



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Relación entre la ideación suicida y depresión en cuidadores primarios
informales en el área de urgencias**

TESIS

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

Jesus Alberto Peña Gil

Correo electrónico: jesuberto@hotmail.com

Director: Dr. Edgar Landa Ramírez

Revisora: Dra. Angélica Juárez Loya

Sinodales:

Dra. Paulina Arenas Landgrave

Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Dr. Fátima Sagrario Espinoza Salgado



Ciudad de México, 2023.



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

Agradecimiento a todos aquellos que me acompañaron en el proceso de escritura de este trabajo, cada uno aportó un grano de arena sumamente valioso sin el cual esto no hubiera sido posible.

Muchas gracias a toda mi familia por apoyarme durante todos estos años, soportar mis palabras raras y momentos de intensidad con los que me apasiona el estudio. Esto es para ustedes.

Mtro. Jorge Álvarez Martínez. Muchas gracias por abrirme las puertas a la sensibilidad de lo humano en las situaciones de crisis, espero algún día poder impactar tanto en la gente como en su momento usted lo hizo con tantas personas.

Mtro. Joaquín Fernando Castañeda Magaña. Muchas gracias por ser un guía en mi camino desde el tiempo que estuve en la secundaria. Incluso en la carrera de psicología se requiere saber los fundamentos de la física y aprenderlos de usted ha sido una gran bendición por la que estoy muy agradecido.

Sandra Guadalupe Ambrosio. Muchas gracias por acompañarme a lo largo de la carrera y compartir conmigo las tardes esperando las clases en tantas ocasiones. Espero compartir los pasillos de nuevo contigo en el futuro.

Isela Martínez. Muchas gracias por brindarme tu amistad desde aquel primer día de la carrera y ser un apoyo constante a lo largo de los semestres en los que coincidimos en las clases. Soy testigo de que te irá muy bien tanto en la música como en la psicología pues tu esfuerzo en ambas es algo admirable.

Adriana Cecilia Hernández. Muchas gracias por ser una luz en un periodo de profunda oscuridad y permitirme conocer un poquito de tu mundo tan bello. Que nunca desaparezca esa empatía inigualable que te hace brillar por encima de todos los demás.

Dulce Chino. Muchas gracias por acompañarme en esta aventura tan compleja de escribir una tesis. Fueron muchos los momentos difíciles que enfrentamos, pero creo que al final valió la pena y este logro lo comparto contigo.

Mónica San Agustín. Muchas gracias por todo tu apoyo a lo largo de estos años. Espero que, así como yo alcancé esta meta, tu camino también esté lleno de muchos éxitos como docente.

Agradecimientos también a todo el equipo de Psicología de Urgencias y a quienes lo conformaron, por acobijarme y permitirme crecer en su programa invaluable.

Markplier, thank you so much Mark for being such an inspiration to keep on fighting for the plans on life and for being a friend always there for all of us.

Jacksepticeye, thank you so much Seán for being there whenever I needed someone to feel like I was not alone and being a companion in those moments where the sadness was strong.

NexxuzHD/Nexxuz World, muchas gracias Sergio y los arkeanos por darme tantos momentos memorables y alegres cuando más los necesitaba para seguir adelante. Estaré esperando con ansias las nuevas aventuras que estén por venir.

Mundo Chávez, muchas gracias Daniel por ser una compañía siempre presente en aquellas noches oscuras en las que escuchar tu voz y la historia de Extinción me dieron calma al sentir que no estaba solo y había más como yo. Recuerda que tú eres Legendario.

Memento mori, Unus Annus

000:00:00:01

Índice

Contenido	Páginas
1. Resumen	4
2. Introducción: Transición epidemiológica y la Psicología de la Salud.....	5
3. Capítulo 2. Sintomatología depresiva y suicidio en el cuidador primario	9
4. Método.....	17
5. Resultados.....	27
6. Discusión y conclusiones.....	35
7. Referencias	41
8. Anexos	61

Resumen

El objetivo de esta investigación fue identificar la relación entre la depresión y el riesgo suicida de los Cuidadores Primarios Informales (CPI) del área de Urgencias Médicas. Se llevó a cabo un estudio transversal correlacional, donde se evaluó a 231 CPI del área de Urgencias de un hospital general de la Ciudad de México. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la subescala de riesgo de suicidio de la entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI). Los resultados indican que la media de edad fue de 47.37 años, 73.59% fueron mujeres, 54.11% presentaron sintomatología depresiva, 28.13% riesgo suicida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a las variables. Se identificó una correlación positiva, con débil fuerza de asociación y estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el riesgo suicida ($r_s=0.21$, $p<0.001$). Los hallazgos resaltan que los CPI que llegan al área de urgencias presentan sintomatología depresiva e ideación suicida de manera similar a lo reportado en otras áreas hospitalarias. Se recomienda generar más investigación en el tema y desarrollar intervenciones para atender la necesidad de salud mental de esta población.

Palabras clave: Depresión, Suicidio, Urgencias Médicas, Cuidador Primario Informal

Abstract

The objective of this research was to identify the relationship between depression and suicide risk of the Informal Primary Caregivers (CPI) of the Medical Emergency area. A cross-sectional correlational study was carried out, where 231 CPIs from the Emergency Department of a general hospital in Mexico City were evaluated. A sociodemographic questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the International Neuropsychiatric Interview (MINI) suicide risk subscale were applied. The results indicate that the mean age was 47.37 years, 73.59% were women, 54.11% had depressive symptoms, 28.13% suicidal risk, no statistically significant differences were found between men and women regarding the variables. A positive correlation was identified, with a very weak strength of association and statistically significant between depressive symptomatology and suicidal risk ($r_s=0.21$, $p<0.001$). The findings highlight that the CPIs who arrive at the emergency department present depressive symptoms and suicidal ideation in a manner similar to that reported in other hospital areas. It is recommended to generate more research on the subject and develop interventions to address the mental health needs of this population.

