



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

Síntomas físicos, emocionales y desgaste del cuidador
primario de pacientes adultos post hospitalarios en contexto
Covid-19

Reporte de investigación empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Anahí Hernández Pensado

Director: Lic. Marco Antonio Flores Mondragón

Dictaminador: Dr. Marco Antonio González Pérez

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 10 de junio de 2022.





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.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Para Jo, mi equipo.

Gracias a mi madre, cuidadora, ejemplo de resiliencia.

Gracias a mis hermanas, cuidadoras, por sus ánimos y compañía en la distancia.

Gracias al Maestro Marco Antonio Flores Mondragón, por su conocimiento y guía tanto en lo académico como en lo humano.

Gracias infinitas a todos los profesionales de la salud, héroes de este tiempo.

***“Y cuando despertó, su cuidador seguía ahí...”
Augusto Monterroso, “El dinosaurio” (adaptación)***

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES	5
COVID-19.....	5
Síndrome Post Covid-19	8
CUIDADOR	10
Definición.....	10
Tipos de cuidadores	11
Tareas del cuidador.....	12
CUIDADORES Y GÉNERO.....	14
EL PAPEL DEL CUIDADOR DURANTE LA PANDEMIA	17
IMPACTO EN LA VIDA DEL CUIDADOR Y PROBELMAS DE SALUD	19
Apoyo para el cuidador primario.....	21
JUSTIFICACIÓN	24
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
Objetivo principal.....	25
Objetivos secundarios	25
HIPÓTESIS	25
MÉTODO	26
Escenario	26
Participantes.....	26
Consideraciones éticas	27
INSTRUMENTOS.....	28
Cuestionario sociodemográfico	28
Escala de carga del cuidador Zarit	28
Inventario de Síntomas (Symptom Check-List) SCL-90R	29
PROCEDIMIENTO	30
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	44
REFERENCIAS.....	47
ANEXOS Y APÉNDICES	57
Anexo 1	57
Anexo 2	58
Apéndice 1	62
Apéndice 2	63

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de titulación da cuenta de un estudio preliminar en el cual se dan a conocer los resultados obtenidos sobre el grado de sobrecarga y síntomas psicopatológicos presentados por cuidadores de pacientes en una etapa post hospitalaria en el contexto de la pandemia por Covid-19. Esto, a través de la aplicación de dos instrumentos muy conocidos en el ámbito de la psicología clínica: la escala del cuidador de Zarit y el inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis en sus respectivas adaptaciones para población latinoamericana.

Primero, se describen el origen y características del Covid-19, así como las condiciones de hospitalización. Se muestran algunos datos sobre el nuevo Síndrome post Covid-19 y la forma en la que afecta a los pacientes en etapa siguiente a la hospitalización. A continuación, se presentan algunas definiciones para el concepto de cuidador primario, sus características y las actividades de las que se ocupa. Se reconocen, desde una perspectiva de género, las condiciones en las que se lleva a cabo la labor del cuidador y cómo esto afecta su desarrollo en diversas áreas. Luego, se informa sobre el papel del cuidador en el contexto del Covid-19, se puntualiza el impacto que sufren los cuidadores en su salud y calidad de vida derivado de esta actividad.

En seguida, se encuentra la justificación del estudio, los instrumentos utilizados, la pregunta de investigación, los objetivos que se pretenden lograr. Posteriormente, se explica el método aplicado para este estudio y los resultados obtenidos. Para concluir con la discusión de estos, el análisis de los alcances de este trabajo y algunas recomendaciones.

ANTECEDENTES

COVID-19

La Covid-19 es la enfermedad causada por el coronavirus tipo 2, el cual produce el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2). Detectado por primera vez en Wuhan, China y reportado a la Organización Mundial de la Salud en diciembre de 2019. Luego de presentarse brotes alrededor de todo el mundo, incluido México el 27 de febrero de 2020; la Organización Mundial de la Salud la declara como pandemia el 11 marzo 2020 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Dicha enfermedad se caracteriza por la presencia de síntomas muy diversos, entre los que destacan fiebre, tos, dolor de garganta y fatiga, entre otros como dolor de cabeza, vómito, diarrea, dificultad para respirar (Huang et al, 2020). Siendo periodo de incubación del virus de aproximadamente 5.2 días (Li et al, 2020), pudiendo darse hasta los 14 días (OMS, 2022).

Sin embargo, no todos los casos positivos al contagio manifiestan síntomas, por lo que se ha llegado a la conclusión de que también se trata de una enfermedad asintomática (Graham et al, 2020). Ante esto, el índice de contagios tiende a ser exponencial (Mammana, 2020), colocando a los sistemas de salud a nivel mundial en una problemática y situación de emergencia al enfrentarse a una demanda inusitada de sus servicios para atender la pandemia.

Datos del informe sobre Covid-19 en México de la Secretaría de Salud (2022, p. 15) indican que en el mundo se han contabilizado, hasta febrero de 2022, un total de 418,650,474 casos de COVID-19, lo que representa 5,392.13 casos por cada

100,000 habitantes a nivel mundial, siendo la variante Ómicron del virus la predominante en dichos casos y se tiene un acumulado de 324,529 defunciones.

En México, la Secretaría de Salud tiene contabilizados 5,659,535 casos activos, tomando en cuenta tanto contagios como defunciones 323,016 hasta finales de marzo de este año (2022, p. 1).

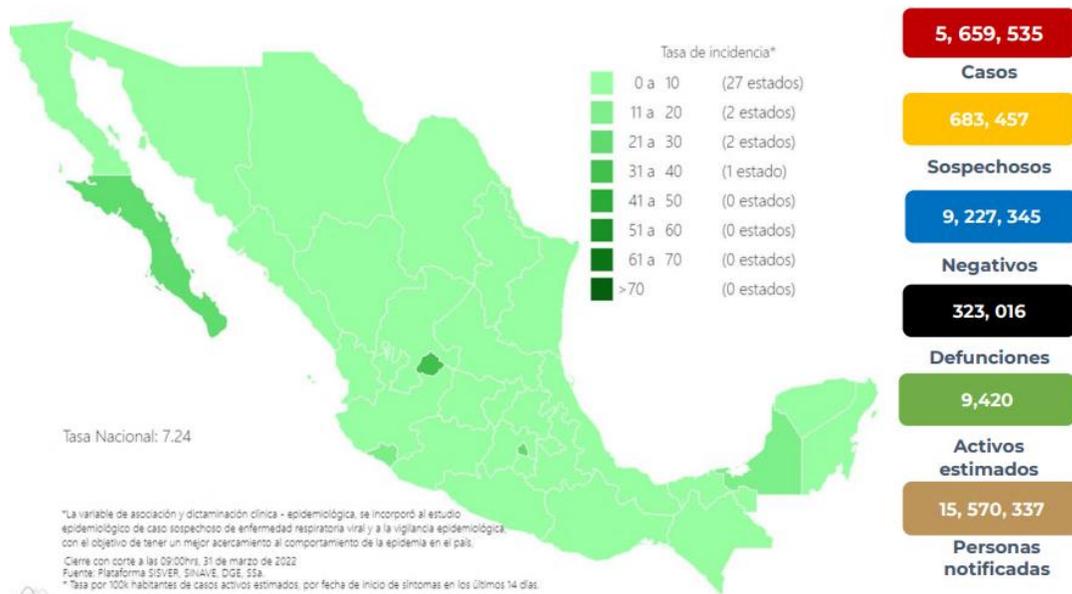


Gráfico 1. Mapa con la tasa de incidencia de casos activos estimados de Covid-19 por estado al 31 de marzo de 2022.
 Fuente: Secretaría de Salud. Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO.

De acuerdo con los datos proporcionados por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2022) aproximadamente un 10.54% del total de casos confirmados han requerido hospitalización, mientras que el resto ha podido llevar la enfermedad de manera ambulatoria. El tiempo de hospitalización promedio para un paciente infectado por Covid-19 es de 10 días (Dawei et al, 2020 & Ángeles-Garay et al, 2021). Tiempo durante el cual el paciente hospitalizado requiere cuidados que pueden ir desde la asistencia mecánica para labores de respiración hasta cuidados

intensivos y cirugía dependiendo de la gravedad de la enfermedad y sus complicaciones durante esta etapa (Secretaría de Salud, 2020).

El sector público de salud se ha enfrentado a una serie de problemáticas para atender a los pacientes que requieren hospitalización, como la reconversión urgente de hospitales a tipo No Covid, híbrido e incluso exclusivos Covid (Institute for Global Health Sciences, 2020). Escases de insumos y espacios para dar atención a la creciente demanda de camas, ventiladores, medicamentos y procedimientos especiales y de cuidados intensivos para los pacientes infectados.

Es importante señalar que, el rápido desarrollo de vacunas y campañas de inmunización por todo el mundo han permitido disminuir la probabilidad de hospitalización en caso de COVID-19, sin embargo, también ha generado que medidas de prevención se relajen entre las poblaciones más jóvenes dando por resultado un fenómeno a la inversa de lo que se veía en los primeros meses de la pandemia, donde las hospitalizaciones ocurrían principalmente en pacientes adultos mayores con comorbilidades que incluían diabetes e hipertensión (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

Para marzo de 2022 y según datos de la Organización Panamericana de la Salud (2021), las tasas de hospitalización en adultos jóvenes aumentaron hasta un 70% en países como Chile o Brasil, mientras que en Estados Unidos los servicios de hospitalización han sido requeridas en su mayoría por personas de entre 20 y 30 años.

Ante este panorama tan complejo, el personal de salud de primera línea, conformado por personal médico, de enfermería, laboratorio, intendencia, camilleros, cocina, servicios (Secretaria de Salud, 2021,p.7) así como las familias

de los pacientes hospitalizados por Covid-19 han tenido que responder de manera inmediata a condiciones fuera de lo común dadas por un riesgo de contagio existente (IGHS, 2020) y, sobre todo, el aislamiento.

Síndrome Post Covid-19

Pacientes recuperados y dados de alta de unidades de cuidados intensivos u hospitalización han descrito diversos síntomas de índole neurológico, cardiovascular, inmunológico e incluso mental que la infección por Covid-19 causa además de lo que se conoce en la etapa inicial, también cuenta con una etapa post aguda y crónica. La cual se presenta a través de muchas y variadas manifestaciones fisiológicas (Peramo-Álvarez, López-Zúñiga y López-Ruz, 2021).

Por su parte, en un meta-análisis de 15 estudios realizado por Lopez-Leon, Wegman-Ostrosky, Perelman, Sepulveda, Rebolledo, Cuapio y Villapol (2021) se identificaron al menos 50 efectos de largo plazo de la infección por Covid-19 que afectan diversos sistemas y funciones del cuerpo. Siendo las más comunes: fatiga, dolor de cabeza, desorden de la atención, pérdida de cabello y disnea o dificultad para respirar.

