



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Evaluación de la emoción expresada y el colapso del cuidador primario de pacientes que llevan su seguimiento en Hospital parcial de día, durante la contingencia epidemiológica generada por COVID-19

Presenta la Tesis para obtener el Título de
Especialista en Psiquiatría

Dulce Adriana Flores Muñoz

Médico Residente de cuarto año

Asesores Institucionales:

Asesora teórica

Dra. Alicia Juliana Peláez Sierra

Ciudad de México, Septiembre de 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.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a mi Institución, a mi amado Fray Bernardino, a mi asesora de tesis la Dra. Alicia Peláez, quién creyó en mí y en mi proyecto. Al servicio de hospital parcial de día, a la Dra. Gabriela Garza por la confianza y el apoyo durante el proceso de la investigación, al grupo de psicólogos que colaboraron y me apoyaron este proyecto, en especial a mi gran amiga y excelente psicóloga Greta Olivares.

A mi familia: mis padres Susana y Cruz, a mis hermanas quiénes se han enfrentado a las dificultades de ser cuidadoras, a mi hermano y amigo Rubén, a mi sobrinos, principalmente a mi Frida, quién me enseñó la responsabilidad de ser una guía; juntos me han acompañado durante el largo camino de la especialidad, han sido mi motivación y mi apoyo en todas formas posibles.

A ti Mario, quién todos los días me demuestras tu amor y apoyo en todas las áreas de mi vida.

Agradezco a mis compañeros y hermanos de residencia: a Elisa Contreras, Alma Méndez, Eric García, Leonardo Viguri y José Valencia por estos años de apoyo, solidaridad, amistad y crecimiento, estoy segura que en el futuro nos encontremos de nuevo como los grandes profesionistas en salud mental que somos.

A mis compañeros de menor jerarquía que me permitieron transmitirles conocimientos, así como compartir el amor a la psiquiatría: Ángel, Yuen, Isra, Luz, Fabi, May, Dana, Von y David. En los últimos pasos de la residencia el compartir conocimientos y orientación con Grindy, Sara y Max, les espera un recorrido increíble en la psico patología.

Y finalmente pero no menos importante a mis pacientes y sus cuidadores, quienes han sido mi mayor fuente de conocimientos e inspiración en mi vida como psiquiatra.

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO TEÓRICO	6
3. METODOLOGÍA	16
i. Justificación	16
ii. Planteamiento del problema	17
iii. Pregunta de investigación	18
iv. Objetivos	18
v. Hipótesis	19
vi. Variables	19
vii. Muestra y muestreo	22
viii. Criterios de selección	22
ix. Tipo de estudio.....	23
x. Instrumentos de medición	23
xi. Procedimiento y recolección de datos	24
xii. Análisis estadístico	25
xiii. Consideraciones éticas	25
4. RESULTADOS	
5. DISCUSIÓN	
6. CONCLUSIÓN	
7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	28
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
9. ANEXOS	
i. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	31
ii. INSTRUMENTOS	32
iii. CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERÉS	35
iv. CARTA DE SOLICITUD AL JEFE DE SERVICIO	36
v. CARTA DE ACEPTACIÓN DE ASESOR CON VISTO BUENO DE LA TESIS	37

Resumen

Introducción: La epidemia generada por SARS CoV2 ocasionó un sin número de cambios en la vida, siendo la salud mental uno de los ámbitos más afectados; vulnerando a muchos de los cuidadores primarios. A partir del confinamiento por la epidemia por COVID-19 se incrementan los factores que pudieran ocasionar una sobrecarga al cuidador y aumento de la emoción expresada, tales como un descanso inapropiado por pasar mayor tiempo a cargo de los pacientes, problemas laborales y económicos, así como problemas conductuales generados por la descompensación de algunos usuarios. Se ha observado una relación entre una alta emoción expresada, sobrecarga del cuidador y las recaídas sintomáticas de los pacientes. **Objetivo:** Determinar si existe la presentación del síndrome del colapso del cuidador, asociado a una alta emoción expresada en los cuidadores primarios de los pacientes con trastornos psicóticos del servicio de Hospital Parcial del HPFBA, durante la contingencia epidemiológica por COVID-19. **Material y métodos:** Se evaluarán a los cuidadores primarios de pacientes con trastornos psicóticos del servicio de hospital parcial del HPFBA, durante la contingencia epidemiológica por COVID-19. Se aplicará escala de Zarit para determinar la presencia de colapso y la escala de Guanilo y Seclén para evaluación de emoción expresada del familiar.

Resultados: Un 60% cuidadores no presentaron una sobre carga o un colapso, 16% presentaron una sobre carga moderada o colapso leve y 24% presentaron una sobre carga intensa o colapso severo, tomando en cuenta los resultados obtenidos en la prueba de Zarit, los cuidadores que tuvieron una alta emoción expresada se encontraban con un colapso severo, determinando una asociación entre el colapso del cuidador y una alta emoción expresada.

Conclusiones: Una alta emoción expresada fue asociada directamente a colapso severo del cuidador, los resultados no mostraron una relación entre el colapso del cuidador y la pandemia por COVID-19, esto podría tener relación con la construcción de una red social de apoyo familiar, dando como resultado una reducción en la carga del cuidador.

Palabras clave: colapso del cuidador, emoción expresada, confinamiento por epidemia por COVID-19.

1.- Introducción

La epidemia generada por SARS CoV2 ocasionó un sin número de cambios en la vida de todos los individuos, siendo la salud uno de los ámbitos más afectados; aspectos como la enfermedad misma, el confinamiento y la suspensión de actividades de la vida diaria ha provocado un impacto en la salud mental, afectando a muchos de nuestros pacientes y vulnerando a muchos de los cuidadores primarios.

En el servicio de hospital parcial uno de los objetivos es el regreso al funcionamiento global de los usuarios, el cual no puede ser posible sin el apoyo del cuidador primario; mismos que tienen mayor contacto con el paciente, supervisan la mayor parte de sus actividades, la toma de los medicamentos y en la mayoría de las ocasiones provee los recursos económicos para su sustento. Sin embargo, a partir del confinamiento por la epidemia por COVID-19 se incrementan los factores que pudieran ocasionar una sobrecarga al cuidador, tales como un descanso inapropiado por pasar mayor tiempo a cargo de los pacientes, problemas laborales y económicos, así como problemas conductuales generados por la descompensación de algunos usuarios a partir de la suspensión de las consultas semanales.

En estudios hechos en población mexicana se ha tratado de establecer el concepto de colapso y se menciona que además de ser una carga emocional, es una carga física, y por cuestiones culturales se considera el cuidado como un sacrificio, algo que se debe hacer. El colapso del cuidador incrementa el maltrato hacia los usuarios, poco apego al tratamiento del paciente e incremento del número de hospitalizaciones y el aumento en una alta emoción expresada. Se ha observado una relación entre una alta emoción expresada, sobrecarga del cuidador y las recaídas sintomáticas de los pacientes.

El colapso del cuidador se ha evaluado mediante la aplicación de diferentes escalas (escala de sobrecarga del cuidador de Zarit y escala para la evaluación de la emoción expresada del familiar de Guanilo y Seclén).

En estudios de tesis realizados en la población psiquiátrica del Hospital Fray Bernardino Álvarez, se ha tratado de establecer el concepto de colapso del cuidador, sin embargo en el estudio presente quiere exponer cómo la pandemia que nos afecta de forma mundial ha

generado un incremento en el colapso del cuidador, asociado a una alta emoción expresada, con el objetivo de identificar a aquellos en el servicio y poder canalizarlos al servicio de la preconsulta de nuestra Institución para su valoración.

3.- Marco teórico

Introducción

El curso de la esquizofrenia está determinado por variables personales, ambientales y por la interacción de ambas. Desde las primeras descripciones de la enfermedad se ha sospechado acerca de la contribución de la familia al establecimiento y curso de la esquizofrenia. En la década de los 50, en los Estados Unidos, surge la terapia de familia a raíz de que muchas observaciones clínicas indicaran que los familiares de los pacientes podían influir poderosamente, tanto a favor como en contra, en el curso de la esquizofrenia [1].

