizando una diferenciación entre los niveles leve, moderado y grave para conocer exhaustivamente este fenómeno, así como los factores de riesgo para presentar sobrecarga grave, cuyo nivel tiene implicaciones clínicas importantes abordadas en el capítulo 2 del presente trabajo.

Por otro lado, es conveniente señalar las diferentes intervenciones que se pueden realizar en los distintos momentos, por ejemplo, durante la evaluación, en caso de ser necesario, continuar brindando intervenciones breves además de registrar a cuántas personas se les dio esta intervención, el motivo y las estrategias que se les proporcionaron, esto con el objetivo de conocer el número de cuidadores que necesitaron y recibieron intervención clínica, así como las características de esta.

Finalmente, continuando con las posibles intervenciones y partiendo de los resultados obtenidos, se pueden implementar intervenciones clínicas de primer nivel, específicamente

tomando en cuenta el perfil del CPI altamente reportado para la prevención de niveles altos de sobrecarga; siguiendo la misma línea, también se pueden implementar intervenciones a nivel institucional dotando a los cuidadores de habilidades específicas y apropiadas para el manejo de la experiencia de cuidados.



## Referencias

- Abar, B., Holub, A., Lee, J., DeRienzo, V., & Nobay, F. (2017). Depression and Anxiety Among Emergency Department Patients: Utilization and Barriers to Care. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 24(10), 1286-1289. <https://doi.org/10.1111/acem.13261>
- Abreu, I. R., Guerra, S. Á., Rodríguez, V. R., Martín, L. S., & Hernández, Z. G. (2016). Breves consideraciones sobre la bioética en la investigación clínica. *Revista Cubana de Farmacia*, 50(3), Article 3. <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/47>
- Acosta Canales, T. T., & Domínguez Espinosa, A. del C. (2014). El Manejo de la Impresión y su Influencia Sobre el Bienestar Psicológico en dos Comunidades Latinoamericanas. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1535-1553. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70392-8](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70392-8)
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052-1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Aguilar, M., Valdez, M., González-Arratia, L., & González, E. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 207-224.
- 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>
- Alva, R. V., Tineo, J. A., Calderón, F. R., Velásquez, R. V., & Pastrana, R. H. (2016). Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital

terciario, Lima, Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(4), 379-385.

<https://doi.org/10.15381/anales.v77i4.12654>

Ambriz-López, M. C., Villalobos-Arámbula, L. M., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, Á. S., Alejandra, M., & Palomé-Vega, G. (2014). Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado del personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 22(3), 123-9

American Psychological Association. (2018). Dictionary of Psychology: psychooncology.

<https://dictionary.apa.org/psychooncology>

Anderson, P., Petrino, R., Halpern, P., & Tintinalli, J. (2006). The globalization of emergency medicine and its importance for public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(10), 835-839.

Ángeles, B. (2017). La relación de la sobrecarga y el apoyo social percibido del cuidador primario informal en el servicio de urgencias (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México

Annals of Emergency Medicine. (2016). Definition of Emergency Medicine , 68 (1), 142-143.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>

Ann-Yi, S., Bruera, E., Wu, J., Liu, D. D., Agosta, M., Williams, J. L., Balankari, V. R., & Carmack, C. L. (2018). Characteristics and Outcomes of Psychology Referrals in a Palliative Care Department. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(3), 344-351.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.022>

Arai, Y., Kudo, K., Hosokawa, T., Washio, M., Miura, H., & Hisamichi, S. (1997). Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden interview. *Psychiatry*

and *Clinical Neurosciences*, 51(5), 281-287. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1997.tb03199.x>

- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, (61) 755-765.
- Asociación Médica Mundial. (2019). Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos
- Ballou, S., Mitsuhashi, S., Sankin, L. S., Petersen, T. S., Zubiago, J., Lembo, C., Takazawa, E., Katon, J., Sommers, T., Hirsch, W., Rangan, V., & Jones, M. (2019). Emergency department visits for depression in the United States from 2006 to 2014. *General Hospital Psychiatry*, 59, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.015>
- Booth, J., Moseley, G. L., Schiltenswolf, M., Cashin, A., Davies, M., & Hübscher, M. (2017). Exercise for chronic musculoskeletal pain: A biopsychosocial approach. *Musculoskeletal Care*, 15(4), 413-421. <https://doi.org/10.1002/msc.1191>
- Borovoy, A. (2012). Health Inequalities in Japan: An empirical study of older people (review). *The Journal of Japanese Studies*, 38, 502-507. <https://doi.org/10.1353/jjs.2012.0069>
- Burton, M., Sautter, M., Tulskey, A., Hoff, L., Hay, C., Olsen, R. & Steinhauser, E. (2012) Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Journal of Pain Symptom Management*, 44(3), 410-419. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.09.018
- Butti, L., Bierti, O., Lanfrit, R., Bertolini, R., Chittaro, S., Delli Compagni, S., Del Russo, D., Mancusi, R. L., & Pertoldi, F. (2017). Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *Journal of Pain Research*, 10, 2479-2488. <https://doi.org/10.2147/JPR.S138850>

- Cai, W., Stewart, R., Mueller, C., Li, Y.-J., & Shen, W.-D. (2018). Poststroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: Protocol of a meta-analysis and systematic review. *BMJ Open*, 8(12), e026316. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026316>
- Camacho Estrada, L., Hinostrosa Arvizu, G. Y., & Jiménez Mendoza, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería universitaria*, 7(4), 35-41.
- Camberos Castro, M., & Bracamontes Nevárez, J. (2015). Las crisis económicas y sus efectos en el mercado de trabajo, en la desigualdad y en la pobreza de México. *Contaduría y Administración*, 60, 219-249. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2015.05.003>
- Canner, J. K., Giuliano, K., Selvarajah, S., Hammond, E. R., & Schneider, E. B. (2018). Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006-2013. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(1), 94-102. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000871>
- Cardona A., D., Segura C., Á. M., Berbesí F., D. Y., & Agudelo M., M. A. (2013). Prevalence and factors associated with the caregiver burden syndrome among the primary caregivers for the elderly. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 30-39.
- Casado, B., & Sacco, P. (2012). Correlates of caregiver burden among family caregivers of older Korean Americans. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(3), 331-336. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr115>
- Castañón-González, J., Barrientos-Fortes, T., & Polanco-González, C. (2016). Reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, 54(3), 376,379. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745710016.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (2015). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2015 Emergency Department Summary Tables.

[https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web\\_tables/2015\\_ed\\_web](https://www.cdc.gov/nchs/data/nhamcs/web_tables/2015_ed_web)

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. (2016). Emergency Department Visits

Chapman-Novakofski, K. (2016). Integrating Psychology and Nutrition. *Journal of Nutrition*

*Education and Behavior*, 48(6), 360. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.04.399>

Chou, K.-R., Jiann-Chyun, L., & Chu, H. (2002). The reliability and validity of the Chinese version of the caregiver burden inventory. *Nursing Research*, 51(5), 324-331.

<https://doi.org/10.1097/00006199-200209000-00009>

Cox, V., Schepers, V., Ketelaar, M., Heugten, C. van, & Visser-Meily, A. (2020). Participation Restrictions and Satisfaction With Participation in Partners of Patients With Stroke.

*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(3), 464-471.

<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.09.012>

Cutrona, C. E. (1986). Objective determinants of perceived social support. *Journal of*

*Personality and Social Psychology*, 50(2), 349-355. [https://doi.org/10.1037//0022-](https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.2.349)

[3514.50.2.349](https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.2.349)

Departamento de Estadística e Información en Salud. (2019). Atención de urgencias por causa y semana estadística. [http://www.deis.cl/wp-content/2019/gobCL-sitios-](http://www.deis.cl/wp-content/2019/gobCL-sitios-1.0/assets/Dashboard_Atenciones_Urgencia.html)

[1.0/assets/Dashboard\\_Atenciones\\_Urgencia.html](http://www.deis.cl/wp-content/2019/gobCL-sitios-1.0/assets/Dashboard_Atenciones_Urgencia.html)

DiGirolamo, A. M., & Salgado de Snyder, N. (2008). Women as primary caregivers in Mexico: Challenges to well-being. *Salud Pública de México*, 50(6), 516-522.