Además, de otras, que si bien no resultaron comunes, sí llaman la atención debido a que afectan la calidad de vida de los pacientes en etapa post Covid-19: fibrosis pulmonar, capacidad pulmonar reducida, fallo renal, derrame cerebral, diabetes mellitus, miocarditis, desórdenes del sueño, apnea del sueño, dolor crónico, hipertensión, dolor de articulaciones, depresión, ansiedad y cambios del estado de ánimo (Lopez-Leon et al, 2021).

De acuerdo con Boix y Merino (2022, p.1) el término #LongCovid fue usado por primera vez en la red social Twitter por personas recuperadas de la infección para referirse a los síntomas persistentes que padecían.

Más tarde, el National Institute for Health and Care Excellence (2021,p. 5) propone el uso de diferentes códigos para identificar la etapa de la enfermedad en la que se encuentran los pacientes, dándose así las siguientes acotaciones:

- “COVID-19 agudo (Signos y síntomas de COVID-19 por hasta 4 semanas).
- COVID-19 sintomático en curso (Signos y síntomas de COVID-19 desde las 4 semanas hasta las 12 semanas).
- Síndrome post-COVID-19 (Signos y síntomas que se desarrollan durante o después de una infección compatible con COVID-19, continúan durante más de 12 semanas y que no se explican por un diagnóstico alternativo. Por lo general, se presenta con grupos de síntomas, a menudo superpuestos, que pueden fluctuar y cambian con el tiempo y pueden afectar cualquier sistema del cuerpo. El síndrome pos-COVID-19 se puede considerar antes de las 12 semanas, mientras que también se está evaluando la posibilidad de una enfermedad subyacente alternativa.”

Según Moreno-Pérez, Merino, Leon-Ramirez, Andres, Ramos, Arenas-Jiménez, Asensio, Sanchez, Ruiz-Torregrosa, Galan, Scholz, Amo, González-delaAleja, Boix, Gil & COVID19-ALC research group (2021) los pacientes que sufren síndrome post Covid-19 perciben una menor calidad de vida, estos debido a cómo les afectan estos síntomas y las diferentes secuelas de su etapa de hospitalización (Carod-Artal, 2021) para realizar sus actividades de manera normal.

Las afectaciones que el Covid-19 deja en los pacientes post hospitalizados, son variadas y de diferentes índoles, llegando incluso a generar algún grado de discapacidad (Carod-Artal, 2021) ya sea temporal o permanente, teniendo como principales consecuencias problemas de movilidad (caminar), cuidado personal (lavarse), realizar actividades cotidianas (trabajo, estudio, ejercicio), dolor o incomodidad, así como ansiedad y depresión (Huang, Kang, Zhang, Li, Zhou, Luo, Huang, Tu, Zhao, Chen, Xu, Li, Li, Peng, Huang, Li, Kang, Zhou, Luo, Cao, 2020).

CUIDADOR

Definición

El cuidado es definido por la Organización Panamericana de la Salud (2020, p.1) como “un conjunto de actividades, bienes y relaciones destinados a proveer “bienestar” a cada persona en su vida cotidiana; y para “el caso de la salud, este asume características específicas, complejas y altamente exigentes.” (OPS, 2020, p.1).

Definir el término cuidador primario es tan diverso como los situaciones y entornos en los que se le encuentra. Cruz Rivas y Ostiguín (2011, p. 49) nos ofrecen un compendio de definiciones para el concepto, resaltando que estas dependerán en gran medida del vínculo que tenga el cuidador y las actividades en las que brinda su apoyo.

Se utilizan términos de manera indistinta para identificar la figura del cuidador tales como: cuidador primario, cuidador primario informal, cuidador informal, cuidador

formal familiar, cuidador familiar y cuidador principal (Cruz Rivas y Ostiguín, 2011, p. 51).

Retomando lo dicho por Cruz Rivas y Ostiguín (2011, p. 51) sobre el uso de varios términos para referirse al cuidador, encontramos que el Instituto Mexicano del Seguro Social (2015, p. 8) define al “cuidador informal como aquel 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 miembro de la familia, amigo o vecino.”

Sin necesidad de realizar una búsqueda exhaustiva del término oficial o adecuado para referirse al cuidador, es importante comprender que su figura se hace presente o se busca de manera inmediata al darse una situación de salud que impida a una persona valerse por sí misma en un determinado momento.

Tipos de cuidadores

Torres, Beltrán, Martínez, Saldívar, Quesada y Cruz (2006) sugieren dos tipos de cuidadores: primarios y secundarios.

- Primarios, aquellos que tienen una relación con el paciente al que cuida, comúnmente un familiar.
- Secundarios, aquellos que no tienen relación con el paciente que cuidan, comúnmente se trata de profesionales de la salud como enfermeros o trabajadores sociales.

Se asigna un término más al cuidador primario, dado el tipo de cuidado que provee. Así un cuidador primario sería informal ya que es un familiar que se encarga de proveer el apoyo al paciente para llevar a cabo actividades que por sí sólo no puede,

sin embargo no cuenta con una formación (Ruiz y Nava, 2012,p.164) que lo habilite de manera formal como cuidador. Se puede decir que se hace, aprende y se forma de acuerdo con las circunstancias y las necesidades de su paciente.

Mientras que un cuidador secundario o formal, se caracteriza por tratarse de una persona ajena al círculo inmediato del paciente (Torres et al, 2006), normalmente contratado para proveer sus servicios como de cuidado profesional por tiempo determinado, contando con formación que le permite cubrir necesidades más específicas como la administración de medicamentos, curaciones y otros procedimientos médicos, además de no ser el principal responsable del paciente (Torres et al, 2006).

Tareas del cuidador

Las tareas del cuidador son tan diversas, como el problema de salud mismo por el que se requiere este apoyo, lo más común es que se combinen actividades de asistencia en el hogar con prácticas médicas (OPS, 2020 p. 28).

Es importante hacer una distinción sobre los tipos de cuidados que se brindan, ya que estos dependerán en gran medida de las condiciones de salud del paciente. Es decir, si se encuentra en un periodo de recuperación en el que requiere apoyo para poco a poco volver a ser una persona autónoma o, si por el contrario, su condición de salud es tal que el apoyo requerido será de manera permanente, haciendo de las tareas de cuidado la base para su calidad de vida.

Sobre esto, la Organización Panamericana de la Salud (2020, p.6) hace una distinción entre lo que denomina actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC) y las actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC).

En el primer grupo encontramos las tareas más básicas para el bienestar de un ser humano:

- Comer
- Vestirse
- Bañarse
- Hacer sus necesidades fisiológicas
- Acostarse y levantarse de la cama
- Comunicarse

El segundo grupo, son las que permiten a la persona ser independiente, atender sus necesidades:

- Cocinar
- Limpiar
- Lavar la ropa
- Tomar medicamentos
- Acceder a los medios de transporte
- Moverse hacia algún punto de interés
- Hacer compras
- Usar tecnología

Entre las actividades más comunes que desempeñan los cuidadores están las siguientes (Villavicencio, Laguna, González-Pérez, Vega-López, Flores y Barbosa, 2016, p. 586):

- Administrar el tratamiento médico-farmacológico
- Ayudar a mantener o rehabilitar las funciones cognitivas
- Tareas del hogar

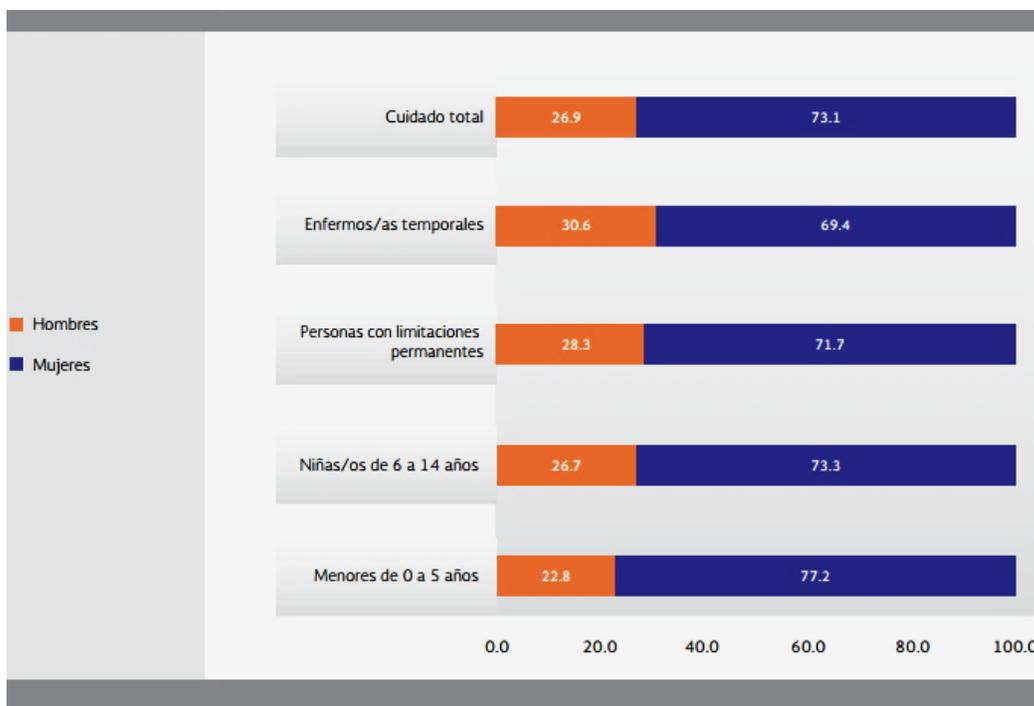
Otras de las funciones que cumplen los cuidadores son la asistencia, tareas de apoyo, físico y emocional y atender necesidades físicas (Cruz Rivas y Ostiguín, 2011, p.52).

El tiempo promedio que invierten los cuidadores en México para llevar a cabo estas actividades es de 5 horas diarias (Villavicencio et al, 2016, p. 586). Aunque según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017, p. 1) pueden llegar a ser hasta un aproximado de 38.5 horas semanales. Siendo las mujeres quienes más tiempo dedican a esta labor.

CUIDADORES Y GÉNERO

En la actualidad, al abordar una problemática social es imperativo hacerlo desde una perspectiva de género. Esto debido a que gran parte de las desigualdades en cuanto a qué se dedican tanto hombres como mujeres, afectando y limitando su desarrollo como seres humanos, se presentan desde el contexto social y cultural (Instituto Nacional de las Mujeres, 2013).

El trabajo de los cuidados recae de manera muy significativa y evidente en las mujeres con edades entre los 14 y 70 años en promedio (INMUJERES, 2013, p. 11). Datos sobre los cuidados en hogares urbanos de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012 (ELCOS) indican que, en alrededor de 1.1 millones de estos al menos un miembro requiere cuidados de manera temporal, mientras que un aproximado de 694 mil hogares cuentan con un miembro al cual se deben proveer cuidados de manera permanente (INMUJERES; 2013, p. 5).