Keywords: Depression, Suicide, Emergency Department, Informal Primary Caregiver

Introducción

Transición epidemiológica y la Psicología de la Salud

Las enfermedades que sufren los seres humanos no han sido las mismas desde el inicio de los tiempos, el motivo de enfermedad y muerte ha variado desde hace aproximadamente 10,000 años igual que la expectativa de vida. Por ello, los epidemiólogos han planteado teorías para explicar qué genera estos cambios, como la teoría de la transición epidemiológica de Omran (1971) que estudia los cambios en los patrones de salud-enfermedad y las variables demográficas, económicas y sociológicas que lo determinan, lo que permite ver las consecuencias que tienen las pandemias, guerras, hambrunas y plagas en diversas poblaciones.

Es así que se plantea al periodo paleolítico como punto de inicio para estudiar las actividades de los humanos, que en ese tiempo se dedicaban a la cacería y a la recolección cambiando constantemente de lugar sus campamentos. La principal causa de muerte se atribuyó a eventos violentos como peleas entre grupos, lo que ayudó a que las poblaciones fueran pequeñas y a que el contacto con los patógenos fuera bajo, en consecuencia, fue poco común que fallecieran por enfermedades (Armelagos et al., 2005; Peterkin, 2008).

Esto cambió con el desarrollo de la agricultura y la domesticación de animales hace aproximadamente 10,000 años, cuando se adoptó un estilo de vida sedentario en el que ahora podrían producir su propia comida, teniendo así un incremento en el tamaño de población al tener más recursos, lo que impulsó el desarrollo de ciudades en las que fue difícil mantener una distancia adecuada entre la vivienda, el espacio para los animales y sus desechos, por lo que aumentó el riesgo de infección por parásitos; por ejemplo, el caso de Londres en el año 1800, única ciudad con un millón de habitantes en su momento, donde quienes vivieron en espacios superpoblados vivieron epidemias de viruela, tifoidea, difteria, fiebre amarilla, entre otras enfermedades respiratorias, esto debido a condiciones de vulnerabilidad y contexto socioeconómico como bajos ingresos económicos y difíciles condiciones laborales a causa de la disponibilidad de alimento, el crecimiento de la población y la división económica entre clases sociales (Armelagos et al., 2005).

Sin el desarrollo de medidas de salud pública de la medicina, no se tenía una forma eficaz de controlar estas enfermedades infecciosas, por lo que eventos como la pandemia por la peste negra, causada por una variante de la bacteria *Yersinia Pestis*, afectó a Eurasia matando hasta el 60% de la población entre los años 1346 y 1353 (Callaway, 2022; Holmes, 2011; Schuenemann et al., 2011). De manera similar ocurrió con la pandemia de influenza causada por un virus aviar H1N1 en la llamada Pandemia de Gripe de 1918 o Gripe Española, identificada por primera vez en personal militar en Estados Unidos, acumulando al menos 50 millones de muertes en todo el mundo ya que, entre otros factores geopolíticos como la primera guerra mundial, no se contaba con vacunas o antibióticos para controlar la mortalidad del virus (Centros para el Control y la prevención de Enfermedades [CDC]), 2019.

Gracias al desarrollo de nuevas tecnologías, la medicina pudo finalmente comenzar a controlar algunas de estas enfermedades infectocontagiosas. Un ejemplo es el caso del desarrollo de la primera vacuna para la viruela, logro que se le atribuye a Edward Jenner, un médico inglés que notó que las personas que ordeñaban a las vacas parecían ser inmunes a la viruela humana, después de presentar una variante de viruela vacuna menos letal que la observada en humanos que tenía una tasa de letalidad entre 30-60%, por lo que llevó a cabo un experimento en el que insertó una pequeña cantidad de material de una lesión pustular de viruela de las manos de una mujer que había sido infectada accidentalmente por una vaca, dando como resultado una resistencia en el niño a infectarse con la variante de la viruela de humanos (Jenner, 1801; Quezada, 2020). Con la llegada de la revolución industrial, la medicina vivió su propia revolución en la que avances como el de la vacunación este fueron favorecidos por los desarrollos tecnológicos de la época, por ejemplo: la creación de instrumentos en hierro forjado que soportaban ser esterilizados sin deformaciones, la aguja hipodérmica, la introducción de la antisepsia y sistemas más completos de anatomía, entre otros, produciendo una mejoría en calidad de vida y por consiguiente una disminución en la mortalidad por las enfermedades infecciosas (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2023; Rangel, 2023).

Posteriormente por el año 1960, con el incremento de la longevidad y el desarrollo de tecnología de inmunización ante algunas de las enfermedades infecciosas, se observó

una reducción en la mortalidad en niños, niñas y mujeres en edad reproductiva. Esto trajo como consecuencia un aumento en la supervivencia de los recién nacidos a quienes tendrían que brindar cuidados por más tiempo que en épocas en las que los bebés tenían más riesgos de fallecer, razón por la cual la tasa de natalidad disminuyó, controlando así el crecimiento de las poblaciones y creando una mejor calidad de vida, nutrición y medidas de salud para los individuos, por lo que gradualmente alcanzaron edades más longevas alcanzando los 50 años de vida, lo cual a su vez trajo como consecuencia el predominio de las enfermedades crónico-degenerativas en estas poblaciones (Armelagos et al., 2005; Omran, 1971).

Es a partir del surgimiento de las enfermedades crónicas degenerativas que se observa más claramente el impacto que tiene el estatus socioeconómico en la salud de las poblaciones, en concreto que los segmentos pobres tienen mayor exposición a enfermedades infectocontagiosas en comparación con aquellos con mejor nivel socioeconómico (Armelagos et al., 2005), por lo que se enfrentan a una doble carga de trabajo en los hospitales con las enfermedades infectocontagiosas acompañadas por las crónico degenerativas, como se observa en países desarrollados en los que a menor nivel de ingresos se incrementa la prevalencia de obesidad y el índice de masa corporal (Broyles et al., 2015).