El cuidador es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino. Se define como colapso de cuidador a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica. También se describe como el grado en el que los cuidadores perciben que el cuidado que otorgan tiene un efecto adverso en su funcionamiento físico, emocional, social, espiritual o financiero. Los síntomas pueden ir desde frustración e irritabilidad por la dificultad para llevar sus roles y tareas que previamente se tenían, hasta trastorno de ansiedad, depresión, empeoramiento de patologías pre-existentes y fatiga. [2].

En la segunda mitad del siglo XX surge el concepto de emoción expresada para referirse al estilo de comunicación prevalente dentro de una familia. La alta emoción expresada, determinada por altos niveles de criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional hacia el paciente, está reconocida como uno de los mejores predictores ambientales de recaída en los trastornos psicóticos en específico en la esquizofrenia. [3]

La pandemia de COVID-19 está provocando un incremento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo están generando o agravando trastornos de salud mental. Muchas personas han aumentado su consumo de alcohol o drogas y sufren crecientes problemas de insomnio y ansiedad. Lo que a su vez

afecta de forma directa a los familiares que deben hacerse cargo del cuidado de nuestros pacientes.

Epidemiología

Se ha considerado que la prevalencia de la esquizofrenia se ha mantenido constante a lo largo del tiempo y de áreas geográficas donde se estudia, siendo esta alrededor del 1 al 1.9%; en México la prevalencia de este trastorno es del 1 al 2% tanto en hombres como en mujeres. La incidencia anual oscila entre un 0.5 a 5.0 por cada 10,000 personas, teniendo la misma prevalencia tanto en hombres como en mujeres. [4]. Pese a los múltiples estudios realizados sobre síndrome del colapso del cuidador y la alta emoción expresada, no se cuenta con cifras epidemiológicas en México.

El cuidado de los pacientes psiquiátricos

Hasta hace unos años, el paciente mental pasa largas temporadas ingresado en Instituciones donde los cuidados eran proporcionados por el personal sanitario, que, por su formación y experiencia, conocía la manera de aplicarlos.

Actualmente la figura del cuidador del enfermo ha recaído sobre la familia, en este proceso las familias han ido adquiriendo los conocimientos necesarios para su cuidado. Sin embargo, en algunos casos esto no es posible, lo cual es generado por variables tanto del cuidador, del enfermo y de la sociedad.

Características sociodemográficas de los cuidadores

Se ha definido al *cuidador* como *“aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”*. A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores directos, en *cuidadores informales y formales*.

Los cuidadores “informales” no disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. Algunos autores han señalado el carácter de *cuidador principal* de estos cuidadores, por lo general desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo. Los cuidadores principales o *primarios* son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas esta situación según la ayuda, formal o informal, que reciban. A diferencia de los cuidadores primarios, los *secundarios* no tienen la responsabilidad principal del cuidado.

Debe denominarse “cuidador formal” a toda aquella persona que cuida en forma directa a pacientes en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio por su trabajo. Entre los cuidadores formales se incluyen a los profesionales que trabajan en establecimientos destinados a prestar servicios de salud y los responsables de esos establecimientos: encargados, directores y propietarios. [23].

Los cuidadores asisten al enfermo en una o más actividades básicas (comer, ir al baño, vestirse, continencia, aseo y traslados), así como en cuatro a cinco actividades instrumentadas en promedio, además de soporte médico como: administración de medicamentos, curaciones, nutrición y recursos, traslado a citas médicas, toma de decisiones, movilización, rehabilitación, entre muchas otras actividades; al mismo tiempo, brindan apoyo emocional y confort que demandan los pacientes.

Para poder proveer este cuidado el promedio de tiempo que invierten es de 10.9 horas al día, por consiguiente los cuidadores requieren modificar sus estilos de vida para adaptarse a las necesidades específicas del cuidado que deben proveer, afectando su tiempo de recreación, contacto con amigos o familiares o bien, su desempeño laboral llevando a un círculo vicioso en la dinámica entre el cuidador y el cuidado en un aspecto negativo. [5,6].

El perfil del cuidador es predominantemente femenino (66%) con un promedio de edad de 48 años e incluso una tercera parte de ellas se encargan del cuidado de dos o más personas y hasta un 30% son cuidadores mayores de 65 años.

El cuidador quien se encuentra afectado con frecuencia, en distintas esferas de la vida: biológica, psicológica, social y financiera, sufriendo día a día de ansiedad, depresión,

privación de sueño, pérdida de peso, aislamiento social y diversas enfermedades, permaneciendo en silencio y a la sombra de aquél a quien cuida. [2].

En la mayoría de los casos, los cuidadores son mujeres, debido a la asignación tradicional de tareas la cual se realiza desde una perspectiva de género, fundamentado en estructuras sociales que se basan en la división sexual del trabajo. Las mujeres del núcleo familiar, son madres, cónyuges, hijas o hermanas, y además brindan apoyo informal en casos de enfermedades, discapacidad y accidentes. Esta diversidad de roles predispone a colapso. [7].

Dentro de los factores que más impactan para la presentación del síndrome del colapso del cuidador son la economía familiar que no satisface las necesidades básicas del grupo primario, predispone de una manera temprana debido a que se tiene que erogar los nuevos gastos que demandan las enfermedades. Sin recursos comunitarios que simplifiquen la vida de los enfermos y sus cuidadores, el colapso se ve favorecido. El tiempo promedio dedicado al cuidado es de 10.9 horas al día, provocando cansancio del cuidador en la mayoría. En este sentido, a mayor dependencia y cronicidad de las enfermedades, se requieren mayor tiempo de cuidado, disminuyendo los tiempos de descanso para el cuidador. [6].

Síndrome de colapso del cuidador

También denominado, síndrome de sobrecarga del cuidador es un trastorno que afecta a los cuidadores primarios de enfermos crónicos, quienes disponen de menos estrategias de afrontamiento ante una serie de sentimientos de carga, estrés y tristeza.

Los cuidadores primarios ocupan un lugar esencial en la atención de estos enfermos, absorbiendo la carga principal de los cuidados. En la literatura se describe el “*síndrome del colapso del cuidador primario*”, fenómeno relacionado directamente con la sobrecarga que, a nivel físico como emocional, pueden padecer quienes ocupan este desgastante papel.

Se insiste en los textos especializados la necesidad de atender el cuidado que el cuidador requiere para que este pueda soportar el sobre esfuerzo que tiene que realizar durante un tiempo prolongado en el cuidado diario y constante del enfermo, ya que existe el riesgo de que este personaje se convierta en un enfermo secundario. [24].

El concepto de carga (tomado del inglés *burden*, que se ha traducido libremente como “estar quemado”) originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberguer, [8], que indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto.

El estrés en cuidadores primarios, lo caracterizaron como un síndrome de agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas con necesidades de suma atención. La descripción del síndrome se refiere a un primer aspecto definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga o como una combinación de ellos. El segundo aspecto, la despersonalización, un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, que podrían corresponder a los beneficiarios del propio trabajo. Si bien la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa a esta misma respuesta, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos expresados en insensibilidad hacia los otros. El tercer componente en estas reflexiones es el sentimiento de falta de realización personal, donde surge una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, autoestima baja, aumento de la irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, escasa tolerancia a tensiones, pérdida de la motivación hacia el trabajo. [25]. Algunos autores [9] plantean como factores predictores en la aparición del síndrome, los siguientes:

- Indefensión aprendida. Se plantea como el escaso o nulo control sobre la situación adversa en repetidas ocasiones.
- Personalidad resistente. Es un patrón de personalidad caracterizado por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por la percepción de control del ambiente y por la tendencia a acercarse a los cambios en la vida con una actitud de desafío y no de amenaza. Esto resume los tres factores que componen este patrón de personalidad (compromiso, control y desafío).
- Género. Es una variable que se debe tener en cuenta, puesto que está relacionada con una serie de características relacionadas con el trabajo, que predisponen especialmente al género femenino.

- Demandas emocionales. Se consideran un antecedente objetivo, ya que existe una relación directamente proporcional; por lo que, a mayores demandas emocionales, mayor probabilidad de padecer el síndrome. El cuidador en este caso considera que las demandas son abrumadoras, mientras que para la persona receptora de cuidado son normales.