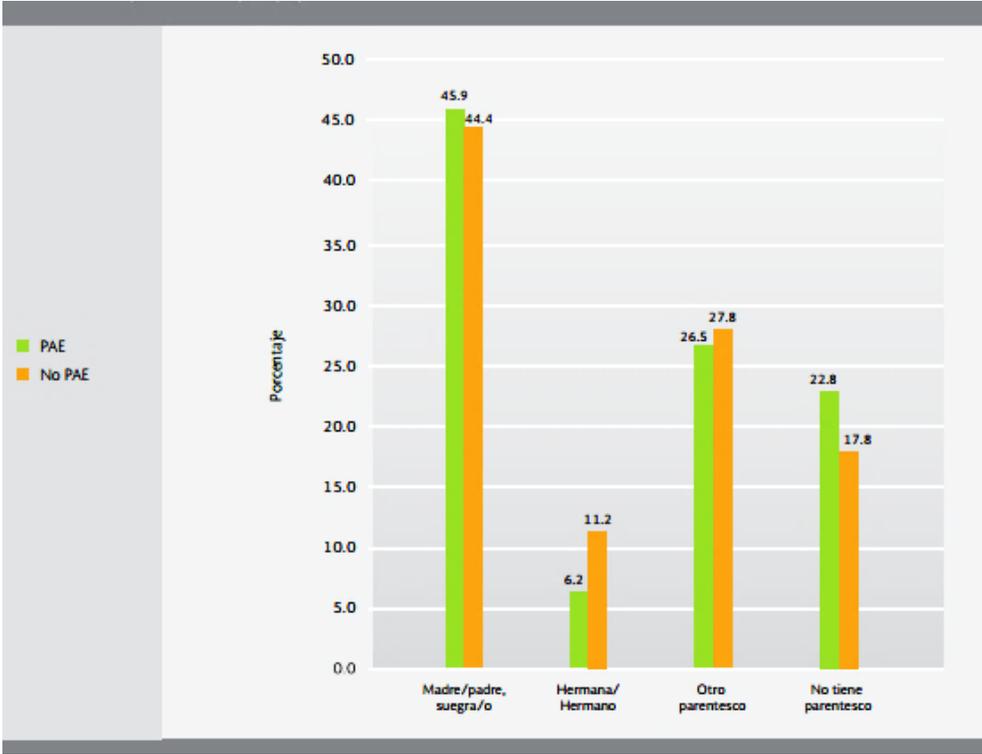


En este sentido, las mujeres ven afectado su desarrollo económico, ya que tradicionalmente, los cuidados son vistos como un compromiso y obligación dentro de la familia, por lo que carecen de remuneración económica (INMUJERES, 2013, p. 9). Es común que la falta de recursos suficientes para contratar los servicios de cuidados, hacen que las familias recurran a un miembro como el encargado de estos, mientras otros se hacen cargo de trabajar.

Estas condiciones limitan en exceso la forma en la que las mujeres participan en el mercado laboral (OPS, 2020), ya que muchas de ellas no cuentan con una percepción positiva por parte de sus jefes al informar sobre sus labores de cuidado, encontrando dificultad para contar con permisos, vacaciones, licencias por enfermedad, dispensas para atender asuntos personales o referentes a los hijos. Por lo que en muchos de los casos se ven obligadas a abandonar sus trabajos,

buscar opciones de empleo con jornadas reducidas o flexibles con menor salario o hasta autoemplearse de manera informal (INMUJERES, 2013).

Dependiendo de si la necesidad del cuidado es temporal o permanente, las cuidadoras tienden a modificar su participación en actividades económicas, tal como lo muestra la información de la ELCOS 2012.



PAE: Mujeres que participan en actividades económicas No PAE: Mujeres que no participan en actividades económicas.

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres urbanas de 14 a 70 años de edad que cuidan a enfermos o con limitaciones permanentes en otros hogares de forma gratuita, por condición de participación en actividades económicas, según parentesco con la persona a la que apoyan. Fuente: INMUJERES, con base en ELCOS 2012.

Aquellas mujeres que participan en actividades económicas ven limitada su capacidad de aumentar la jornada laboral en pro de lograr un ascenso o aumento salarial debido a sus labores de cuidado. Las cuidadoras además brindan apoyo con el trabajo doméstico sin remuneración, sobre todo en relaciones de parentesco de tipo ascendente (padres, madres, suegros) (INMUJERES, 2013).

Una observación importante sobre el papel de las mujeres en el cuidado, que nos brindan González-González, Orozco-Rocha, Arias y Carvajal (2020, p. 24) es que la organización social del cuidado presente en México provoca la desigualdad de oportunidades de participación en el ámbito económico para hombres y mujeres.

Los autores destacan como características para esta afirmación: “al ligar los derechos sociales a esquemas formales de empleo, asignación del cuidado de niños, adultos mayores, enfermos y personas con capacidades diferentes a las mujeres principalmente, sistemas de protección social disfuncionales, el Estado mantiene universalidad en servicios precarios que atienden a poblaciones más vulnerables” (González-González et al, 2020, p. 24).

Sobre los cuidadores el contexto de la pandemia por Covid-19, la Organización Panamericana de la Salud (2022, p. 19) señala el marcado rol de las mujeres como cuidadoras, tanto en los hogares como en la primera línea de atención en hospitales y centros de salud. Esto las ha expuesto durante la pandemia a un mayor riesgo de contagio, con un 72% de los casos entre los profesionales de la salud.

EL PAPEL DEL CUIDADOR DURANTE LA PANDEMIA

Los profesionales de la salud de primera línea han desempeñado, además de una labor ardua y vital, el papel de cuidador primario y soporte emocional de los pacientes (Secretaría de Salud, 2020), apoyándose de uso de las tecnologías de la información y dispositivos móviles para acercar a los familiares con los enfermos en áreas de hospitalización (Erazo-Muñoz, Benavides, Cantor-Cruz, Acosta, Castillo, Aranguren, 2021); buscando mantener una comunicación clara, ayudando a aligerar

la carga emocional y mental (Almanza-Rodríguez, 2020) de todas las partes durante este proceso. Estas condiciones han cambiado por completo la dinámica entre el paciente y su cuidador.

En el caso de hospitalización por COVID-19, se presenta un reto adicional para las familias: el aislamiento de los pacientes con restricción de visitas debido a las características del virus. Para sortear esto, emergen otras formas de acercamiento con los pacientes a través de la comunicación con los profesionales de la salud por vía telefónica; en ocasiones, debido principalmente a la dificultad respiratoria de los pacientes, el proceso de comunicación se complejiza, lo que puede reforzar la desconfianza, incertidumbre, estrés y malestar emocional de la familia y del paciente mismo. (Salinas-Arango, Orozco-Toro y Mejía-Giraldo, 2021, p. 178-179)

La carga emocional que los cuidadores presentan se debe principalmente a la incertidumbre sobre el estado de salud de su paciente, la culpa por el contagio, un estado permanente de alerta y factores de cambio en las dinámicas sociales, así como de carga económica por los costos de hospitalización o la pérdida de empleo (Salinas-Arango et al, 2021).

El cuidador, durante la hospitalización por Covid-19, no lleva a cabo su papel de manera tradicional, debido a las medidas de aislamiento aplicadas por el riesgo evidente de contagio. Su labor se limita en la gran mayoría de los casos a mantenerse en casa a la espera de la información que le brinda el personal de salud (Azoulay, Chousterman, Degos, Dessap, Mira y Monnet, 2020).

También se ve limitado en cuanto a la forma de expresar su afecto y apoyo al paciente. Esto le genera problemas de ansiedad, propiciando además otras

dificultades como la falta de empatía entre familiares del paciente y el personal médico, complicación del entorno y condiciones bajo las cuales se autorizan y aplican los tratamientos, así como la imposibilidad de obtener autorización de los familiares para participar en investigaciones clínicas (Azoulay et al, 2020).

La impotencia y el temor de la pérdida son las características más fuertes que llegan a manifestar los cuidadores (Ruiz-Aguilar, Urdapilleta-Herrera y Lara-Rivas, 2021) en el contexto de la pandemia por COVID-19.

IMPACTO EN LA VIDA DEL CUIDADOR Y PROBELMAS DE SALUD

La labor de brindar cuidados afecta la calidad de vida de los cuidadores y, por tanto el desempeño de la actividad. El cuidar de otros implica comprometer la propia salud física y psicológica. Su deterioro se pone de manifiesto a través de síntomas que van desde la irritabilidad y dolores crónicos hasta problemas circulatorios, ansiedad y depresión, los cuales afectan de manera significativa su autonomía (Hernández, 2012, p.1-2).

“Los efectos negativos en la salud de las cuidadoras no solo afectan a su bienestar, sino que también representan un costo para el sistema de salud” (OPS, 2018, p.4). Se reconocen como principales desafíos de los cuidadores de adultos mayores factores como la falta de remuneración por el trabajo realizado, la nula capacitación para llevar a cabo su labor y la combinación de su rol como cuidadores con responsabilidades propias como el trabajo remunerado, estudios, proyectos personales (IMSS, s.f.).

Ruiz y Nava (2012, p. 164) clasifican tres tipos de problemas relacionados con el estado psicológico del cuidador:

Problemas psicológicos

- Ansiedad (nerviosismo, tensión, angustia...)
- Síntomas depresivos (apatía, tristeza)
- Hipocondría
- Ideación paranoide
- Ideas suicidas

Problemas psicósomáticos

- Dolores de cabeza
- Dolores en diversas partes del cuerpo
- Falta de apetito y problemas gástricos
- Arritmias
- Sensación de ahogo
- Trastornos del sueño
- Problemas de memoria y atención
- Cansancio

Burnout o síndrome del cuidador quemado

Caracterizado por el desgaste tanto físico como emocional del cuidador, dado por las demandas de su labor, la monotonía, la falta de control y el estrés permanente.

El tiempo que el cuidador dedique a desempeñarse como tal, es uno de los principales factores que favorecen el desarrollo de estos padecimientos y el deterioro progresivo de su salud.

De ahí la importancia de contar con herramientas que faciliten su labor y, de alguna manera, le resten algo de la carga que conlleva el ser cuidador primario. Los miembros de la familia serían la opción inmediata, pero en casos en los que estos se hacen cargo de otras obligaciones como generar el ingreso económico o simplemente no están dispuestos a colaborar; el cuidador debe tener espacios y personas a dónde pedir ayuda para aprender técnicas de autocuidado. Ya que el cuidador también es una persona que requiere ser atendido.