La situación es más compleja en la actualidad por el repunte de enfermedades crónicas e infectocontagiosas, estas últimas en ocasiones resistentes a antibióticos, teniendo como consecuencia un impacto global por los cambios de la movilidad, tecnológicos, demográficos, sociales y ambientales. Esta situación se ha visto exacerbada por el uso inadecuado de antibióticos, teniendo como resultado el incremento en el costo del tratamiento y una resistencia de los patógenos, por ejemplo, la resistencia a penicilina del *Streptococcus pneumoniae*, bacteria causante de infecciones como neumonía y meningitis (Armelagos et al., 2005; Dreser et al., 2008).

Es así que desde inicios del siglo XIX, la medicina ha desarrollado instrumentos como el estetoscopio de René Laënnec, que han permitido para tener una mejor comprensión del proceso salud-enfermedad y como se manifiestan, creando así un conjunto de conocimientos precisos sobre las alteraciones del cuerpo y las enfermedades en las que

estas se presentan, dando como resultado el modelo biomédico basado en el dualismo Cartesiano, es decir, la mente y el cuerpo separados, por lo que toda enfermedad se explicaba a través de los procesos del cuerpo y sus alteraciones bioquímicas o neurofisiológicas. Es por esta separación mente-cuerpo que la medicina veía al paciente como un ente pasivo, asocial y ahistórico teniendo como único objetivo el tratamiento del estado físico. (Alonso, 2004; Deacon, 2013; Juesas et al., 2020; McWhinney, 1986; Taylor & Stanton, 2021)

Ya que las enfermedades crónicas no eran el principal centro de atención, es comprensible que la salud estuviera definida como la ausencia de enfermedad ya que en tiempos de hambruna y pandemias las enfermedades infectocontagiosas dominaban en morbilidad y mortalidad a nivel mundial, sin embargo esta perspectiva tendría que cambiar teniendo en cuenta enfermedades crónico-degenerativas, como: diabetes o el VIH, enfermedades que no son curables y requerirán tratamientos prolongados a lo largo de la vida (CDC, 2021; Deeks et al., 2013).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su acta constitutiva publicada en 1948 da una definición de salud donde menciona que es “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 2021a), siendo esto reafirmado como un derecho humano en la reunión en Alma-Ata (OMS, 1978), estableciendo además el objetivo de la Organización en el que todo el mundo gozará de un nivel de salud óptimo para una vida social y económica productiva en el año 2000, compromiso que se remarcó en la consecuente declaración de Astaná por alcanzar la cobertura sanitaria universal para mejorar la salud física y mental a través del equipo multidisciplinario de profesionales de la salud (OMS, 2018).

Considerando el cambio del significado de salud, Engel (1977) plantea al modelo biopsicosocial que se muestra congruente a dicha definición puesto al integrar las tres esferas que el antiguo modelo biomédico deja de lado por lo que resulta reduccionista al afirmar que toda enfermedad tiene una base fisiológica. Así, el modelo biopsicosocial permite integrar lo útil del modelo biomédico con la interacción que existe con los factores psicológicos y sociales del contexto de la vida del paciente a través de una interacción, tal

como se planteó desde un principio en la definición de salud de la OMS (Taylor & Stanton, 2021).

Por lo que organizaciones como la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) generaron cambios para atender la necesidad de incluir el componente psicológico en la atención a la salud, creando dentro de su organización la Sociedad de Psicología de la Salud a través de la división 38, como equipo para realizar avances en la comprensión de la salud y enfermedad a través de investigación clínica, educación y servicio (APA, 2021). Con la creación de esta subdivisión se realizan aportes sobre los procesos psicológicos relacionados a enfermedades crónico-degenerativas como: diabetes (Baumeister et al., 2012), problemas cardiovasculares (Baumeister et al., 2011), cáncer (Mustafa et al., 2013), así como enfermedades infectocontagiosas de nivel global como la pandemia por Covid-19 causada por el virus SARS-Cov-2 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020; Landa-Ramírez et al., 2021).

Sin embargo, a causa del desconocimiento de la labor del psicólogo y sus posibles aportaciones en salud mental, no ha sido extensiva su inserción en cada escenario de salud, por ejemplo en el área de medicina de emergencia, disciplina que por sus características específicas ha tenido mayor dificultad para integrar la evaluación de factores psicológicos y sociales en la atención de los pacientes que acuden al servicio, aun cuando se ha observado que la visita a servicios de urgencias se vive como un evento estresante que está asociado con miedo, desesperanza, tristeza, ansiedad y frustración tanto en los pacientes como en los cuidadores primarios informales (CPI) que experimentan un deterioro en su calidad de vida y afectaciones en su salud (Faessler et al., 2016; García et al., 2010; Sewitch et al., 2006).

Existen limitaciones por las que los psicólogos de la salud no han podido insertarse en estas áreas, como las barreras económicas que limitan la contratación de expertos en salud mental en los hospitales causada además por el poco, aunque creciente reconocimiento que tiene la psicología de urgencias dentro del sector salud y la literatura científica (García et al., 2010; Landa-Ramírez & Murillo-Cruz, 2019). Sin embargo, los psicólogos deben estar presentes en cada departamento de urgencias para ser coherente con la definición de salud de la OMS y responder al modelo biomédico con los aportes de la psicología en el área de medicina de emergencia, así como mencionan Holland et al. (2021)

que resaltan la importancia de mantener la vigilancia en casos de sobredosis, violencia y especialmente en intento suicida pues realizar labores de evaluación e intervención breve puede duplicar la capacidad de diagnóstico de riesgo suicida y disminuir la conducta suicida (Boudreaux et al. 2016; Miller et al. 2017).

De acuerdo con el modelo biopsicosocial las necesidades de atención de un servicio de urgencias no se limitan a las enfermedades infectocontagiosas y crónico-degenerativas, si no que existen urgencias médicas por problemas de salud mental, que es donde radica la importancia de un trabajo multidisciplinario que incluya personal especializado como psicólogos para su atención. Por mencionar algunas de dichas urgencias: casos de violencia de pareja, consumo de sustancias, problemas de salud mental como trastorno de estrés postraumático o trastorno de pánico, posible abuso o negligencia infantil, por necesidad de psicoeducación por falta de apego al tratamiento de una enfermedad crónica preexistente, así como por intento suicida (García, 2010; Holland et al, 2021).