El síndrome del colapso del cuidador se puede describir como una combinación de síntomas de los espectros ansioso y depresivo, por lo que algunas personas podrían diagnosticar el síndrome con tan sólo existir comorbilidad de éstos; sin embargo, es más complejo que esto. En la psicopatología descriptiva se encuentran varios trastornos que correlacionan con el síndrome de carga del cuidador: neurastenia, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastornos de adaptación y algunos de sus subtipos y reacción mixta de ansiedad y depresión. [10,11].

- Neurastenia (F48.0 del CIE-10)

Acuñado en 1860 por el neuropsiquiatra George Miller Bear, quién lo denominó una enfermedad caracterizada por la fatiga crónica y la discapacidad. El termino significa “agotamiento nervioso”.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Quejas continuas de cansancio progresivo después de un esfuerzo mental o quejas de debilidad física y agotamiento después de esfuerzos mínimos. 2. Que existan mínimo dos de los siguientes síntomas: sensación de dolor y molestias musculares, mareos, cefaleas tensionales, trastornos del sueño, incapacidad para relajarse, irritabilidad y dispepsia. 3. Que los síntomas depresivos, si se presentan, no sean lo suficientemente persistentes como para diagnosticar algún trastorno del espectro depresivo. |
|--|

- Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2 del CIE-10 y DSM V)

Se usa esta categoría (según la CIE-10) cuando existen síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno es lo suficientemente intenso como para justificar un diagnóstico por separado.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1. Estado de ánimo disfórico recurrente durante al menos un mes.
2. Que estén presentes mínimo cuatro de los siguientes síntomas: dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, fatiga o falta de energía, irritabilidad, preocupaciones, llanto fácil, hipervigilancia, anticipación del peligro, desesperanza y baja autoestima.
3. Que provoque deterioro social o laboral o en otras áreas significativas.
4. Que los síntomas no se deban a efectos de sustancias o a una enfermedad crónica.
5. Que se cumplan las tres condiciones siguientes: (i) nunca haber cumplido criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de angustia o trastorno de ansiedad generalizada; (ii) que no se cumplan actualmente criterios para algún trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, y (iii) que los síntomas no se expliquen mejor por algún otro trastorno mental.

- Trastornos de adaptación (F43.2 del CIE-10)

Los trastornos de adaptación son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen después de un cambio significativo o de un acontecimiento vital estresante. El cuadro rara vez se prolonga más allá de los seis meses, y cuando esto sucede, debe reformularse el diagnóstico de acuerdo con el cuadro clínico presente. En estos trastornos de adaptación se incluyen las reacciones de duelo.

- Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22 del CIE-10)

La reacción mixta es un subtipo de los trastornos de adaptación en el que se encuentran las mismas características del trastorno mixto ansioso-depresivo; sin embargo, se

diferencia de éste en cuanto la característica principal es la presencia de un acontecimiento vital estresante o un cambio biográfico significativo como generador de este estado.

Entre los diferentes trastornos que podrían ser compatibles con el síndrome del colapso del cuidador; el que más se le asemeja es el trastorno de adaptación de reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.22), donde se podría hablar del síndrome como una variante de este trastorno. [6].

Emoción expresada

La alta emoción expresada, determinada por altos niveles de criticismo, hostilidad o sobre implicación emocional hacia el paciente, está reconocida como uno de los mejores predictores ambientales de recaída de los pacientes con trastornos psicóticos, principalmente en los pacientes con esquizofrenia. Se han investigado posibles variables asociadas a la emoción expresada, incluidas características del paciente, familiares, de la enfermedad, cultura, etc. Las intervenciones familiares disminuyen el número de recaídas mediante la reducción de la expresión emocional, el estrés y la carga familiar. [3].

Se encontró una asociación significativa entre el nivel de emoción expresada mostrada por los familiares al ingreso hospitalario del paciente y la recaída sintomática durante los 9 meses siguientes al alta médica, y sugirieron que la medicación habitual con antipsicóticos y un menor contacto con los familiares de alta emoción expresada ofrecían cierta protección. Las familias con baja emoción expresada se correlacionaban con bajas tasas de recaída sintomática durante los 9 meses siguientes al alta hospitalaria, independientemente del tratamiento neuroléptico. [12,13].

Factores relacionados con una alta emoción expresada

1. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

- Sexo y personalidad: Existe una correlación estadísticamente significativa entre la alta emoción expresada y el hecho de que el paciente sea varón, lo que pudiera estar

reflejando las diferentes expectativas culturales depositadas por los padres en los hijos en función de su sexo. [14].

- Historia de la enfermedad y sintomatología: La mayor parte de la investigación en emoción expresada y esquizofrenia se ha centrado en los estadios intermedios o avanzados de la enfermedad, mientras que las fases precoces (estados mentales de alto riesgo y primeros episodios) han sido poco estudiadas. Se encontró que la sobre implicación emocional interaccionaba con la calidez para predecir un mejor funcionamiento en el tiempo, mientras que la combinación de criticismo, hostilidad y sobre implicación emocional resultaba en una alta emoción expresada que se asociaba a un empeoramiento de los síntomas positivos. [15].

2. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR

- Estructura familiar y apoyo social: Se ha sugerido que las familias monoparentales muestran, con mayor probabilidad, una alta emoción expresada, la alta sobre implicación emocional se asociaba a madres que vivían solas con su hijo esquizofrénico y que pasaban más tiempo con ellos, los cuales, a su vez, no abusaban de sustancias y tendían a ser más ansiosos, depresivos y menos agresivos. [16].
- Psicopatología en los familiares: Los padres de pacientes esquizofrénicos con alta emoción expresada tenían, con mayor probabilidad, antecedentes personales de trastorno psiquiátrico mayor. En muestras de pacientes con trastorno bipolar y de niños con comportamiento disruptivo y síntomas obsesivo-compulsivos, también se ha hallado una asociación entre la alta emoción expresada y la presencia de psicopatología en los familiares [17].
- Estilo afectivo familiar: Se refiere al comportamiento emocional y verbal del familiar mientras interactúa con el paciente. Una familia es clasificada como de estilo afectivo negativo si, durante 10 minutos de discusión, al menos un familiar hace una crítica personal, un comentario culpabilizado o, al menos, seis comentarios intrusivos hacia el paciente. Los familiares con alta emoción expresada eran más negativos durante las interacciones directas que los de baja emoción expresada. Concretamente, los parientes críticos hacían más comentarios críticos y los sobre implicados

emocionalmente más comentarios intrusivos durante la evaluación directa del estilo afectivo [18].

3. OTROS FACTORES ASOCIADOS A LA EMOCIÓN EXPRESADA FAMILIAR

- **Cultura:** En general, la emoción expresada familiar ha demostrado ser un fuerte predictor del curso de la enfermedad esquizofrénica en una gran variedad de culturas. No obstante, la prevalencia de familias con alta emoción expresada tiende a ser menor en los países no occidentales que en los occidentales y también parece estar influenciada por el tipo de ambiente rural o urbano. En muestras mexicanas existe un predominio de los componentes de sobre implicación emocional y calidez frente al criticismo y la hostilidad, a diferencia de lo que ocurre en las muestras angloamericanas [19, 20].
- **Contacto:** En la revisión llevada a cabo por Bebbington, al examinar la complicada interacción entre emoción expresada, contacto y recaída, encuentran que en las familias con alta emoción expresada, un contacto estrecho (superior a las 35 horas semanales), incrementa claramente el riesgo de recaída, mientras que en las familias con baja emoción expresada, el contacto pareciera disminuirlo. [21].

Intervenciones en Hospital Parcial

Los Hospitales parciales u Hospitales de día surgen como una estrategia terapéutica para enfrentar esta alta disfunción psicosocial que presentan los pacientes con esquizofrenia. Funcionan como establecimientos de servicios comunitarios formales de salud mental, cuyo objetivo esencial es evitar las hospitalizaciones innecesarias, ofrecerle al paciente una rehabilitación y reintegración a la comunidad, prestar atención de seguimiento, apoyo y psicoeducación a las familias, con la ventaja de evitar la disrupción de la vida del paciente al hospitalizarlo y llevando a cabo el tratamiento en un ambiente menos restrictivo que reduce el estigma asociado a la hospitalización psiquiátrica. [22].