División Técnica de Información Estadística en Salud. (2005). El IMSS en Cifras: La demanda de servicios de urgencias, 2004. *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social*. 44 (3):261-273

Doran, K. M., Rahai, N., McCormack, R. P., Milian, J., Shelley, D., Rotrosen, J., & Gelberg, L. (2018). Substance use and homelessness among emergency department patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.021>

Edman, J. S., Greeson, J. M., Roberts, R. S., Kaufman, A. B., Abrams, D. I., Dolor, R. J., & Wolever, R. Q. (2017). Perceived stress in patients with common gastrointestinal disorders: associations with quality of life, symptoms and disease management. *Explore (New York, N.Y.)*, 13(2), 124-128. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.12.005>

El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004. (2004). *Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social*, 13.

Engel, G. L. (8 de Abril de 1977). The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine. *SCIENCE*, 196(4286), 129-135.

Espinoza, M. & Jofre, A. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>

Etchezahar, E. (2014). La construcción social del género desde la perspectiva de la Teoría de la Identidad Social. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 25(49),128-142.

Evangelí, M. (2018). Mental health and substance use in HIV-infected adolescents. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 13(3), 204-211. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000451>

- Faessler, L., Kutz, A., Haubitz, S., Mueller, B., Perrig-Chiello, P., & Schuetz, P. (2016). Psychological distress in medical patients 30 days following an emergency department admission: Results from a prospective, observational study. *BMC Emergency Medicine*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-016-0097-y>
- Farrohknia, N., Castrén, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., Asplund, K., & Göransson, K. E. (2011). Emergency Department Triage Scales and Their Components: A Systematic Review of the Scientific Evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 42. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>
- Fleischer, N., McKeown, R. (2014). The second epidemiologic transition from an epidemiologist's perspective. In: Zuckerman M, Harper, K. N., Barrett, R., & Armelagos, G. J. (2014). The evolution of disease: Anthropological perspectives on epidemiologic transitions. *Global Health Action*, 7. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23303>
- Fontibón, L., Acosta, H., Valdelamar, J., Valdeamar, J. & Sánchez P. (2015). Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. *Avances en Psicología Lationamericana*, 33(39,387-395.
- Gabriel, M. G., Wakefield, C. E., Vetsch, J., Karpelowsky, J. S., Darlington, A.-S. E., Grant, D. M., & Signorelli, C. (2018). The psychosocial experiences and needs of children undergoing surgery and their parents: a systematic review. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 32(2), 133-149. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.08.003>
- Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M. H., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Meneses-Garcia, A., Aguilar-Ponce, J. L., Alvarez-Avitia, M. A., & Alvarado-Aguilar, S. (2015). Psychometric properties of the Zarit Burden Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(5), 612-615. <https://doi.org/10.1002/pon.3686>

- García-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>
- Gaziano, J. M. (2010). Fifth phase of the epidemiologic transition: The age of obesity and inactivity. *JAMA*, 303(3), 275-276. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.2025>
- González, C. U. y Reyes, L., A. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (2), 636-661
- González, J. M. C., Vázquez, J. S., Díaz, R. C., & Domínguez, M. L. P. (2008). Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afecciones neurológicas. *Revista CONAMED*, 13(Extra 1), 17-21.
- Gorski, S., Piotrowicz, K., Rewiuk, K., Halicka, M., Kalwak, W., Rybak, P., & Grodzicki, T. (2017). Nonpharmacological Interventions Targeted at Delirium Risk Factors, Delivered by Trained Volunteers (Medical and Psychology Students), Reduced Need for Antipsychotic Medications and the Length of Hospital Stay in Aged Patients Admitted to an Acute Internal Medicine Ward: Pilot Study. *BioMed Research International*, 2017, 1297164. <https://doi.org/10.1155/2017/1297164>
- Gross, J. (s.f). *Lilliefors (Kolmogorov-Smirnov) test for normally* (1.0-4) [R studio]
- Harper, K. N., & Armelagos, G. J. (2013). Genomics, the origins of agriculture, and our changing microbe-scape: Time to revisit some old tales and tell some new ones. *American Journal of Physical Anthropology*, 152 Suppl 57, 135-152. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22396>