Es así que el próximo capítulo apunta a ser un breve vistazo del panorama actual y generar más evidencia científica sobre la relación entre la ideación suicida y la depresión en CPI de pacientes del área de Urgencias Médicas.

Capítulo 2. Sintomatología depresiva y suicidio en el cuidador primario

La medicina de emergencia se ha definido como una especialidad de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas comprendiendo entre sus actividades la planeación, vigilancia y dirección de la respuesta médica de preparación ante desastres (American College of Emergency Physicians [ACEP], 2021). La práctica de medicina de emergencias incluye la evaluación inicial, diagnóstico, tratamiento, coordinación del cuidado entre múltiples clínicos, recursos comunitarios y disposición de cualquier paciente que requiera atención médica, quirúrgica o psiquiátrica urgente, dicha atención puede ser llevada a cabo en espacios tales como hospitales, departamentos de emergencias, clínicas de cuidados urgentes, unidades de observación, vehículos de respuesta médica, en desastres o vía telesalud sin que estos sean los únicos posibles (ACEP, 2021).

Se han desarrollado sistemas de clasificación para poder atender las urgencias médicas, creando así el Triage, palabra derivada del francés *trier* que significa ordenar (Iserson & Moskop, 2007). Si bien no existe un consenso internacional, se presentan con gran importancia escalas que cuentan con cinco niveles de clasificación de emergencias tales como la Escala Australiana de Triage (ATS) o el Sistema Español de Triage (SET) (Farrohknia et al., 2011). Las escalas están compuestas de cinco categorías que describen la inmediatez con que debe atenderse a los pacientes, donde la primera categoría se asigna a una condición que amenaza la vida y requiere prioridad absoluta para tratamiento inmediato como la reanimación; posteriormente, la categoría dos se considera como una emergencia que implica riesgo vital muy urgente, inestabilidad o dolor muy intenso y debe ser atendida en máximo diez minutos; en la categoría tres se puede llevar media hora ya que es urgente pero estable hemodinámicamente, es decir con valores normales de presión sanguínea y frecuencia cardíaca; a la categoría cuatro se puede destinar una hora ya que se considera una urgencia menor sin riesgo vital y finalmente, la categoría cinco considera dos horas para la atención ya que no se denomina como una urgencia y no aparenta presentar una situación compleja (Australian College for Emergency Medicine, 2021; Farrohknia et al., 2011; Soler et al., 2010). Dada la naturaleza del servicio, los usuarios tienen preferencia por atenderse en urgencias -aunque no lo amerite de acuerdo con las clasificaciones de triage-

ya que pueden recibir atención inmediata y alivio inmediato de sus síntomas, lo cual ha generado que internacionalmente se observe un uso inapropiado y una sobrecarga en la que del 6.7% al 89% de las visitas a urgencias fueron realizadas por problemas que no lo ameritaban, siendo los más comunes por: problemas digestivos, enfermedades respiratorias, dolor abdominal o en el pecho, enfermedades de la piel, enfermedades genitourinarias, molestias neurológicas, enfermedades musculoesqueléticas y por problemas de salud mental (Carret et al., 2009; Gonçalves-Bradley et al., 2018).

De acuerdo con Cairns et al. (2021), durante el año 2018, se tiene registro de 130 millones de visitas al servicio de urgencias en Estados Unidos, de las cuales 22% de los adultos mayores de 18 años visitaron el servicio de urgencias mientras que el 8.2% usaron sus servicios más de dos ocasiones en un periodo de 12 meses (National Center for Health Statistics, 2019; Cairns et al, 2021). La tasa de visitas más alta por grupo de edad fue del grupo de un año con 101 visitas por cada 100 infantes, seguido por el grupo de 75 años y más con 52 visitas por cada 100 personas, siendo los más altos entre los cuales se destaca que la visita a los servicios de urgencias tiene una tasa superior en las mujeres con 44 visitas por cada 100 mientras que en los hombres fueron 37 visitas por cada 100 (Cairns et al., 2021). Se hizo una comparación de los motivos de visita al departamento de emergencias entre el año 2010 y 2014, en la cual la segunda categoría más frecuente fueron salud mental y abuso de sustancias con una tasa de 19.2 por cada mil personas, el cual tiene como componente el suicidio y la autolesión intencional con una tasa de crecimiento del 0.39 al 0.71 por cada 1000 personas (Hooker et al., 2019). De acuerdo con Santillanes et al. (2020), del año 2009 al 2015 se vio un incremento del 40.8% en el número de visitas anuales relacionadas a salud mental pasando de ser siete millones a 10.4 millones en adolescentes y adultos de 10-17, 18-25 y 26-45 años, mientras que hubo una disminución lineal de -2.3% por año en la proporción de admisión al hospital o derivaciones a hospitales psiquiátricos por problemas de salud mental, donde específicamente por suicidio y autolesión intencional, disminuyeron en 4.6%, posiblemente asociado a la disminución de disponibilidad de atención psiquiátrica (Bastiampillai et al., 2016).

En la Ciudad de México en el año 2019 se atendieron 642,910 pacientes por el servicio de urgencias, de los cuales un 42.2% fueron hombres y 57.8 mujeres en las que

predominaron edades de 20 a 24 años y en hombres aquellos con edades de cero a cuatro años (Secretaría de Salud, 2021). Los cinco principales motivos de consulta que se registraron fueron traumatismos, envenenamientos y algunas consecuencias de causas externas, por causas obstétricas directas excepto aborto y parto único espontáneo, infecciones respiratorias agudas excepto influenza y neumonía, enfermedades infecciosas intestinales y enfermedades del corazón (Secretaría de Salud, 2021).

Asistir al servicio de urgencias tiene varios efectos adversos en los pacientes, tales como un incremento del riesgo de muerte entre 34-26% 10 y 30 días después del alta médica cuando son atendidos durante un periodo de sobrecarga del servicio (Carter et al., 2014), así como aquellos pacientes con multimorbilidad, es decir padecer de dos o más condiciones crónicas, son más susceptibles a más altas tasas de complicaciones en visitas por enfermedades del corazón como durante el tratamiento a síndrome coronario agudo tales como sangrado, debido a factores como interacciones de medicamentos o enfermedades (Breen et al., 2020).