MORBILIDAD ESTADISTICA EN EL SERVICIO PARCIAL DE DIA

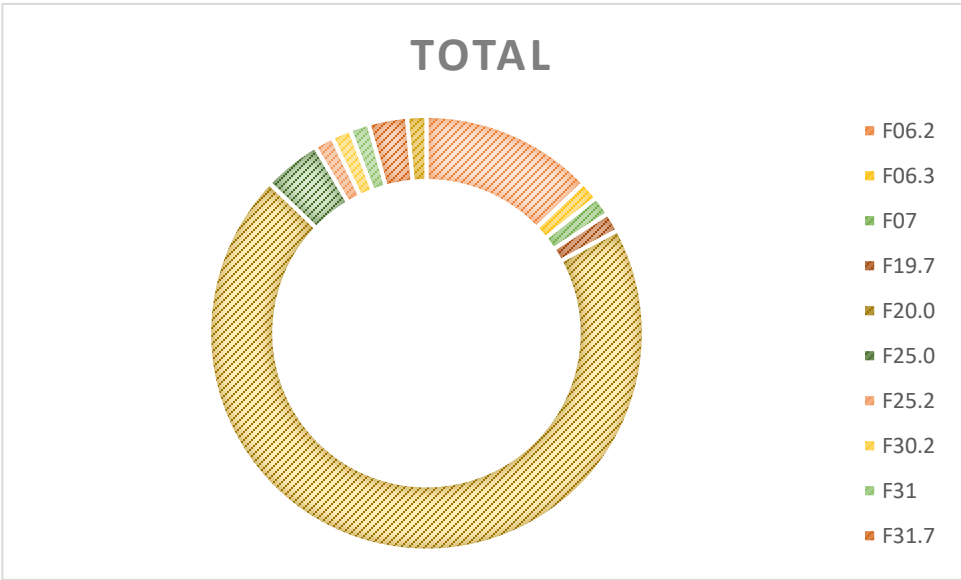
Diagnósticos con codificación CIE-10

No Pacientes

F06.2

9

13%



F06.3	1	1%
F07	1	1%
F19.7	1	1%
F20.0	49	70%
F25.0	3	4%
F25.2	1	1%
F30.2	1	1%
F31	1	1%
F31.7	2	3%
F60.0	1	1%
Total general	70	100%

3. Metodología

Justificación

La esquizofrenia es un trastorno crónico – degenerativo que implica directamente la disminución de la funcionalidad de los pacientes que la padecen. La afección a la funcionalidad del paciente hace que este dependa de terceros para mantener una calidad de vida adecuada. Este papel es usualmente tomado por uno de los familiares cercanos del paciente, quienes velan por el apego al tratamiento y al seguimiento del paciente, además de proveer alimentos, ropa y solucionar las necesidades del paciente. Como se explica anteriormente, el desgaste de los cuidadores principales es un fenómeno esperado, en el que se desarrollan trastornos afectivos de tipo depresivo y trastornos ansiosos.

El contexto mundial actual cambió debido a la pandemia causada por SARS-CoV-2, el cual es un coronavirus fácilmente transmisible, con una tasa de mortalidad de 4 al 6%. En primera instancia, el temor al contagio llevó al desarrollo de estrés y posteriormente al desarrollo de trastornos afectivos y ansiosos; e incluso, al desarrollo de trastorno de estrés postraumático. Esta situación se vio exacerbada debido a las medidas de distanciamiento social implementadas como parte de los esfuerzos para frenar la pandemia de COVID-19. Es esperado, por lo tanto, que cada individuo desarrolle los trastornos antes mencionados. Los cuidadores primarios, son una población de especial importancia en el contexto descrito, ya que las condiciones pueden acelerar la aparición o exacerbar los datos de síndrome de sobrecarga, tanto por condiciones exógenas (aislamiento, disminución del aporte económico...), como por condiciones endógenas (mayor contacto con el paciente, al no poder salir de casa).

El colapso del cuidador es un evento de suma relevancia, debido tanto a la propia salud del paciente, así como la disminución de la calidad de vida del paciente a su cargo, con probables exacerbaciones del padecimiento de base; además de alterar la dinámica familiar. Es por tanto de importancia conocer a profundidad la emoción expresada, así como la identificación precoz del síndrome de colapso; en los cuidadores de pacientes con seguimiento en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Planteamiento del problema

La esquizofrenia es un trastorno crónico – degenerativo, con afección directa a la funcionalidad; que está estrechamente relacionada, a un correcto apego al tratamiento y al seguimiento. Debido a la afectación a la funcionalidad global, los pacientes con esquizofrenia dependen en gran medida del soporte familiar para llevar una adecuada evolución; el cual es brindado principalmente por un cuidador primario. En el contexto actual, es esperado que los cuidadores se presenten o se exacerben los síntomas del síndrome de colapso del cuidador, lo cual afectara tanto al cuidador, como al paciente, además de afectar la dinámica familiar. Este evento puede resultar catastrófico, para las ya sobrepasadas instituciones de salud; ya que puede agregarse a las causas de aumento de la demanda de servicios de salud. Es por tanto conveniente para la institución, el desarrollar estrategias de identificación de familiares de usuarios atendidos en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en riesgo de desarrollar o que padezcan del síndrome de colapso del cuidador, por ejemplo, mediante el establecimiento de la emoción expresada.

Pregunta de investigación

¿Existe un aumento de síndrome de colapso del cuidador asociada a una alta emoción expresada en el cuidador primario de pacientes que llevan su seguimiento en Hospital parcial de día, durante la contingencia epidemiológica generada por COVID-19, y cuáles son las variables asociadas a la presentación de los mismos?

Objetivos

Objetivo general

Determinar si existe la presentación del síndrome del colapso del cuidador, asociado a una alta emoción expresada en los cuidadores primarios de los pacientes con trastornos psicóticos del servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, durante la contingencia epidemiológica por COVID-19.

Objetivos secundarios

- Establecer la presencia de síndrome de colapso del cuidador primario, mediante la aplicación de la Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit abreviada, en cuidadores de pacientes bajo seguimiento en el servicio de hospitalización parcial del HPFBA.
- Determinar la expresión emocional del cuidador primario, mediante la aplicación de la Escala de Emoción Expresada del Familiar.
- Establecer la relación de la Escala de Emoción Expresada del Familiar (crítica, sobreprotección y hostilidad) y la presencia y/o severidad del síndrome de colapso del cuidador primario.
- Correlacionar las variables demográficas que han generado la presencia del síndrome del colapso del cuidador y una alta emoción expresada, en los cuidadores primarios de los pacientes con trastornos psicóticos del servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, durante la contingencia epidemiológica por COVID-19.
- Generar una propuesta de apoyo a los familiares que se identifiquen con sobrecarga.

Hipótesis

Hipótesis de investigación: Los cuidadores de pacientes con trastorno psicóticos, que llevan su seguimiento en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, presentan síndrome del colapso del cuidador y alta emoción expresada durante la contingencia epidemiológica por COVID-19.

Hipótesis nula: Los cuidadores de pacientes con trastorno psicóticos, que llevan su seguimiento en el servicio de Hospital Parcial del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, no presentan síndrome del colapso del cuidador y alta emoción expresada durante la contingencia epidemiológica por COVID-19.