Apoyo para el cuidador primario

En cuanto a los apoyos que existen en nuestro país para los cuidadores primarios, están los talleres ofrecidos al interior de los espacios hospitalarios y de salud pública, los cuales ofrecen herramientas para mejorar el abordaje del cuidado de sus pacientes y a la vez mantener una calidad de vida para sí mismos (IMSS, s.f.) Conforme se logra una mayor visibilización de la problemática a la que se enfrentan los cuidadores, diversos niveles de gobierno han implementado programas de apoyo al ingreso económico para estos como ejemplo, existe el programa llamado “Cuídalos, la ciudad te apoya” una iniciativa del Gobierno de Guadalajara (2021) en este tema.

En 2015, el Instituto Mexicano del Seguro Social emite un manual para la detección y manejo del colapso del cuidador. El cual va dirigido al personal de salud al interior de los centros de salud para dar atención a los cuidadores. En este documento, se destacan los factores de riesgo, el cómo llevar a cabo la detección del colapso del cuidador, las repercusiones tanto para el cuidador como para el paciente, así como los tratamientos médicos y de intervención psicológica.

Algoritmo 2. Manejo Interdisciplinario del Colapso del Cuidador

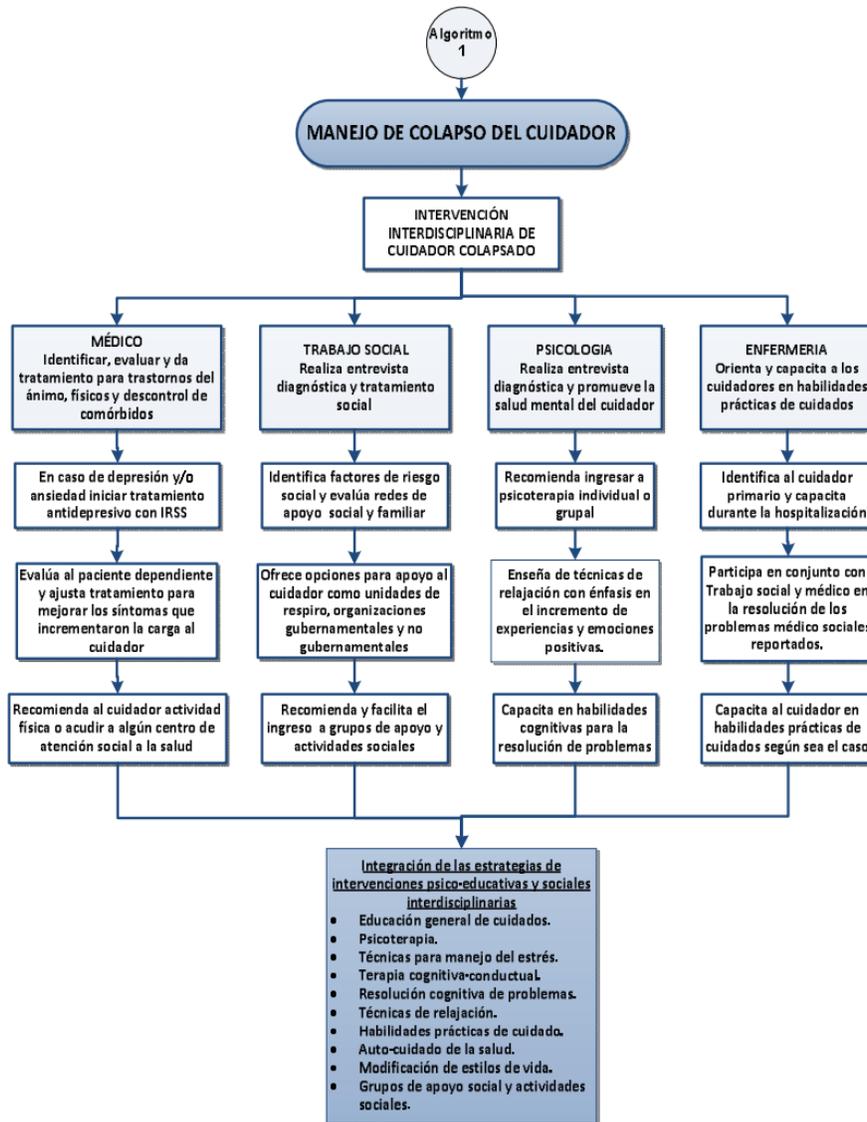


Diagrama 1. Manejo interdisciplinario del colapso del cuidador.
 Instituto Mexicano del Seguro Social (2015).
 Manual para detección y manejo del colapso del cuidador.

Durante los meses más críticos de la pandemia y tiempo de aislamiento en los hogares, la Universidad Nacional Autónoma de México (2020) a través de la Dirección General de Atención a la Comunidad, la Facultad de Psicología y el

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en colaboración con la Secretaría de Salud; pone a disposición de los diversos sectores de la población mexicana (Personal IMSS, comunidad UNAM, comunidad universitaria, público en general, personal de salud, ventanillas de salud, padres, madres y cuidadores) el cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental COVID-19.

Este instrumento tiene la finalidad de dar a la población una herramienta para identificar síntomas de índole psicológica y de esta manera acceder a recomendaciones o sugerencias de servicios de salud profesional para atenderse en caso de ser necesario.

Por su parte, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020) reconoce los retos que tiene nuestro país en cuanto a la actividad de los cuidados para los adultos mayores:

- “1. Fomentar y desarrollar la investigación en cuidados de largo plazo.
2. Dotar de Información detallada y precisa a las personas mayores y familiares.
3. Exhortar a las instituciones que brindan los servicios de cuidado a que sean sensibles a las necesidades clínicas y de atención, y provean una atención digna y respetuosa.
4. Impartir cursos y estándares de certificación nacional para profesionales y cuidadores informales.
5. Institucionalizar los cuidados de largo plazo.
6. Crear comunidades de práctica y de aprendizaje, a fin de mejorar de esta actividad en los hogares, a través de capacitación interdisciplinaria.”

JUSTIFICACIÓN

Es importante conocer los síntomas psicopatológicos que presentan los cuidadores de pacientes con secuelas por Covid-19. Identificar el grado de desgaste, así como síntomas de patologías como la ansiedad y depresión, nos permiten encaminarnos hacia la visibilización de una problemática que, sin bien no es nueva, si requiere el desarrollo propuestas de intervención y apoyo para los cuidadores.

Ya que, tal como lo muestran las estadísticas de instituciones nacionales (INEGI, 2017) e internacionales (OMS, 2022) , la mayoría de estos no cuentan con una red de apoyo y cuidados para sí mismos al ejercer esta actividad.

Lo cual coloca a los cuidadores en un grado de vulnerabilidad y de riesgo para desarrollar problemas que los alejen de llevar una adecuada calidad de vida.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los principales síntomas psicopatológicos y grado de desgaste presentados por los cuidadores primarios de pacientes Covid-19 en etapa post hospitalaria?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo principal

- Identificar los síntomas psicopatológicos y grado de desgaste en cuidadores primarios de pacientes Covid-19 en etapa post hospitalaria.

Objetivos secundarios

- Conocer el contexto sociodemográfico en el que se da la labor del cuidador.
- Determinar alguna relación entre el grado de desgaste de estos cuidadores y los síntomas psicopatológicos que presentan.

HIPÓTESIS

Los cuidadores primarios de pacientes con secuelas post Covid-19 en etapa posterior a la hospitalización presentan síntomas psicopatológicos y de desgaste derivados de su actividad.

MÉTODO

Escenario

La aplicación de los instrumentos para este estudio se llevó a cabo en un escenario virtual, a través de una herramienta para diseño de cuestionarios en internet y de forma auto aplicada por los participantes.

Participantes

La muestra obtenida fue de tipo no probabilístico de tipo intencional, ya que como sugieren Otzen y Manterola (2017, p. 230) se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar sólo aquellos casos voluntarios que cumplieran con la principal característica para el estudio: cuidador primario de paciente en etapa post hospitalización por COVID-19.

Se obtuvo una muestra de 4 cuidadores, de los cuales: 2 mujeres y 2 hombres. Con una media de edad de 30 años y residentes de distintos estados del país. Los participantes fueron convocados a través de diferentes redes sociales (Facebook, Reddit, Telegram, WhatsApp) a participar del estudio de manera voluntaria y previa aceptación del Consentimiento Informado (Apéndice 1).

Así como el cumplimiento de los criterios de inclusión:

- Aceptar consentimiento informado
- Responder adecuadamente el Cuestionario Sociodemográfico (Apéndice 2)
- Residente en México

- Mayor de edad
- Ser cuidador primario de un paciente en etapa post hospitalización por COVID-19

Además, se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- No aceptar Consentimiento Informado
- No responder completamente el Cuestionario Sociodemográfico
- No residir en México
- Ser menor de edad
- Ser cuidador secundario de paciente adulto post hospitalizado por Covid-19
- Seleccionar sólo la escala 0 en los instrumentos

Consideraciones éticas

A los participantes voluntarios se les brindó información sobre la finalidad del estudio. Leyeron y aceptaron el Consentimiento Informado en el que se detallan los alcances y responsabilidades, se consideró obligatoria su aceptación para continuar al apartado donde se responderían los instrumentos.

INSTRUMENTOS

Cuestionario sociodemográfico

Instrumento de elaboración propia, donde se retoman algunos de los datos iniciales solicitados por el Inventario de síntomas SCL-90-R en su versión adaptada al español (Casullo y Pérez, 2008) y se agregan diversas preguntas enfocadas a conocer las condiciones en las cuales se lleva a cabo el trabajo del cuidador.

Se considera obtener datos referentes al sexo, edad, escolaridad, ocupación, estado de residencia, horas semanales dedicadas al cuidado, parentesco, ayuda recibida para el cuidado, remuneración por la labor de cuidado y actividades que desempeñan los cuidadores.

El tiempo aproximado para su llenado es de 5 minutos.

Escala de carga del cuidador Zarit

Caregiver Burden Interview diseñada por Zarit, Reever y Bach-Peterson en 1980, se utiliza la versión en español del Instituto Nacional de Geriátría (s.f.) (Anexo 1).

Este instrumento consta de 22 ítems, los cuales se presentan en una escala Likert donde 0= "nunca", 1= "rara vez", 2= "algunas veces", 3= "bastantes veces", 4= "casi siempre". Con un tiempo aproximado de aplicación de 10 minutos.

Para la calificación del instrumento, se suman los valores de la escala mayores a 0 y se determina el grado de sobrecarga de acuerdo con los siguientes rangos:

<= 46 Sin sobrecarga

47-55 Sobrecarga leve

>= 56 Sobrecarga intensa

Inventario de Síntomas (Symptom Check-List) SCL-90R

El Symptom Checklist-90-R (**SCL-90-R**) o Inventario de comprobación de síntomas, desarrollado por la Universidad John Hopkins en su versión adaptada al español (Casullo y Pérez, 2008) (Anexo 2), permite la evaluación de síntomas psicopatológicos en población tanto clínica como general. Además de medir progreso para síntomas de ansiedad y depresión en las diferentes etapas de intervención para tratamiento.