Asimismo, se observan afectaciones psicológicas en quienes cuentan con algún diagnóstico de enfermedades mentales serias como depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia ya que esto aumenta el riesgo de ser readmitidos 30 días después del alta médica (Germack et al., 2018), acompañado a que los pacientes en la categoría 3 (condiciones menos serias) se han asociado niveles más bajos de ansiedad que aquellos con un puntaje de 1 o 2 de triage, es decir mayor nivel de emergencia, así como con un hallazgo de alguna anormalidad durante el examen físico, ingresos económicos altos, la presencia de alguna enfermedad sistémica y la complicación aguda de alguna enfermedad crónica (Koyuncu & Karcioglu, 2018).

A nivel de afectaciones sociales se ha reportado que del total de visitas al departamento de urgencias aquellos que fueron admitidos, transferidos a otros hospitales o se les dio el alta médica pasaron 24.5 horas más de tiempo total hospitalizados en contraste con aquellos que llegaron por otros motivos diferentes a salud mental (Medeiros et al., 2019) e incluso, si se les atiende en un periodo de sobrecarga del servicio esta saturación del servicio está asociada con altas tasas de pacientes dejando el hospital sin ser atendidos (Carter et al., 2014).

Finalmente, Holland et al. (2021) reportan que durante la pandemia por SARS-CoV-2 se observó un incremento en las tasas de visitas al departamento de urgencias por condiciones por salud mental, por ejemplo: suicidio, sobredosis de drogas y opioides. La mayor frecuencia de visitas la encabezó el sexo femenino en comparación a lo registrado en años previos. Por lo cual se observa que, a pesar de la pandemia, se mantuvo constante la preocupación y necesidad por acudir al servicio de urgencias por salud mental y particularmente por el intento suicida.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define al suicidio como todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo la muerte, entendiendo así que el intento de suicidio es todo comportamiento que no causa la muerte incluyendo así intoxicación, agresiones o lesiones autoinfligidas que pueden o no tener una intención o resultado mortal, teniendo que el comportamiento suicida es una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio, planificar el suicidio, intentarlo y cometer el suicidio propiamente. Específicamente, la ideación suicida son aquellos pensamientos de terminar con la vida de uno mismo, ya sea activamente con un plan o pasivamente con solo el deseo de morir. El intento suicida es el comportamiento autolesivo con intención real o inferida de morir. La autolesión se observa como conducta auto lesiva con o sin el intento de morir mientras que la autolesión no suicida son aquellas realizadas sin la intención de morir (Turecki et al., 2019).

De acuerdo con la OMS (2021b), cerca de 800, 000 personas cometen suicidio cada año, siendo así una persona cada 40 segundos, además que por cada suicidio hay más de 20 intentos, teniendo un gran impacto en familias, amigos, colegas, comunidades y en la sociedad. Mundialmente existe una tasa de suicidio de 11.4 por cada 100,000 personas con una tasa de 15.0 y 8.0 por cada 100,000 personas para hombres y mujeres respectivamente donde, aunque las tasas son mayores en países de ingresos altos, en los países de ingresos bajos y medianos se registra el 75.5% de los suicidios, teniendo una tasa del 6.1 por cada 100,000 en la región de las Américas. De acuerdo con los datos de la OMS (2014), en países de ingresos altos la incidencia del intento suicida es mayor en individuos entre 15-29 años manteniéndose relativamente estable hasta la edad de 70 años o más, mientras que en los países de ingresos bajos y medianos el punto más alto se observa en aquellos individuos

entre 30-49 años manteniéndose relativamente estable con una tendencia a la baja hacia los 70 años o más, teniendo como constante que tanto en países de ingresos altos como bajos y medianos la menor incidencia es en personas menores de 15 años y la más alta en individuos con 70 años o más.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI] 2021), en el año 2020 se tiene registro de 7896 suicidios registrados de los cuales 6449 fueron hombres y 1439 mujeres, donde la mayoría tenían entre 20 y 29 años, teniendo a Yucatán, Aguascalientes, Coahuila de Zaragoza, Baja California Sur y Querétaro como los estados con mayor porcentaje de muertes por suicidio respecto al total de muertes violentas con 31%, 24.7%, 21.1%, 20.6% y 19.6% respectivamente.

Uno de los principales factores asociado al riesgo de suicidio son los trastornos de la personalidad, con un riesgo siete veces mayor en comparación con población general (Schneider et al., 2008), destacando especialmente el Trastorno Limítrofe de la personalidad (TLP), que ha sido ampliamente descrito como un factor de riesgo entre los adolescentes y adultos jóvenes (Asarnow et al., 2021). En el trabajo de Doyle et al. (2016) se comparó el riesgo asociado entre tener un diagnóstico psiquiátrico, un diagnóstico de Trastorno de la personalidad y el diagnóstico de TLP, encontrando a partir de la regresión logística un riesgo cuatro veces mayor en aquellos con un diagnóstico de trastorno psiquiátrico, un riesgo casi 20 veces mayor en aquellos con un trastorno de personalidad y un riesgo 37 veces mayor al tener el diagnóstico de TLP en comparación con población general. Entre otros factores que se han asociado al riesgo de suicidio se encuentran un diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo y relacionados (Pellegrini et al., 2020, 2021), ser un hombre casado con alguien del mismo sexo (Björkenstam et al., 2016), el uso de cannabis (Escelsior et al., 2021), el acné en personas entre siete y 30 años (Xu et al., 2021) y la exposición a contaminación ambiental por partículas en suspensión en el aire (Liu et al., 2021).