Variables

DEL CUIDADOR	DEL PACIENTE
Edad Género Escolaridad Estado civil Ocupación Parentesco Antecedentes de enfermedades crónicas Seguimiento y tratamiento de las enfermedades crónicas	Trastorno psiquiátrico de base Tiempo de evolución Número de fármacos Respuesta a tratamiento Tiempo de convivencia Tiempo de cuidado

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE	MEDICIÓN
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Independiente	Cuantitativa, discreta	Años cumplidos
GÉNERO	La totalidad de las características de la estructura reproductiva, funciones, fenotipo y genotipo que diferencia a los hombres de las mujeres	Independiente	Cualitativa, nominal	Sexo masculino o femenino
OCUPACIÓN	Oficios, profesiones u otros medios para ganarse la vida	Independiente	Cualitativa, nominal	Comerciante, profesionista, estudiante, ama de casa, agricultor, ninguna
ESCOLARIDAD	Nivel de estudios de un individuo	Independiente	Cualitativa nominal	Ninguna, primaria, secundaria, bachillerato, carrera técnica, licenciatura/ ingeniería, posgrado
ESTADO CIVIL	Parámetro demográfico, indicativo de la condición de las personas respecto a su condición de vida de pareja según el registro civil	Independiente	Cualitativa, nominal	Soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.
PARENTESCO	Tipo de relación (familiar o de otro tipo), entre el cuidador primario y el paciente que padece un trastorno psicótico de larga evolución	Independiente	Cualitativa, nominal	Hijo(a), esposo(a), yerno/nuera, amigo(a), vecino(a), padre/madre, hermano(a), tío(a), ninguno, otro
ENFERMEDADES CRÓNICAS	Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta.	Independiente	Cualitativa, nominal	Hipertensión, Diabetes, Cáncer, EPOC,
SEGUIMIENTO MÉDICO Y TRATAMIENTO	Proceso de atención sanitario que prosigue a una intervención diagnóstica o terapéutica, con el objetivo de mantener un estado de salud satisfactorio en enfermedades crónicas. Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad.	Independiente	Cualitativa, nominal, dicotómica.	Presencia o ausencia de seguimiento médico y tratamiento.
TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	Trastornos en los que hay una pérdida de los límites del ego o un grave deterioro en las pruebas de realidad con delirios o	Independiente	Cualitativa, nominal.	Diagnóstico psiquiátrico del paciente

	alucinaciones prominentes, sin antecedente de episodio previo			
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico o el comienzo del tratamiento de una enfermedad	Independiente	Cuantitativa, discreta	Tiempo en años del diagnóstico
RESPUESTA AL TRATAMIENTO	Se define como la ausencia o disminución de los síntomas de una enfermedad	Independiente	Cualitativa, nominal, dicotómica.	Si/Parcial/No
TIEMPO DE CUIDADO A LA SEMANA	Tiempo invertido en horas a la semana, dedicadas al cuidado del paciente con trastorno psicótico	Independiente	Cuantitativa, discreta	Horas
TIEMPO DE CONVIVENCIA A LA SEMANA	Tiempo en horas a la semana que pasa el cuidador con el paciente, no dedicadas al cuidado	Independiente	Cuantitativa, discreta	Horas
EMOCIÓN EXPRESADA	Medida del comportamiento colectivo y las actitudes que existen hacia una persona específica (paciente). Esta variable será medida con el Cuestionario de Emoción Expresada del Familiar, la cual cuenta con tres sub-escalas: (1) sobreprotección, (2) crítica y (3) hostilidad, las cuales se conforman por 10 ítems cada una.	Dependiente	Cualitativa, ordinal	Baja emoción expresada (30 – 64 puntos) Alta emoción expresada (65 – 120 puntos)
SOBRECARGA DEL CUIDADOR	Sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos. Sera medida mediante la aplicación de la Escala de sobrecarga de Zarit,	Dependiente	Cualitativa, ordinal	Ausencia de sobrecarga (22 – 46 puntos) Sobrecarga leve (47 – 55 puntos) Sobrecarga intensa (56 – 110 puntos)

Muestreo

Se realizará un muestreo no probabilístico, por conveniencia; en el que serán incluidos los cuidadores principales, que cumplan con los criterios de selección y acepten libremente su participación, de pacientes con trastornos psicóticos que lleven su seguimiento en el servicio de Hospital Parcial del HPFBA (tomando como referencia una población de 70 pacientes.)

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres de edades entre 18 a 70 años, que tengan a su cargo el cuidado de un paciente con un trastorno psicótico de larga evolución, con seguimiento en el servicio de Hospital Parcial del HPFBA.
- Tener al menos 3 meses como cuidador principal del paciente.
- Aceptar participar en el presente estudio, previa firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Duración inferior de 3 meses como cuidador principal del paciente.
- Cuidadores de pacientes que cuenten con el diagnóstico de enfermedad psiquiátrica previa.
- Negativa a participar en el estudio.
- Familiares que no vivan con el paciente durante la contingencia epidemiológica.

Criterios de eliminación

- Participantes que no contesten adecuadamente o no completen los instrumentos utilizados.

- Participantes que expresen su deseo de no participar, después de haber aceptado su participación en el estudio.

Tipo de estudio

Estudio descriptivo, observacional, transversal, para determinar la tasa de sobrecarga del cuidador primario y su relación la emoción expresada.

Instrumentos de medición

Escala de sobrecarga de Zarit (ECZ)

Instrumento tipo formulario autoaplicado, diseñado para valorar la vivencia subjetiva de sobrecarga, percibida por el cuidador principal de pacientes con trastornos crónicos. Cuenta con 22 ítems, que evalúan alteraciones en la percepción de los efectos negativos físicos, psíquicos, en las actividades sociales y en los recursos económicos de los cuidadores. Para tal efecto, cada pregunta se evalúa con una escala tipo Likert con respuestas que van de: “nunca” hasta “casi siempre”, con puntuaciones que oscilan entre 1 y 5. La puntuación total irá de 22 a 110 puntos. Los puntos de corte son: ausencia de sobrecarga (22 a 46 puntos), sobrecarga leve (47 a 55 puntos) y sobrecarga intensa (56 a 110 puntos). Con un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.88, es un instrumento que ha sido validado en cuidadores de población geriátrica y de pacientes con Alzheimer, donde alcanza un coeficiente alfa de entre .83 y .91. Así, la ECZ de cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico psiquiátrico muestra una adecuada consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de .86 para esta población. [26]

Escala de emoción expresada Guanilo y Seclén

Instrumento tipo formulario, autoaplicado, diseñado para determinar el clima emocional familiar negativo y el comportamiento, frente a un miembro de la familia enfermo o con problemas de conducta. Cuenta con 30 ítems, divididos en tres subescalas: (C) crítica, (H) hostilidad y (SE) sobreprotección o sobre implicación emocional. Cada uno de los ítems se evalúan de la siguiente manera: “nunca” 1

punto, “casi nunca” 2 puntos, “casi siempre” 3 puntos y “siempre” 4 puntos. Los puntos de corte son: bajo nivel de emoción expresada (30 a 64 puntos) y alto nivel de emoción expresada (65 a 120 puntos). Adaptado para población mexicana con un Alpha de Cronbach de >0.8570 [27].

Procedimiento y recolección de datos

Una vez que el protocolo cuente con el aval del tutor, será sometido a los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. De contar con la anuencia de ambos comités, el mismo se presentará al jefe del Servicio de Hospital Parcial, para que conceda en su caso, la autorización para iniciar la búsqueda de sujetos y la aplicación de las escalas antes mencionadas.

El investigador principal realizó la búsqueda intencionada entre los pacientes que acuden al servicio de Hospital Parcial, de los cuidadores principales. Tanto al paciente como a su cuidador se les serán explicados el contenido de la investigación, así como las implicaciones y límites de la misma. En caso de aceptar participar, se realizará la comprobación de cumplimiento de los criterios de selección, y en caso de cumplirlos, se les pedirá que firmen el formato de consentimiento informado.

Una vez que el cuidador principal sea admitido en el estudio, se le entregaran los instrumentos (Escala de sobrecarga de Zarit y escala de emoción expresada) y se le pedirá que los lea. En caso de existir dudas acerca de la interpretación o del mecanismo de respuesta de los mismos, el investigador será el encargado de resolverlas.

Las escalas respondidas serán resguardadas por el investigador principal, y con los datos de las mismas se elaborará una base de datos en la suite Excel®, agregando la interpretación de las encuestas a la base de datos. La información será analizada posteriormente, como se explica en el apartado de análisis estadístico.

Análisis estadístico.