A través de la identificación de 90 síntomas y determinación de intensidad en una escala donde 0 es la ausencia total y 4 la máxima intensidad. Las dimensiones sintomáticas que considera son las siguientes:

Somatizaciones (SOM)

Obsesiones y compulsiones (OBS)

Sensitividad interpersonal (SI)

Depresión (DEP)

Ansiedad (ANS)

Hostilidad (HOS)

Ansiedad fóbica (FOB)

Ideación paranoide (PAR)

Psicoticismo (PSIC)

El tiempo aproximado de aplicación es de 15 minutos ya sea de forma individual o colectiva. La edad para los participantes es a partir de los 17 años y su corrección se ejecuta de forma manual por el profesional de la salud (Derogatis, s.f.).

PROCEDIMIENTO

Para la recolección de los datos se aplicaron los instrumentos escala del cuidador Zarit (adaptación del Instituto Nacional de Geriátría, s.f.) y el inventario SCL-90-R (adaptación de Casulto y Pérez, 2008) de manera digital, a través de la herramienta web Google Forms. La aplicación se llevó a cabo en una sola sesión individual de aproximadamente 30 minutos por participante y siguiendo las indicaciones correspondientes incluidas para ambos instrumentos.

Una vez recuperados los datos de las respuestas dadas por los participantes se procedió a su calificación de acuerdo con sus respectivos manuales, apoyándose con el programa Microsoft Excel para los diferentes cálculos de puntajes, así como la generación de gráficos y tablas representativos.

Se compararon los resultados obtenidos en búsqueda de diferencias significativas entre cuidadores hombres y mujeres.

RESULTADOS

A continuación se presentan los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario sociodemográfico (Tabla 1), los cuales son importantes para conocer el contexto en el que se da la labor del cuidador.

Datos sociodemográficos de los participantes							
N=4	Hombres = 2	Mujeres = 2	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	% del Total de participantes
Edad		20-30	-	-	-	-	-
		31-40	2	100.00%	2	100.00%	100.00%
Escolaridad		Básico completo (primaria/secundaria)	-	-	-	-	-
		Básico incompleto (primaria/secundaria)	-	-	-	-	-
		Medio completo (Bachillerato)	-	-	-	-	-
		Medio incompleto (Bachillerato)	-	-	-	-	-
		Universitario completo	1	50.00%	2	100.00%	75.00%
		Universitario incompleto	1	50.00%	-	-	25.00%
	Otro (TSU)	-	-	-	-	-	
Ocupación		Empleado	2	100.00%	2	100.00%	100.00%
		Desempleado	-	-	-	-	-
Estado de residencia		Coahuila	1	50.00%	-	-	25.00%
		Jalisco	-	-	1	50.00%	25.00%
		Veracruz	-	-	1	50.00%	25.00%
		Querétaro	1	50.00%	-	-	25.00%
Tiempo siendo cuidador (Años)		< 1 año	1	50.00%	-	-	25.00%
		1-3 años	1	50.00%	1	50.00%	50.00%
		3-5 años	-	-	-	-	-
		> 5 años	-	-	1	50.00%	25.00%
Parentesco con la persona que cuida		Tío(a)	1	50.00%	-	-	25.00%
		Esposo(a)	-	-	1	50.00%	25.00%
		Abuelo(a)	1	50.00%	1	50.00%	50.00%
Horas semanales como cuidador		< 8 horas	-	-	-	-	-
		8-24 horas	2	100.00%	1	50.00%	75.00%
		25-36 horas	-	-	-	-	-
		> 36 horas	-	-	1	50.00%	25.00%
Remuneración económica por su labor de cuidados		Si	-	-	-	-	-
		No	2	100.00%	2	100.00%	100.00%
Recibe ayuda en su labor de cuidador		Si	1	50.00%	1	50.00%	50.00%
		No	1	50.00%	1	50.00%	50.00%
Principales actividades como cuidador		Dar medicamentos	2	100.00%	2	100.00%	100.00%

Alimentación	2	100.00%	2	100.00%	100.00%
Monitoreo de signos vitales	2	-	2	100.00%	100.00%
Movilización	2	100.00%	1	50.00%	75.00%
Aseo personal	-	-	2	100.00%	50.00%
Visitas al médico	1	50.00%	1	50.00%	50.00%
Asistencia en general	1	50.00%	1	50.00%	50.00%
Traslados fuera del hogar	1	50.00%	1	50.00%	50.00%
Aseo del hogar	1	50.00%	1	50.00%	50.00%
Vigilancia	1	50.00%	-	-	25.00%
Ayuda ir al baño	1	50.00%	-	-	25.00%
Ayuda a caminar	1	50.00%	-	-	25.00%

Tabla 1. Datos obtenidos de Cuestionario sociodemográfico (elaboración propia). N= 4 donde participaron Hombres= 2 y Mujeres=2, cuidadores de pacientes en etapa post hospitalización por Covid-19.

Al analizar los datos se obtuvo que el 100% de los participantes del estudio se ubicaron en un rango de edad de 21 a 40 años, con una media de edad de 30 años.

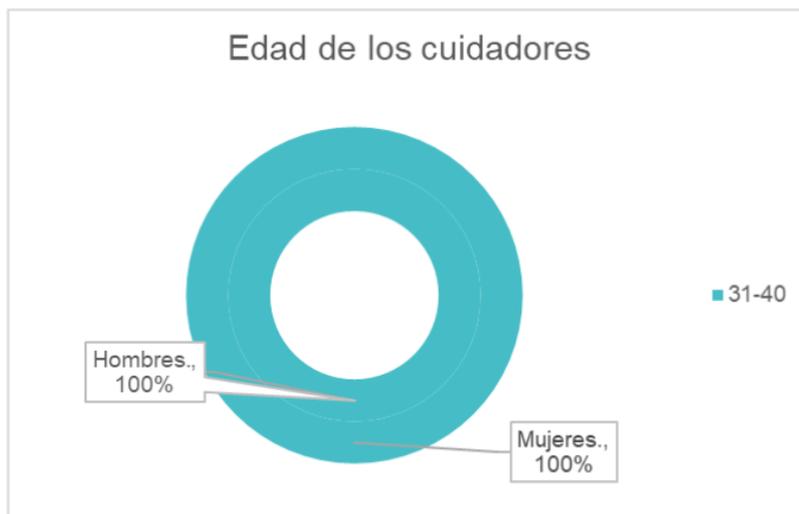


Gráfico 4. Rango de edad de los cuidadores por sexo (N=4).

En cuanto a su nivel de escolaridad, el 100% de las mujeres declararon contar con universidad completa, mientras que el caso de los hombres 50% cuenta con universidad completa y el 50% con universidad incompleta.

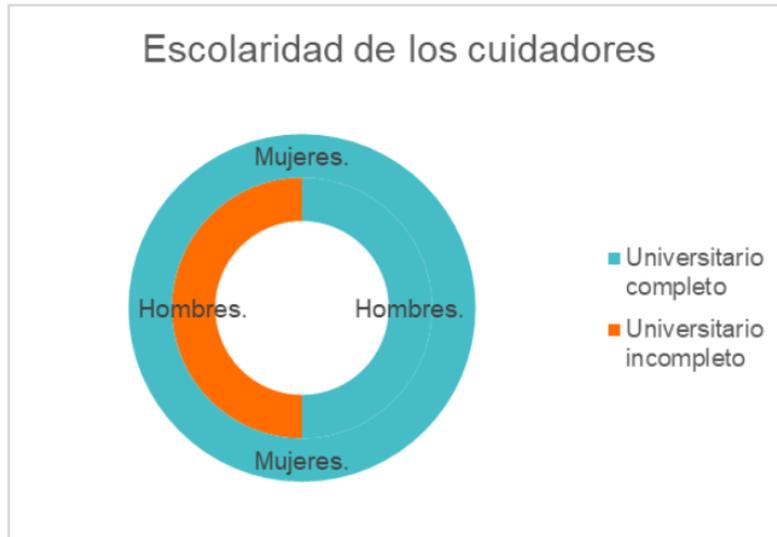


Gráfico 5. Escolaridad de los cuidadores por sexo (N=4).

Sobre si cuenta con otra ocupación, además de la de cuidados, el 100% de los participantes respondieron que se encuentran empleados.



Gráfico 6. Ocupación de los cuidadores (N=4).

Los participantes del estudio residen en distintos estados de la república, 25% Coahuila, 25% en Querétaro, 25% en Jalisco y 25% en Veracruz.



Gráfico 7. Estados de residencia de los cuidadores (N=4).

Sobre el tiempo desempeñándose como cuidadores, el 25% de los participantes manifestó tener menos de un año en esta actividad, mientras que el 50% dice tener entre 1 y 3 años, un 25% restante ha realizado labores de cuidador durante más de 5 años.



Gráfico 8. Tiempo desempeñándose como cuidador (N=4).

En el caso del parentesco con la persona que cuida, el 100% de los participantes dijeron que se trata de un familiar, de los cuales el 25% corresponden a un esposo, otro 25% a un tío y 50% cuidan de un abuelo.

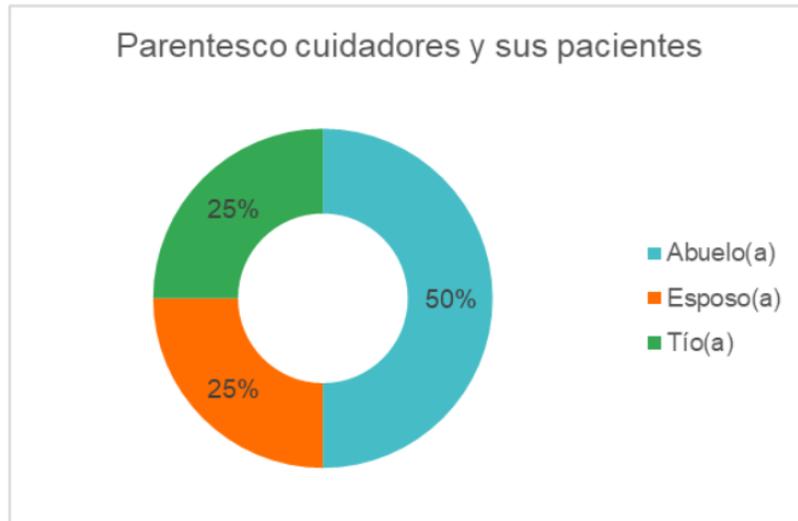


Gráfico 9. Parentesco de los cuidadores y sus pacientes (N=4).