De acuerdo con su relación temporal, en el riesgo de suicidio se ven implicadas una variedad de factores distales, de desarrollo y proximales. Como factores distales, se ha encontrado que existe un riesgo hasta tres veces mayor por predisposición familiar (Tidemalm et al., 2011), y cinco veces mayor en descendientes de quienes han intentado

suicidarse (Brent et al., 2015), así como rasgos de personalidad asociados con ansiedad, impulsividad y transitar por episodios depresivos, siendo factores del desarrollo precipitantes de la conducta suicida (Holma et al., 2010; McGirr et al., 2009) y como factores proximales o precipitantes, la conducta suicida no fatal se observa como un robusto predictor de conducta suicida futura y consolidación del suicidio donde aproximadamente 40% de quienes mueren por suicidio han tenido intentos de suicidio previos donde tienen aproximadamente 4% de riesgo de conducta suicida y muerte por suicidio (Carroll et al., 2014; Turecki et al., 2019).

Sin embargo, los pacientes no son los únicos afectados cuando hay un intento suicida, el CPI también sufre afectaciones. Se le ha definido como la persona o personas que realizan las tareas de cuidado del paciente que no son cubiertas por el sector formal como: alimentación, aseo e higiene personal, movilidad, medicación, apoyo emocional y conseguir recursos económicos, cuando la autonomía del paciente se ve limitada, con el que se comparte un vínculo afectivo ya que suele ser un familiar o amigo cercano. El CPI asume estas tareas de cuidado durante la mayor parte del día, aunque no cuente con la formación especializada para hacerlo ni remuneración económica a cambio. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2020; López, 2016; McCorkle et al., 2012; OMS, 2017; Roth et al., 2015).

Internacionalmente se ha registrado que los CPI tienen una edad promedio de 39 años siendo el 50.8% mujeres, donde por grupo de edad el 63.7% tenían entre 18 y 44 años. En países de ingresos medios como México, los CPI son adultos de 18 a 44 años, con educación de bachillerato, de cualquier nivel socioeconómico, con un empleo remunerado, principalmente mujeres casadas o que viven con el paciente que asumen las tareas de cuidado como una extensión que el rol de género les dicta que deben realizar (Koyanagi et al., 2018; López, 2016). Ambriz-López et al. (2014) reportan que en el estado de Colima los CPI tienen una media de edad de 39.08 años (± 13.22 años) siendo 86.3% mujeres, el 49.6% ama de casa, teniendo como gasto mensual entre \$4001 y \$6000 el 33% y otro 35% entre \$6001 y \$8000 en transporte, ropa, alojamiento, alimentación y jornadas de trabajo perdidas, con una escolaridad de formación primaria y secundaria (70.9%), quienes el 67.5% el CPI vivía con el paciente que el 30.8% era el esposo o pareja del cuidador, 24.8%

su padre o madre y 23.9% su hijo/a. En Puebla, se reporta que los CPI tienen entre 26 y 45 años, predominando el sexo femenino con solo un tercio habiendo concluido el nivel medio superior o una carrera universitaria, presentando además el 22% una enfermedad crónica como diabetes mellitus y destinan diariamente entre 4 a 8 horas o más en el cuidado de su familiar (Reyes-Vázquez, 2019).

Mundialmente se tiene registro que existen aproximadamente 349 millones de personas que dependen del cuidado de otro, de los cuales 18 millones (5%) tienen 15 años o menos, mientras que 101 millones (29%) tienen 60 años o más (Organización Mundial de la Salud, 2016). En Estados Unidos se reportó un incremento en cinco años del número de CPI de 43.5 millones a 53 millones donde el 61% son mujeres y el 39% hombres, siendo así que aproximadamente uno de cada cinco personas provee de cuidados a algún adulto, 24% cuidan a más de una persona mientras que el 21% reporta su propia salud de regular a pobre. Del total de CPI el 34% pertenecen a la generación denominada *Boomers*, 29% pertenecen a la generación X y 23% de la generación *Milenial* (National Alliance for Caregiving, 2020).

En México, la encuesta nacional sobre uso del tiempo del INEGI (2019) reporta que en total 57,190,226 personas brindan cuidado no remunerado a alguno de sus integrantes del hogar siendo 31,922,010 mujeres que dedican en promedio 28.4 horas a la semana en los cuidados especiales a integrantes del hogar por enfermedad crónica, temporal o discapacidad mientras que 25,268,216 hombres dedican 16.3 horas a la semana en promedio.

Debido al tiempo que exigen los cuidados de los pacientes, los CPI pueden no priorizar sus propias tareas de autocuidado, lo que puede desencadenar una serie de afectaciones a su salud física como un mayor índice de masa corporal y artritis (Berry et al., 2020), alguna discapacidad o condición crónica como diabetes mellitus, aumentando así la posibilidad de sufrir ansiedad o depresión (Reyes-Vázquez, 2019), sin dejar de lado que desempeñarse como CPI y tener diabetes se ha observado como un factor de riesgo de hipertensión, dislipidemia, obesidad o enfermedades coronarias (King, 2021).

Otras afectaciones a la salud de los CPI de índole social y económica que se han observado son: la imposibilidad de cumplir con sus actividades cotidianas, disminución del

libido, incremento de sus gastos por ejemplo en el transporte público y en la compra de objetos para el cuidado de los pacientes (pañales, toallas húmedas, cremas corporales), permisos laborales para faltar, pagos para que los cubran en su trabajo e incluso pérdida de trabajo, (Ambriz-López et al., 2014), lo cual está relacionado con las principales preocupaciones de los CPI que incluyen vivienda, acceso a comida, transporte, servicios de electricidad, gas, gasolina, agua y por violencia en el hogar o preocupaciones por su seguridad (De Marchis et al., 2020).

Con respecto a afectaciones psicológicas, aunque los CPI pueden llegar a experimentar satisfacción al realizar correctamente las tareas de cuidado, es esperado que cuando no es así y perciben que no cuentan con los recursos necesarios, se generen niveles elevados de estrés, lo que los inserta en una situación que progresivamente va deteriorando su salud (Roth et al., 2015), Se ha acuñado el término *distrés* para referirse a esta respuesta negativa al estrés ante el abrumo que generan las demandas, pérdidas o amenazas percibidas, un fenómeno común entre los CPI pues está relacionado con las características del cuidado que realizan a su paciente, la gravedad de sus síntomas, el tipo de enfermedad y el nivel de autonomía que estos tienen (APA, 2023; Dumont et al., 2006; Liu et al., 2020)).