Las variables de tipo cualitativas se describieron mediante el uso de proporciones, mientras que el análisis de estas variables se realizará mediante el uso de tablas de contingencia (prueba de χ^2), o bien las pruebas no paramétricas, en caso de no cumplir con las condiciones necesarias para la aplicación de la prueba. Para la descripción de las variables de tipo cuantitativas, que determinará primero la distribución de los datos; aquellos que tengan una distribución normal, serán descritos mediante media y desviación estándar; mientras que las que no cumplan con la distribución normal, se describirán con medianas y rango intercuartílico. La comparación de grupos se realizará con pruebas de t de student (para dos grupos) o ANOVA (para más de dos grupos); o bien, se utilizarán sus versiones no paramétricas, dependiendo del cumplimiento de la normalidad de la distribución de los datos. Para identificar relaciones entre la emoción expresada y la presencia de sobrecarga del cuidador, se utilizarán pruebas de correlación bivariadas. En todos los casos, se considerará como estadísticamente significativos, los valores de $p < 0.05$. Se utilizará el software estadístico IBM® SPSS® Statistics en su versión 25.

Consideraciones éticas

Este trabajo se basa en principios éticos que no dañen a los participantes, principalmente no implicará malestar o dolor en ellos, así mismo tendrá un riesgo mínimo y ningún costo para los participantes. El trato que recibirán los participantes será digno y de respeto, con ello nos comprometemos al resguardo de la información obtenida durante el estudio.

Los principios éticos que se cuidaran durante la elaboración del estudio son:

1. Beneficencia: puesto que el interés principal del trabajo es encontrar una forma de prevenir una enfermedad crónica y que genere deterioro en el paciente.
2. No maleficencia: durante la realización ningún participante será perjudicado, se respetarán sus derechos fundamentales y no serán lastimados de ninguna forma.
3. Autonomía: los participantes elegirán si ingresan al estudio o si desean no continuar en él.

4. Justicia: todos los participantes que cumplan con los criterios de selección pueden participar en el estudio si así lo desean, nadie será discriminado por ninguna condición social, de raza o género.

Según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.

La información obtenida en este estudio es utilizada únicamente para fines de investigación, los datos de los pacientes no serán de uso del dominio público.

El valor científico de este estudio radica en que permite evaluar si los pacientes en seguimiento en la consulta externa presentan mejoría en las áreas de ajuste socioemocional, y el grado en que lo hacen.

El riesgo al que los pacientes están sometidos al estar en este estudio, según el Artículo 17 de la Ley general de Salud, está catalogado como Riesgo mínimo, debido a que únicamente se aplicaron encuestas diagnósticas.

El resguardo de la información está a cargo de los médicos tratantes y del responsable del estudio, permaneciendo toda la información obtenida bajo una estricta confidencialidad.

Los participantes del estudio obtendrán como beneficio, la evaluación de los niveles de emoción expresada y de sobrecarga; en caso de que sean identificados alteraciones en cualquiera de las dos evaluaciones, se les realizarán recomendaciones y se iniciará seguimiento médico con el fin de mejorar su calidad de vida.

RESULTADOS

Se presentaron a consulta en el servicio de Hospital Parcial del HPFBA 70 pacientes que llevan su seguimiento, de los cuales sólo 25 completaron los cuestionarios y criterios de inclusión. Las características sociodemográficas de los cuidadores primarios en cuanto al sexo fueron 14 de sexo femenino que representa el 56% y 11 sexo masculino que representan el 44% (figura 1).

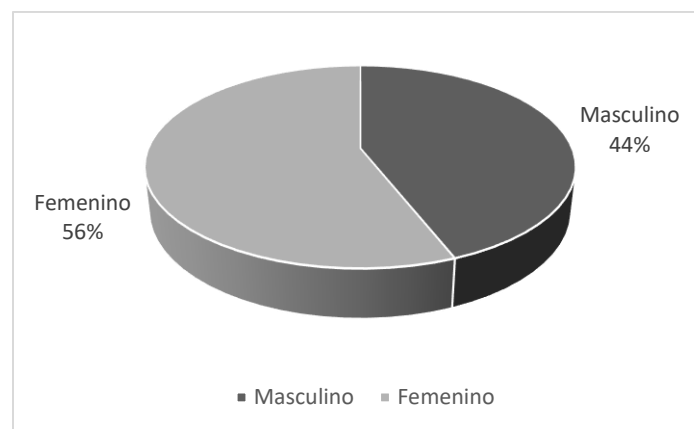


Fig1. Gráfico representativo del porcentaje del sexo de los cuidadores primarios

De acuerdo con la escala de Zarit para el diagnóstico de colapso del cuidador, de los 25 cuidadores que realizaron la prueba 15 no presentaron una sobre carga o un colapso representando un 60%, 4 presentaron una sobre carga moderada o colapso leve representando un 16% y 6 presentaron una sobre carga intensa o colapso severo lo que representa un 24% (cuadro 1).

Frecuencia (%)	
Sin Colapso	15 (60)
Con Colapso	10 (40)
• Leve	4 (16)
• Intenso	6 (24)

Cuadro 1. Frecuencia del colapso del cuidador

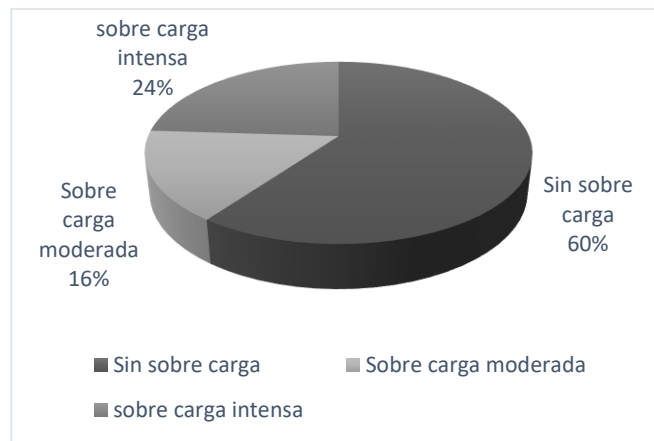


Fig. 2, Grafica de los resultados obtenidos en la prueba de Zarit.

Los resultados de la prueba de Zarit arrojaron como principales preocupaciones para los cuidadores el no contar con suficientes ingresos económicos para poder seguir cuidando del paciente (pregunta 15 de la prueba), así como que deberían hacer más para el cuidado del paciente (pregunta 20 de la prueba), la pregunta número 4, ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?, fue la que obtuvo una mayor frecuencia en la opción “Nunca” (Tabla 1).

Preguntas	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas Veces (3)	Bastantes Veces (4)	Casi siempre (5)	Media
P1	3	13	7	1	1	2.36
P2	5	12	4	2	2	2.36
P3	5	11	5	2	2	2.4
P4	17	6	2			1.4
P5	14	9	2			1.52
P6	11	13		1		1.64
P7	6	5	7	3	4	2.76
P8	3	10	4	2	4	2.52
P9	12	10	2	1		1.68
P10	10	8	5	2		1.96
P11	14	8	1	2		1.64
P12	11	12		1	1	1.76
P13	15	8	1			1.36
P14	6	8	7	1	3	2.48
P15		7	8	2	8	3.44
P16	8	11	2	2	2	2.16
P17	8	13	2	1	1	1.96
P18	12	9	2	1	1	1.8
P19	14	8	3			1.56
P20	6	8	3	2	8	3.16
P21	4	11	5	1	4	2.6
P22	4	10	5	3	2	2.44

Tabla 1. Tabla de las frecuencias obtenidas en la aplicación de la prueba de Zarit a los cuidadores primarios de los pacientes del hospital

Se describen los resultados de la prueba de Emoción expresada (EE), de acuerdo con los valores obtenidos en la prueba, donde 23 cuidadores obtuvieron una emoción expresada baja (92%) y solo 2 cuidadores obtuvieron una emoción expresada alta (8%), se realizó una comparación de la emoción expresada con la distribución obtenida en la escala de Zarit, obteniendo como resultado que los cuidadores con valores de emoción expresada alta se encuentran con un nivel de colapso severo (Figura 3).