Sobre las horas semanales que dedican a la labor de cuidado, el 75% (2 hombres y 1 mujer) de los participantes se ubican en un rango de entre 8 y 24 horas semanales, mientras que un 25% (1 mujer) dedica más de 36 horas al cuidado de su familiar. Quién más dedica tiempo a esta actividad es una mujer.

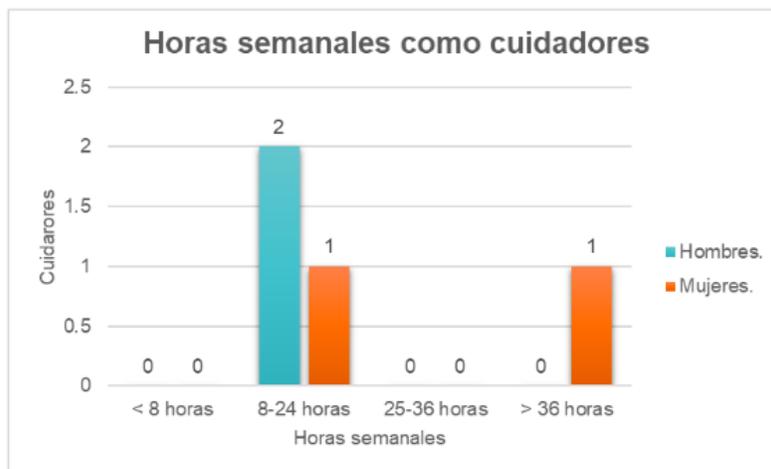


Gráfico 10. Horas semanales como cuidadores (N=4).

En cuanto a si reciben ayuda en su labor de cuidadores, los participantes respondieron que “No” en un 50% (hombre y 1 mujer) y que “Si” el otro 50% (1 hombre y 1 mujer).



Gráfico 11. Cuidadores que reciben ayuda en su labor (N=4).

Por último se les preguntó a los participantes cuáles eran las principales actividades que realizan como cuidadores. Las 3 actividades que se destacaron por ser comunes en el 100% de los casos son: Alimentación, Dar medicamentos y Toma de signos vitales. Seguidas por: Aseo del hogar, Asistencia general, Traslados fuera del hogar y Visitas al médico como aquellas que sólo realizan el 50% de los participantes (1 hombre y 1 mujer). Luego se encuentran las actividades que sólo realizan el 50 % de los hombres del estudio (1 hombre): Ayuda a caminar, Ayuda para ir al baño y vigilancia. Por último la actividad que es realizada por el 100% de las mujeres participantes (2 mujeres): Aseo personal de su paciente.



Gráfico 12. Principales actividades de los cuidadores (N=4).

Los resultados obtenidos en la aplicación de la escala del cuidador Zarit se muestran en la siguiente tabla:

PORCENTAJE DE PARTICIPANTES POR NIVELES DE SOBRECARGA				
Participantes	Sin sobrecarga	Sobrecarga leve	Sobrecarga Intensa	Total
4	2	1	1	4
%	50.00%	25.00%	25.00%	100.00%

Tabla 2. Resultados para grado de sobrecarga del cuidador de la escala Zarit (N=4).

De los 4 participantes que respondieron el instrumento el 50% puntuó “Sin sobrecarga” en el instrumento, mientras que un 25% puntuó “Sobrecarga leve” y el 25% restante “Sobrecarga intensa”.

Se analizaron los resultados de este instrumento acuerdo al sexo de los participantes, observándose que los hombres puntuaron para “Sin sobrecarga” y “Sobrecarga leve” respectivamente, mientras que las mujeres obtuvieron “Sin sobrecarga” y “Sobrecarga intensa”.

PUNTAJES ESCALA ZARIT		
PARTICIPANTES N=4	PUNTUACIÓN	GRADO DE SOBRECARGA
H1	20	SIN SOBRECARGA
M1	40	SIN SOBRECARGA
H2	49	SOBRECARGA LEVE
M2	60	SOBRECARGA INTENSA

Tabla 3. Resultados para grado de sobrecarga del cuidador de la escala Zarit, de acuerdo con el sexo de los participantes (N=4).

Con respecto a los 3 factores que se consideran comúnmente para realizar la subdivisión de los diferentes ítems del instrumento, se obtuvo que las dos participantes mujeres y un hombre puntuaron para porcentajes más altos en el factor “Consecuencias del cuidado en el cuidador”, mientras que sólo las mujeres arrojaron porcentajes altos en el factor de “Relación del cuidador con el paciente designado”.

PORCENTAJE POR FACTORES EN ESCALA ZARIT			
N=4 MUJERES=2 HOMBRES=2			
PARTICIPANTE	FACTORES		
	CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN EL CUIDADOR	CREENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE CAPACIDAD PARA CUIDAR	RELACION CUIDADOR CON PACIENTE DESIGNADO
ÍTEMS	1,2,3,7,8,10,11,12,13,14,22	4,5,6,9,17,18,19	15,16,20,21
H1	27.27%	10.71%	18.75%
M1	54.55%	14.29%	62.50%
H2	72.73%	39.29%	18.75%
M2	72.73%	46.43%	75.00%

Tabla 4. Porcentajes para los 3 factores de la Escala Zarit de acuerdo con el sexo de los participantes (N=4).

Las puntuaciones obtenidas por los participantes del estudio para cada dimensión del Inventario de Síntomas SCL-90-R se muestran en la siguiente tabla:

PUNTUACIÓN T EN SCL-90-R					
	N=4	Hombres	N=2	Mujeres	N=2
INDICE		1	2	1	2
IGS					
INDICE DE SERVERIDAD GLOBAL	0.49	3.06	*	0.56	1.29
TSP					
TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS	27	77	*	34	49
IMSP					
INDICE MALESTAR SINTOMATIVO POSITIVO	1.63	3.57	*	1.47	2.37
DIMENSIÓN					
		Hombres		Mujeres	
SOM					
SOMATIZACIONES	0.50	3.17	*	0.25	1.58 *
OBS					
OBSESIONES Y COMPULSIONES	0.70	2.10	*	0.90	1.10
SI					
SENSITIVIDAD INTERPERSONAL	0.56	3.22	*	0.78	1.56 *
DEP					
DEPRESIÓN	0.54	3.69	*	1.00	1.08

ANS ANSIEDAD	0.20	3.70	*	0.40	1.20	
HOS HOSTILIDAD	0.50	2.33	*	0.33	0.67	
FOB ANSIEDAD FÓBICA	0.43	3.43	*	0.71	1.29	*
PAR IDEACIÓN PARANOIDE	0.50	3.00	*	0.17	1.50	
PSIC PSICOTICISMO	0.20	2.30	*	0.30	1.00	

Tabla 5. Puntajes T del Inventario de Síntomas SCL-90-R obtenidos por los participantes del estudio (N=4).

Las puntuaciones obtenidas por los participantes se convirtieron a porcentajes por cada una de las subescalas del SCL-90-R, utilizando un semáforo ascendente y dividido en rangos: 0-15% (verde), 16-25% (azul), 26-50% (amarillo), 51-75% (naranja) y 76-90% (rojo). El semáforo se corresponde de manera ascendente con la escala Likert del instrumento para las respuestas positivas a malestar psicoemocional (0 = Nada, 1 = Muy poco, 2 = Poco, 3 = Bastante, 4 = Mucho).

SCL-90-R										
PARTICIPANTES N=4	% POR SUBESCALA									
	% SOM	% OBS	% SI	% DEP	% ANS	% HOS	% FOB	% PAR	% PSIC	% AD
H1	12.50%	17.50%	13.89%	13.46%	5.00%	12.50%	10.71%	12.50%	5.00%	21.43%
M1	6.25%	22.50%	19.44%	25.00%	10.00%	8.33%	17.86%	4.17%	7.50%	10.71%
H2	79.17%	52.50%	80.56%	92.31%	92.50%	58.33%	85.71%	75.00%	57.50%	82.14%
M2	39.58%	27.50%	38.89%	26.92%	30.00%	16.67%	32.14%	37.50%	25.00%	50.00%

Tabla 8. Porcentajes por subescalas del SCL-90-R de acuerdo con el sexo de los participantes.

Se destacó que dos de los participantes, un hombre y una mujer, se colocaron con los porcentajes más altos en la mayoría de las subescalas.

A continuación se muestran las medias en los respectivos índices y dimensiones del Inventario de Síntomas SCL-90-R divididos por sexo de los participantes:

INDICE	MEDIA DE PUNTUACIÓN T EN SCL-90-R				
	N=4	Hombres	N=2	Mujeres	N=2
IGS					
INDICE DE SERVIDAD GLOBAL		1.77		0.92	
TSP					
TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS		52.00		41.50	
IMSP					
INDICE MALESTAR SINTOMATIVO POSITIVO		2.60		1.92	
DIMENSIÓN		Hombres		Mujeres	
SOM SOMATIZACIONES		1.83		0.92	*
OBS					
OBSESIONES Y COMPULSIONES		1.40		1.00	
SI					
SENSITIVIDAD INTERPERSONAL		1.89		1.17	
DEP					
DEPRESIÓN		2.12		1.04	*
ANS					
ANSIEDAD		1.95		0.80	*
HOS					
HOSTILIDAD		1.42		0.50	*
FOB					
ANSIEDAD FÓBICA		1.93		1.00	*
PAR					
IDEACIÓN PARANOIDE		1.75		0.83	*
PSIC PSICOTICISMO		1.25		0.65	*

Tabla 9. Media de puntuación de Inventario de síntomas SCL-90-R obtenida por los participantes.

Se observa que la media de puntuación de los hombres con respecto a las mujeres es significativamente más alta para 7 de las 9 dimensiones y los 3 índices del SCL-

90-R. Esto se puede deber al caso del participante masculino que puntuó muy alto en todos los apartados del instrumento, afectando así, el resultado de la media.

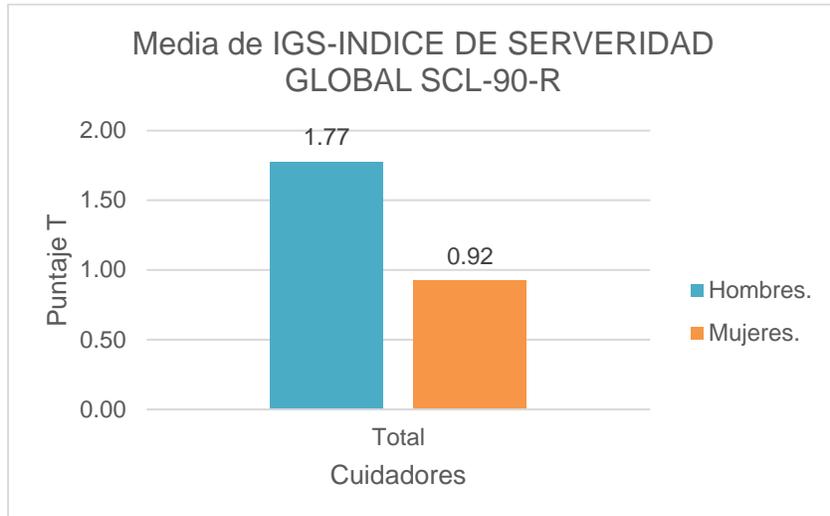


Gráfico 13. Media de Índice de Severidad Global (IGS) del SCL-90-R por sexo de los participantes (N=4).