Esta situación puede llevarlos a experimentar sobrecarga del cuidador, un fenómeno complejo y multidimensional descrito en la literatura como el grado de sufrimiento físico, psicológico, social y financiero percibido por el CPI como consecuencia de cuidar a su familiar (Chiao et al., 2015; Zarit et al., 1986).

Debido a lo cual, dos de las afectaciones psicológicas más importantes que han sido investigadas en diversas poblaciones de CPI son la sintomatología ansiosa y depresiva. En la literatura internacional, se ha observado que los CPI que asisten a áreas críticas hospitalarias tienen una prevalencia entre 16-90% de sintomatología depresiva, mientras que la prevalencia de sintomatología ansiosa se encontró entre 42-80% (van Beusekom et al., 2016). Esto ocurre de manera similar en otras poblaciones de CPI, como el estudio de Hu et al (2018), donde encontraron que 43.9% de los CPI de pacientes con infarto cerebral presentaron sintomatología ansiosa, mientras que 53.9% contaron con sintomatología depresiva de moderada a severa. Siguiendo con este razonamiento, Castillo et al. (2008) describen que en CPI de pacientes con dolor crónico y de cuidados paliativos predominan

los síntomas de depresión acompañados de ganas de llorar, tristeza, nerviosismo, tensión, fatiga y problemas para dormir.

En México, Koyanagi et al. (2018) reportan que ser CPI incrementa la posibilidad de un diagnóstico depresión con una razón de momios (OR) de 1.7, al igual que incrementa la posibilidad de tener problemas del sueño (OR= 1.8), valores superiores a los estimados internacionalmente. Por otra parte, en el estado de Yucatán, Buenfil et al. (2016) observan una correlación moderada de 0.60 entre ser CPI de pacientes con limitación en la actividad con un diagnóstico de depresión además de reportarse llanto, trastornos del sueño, pérdida del placer, alteraciones en la libido y que dedican 19.5 horas de cuidado al día, destacando que los CPI suelen asumir el papel de cuidador por obligación, a manera de gratitud por la existencia de un componente afectivo o porque no hay otro familiar que pueda hacerlo.

Finalmente, se ha observado una asociación entre la depresión y la ideación suicida en CPI de pacientes con demencia (O'Dwyer et al., 2013, 2016), donde se destacan como factores de riesgo que aumentan la ideación suicida en CPI: percibir una mala calidad de vida de los pacientes, ser pareja de quien cuidan, tener historia previa de ideación suicida, no contar con un empleo, vivir sin pareja, tener algún trastorno físico, tener un funcionamiento deficiente en sus roles social, físico y emocional, cuidar a alguien con problemas mentales, tener diagnóstico de ansiedad o algún trastorno del estado de ánimo (Abbott et al., 2014; Joling et al., 2019).

Dado el panorama previamente expuesto, se ha descrito que ser CPI está asociado con una serie de riesgos por las actividades que realizan, el cambio en su rutina, la disminución de actividades placenteras y las características de los pacientes que cuidan. Esto a su vez los predispone a problemáticas como depresión, que si bien se ha encontrado que puede estar relacionado con el suicidio (O'Dwyer et al., 2016; OMS, 2020), el impacto de esto puede no ser tan claro porque las investigaciones existentes muestran poca consistencia entre los estudios, posiblemente debido a la metodología que se ha empleado en los últimos diez años (O'Dwyer et al., 2021; Roth et al., 2015), sin que esto signifique que servicios como el área de urgencias dejen de vivirse como espacios desconocidos, inciertos y cambiantes con barreras de lenguaje, en los que los CPI se encuentren

emocionalmente afectados con tristeza, llanto, sensaciones de impotencia y desesperanza (Kanmani & Raju, 2019).

Se realizó una búsqueda en bases de datos (MEDLINE [vía Pubmed], PsycInfo [vía Ovid, CINAHL [vía EBSCO], Cochrane y LILACS) sobre la relación entre la depresión y el riesgo suicida en cuidadores primarios informales en urgencias con los términos: “informal caregiver” “suicide” “completed suicide” “attempted suicide” “suicidal ideation” “emergency department” “depression” “major depression” “depressed”. Del 28 de febrero de 2022 al 28 de marzo de 2022 se llevó a cabo la búsqueda solo con restricción de idioma (solo inglés y español). En conjunto de todas las bases de datos se obtuvo 236 resultados de los cuales ninguno cumplió el criterio de estudiar la relación entre las variables en población de urgencias. Como resultado, no se identificaron estudios que evalúen la relación entre la depresión y el riesgo suicida en urgencias, únicamente se identificó el trabajo de Maple et al. (2021) quienes realizaron una encuesta en línea a CPI que brindan cuidado post-suicidio o lo han hecho en los últimos 10 años en Australia. Encontraron una correlación negativa entre la sobrecarga de CPI e ideación suicida, es decir si presenta sobrecarga es menos probable que presente ideación suicida. A través del análisis de moderación atribuyen que dichos CPI reportan mayor distrés psicológico, lo que hace más probable que busquen y reciban ayuda. Mientras tanto, el análisis post hoc sugiere que los que reciben apoyo reportan una disminución significativa en ideación suicida, así como en distrés psicológico.

De igual forma, Joling et al. (2019) realizaron una encuesta de salud mental en población general de Países Bajos donde encontraron varios factores de riesgo para pensamientos suicidas en CPI, entre los cuales se encuentran los trastornos del estado del ánimo como trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno bipolar que incrementa 12 veces el riesgo de pensamientos suicidas.

Aunado a lo anterior, existen trabajos que también podrían indicar dichas tendencias como el estudio retrospectivo de Ángeles-Basilio et al. (2021) quienes evaluaron la asociación entre sobrecarga y la sintomatología ansiosa o depresiva en CPI dentro del departamento de urgencias médicas en México, encontrando correlaciones positivas, débiles y estadísticamente significativas para ambos trastornos, dando un primer vistazo a

cómo afecta ser CPI del área de urgencias en el país y resaltando la necesidad de descripción y estudio de dicha problemática en esta población.