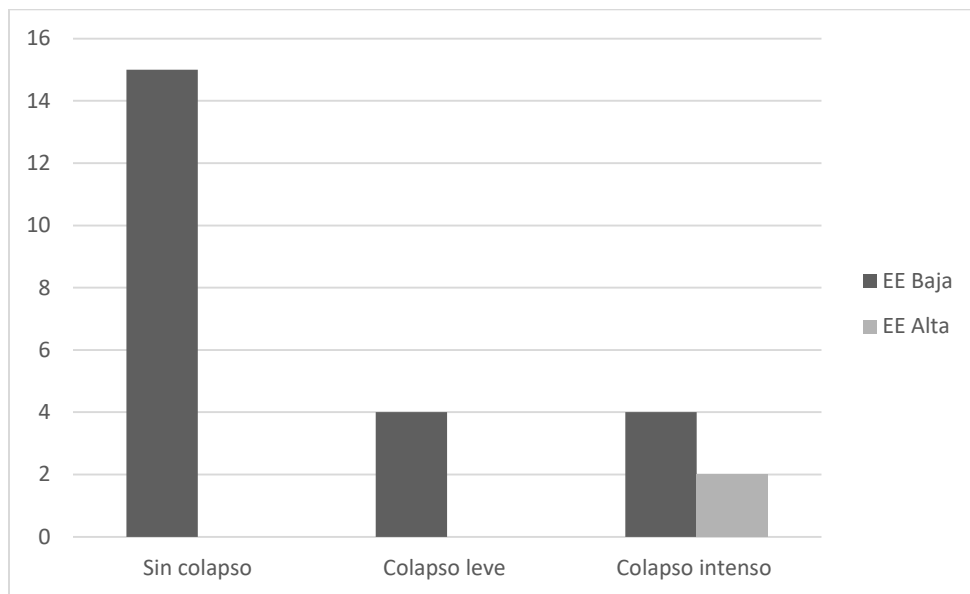


Fig. 3. Grafica de emoción expresada según los diferentes niveles de colapso presentado en los cuidadores

Para el análisis de asociación entre la emoción expresada por los cuidadores y el nivel de colapso presentado, se realizó la prueba de chi-cuadrada (χ^2), utilizando 2 grados de libertad y con un 0.05% de riesgo asumible, el resultado del valor de chi-cuadrado calculado fue de 6.88 el cual es mayor al chi-cuadrado de tablas 5.99 por lo que se puede decir que el colapso del cuidador puede ser dependiente de un nivel alto de emoción expresada.

DISCUSIÓN

Es posible desarrollar un fenómeno de “sobrecarga” o “colapso del cuidador” por la tarea asumida; donde se deben de tomar en cuenta diversas variables tales como: 1) desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2) deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, conflictivas y manipuladoras; 3) ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes y aspectos económicos (28), en los resultados de la prueba de Zarit la mayor preocupación de los cuidadores fue el no contar con suficientes ingresos económicos para seguir con el tratamiento del pacientes, sin embargo los cuidadores no consideran el cuidar del paciente como una carga o que afecte a su vida social o proyecto de vida.

Durante la pandemia ocurrida en marzo del 2020 hasta la fecha, este tipo de variables pudieron presentarse con mayor frecuencia debido al cambio de rutina que se enfrentaron los cuidadores. La prueba de Zarit arrojó que el 60% de los cuidadores se encontraban en la categoría sin colapso, 16 % presentaban un colapso leve y el 24% presentó un colapso intenso, tomando en cuenta las frecuencias presentadas en la prueba, los cuidadores no presentaron problemas en las variables sociales o familiares con respecto al cuidado del paciente, sin embargo los aspectos que más preocuparon a los familiares fueron del tema de conocimiento técnico del cuidado del paciente así como la falta de preparación. Estudios indican casi 30% de los cuidadores no tenía una red de apoyo adecuada; generando mayor incidencia en colapso del cuidador (29), durante la pandemia los cuidadores pudieron ver reforzada su red de apoyo familiar, teniendo como resultado una menor incidencia en el colapso del cuidador.

Dentro de las variables se consideraron con relación al colapso del cuidador es la emoción expresada, La reducción de la emoción expresada se ha relacionado con la disminución de la carga familiar (30), tomando en cuenta que la red de apoyo familiar pudo cambiar durante la pandemia, los cuidadores que no presentaron colapso, pudieron ver un incremento en el apoyo familiar, en el caso del estudio realizado los cuidadores que presentaron una alta emoción expresada tuvieron un colapso intenso, diversos estudios mostraron que la sobrecarga decrecía, sólo si los

familiares adoptaban menos estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y recibían un mayor soporte de su red social (31). La asociación existente entre la emoción expresada y el colapso del cuidador se obtuvo relacionando estas dos variables mediante la prueba de chi-cuadrada, en la cual se encontró que la emoción expresada y el colapso del cuidador son variables dependientes, esto es descrito debido a que las actitudes o predisposiciones individuales que facilitan o interfieren en las relaciones interpersonales constituyen un proceso relacional entre los pacientes y los familiares (32)

CONCLUSIÓN

El colapso de cuidador primario es un fenómeno multifactorial, el cual es asociado principalmente a variables sociodemográficas, dentro de las cuales una de las principales es la relación emocional del cuidador con el paciente, la principal variable que preocupan a los cuidadores es la falta de ingresos para continuar el tratamiento de los pacientes.

Los cuidadores que no presentaron colapso fueron asociados a una baja emoción expresada, tomando en cuenta que los cuidadores expresaron con mayor frecuencia que nunca sienten vergüenza por la conducta de su familiar, esta y otras variables que obtuvieron frecuencias altas en la prueba de Zarit, se relaciona que el cuidado del paciente no representa una carga a nivel emocional para los cuidadores primarios.

Una alta emoción expresada fue asociada directamente a colapso severo del cuidador, los resultados no mostraron una relación entre el colapso del cuidador y la pandemia por COVID-19, esto se podría tener relación con la construcción de una red social de apoyo familiar, dando como resultado una reducción en la carga del cuidador.

Referencias Bibliográficas.

1. Wynne LC. Current concepts about schizophrenics and family relationships. *J Nerv Ment Dis.* 1981 Feb;169(2):82-9.
2. Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. México: Secretaría de Salud; 2 de diciembre de 2015.

3. García Ramos Paola Roxana, Moreno Pérez Ana, Namdev Freund Llovera, Guillermo Lahera Forteza Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.32 no.116 Madrid oct./dic. 2012 Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas.
4. Hales RE. Tratado de psiquiatría clínica. 5° edición. Editorial Masson. Barcelona, 2009.
5. Adelman R, Tmanura C, Degado D, Dion S, Lachs M. Caregiver Burden:A Clinical Review. JAMA 2014;311(10):1052-59.
6. Zambrano-Dominguez EM, Guerra-Martin MD. Formación del cuidador informal: Relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. Aquichán 2012;12 (3):241-251.
7. Coira Fernandez G, Bailón Muñoz E. La invisibilidad de los cuidados que realizan las mujeres. Aten Primaria 2014;46(6):271-272.
8. Freudenberguer HJ. Staff burnout. J Soc Issues. 1974;30:159-65.
9. Peinado A, Garcés A. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. Anales de Psicología. 2004;14:83-93.
10. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). 5a ed. Washington: APA; 2013.
11. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10). Madrid: Meditor; 1994.
12. Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Br J Psychiatry. 1972 Sep;121(562):241-58.
13. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. Br J Soc Clin Psychol. 1976 Jun;15(2):157-65.
14. Muela JG, JF. El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. REME (Revista Electrónica de Motivación y Emoción).4(7).
15. Glynn SM, Randolph ET, Eth S, Paz GG, Leong GB, Shaner AL, et al. Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. Br J Psychiatry. 1990 Dec;157:877-80.
16. Mintz LI, Liberman RP, Miklowitz DJ, Mintz J. Expressed emotion: a call for partnership among relatives, patients, and professionals. Schizophr Bull. 1987;13(2):227-35.
17. Hibbs ED, Hamburger SD, Lenane M, Rapoport JL, Kruesi MJ, Keysor CS, et al. Determinants of expressed emotion in families of disturbed and normal children. J Child Psychol Psychiatry. 1991 Jul;32(5):757-70.
18. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Falloon IR, Doane JA. Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. Br J Psychiatry. 1984 May;144:482-7.
19. Koneru VK, de Mamani AG. Acculturation and expressed emotion in Caucasian, Latino, and black relatives of patients with schizophrenia. J Nerv Ment Dis. 2007 Nov;195(11):934-8.
20. Lopez SR, Ramirez Garcia JI, Ullman JB, Kopelowicz A, Jenkins J, Breitborde NJ, et al. Cultural variability in the manifestation of expressed emotion. Fam Process. 2009 Jun;48(2):179-94.