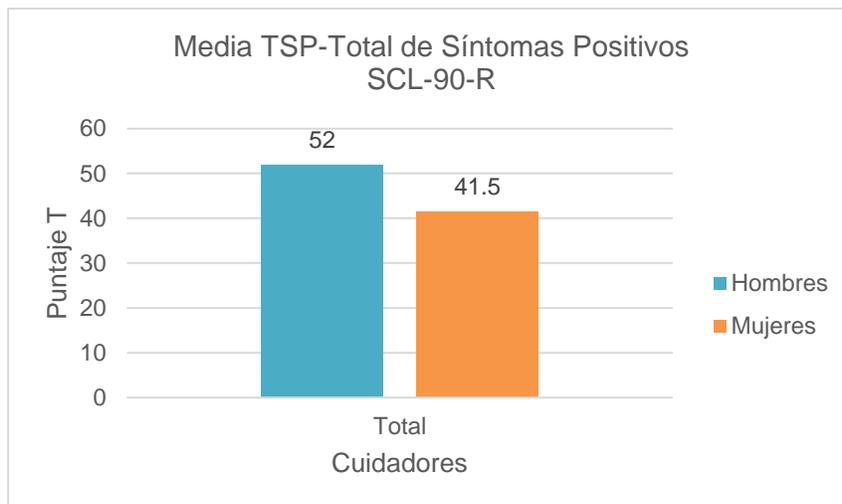


Gráfico 14. Media de Total de Síntomas Positivos (TSP) del SCL-90-R por sexo de los participantes (N=4).

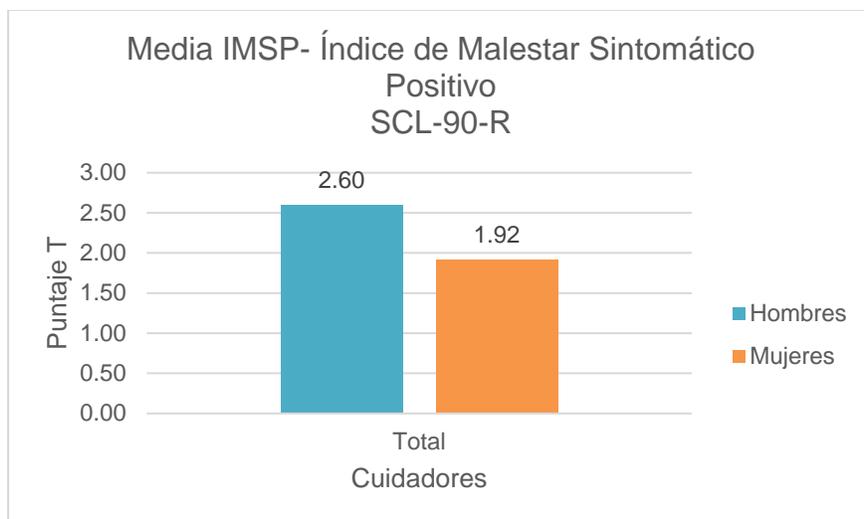


Gráfico 15. Media de Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) del SCL-90-R por sexo de los participantes (N=4).

Por último se presenta una comparación entre las medias obtenidas para las subescalas del SCL-90-R y los grados de sobrecarga obtenidos en la escala Zarit:

PARTICIPANTES N=4	SCL-90-R										ESCALA ZARIT	
	% POR SUBESCALA										PUNTUACIÓN	GRADO DE CARGA
	% SOM	% OBS	% SI	% DEP	% ANS	% HOS	% FOB	% PAR	% PSIC	% AD		
H1	12.50%	17.50%	13.89%	13.46%	5.00%	12.50%	10.71%	12.50%	5.00%	21.43%	20	SIN SOBRECARGA
M1	6.25%	22.50%	19.44%	25.00%	10.00%	8.33%	17.86%	4.17%	7.50%	10.71%	40	SIN SOBRECARGA
H2	79.17%	52.50%	80.56%	92.31%	92.50%	58.33%	85.71%	75.00%	57.50%	82.14%	49	SOBRECARGA LEVE
M2	39.58%	27.50%	38.89%	26.92%	30.00%	16.67%	32.14%	37.50%	25.00%	50.00%	60	SOBRECARGA INTENSA

Tabla 10. Relación entre puntajes de índices individuales del SCL-90-R y grado de sobrecarga de la escala Zarit en cuidadores (N=4).

Es posible notar que el nivel de sobrecarga y los niveles psicopatológicos identificados, se relacionan de manera significativa. Los dos cuidadores con mayor sobrecarga también puntuaron más alto en el positivo de malestar sintomático.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La muestra obtenida fue bastante homogénea, siendo 50% hombres y 50% mujeres, esto permitió entender que si bien el rol del cuidador se da tradicionalmente a las mujeres como nos dicen INMUJERES (2013), es en el contexto post COVID-19 donde los hombres están teniendo también su intervención.

Otro dato importante de notar es que los cuidadores de este estudio llevan a cabo actividades como alimentación, dar medicamentos, aseo del hogar, asistencia general, traslados fuera del hogar y visitas al médico, ayuda a caminar, ayuda para ir al baño y vigilancia, aseo personal de su paciente. Varias de las cuales se identifican dentro de las actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC) y las actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC) que menciona la Organización Panamericana de la Salud (2020).

Las subescalas del instrumento SCL-90-R con mayores puntajes (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica e ideación paranoide) coinciden de manera importante con lo planteado por Ruiz y Nava (2012) sobre los tipos de problemas relacionados con el estado psicológico del cuidador:

Ansiedad (nerviosismo, tensión, angustia...), Síntomas depresivos (apatía, tristeza), Hipocondría, Ideación paranoide, Ideas suicidas, dolores de cabeza, dolores en diversas partes del cuerpo, falta de apetito y problemas gástricos, arritmias, sensación de ahogo, trastornos del sueño, problemas de memoria y atención, cansancio. Los resultados obtenidos para la escala Zarit, también permiten comparar con el término Burnout o síndrome del cuidador quemado el cual se

caracteriza por el desgaste físico y emocional del cuidador, debido a su labor (Ruiz y Nava, 2012).

Aunque es notorio que las mujeres llevan más tiempo ejerciendo el trabajo de cuidadoras, sólo una de las participantes se encontró en un panorama general moderado en cuanto a la intensidad del desgaste y los síntomas psicopatológicos. Mientras que uno de los hombres, quien recién se dedica al cuidado, obtuvo puntajes bastante elevados y hasta de interés clínico.

De aquí se desprende la pregunta ¿Están las mujeres acostumbradas al hecho de ser cuidadoras? O ¿Las mujeres han asimilado mejor su rol como cuidadoras y por tanto, cuentan con una mayor resiliencia ante las actividades que este les demanda? Sería de bastante interés llevar a cabo un estudio extenso y detallado para buscar dar respuesta a estas interrogantes.

Limitaciones

La aplicación de los instrumentos para este estudio se llevó a cabo en un escenario virtual, debido a la imposibilidad logística y económica para realizar un estudio con participación presencial, además de las restricciones aún existentes por la pandemia. Al tratarse de un estudio preliminar y con una muestra bastante pequeña, se recomienda llevar a cabo otras versiones de este con una muestra más amplia. Esto permitiría contar con un volumen de datos suficiente para generar un mejor análisis y entendimiento del problema.

Mientras tanto, los resultados obtenidos admiten hacer un contraste entre lo que la literatura nos dice y la realidad de algunos cuidadores, donde podemos ver que las complejidades de su labor a veces van más allá del mero momento en el que se desempeñan y tienen mucho que ver también con las herramientas y condiciones

mismas en las que se han formado como personas. Ya sea la educación, su salud física y mental, el rol que ejercen en su núcleo familiar y por supuesto, su capacidad para adaptarse a los cambios que un acontecimiento como una emergencia sanitaria ha generado en todo y todos.

Competencias desarrolladas

Dice el perfil de egreso que “El egresado de la Licenciatura en Psicología SUAyED podrá desempeñarse con eficacia, responsabilidad, y sentido humanitario en equipos tanto multidisciplinarios como interdisciplinarios con el afán de contribuir al desarrollo del conocimiento de la disciplina, así como la evaluación e intervención de los problemas psicológicos en su entorno social para la promoción de la salud mental y calidad de vida.”

Y es cierto, la elaboración del manuscrito recepcional nos permite hacer una integración de las competencias metodológicas, teóricas, para poder aplicarlas y contextualizarlas en un problema que, además, requiere nuestra capacidad de análisis y síntesis de información, organización, planificación, creatividad, uso de las tecnologías de la información, comunicación interpersonal, inteligencia emocional, empatía y sobre todo, el sentido humano y la ética.

Si bien las competencias que se desarrollan a lo largo de la vida académica como estudiante de la licenciatura en Psicología a distancia van muy de la mano con la autorregulación, disciplina y responsabilidad, es en el momento de poner en práctica los conocimientos adquiridos donde uno se enfrenta a una exigencia mayor: poder conducirse de manera profesional y adecuada para llevar a cabo una evaluación o intervención que resulten en un beneficio para las personas que reciben nuestros servicios.

REFERENCIAS

- Almanza-Rodríguez, G. (2020). Cuidados de enfermería frente al manejo del paciente diagnosticado con Covid-19 en el área de hospitalización. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(4), 696-699. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.2963>
- Ángeles-Garay, U., Velázquez-García, J. A., Hernández-González, C., Velázquez-Chávez, Y., Hernández-Flores, N. G., Portilla-Aguilar, M., Ávila-Hernández, C., Cruz-Uscanga, C., Gaona-Aguas, C. V. y Fierro-Reyes, D. (2021). Factores asociados a defunción en pacientes hospitalizados por COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*.;59(5):423-30. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/4091/4277
- Azoulay, E., Chousterman, B., Degos, V., Dessap, A., Mira, J. P. y Monnet, X. (2020). *Propuesta para mantener el vínculo entre los pacientes hospitalizados por COVID-19 en reanimación y sus familiares*. *Assistance Hospitalaux*, 1(27), 1-5. https://aphp.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/272/files/2020/04/es_Reanimation_Visites-proches_20200327-converti.pdf

- Boix, V. y Merino, E. (2022). Post-COVID syndrome. The never ending challenge. Síndrome post-COVID. El desafío continúa. *Medicina clínica*, 158(4), 178–180. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.10.002>
- Carod-Artal, F. J. (2021). Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados. *Revista de Neurología*, 72 (11):384-396. <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>
- Casullo, M. y Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Universidad de Buenos Aires, 1-12. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_sintomas.pdf
- Cruz Rivas-Herrera, J. y Ostiguín-Meléndez, R. M. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. *Enfermería Universitaria*, 8(1), 49-54. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es&tlng=es
- Dawei, W., Bo H., Chang, H., Fangfang, Z., Xing, L., Jing, Z., Binbin, W., Hui, X., Zhenshun, C., Yong, X., Yan, Z., Yirong, L., Xinghuan, W. & Zhiyong, P. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 323(11), 1061-1069.