- Hernández, S. R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill
- Holland, J. C. (2018). Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 27(5), 1364-1376. <https://doi.org/10.1002/pon.4692>
- Huang, Y., Mao, B., Ni, P., Shou, Y., Ye, J., Hou, L., & Xie, T. (2019). Investigation on the Status and Determinants of Caregiver Burden on Caring for Patients with Chronic Wound. *Advances in Wound Care*, 8(9), 429-437. <https://doi.org/10.1089/wound.2018.0873>
- Huggins, E. L., Bloom, S. L., Stollings, J. L., Camp, M., Sevin, C. M., & Jackson, J. C. (2016). A Clinic Model: Post-Intensive Care Syndrome and Post-Intensive Care Syndrome-Family. *AACN Advanced Critical Care*, 27(2), 204-211. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016611>
- Ishikawa, R., Inoue, S. & Kishi, T. (2002) A study on a subjective sense of health and social support for elderly patients with home care. *Journal of human care studies*. 3. 38–47.
- Ji, J., Zöller, B., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2012). Increased Risks of Coronary Heart Disease and Stroke Among Spousal Caregivers of Cancer Patients. *Circulation*, 125(14), 1742-1747. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.057018>
- Joling, K. J., Ten Have, M., de Graaf, R., & O'Dwyer, S. T. (2019). Risk factors for suicidal thoughts in informal caregivers: Results from the population-based Netherlands mental health survey and incidence Study-2 (NEMESIS-2). *BMC Psychiatry*, 19(1), 320. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2317-y>
- Jureaz, G., López, B., & Salinas, M. (2014). Estadística inferencial univariada. En Juárez, G., Villatoro, J. & López, E(Eds.), *Apuntes para la investigación en salud* (1ed, 408 pag). Barcelona

- Kikuchi, H., Kanda, E., Mori, T., Sato, H., Iimori, S., Nomura, N., Naito, S., Sohara, E., Okado, T., Uchida, S., Fushimi, K., & Rai, T. (2018). Short-term prognosis of emergently hospitalized dialysis-independent chronic kidney disease patients: A nationwide retrospective cohort study in Japan. *PLOS ONE*, 13(11), e0208258.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208258>
- Kimura, H., Nishio, M., Kukihara, H., Koga, K., & Inoue, Y. (2019). The role of caregiver burden in the familial functioning, social support, and quality of family life of family caregivers of elders with dementia. *Journal of Rural Medicine : JRM*, 14(2), 156-164.  
<https://doi.org/10.2185/jrm.2999>
- 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>
- Kuze J, Higuchi K, Kato E & Kondo K. (2007) Reliability and validity of Nihon Fukushi University (NFU) version of caregiver burden scale: cross-sectional study on long-term care insurance system and burden among caregivers in Japan. *J Soc Inf Sci Nihon Fukushi Univ*, 10, 11–9.
- Landa-Ramírez, E., Murillo-Cruz, J. (2019). The need to introduce a Psychological Program into Emergency Medicine: early experiences in the field. *Revista de Educación e Investigación en EMERGENCIAS*, 1(3), 113-118. <https://www.researchgate.net/publication/337097203>
- Liu, S., Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., Liu, J., Yu, T., & Ji, Y. (2017). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease

caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1291-1300.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13601>

Losonczy, I., Hsieh, D., Wang, M., Hahn, C., Trivedi, T., Rodriguez, M., Fahimi, J., Alter, H. (2017). The Highland Health Advocates: a preliminary evaluation of a novel programme addressing the social needs of emergency department patients. *Emergency Medicine Journal*. 34(9), 599-605. doi: 10.1136/emermed-2015-205662

Marco, C. A., Anderson, J., McMurray, M., Lovell, M., Naqvi, J., & Seitz, N. (2019). Generalized anxiety disorder among emergency department patients. *The 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.