21. Bebbington P, Kuipers L. The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1994;382:46-53.
22. Román Zárate V, Cantillo Bermúdez Y, Salazar Murillo F. Duración del tratamiento que se brinda en el Hospital Diurno a adultos con esquizofrenia y su relación con las habilidades psicosociales. *Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica. Edición Semestral.* No 6, Abril 2014-Septiembre 2014.
23. De los Reyes, María Cristina. Construyendo el concepto de los ancianos. Foro de Investigación: Envejecimiento de la población en el Mercosur. Noviembre. 2001. Curitiba. Brasil.
24. Zenil GB, Alvarado AS. La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. *Rev. Neurol Neurocir Psiquiat.* 2007; 40(2): 56-63.
25. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual.* 30 edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, USA. 1996.
26. Flores T., M., Galindo V., O., Jiménez G., J., Rivera F., L. y González R., E. (2019). Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales. *Psicología y Salud*, 29(1), 17-24.
27. Rascón G., Ma. Luisa; Gutiérrez L., Ma. de Lourdes; Valencia C., Marcelo; Murow T., Esther Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluido el funcionamiento social *Salud Mental*, vol. 31, núm. 3, mayo-junio, 2008, pp. 205-212 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México.
28. Whitlatch CJ, Zarit SH. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. *Gerontologist.* 1991;31: 9-14.
29. Zúñiga-Santamaría ST, Rodríguez-García R, Torres-Pizano P, Mendoza-Martínez L, Galicia-Tapia J, Hernández-Tapia N, et al. Prevalencia del agotamiento del cuidador primario en el servicio de geriatría. *Psiquis* 2004; 13: 147-54.
30. Scazufca M, Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med.* 1998 Mar;28(2):453-61
31. Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M, et al. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000 Mar;35(3):109-15.
32. Wuerker A, Long J, Haas G, Bellack A. Interpersonal control, expressed emotion, and change in symptoms in families of persons with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2002;58: 281-92.

Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:
HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a _____ de _____ del 2020.

Protocolo:

Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: _____

Nombre del investigador principal: _____

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405.

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de _____

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: _____

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo

Instrumentos de medición

ESCALA PARA EVALUAR DEL COLAPSO DEL CUIDADOR (ZARIT)

ANEXO 1

Cuestionario *Zarit Burden Interview (ZBI)* cuidador

Test autoadministrado

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona.

Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre.

A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, bastantes veces = 3, casi siempre = 4

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

PUNTUACIÓN TOTAL

Diagnóstico de sobrecarga > 44 puntos

EMOCION EXPRESADA DEL FAMILIAR (GUANILO Y SECLÉN)

Versión modificada

PRESENTACIÓN:

Este es un cuestionario en el que usted encuentra situaciones que comúnmente pueden presentarse cuando hay un miembro con enfermedad mental en casa. Ante estas situaciones usted tiene la oportunidad de recordar su reacción o sentimiento contestando a todas las preguntas que a continuación se le presentan. De sus respuestas francas y sinceras será posible ayudarle a mejorar su relación con él:

Indicaciones:

Usted deberá poner una cruz (X) dentro del casillero que mejor describa su respuesta. Deberá decidir entre las siguientes opciones:

- Si Nunca o menos de una vez al mes siente o reacciona ponga la (X) en el recuadro de **NUNCA**
- Si Ocasionalmente lo hace pocas veces en tal caso pondrá una (X) en **CASI NUNCA**
- Si lo hace más veces o frecuentemente en este caso ponga la (X) en el recuadro de **CASI SIEMPRE**
- Si Diario o muy a menudo ponga la (X) en el recuadro **SIEMPRE**

	NUNCA Menos de una vez al mes	CASI NUNCA Ocasional- mente	CASI SIEMPRE Frecuente Pero no constante	SIEMPRE Diario
1.- Cuando veo a mi familiar enfermo encerrado en su cuarto lo regaño para que ayude en casa.				
2.- Tengo Cuidado de que a donde vaya mi familiar lo haga acompañado.				
3.- Cuando mi familiar se descuida de su vestido como de su higiene, me es indiferente.				
4.- Siento desesperación frente a él por las cosas que este hace.				
5.- Exijo a mi familiar que se esfuerce por adaptarse a las normas de la casa igual que a los demás				
6.- Me es imposible ocultar mi sufrimiento cuando estoy con mi familiar enfermo				
7.- La enfermedad de mi familiar hace que aumenten los problemas que existen en casa.				
8.- Cuando mi familiar intenta realizar algo en casa, yo se lo hago.				
9.- Estoy acostumbrado(a) al poco interés de mi familiar porque tengo otras preocupaciones.				
10.- Desde que se inicio la enfermedad de mi familiar tengo que cuidarlo siempre.				

11.- Tengo que hacer todo por mi familiar enfermo porque no sabe lo que hace				
12.- Mi familiar no hace nada por sí solo, sin embargo no me molesta				
13.- Las recompensas que merezco son menores por culpa de mi familiar enfermo.				
14.- Mi responsabilidad es hacer que mi familiar permanezca tranquilo en casa.				
15.- Cuando converso con mi familiar termino molestándome por lo confuso de su conversación				
16.- La mortificación que sentía antes ya no la siento.				
17.- Cada vez que puedo le saco en cara todo lo que me hace sufrir a mi familiar enfermo.				
18.- Me irrito cuando veo a mi familiar desganado.				
19.- Por la enfermedad de mi familiar, procuramos apartarlo.				
20.- Dejo a mi familiar sólo por su cuenta.				
21.- El saber que la enfermedad de mi familiar, solo es controlable indefinidamente, me irrita y me fastidia.				
22.- Trato de ser poco duro con mi familiar.				
23.- Por la tranquilidad de mi familia prefiero mantener a mi paciente encerrado en su cuarto.				
24.- Constantemente tengo que estar adivinándole a mi familiar para prevenir las imprudencias que pueda cometer.				
25.- La situación o las continuas recaídas de mi familiar me han llegado a cansar tanto que siento ganas de internarlo o pedirle que se vaya a otro lado.				
26.- En casa estoy al pendiente de lo que pueda necesitar mi familiar enfermo.				
27.- Me da coraje que mi familiar no entienda claramente lo que quiero decir.				
28.- Ya hice lo máximo por mi familiar enfermo, es caso perdido.				
29.- A pesar de que se lo digo, me da coraje cuando mi familiar enfermo no se da cuenta que la que hace me fastidia.				
30.- Procuo hacerle sentir vergüenza a mi familiar enfermo para que deje de hacer algunas cosas desagradables.				

Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°,2°,7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo _____ como _____ personal _____ adscrito a _____ y con _____ número de empleado _____ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado , me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional , para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE Y FIRMA:

CARTA DE AUTORIZACIÓN A LA COORDINADORA DEL SERVICIO DE HOSPITAL PARCIAL DE DÍA

Ciudad de México a 23 de Noviembre del 2020.

Dr. (a) Juana Gabriela Garza Contreras
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **Evaluación de la emoción expresada y el colapso del cuidador en el cuidador primario de pacientes que llevan su seguimiento en Hospital parcial de día, durante la contingencia epidemiológica generada por COVID-19.**

Durante un período de 4 meses a partir del 01 de enero al 30 Abril del 2020. El cual se evaluará con la escala de colapso del cuidado de Zarit y escala de emoción expresada del familiar modificada de Guanilo y Seclén, a los cuidadores primarios de pacientes de servicio de Hospital Parcial de día.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

A t e n t a m e n t e

Dulce Adriana Flores Muñoz
Médico residente de tercer año

Ciudad de México a 23 de Noviembre del 2020

DR. RAFAEL JESÚS SALÍN PASCUAL

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN

PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **Dulce Adriana Flores Muñoz**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- b. **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- c. **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

A T E N T A M E N T E

Dra. ALICIA JULIANA PELÁEZ SIERRA
MÉDICA ADSCRITA AL SERVICIO DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS ESPECIALES PSIQUIÁTRICOS

c.c.p.- MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI.- Secretaria y Coordinadora del Comité de Investigación