Derogatis, L. (s.f.). *SCL-90-R, Test de los 90 Síntomas*.
<https://www.pearsonclinical.es/scl-90-r-test-de-los-90-sintomas>

Erazo-Muñoz, M., Benavides, J., Cantor-Cruz, F., Acosta, A., Castillo, A. M. y Aranguren, D. (2021). Acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19 en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45(97).
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.97>

Gobierno de Guadalajara. (15 de febrero de 2021). *Cúídalos, la ciudad te apoya*.
<https://guadalajara.gob.mx/gdlWeb/#/detalle/208/la-ciudad-te-apoya>

González-González, C., Orozco-Rocha, K., Arias, M. P. y Carvajal, M. G. (2020). Trabajo de cuidado en las fuentes de información estadística de México. *Realidad, Datos y Espacio Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 11(3), 22-43. <https://rde.inegi.org.mx/wp-content/uploads/2021/01/RDE32.PDF>

Graham, C. W., De la Cruz, C. S., Cao, B., Pasnick, S., & Jamil, S. (2020). Novel Wuhan (2019-nCoV) coronavirus. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 201, 7–8. doi: 10.1164/rccm.2014P7.
<https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.2014P7>

Hernández, A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17): 173-185. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54514009011.pdf>

Huang, C., Kang, L., Zhang, D., Li, X., Zhou, X., Luo, J., Huang, Z., Tu, S., Zhao, Y., Chen, L., Xu, D., Li, Ya., Li, C., Peng, L., Huang, C., Li, X., Kang, L., Zhou, X., Luo, J., ... Cao, B. (2020). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, 397, 220–32. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)

Institute for Global Health Sciences.(2020). *La respuesta de México al Covid-19: estudio de caso*. https://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/globalhealthsciences.ucsf.edu/files/la_respuesta_de_mexico_al_covid_esp.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social.(2 de diciembre de 2015). Detección y Manejo del Colapso del Cuidador. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (s.f). ¿QUIÉNES SON LAS PERSONAS CUIDADORAS?.

<https://www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (28 de febrero de 2017).

ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DE LAS Y LOS CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES (2 DE MARZO). DATOS NACIONALES.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/cuidadores2017_Nal.docx#:~:text=Las%20personadas%20ocupadas%20en%20el,las%20mujeres%20perciben%2023.9%20pesos.

Instituto Nacional de las Mujeres. (2013). *El trabajo de cuidados ¿responsabilidad compartida?*.

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101231.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (16 de enero de 2020).

Cuidadores y cuidadoras de personas mayores.

<https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es>

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K., Lau, E., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., Tu, W., ... Feng, Z. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *The New England*

journal of medicine, 382(13), 1199–1207.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>

Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A. y Villapol, S. (2021). *More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis*.
<https://doi.org/10.1101/2021.01.27.21250617>

Mammana, L. (09 de junio de 2020). *COVID-19: La pavorosa potencia de una función exponencial*. Complejo Astronómico El Leoncito (CASLEO).
<https://casleo.conicet.gov.ar/covid-19-la-pavorosa-potencia-de-una-funcion-exponencial/>

Moreno-Pérez, O., Merino, E., Leon-Ramirez, J. M., Andres, M., Ramos, J. M., Arenas-Jiménez, J., Asensio, S., Sanchez, R., Ruiz-Torregrosa, P., Galan, I., Scholz, A., Amo, A., González-delaAleja, P., Boix, V., Gil, J., & COVID19-ALC research group. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: A Mediterranean cohort study. *The Journal of infection*, 82(3), 378–383. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.01.004>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *COVID-19 rapid guideline: managing the longterm effects of COVID-19*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng188/resources/covid19-rapid-guideline-managing-the-longterm-effects-of-covid19-pdf-51035515742>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Coronavirus síntomas.*

https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_3

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Los nombres de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) y del virus que la causa.*

[https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-)

[2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-)

[it#:~:text=El%2011%20de%20febrero%20de,%2DCoV%2D2\)%C2%BB](https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-)

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Valorar el trabajo no remunerado de cuidado de la salud para transformar la vida de las mujeres.*

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download

[&alias=43957-valorar-trabajo-no-remunerado-cuidado-salud-transformar-](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download)

[vida-mujeres-957&category_slug=agenda-salud-sostenible-americas-2018-](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download)

[2030-9479&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download)

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género.*

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52207/9789275322307->

[spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52207/9789275322307-)

Organización Panamericana de la Salud. (5 de mayo de 2021). *Hospitalizaciones y muertes por COVID-19 de adultos jóvenes se disparan en las Américas*.
<https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2021-hospitalizaciones-muertes-por-covid-19-adultos-jovenes-se-disparan-americas>

Organización Panamericana de la Salud. (08 de marzo de 2022). "La pandemia por COVID-19 afectó en forma desproporcionada a las mujeres de las Américas."
(“Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas – ReliefWeb”).
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55557>

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Peramo-Álvarez, F. P., López-Zúñiga, M. A. y López-Ruz, M. A. (2021). Secuelas médicas de la COVID-19. *Medicina Clínica*, 157 (2021), 388–394.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.023>

Ruíz, A. E. y Nava, M. G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169.
<http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

Ruiz-Aguilar, C. A., Urdapilleta-Herrera, E. C. y Lara-Rivas, G. (2021). Ansiedad en familiares de pacientes con COVID-19 hospitalizados en el Instituto Nacional

de Enfermedades Respiratorias. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 80 (2), 100-104. <https://dx.doi.org/10.35366/100990>

Salinas-Arango, N. A., Orozco-Toro, J. A. y Mejía-Giraldo, J. F. (2021). *Las ciencias sociales en épocas de crisis: escenarios, perspectivas y exigencias en tiempos de pandemia*. <http://doi.org/10.18566/978-628-500-011-9>

Secretaría de Salud. (2020). *Recomendaciones y estrategias generales para la protección y la atención a la salud mental del personal sanitario que opera en los centros COVID y otras instalaciones que prestan atención a los casos sospechosos o confirmados*. (“Gobierno de México | Secretaría de Salud COVID-19”). https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones_estrategias_generales_proteccion_atencion_salud_mental_personal_sanitario_2.pdf

Secretaría de Salud (2021). *INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE SE VACUNARÁ CONTRA LA COVID-19*. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/Info_personal_salud_VxCOVID_08Ene2021.pdf

Secretaría de Salud. (23 de febrero de 2022). *INFORME INTEGRAL DE COVID-19 EN MÉXICO*. (Número 04-2022). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2022/03/Info-04-22-Int_COVID-19_23feb_11mar22-2.pdf

Secretaría de Salud (31 de marzo de 2022). *Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/716539/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2022.03.31.pdf

Torres, F., Beltrán, G., Martínez, P., Saldivar, G., Quesada, C. y Cruz, T. (2006). Cuidar a un enfermo ¿pesa?. *La Ciencia y El Hombre. Revista de Divulgación Científica de la Universidad Veracruzana*, 19(2). <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/>

Villavicencio, M., Laguna, H., González-Pérez, G., Vega-López, M., Flores, J., y Barbosa, M. J.. (2016). *PERFIL DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DE ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO*. https://www.researchgate.net/publication/312193780_PERFIL_DEL_CUIDADOR_PRIMARIO_INFORMAL_DE_ADULTO_MAYOR_HOSPITALIZADO

ANEXOS Y APÉNDICES

Anexo 1

Test sobre la carga del cuidador Zarit

Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

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.

Puntuación:

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

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

Total:

Anexo 2

Inventario de síntomas SCL-90-R

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

L. R. Derogatis.
Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto

Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a

Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.

2. Nerviosismo.

3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

Apéndice 1

Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

CUESTIONARIO PARA CUIDADORES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado(a) a participar en un proyecto de investigación para tesis de licenciatura en Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. Este tiene como finalidad identificar los principales malestares físicos, emocionales y desgaste que presentan los cuidadores de pacientes actualmente se encuentran en una etapa de post hospitalización por Covid, requiriendo cuidados debido a las diversas secuelas de la enfermedad.

Se le comunica lo siguiente:

Su participación es estrictamente voluntaria, si después de leer el presente consentimiento informado o en algún punto decide abandonar, puede hacerlo sin ninguna explicación.

La información que proporcione se mantendrá en anonimato y será utilizada exclusivamente con fines académicos.

Entiende que se trata de un estudio, por lo que en esta etapa se considera únicamente la recolección de datos para el análisis del tema, sin compromiso de parte del encargado del mismo de ofrecer intervención psicológica a los participantes.

En caso de que sus respuestas indicaran la necesidad de recibir atención psicológica, se le ofrecería información vía correo electrónico sobre servicios disponibles en el país.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

*

Acepto

 Esta pregunta es obligatoria

Siguiente  Página 1 de 9

Apéndice 2

Cuestionario sociodemográfico

Datos del cuidador ✕ ⋮

Proporciona los siguientes datos:

Edad *

Texto de respuesta corta

Sexo *

Mujer

Hombre

Nivel de estudios *

Básico completo (primaria/secundaria)

Básico incompleto (primaria/secundaria)

Medio completo (Bachillerato)

Medio incompleto (Bachillerato)

Universitario completo

Universitario incompleto

Otra...

Ocupación *

Texto de respuesta corta

Lugar de nacimiento *

Texto de respuesta corta

Lugar de residencia actual *

Texto de respuesta corta

¿Desde hace cuánto es cuidador? *

Texto de respuesta corta

Parentesco con la persona que cuida. *

Texto de respuesta corta

¿Cuántas horas dedica a la semana a cuidar de otra persona? *

Texto de respuesta corta

¿Recibe una remuneración económica por su labor de cuidar a otra persona? *

Sí

No

¿Cuánto recibe por cuidar a otra persona? *

Texto de respuesta corta

¿Tiene ayuda de otras personas para realizar las labores de cuidado? *

Sí

No

Escriba las 5 actividades principales que realiza al cuidar de otra persona (ej. dar medicamentos, ayudar a moverse) *

Texto de respuesta larga

Correo electrónico para recibir información sobre este estudio y/o recomendaciones de servicios de atención psicológica. *

Texto de respuesta corta