Matarazzo, J. D. (1979). President's column. *The Health Psychologist*, 1(1), 1.

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

Mayer, D., Dimitriadou, E., Hornik, K., Weingessel, A., Leisch, F. (2019). *Misc Functions of the Department of Statistics, Probability Theory Group (1.7-3)[R studio]*

Medellín Fontes, M. M., Rivera Heredia, M. E., López Peñaloza, J., Kanán Cedeño, M. G., & Rodríguez-Orozco, A. R. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental*, 35(2), 147-154.

National Alliance for Caregiving (2015). Executive summary: Caregiving in the U.S.

<https://www.caregiving.org/caregiving2015/>

National Health Services (2018). NHS Key Statistics: England, May 2018.

<https://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-728>

National Public Radio. (2019). Opinion: Emergency Rooms Shouldn't Be Parking Lots For Patients. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2019/11/30/783278033/opinion-emergency-rooms-shouldnt-be-parking-lots-for-patients>

Nojima, S. (1992). Development of questionnaire II for family coping behavior (the second report). *Bulletin of Kochi Women's University Series of natural sciences*, 40, 67–77.

Nouzari, R., Najafi, S. S., & Momennasab, M. (2019). Post-Traumatic Growth among Family Caregivers of Cancer Patients and Its Association with Social Support and Hope. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(4), 319-328. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73959.0>

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

Organización Mundial de la Salud (2015). Supporting caregivers of people living with dementia. [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. (1964). Constitution of WHO: principles. <http://www.who.int/about/mission/en/>

Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12

- Organización Mundial de la Salud. (2016). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada Versión 2-0
- Organización Mundial de la Salud. (2018) Declaración de Astaná. *Global Conference on Primary Health Care*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE). 2020. Adult education level. <https://data.oecd.org/eduatt/adult-education-level.htm>
- Ortega, R. M. M., Pendás, L. C. T., Ortega, M. M., Abreu, A. P., & Cánovas, A. M. (2009). El Coeficiente De Correlacion De Los Rangos De Spearman Caracterizacion. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2).  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414044017>
- Pablo Santiago, R., Domínguez Trejo, B., Peláez Hernández, V., Rincón Salazar, S., & Orea Tejada, A. (2016). Sobrecarga y autoeficacia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 9(3), 152-158.
- 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.
- Pedersen, S. S., von Känel, R., Tully, P. J., & Denollet, J. (2017). Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3\_suppl), 108-115.  
<https://doi.org/10.1177/2047487317703827>

- Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of Social Desirability Scales in Clinical Psychology: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology, 72*(6), 534-551.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
- Quittner, A. L., Goldbeck, L., Abbott, J., Duff, A., Lambrecht, P., Solé, A., Tibosch, M. M., Bergsten Brucefors, A., Yüksel, H., Catastini, P., Blackwell, L., & Barker, D. (2014). Prevalence of depression and anxiety in patients with cystic fibrosis and parent caregivers: Results of The International Depression Epidemiological *Study across nine countries. Thorax, 69*(12), 1090-1097. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2014-205983>
- Reyes, C. C., Anderson, K. O., Gonzalez, C. E., Ochs, H. C., Wattana, M., Acharya, G., & Todd, K. H. (2018). Depression and survival outcomes after emergency department cancer pain visits. *BMJ Supportive & Palliative Care. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001533*
- Rocha, L. J. (2009). Historia de la Medicina de Urgencia en México. *Archivos de Medicina de Urgencia de México, 1*(1), 4-11.
- Sánchez-Sosa, J. (2002). Health psychology: prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopedia of Life Systems (EOLSS)*. 1-12
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine, 1*(1), 3-12.  
<https://doi.org/10.1007/bf00846582>
- 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*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and Formal Social Support and Caregiver Burden: The AGES Caregiver Survey. *Journal of Epidemiology*, 26(12), 622-628. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20150263>
- Signorell, A. (s.f). *Tools for Descriptive Statistics and Exploratory Data Analysis* (0.99.38)[R studio]
- Sistema de Información de la Secretaría de Salud. 2020. *Urgencias por año (SSA y SESAS)*. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- Smith-Morris, C., Morales-Campos, D., Alvarez, E. A. C., & Turner, M. (2013). An Anthropology of Familismo: On Narratives and Description of Mexican/Immigrants. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 35(1), 35-60. <https://doi.org/10.1177/0739986312459508>
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: Herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33, 55-68.
- Soto Mas, F., Iriart, C., Pedroncelli, R., Binder, D. S., Qualls, C. R., & Price, B. (2019). Impact of Health Care and Socioeconomic Needs on Health Care Utilization and Disease Management: The University of New Mexico Hospital Care One Program. *Population Health Management*, 22(2), 113-119. <https://doi.org/10.1089/pop.2018.0048>
- Stipinovic, M., Percin, L., Radonic, V., Jerkic, H., Jurin, I., & Letilovic, T. (2019). Periprocedural myocardial and renal injury in patients undergoing elective percutaneous coronary interventions—Is there an association? *Medicine*, 98(43), e16989. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016989>

- Suter, R. E. (2012). Emergency medicine in the United States: A systemic review. *World Journal of Emergency Medicine*, 3(1), 5-10. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2012.01.001>
- The World Bank. (2020). Data: World Bank Country and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- Toledano-Toledano, F., & Domínguez-Guedea, M. T. (2019). Psychosocial factors related with caregiver burden among families of children with chronic conditions. *BioPsychoSocial Medicine*, 13(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0147-2>
- United Nations Development Program (UNDP). 2014. Education index. <http://hdr.undp.org/en/content/education-index>
- Valdez-Martínez, E., Lifshitz-Guinzberg, A., Medesigo-Micete, J., & Bedolla, M. (2008). Los comités de ética clínica en México: La ambigua frontera entre la ética asistencial y la ética en investigación clínica. *Rev Panam Salud Publica*;24(2),Ago.2008. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9948>
- Villavicencio, M. E. F., Laguna, H. L. F., Pérez, G. J. G., Flores, I. J. M., Cardona, G. A. C., & Barbosa, M. A. V. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 14(88), 2.
- Vlachantoni, A., Feng, Z., Wang, N., & Evandrou, M. (2019). Social Participation and Health Outcomes Among Caregivers and Noncaregivers in Great Britain. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*. <https://doi.org/10.1177/0733464819885528>



- Wallston, K. A., (1996). Healthy, Walthy, and Weiss: A history of división 38 (Health Psychology). *American Psychological Association*.  
<https://societyforhealthpsychology.org/wp-content/uploads/2016/07/DivHistory.pdf>
- 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>
- Wang, Z., Yuan, C., & Huang, J. (2011). Reliability and validity of the Chinese version of Beck Depression Inventory-II among depression patients. *Chin Ment Health J*, 25, 476-480.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.  
<https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zebracki, K. (2016). Pediatric psychology: Where it's been and where it's going. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 58(8), 786. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13175>
- Zepeda D. (2019). Factores predictores de sobrecarga percibida en Cuidadores Primarios Informales de pacientes con insuficiencia cardiaca y respiratoria (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México

## Anexos

### Anexo I. Evaluación psicológica aplicada 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	No				
(Responder sección I)	(Responder sección II)				
<p align="center"><b>Personas a las que ha cuidado</b> (incluyendo al paciente actual y cuidados previos en el último año)</p>					
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	Sí	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		

**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	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?:					

### Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit-M

Indique la opción que mejor se ajuste a cómo se sintió durante la **última semana** incluyendo el día de hoy.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Cree que su paciente le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente tenso (a) cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	0	1	2	3	4
4. ¿Se siente avergonzado (a) por el comportamiento de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enojado (a) cuando está cuidando a su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de la familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente estresado cuando tiene que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Siente que no tiene la privacidad que desearía debido a los cuidados que proporciona a su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Siente incomodidad al invitar a otras personas a su casa, debido a la condición médica de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	0	1	2	3	4
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho tiempo más?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	0	1	2	3	4
19. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	0	1	2	3	4
21. En general ¿Se siente muy sobrecargado (a) por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

### 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: \_\_\_\_\_