De acuerdo con las condiciones socio-económicas de México, los usuarios el área de urgencias pueden sufrir de un mayor tiempo de espera y estancia en el servicio, de retraso en el acceso al quirófano y hospitalización, evolución desfavorable de los pacientes por la espera, incremento en los costos de la atención médica por sobresaturación del servicio generando insatisfacción en los cuidadores, pacientes y equipo médico (Polanco-González et al., 2013). En lo que respecta a los CPI de pacientes con diagnóstico de depresión y conductas suicidas, se suman variables como aumento en costos económicos y mayor tiempo de hospitalización que implica mayor cuidado (Kuvadia et al., 2021). Por ello, el área de urgencias parece ser una oportunidad para generar conocimiento y posteriormente articular estrategias basadas en evidencia científica para brindarles el apoyo pertinente desde el primer contacto.

Ante este contexto resulta importante proponer la pregunta de investigación: ¿existe una relación entre ideación suicida y depresión en CPI que asisten a un área de urgencias de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México?

Teniendo como objetivo específico de este trabajo conocer y evaluar la posible relación que tiene la ideación suicida con diversas variables sociodemográficas en los CPI de pacientes hospitalizados en urgencias médicas.

Método

Diseño

Se llevó a cabo un estudio no experimental transversal correlacional ya que se buscó evaluar la relación que existe entre las variables. Es transversal ya que la obtención de datos se hizo en un solo momento y es no experimental ya que no fueron manipuladas las variables de interés (Hernández et al., 2014). Este diseño se recomienda para identificar posibles asociaciones entre las variables de la población ya que como se vio por la búsqueda, es una población de la que no se ha publicado suficiente evidencia.

Participantes

Se utilizó la siguiente fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra para correlaciones:

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

Se calculó el tamaño de muestra para una correlación de $r=0.45$ con una potencia estadística del 80% y confianza del 95%. A partir de esto, se obtuvo un tamaño de muestra de 196 CPI a lo cual se agrega un ajuste de pérdida de participantes del 20%, quedando finalmente un tamaño de muestra $n=236$ CPI de pacientes hospitalizados en el área de urgencias médicas de un hospital situado en el sur de la Ciudad de México.

Mediante el muestreo por conveniencia no probabilístico se obtuvo una muestra de 236 CPI evaluados. Se eliminaron cinco evaluaciones de acuerdo con los criterios de eliminación ya que no completaron al menos 80% de la batería, quedando así un total de 231 evaluaciones de CPI.

Se encontró que la media de edad de los 231 CPI fue de 47.37 años (Desviación Estándar [DE]= 12.35), con un valor mínimo de 22 y un máximo de 78 años, donde 73.59% de los CPI fueron mujeres, 41.92% reportaron estar casados y 71.11% profesan como religión el catolicismo.

Los niveles de escolaridad más frecuentes en los CPI fueron primaria y secundaria con 29.20% y 25.22% respectivamente. El 44.19% se dedican a un oficio, seguido del 36.60% que son amas de casa; el 76% eran residentes de la ciudad de México (ver tabla 1).

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio los datos de:

- CPI de algún paciente del área de urgencias médicas
- CPI hombres o mujeres
- CPI mayores de 18 años
- CPI que hayan tenido una buena comprensión y entendimiento del consentimiento informado por lo que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio los datos de:

- CPI con algún padecimiento psiquiátrico o neurológico que impida contestar las evaluaciones
- Cuidadores primarios formales, es decir, que tengan una formación académica especializada para atender a su paciente.
- Cuidados secundarios, esto es, que no sean el cuidador que mayor tiempo dedica al cuidado de su paciente.

Criterios de eliminación

Se excluyeron del estudio los datos de:

- Cuidadores que no hayan contestado al menos el 80% de los reactivos o instrumentos de la batería aplicada
- Cuidadores que hayan pedido salir de la investigación en algún momento posterior a haber firmado el consentimiento informado

Tabla 1*Características Sociodemográficas Principales de la Muestra de Cuidadores Primarios*

Características	n=231
Edad	$\bar{x} = 47.37$ (D.E. 12.35)
Horas de cuidado al día	$\bar{x} = 17.65$ (D.E. 6.69)
Sexo	<i>n</i> (%)
Femenino	170 (73.59%)
Masculino	61 (26.40%)
Nivel educativo	
Sin escolaridad	3.53%
Primaria	29.20%
Secundaria	25.22%
Bachillerato	22.12%
Carrera técnica	3.53%
Licenciatura	14.15%
Posgrado	2.21%
Se desconoce	2.21%
Estado civil	
Casado	41.92%
Soltero	25.32%
Unión libre	18.34%
Viudez	5.67%
Divorcio	3.49%
Separado	5.24%
Se desconoce	0.87%
Ocupación	
Oficio	44.19%
Profesión	8.48%
Desempleado	4.91%
Estudiante	3.57%

Características	n=231
Ama de casa	36.60%
Pensionado o jubilado	2.23%
Se desconoce	3.12%
Religión	
Católico	71.11%
Sin religión	12.88%
Creyente	5.77%
Cristiano	8.44%
Otra	1.77%
Se desconoce	2.66%
Lugar de nacimiento	
Ciudad de México	64.60%
Estado de México	7.96%
Otros	24.77%
Se desconoce	2.21%
Lugar de residencia	
Ciudad de México	76%
Estado de México	14.22%
Otros	6.66%
Se desconoce	2.66%
¿Con quién vive?	
Solo	6.82%
Cónyuge o hijo	62.43%
Padre o hermanos	7.31%
Familia extendida	20%
Otros	3.41%
Se desconoce	12.68%

Nota. Se desconoce = Aquellas personas que no quisieron contestar o no se entendió la respuesta.

Definición de variables

Cuidadores primarios informales

Definición conceptual. El CPI es aquella persona que brinda cuidados al paciente, generalmente un familiar o amigo, cubre sus necesidades básicas durante la mayor parte del día, sin contar con remuneración económica ni formación especializada (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2020; López, 2016; OMS, 2017). De manera similar, la National Alliance for Caregiving (2020) define al cuidador como aquellos que proveen cuidados no remunerados a un pariente o amigo.

Definición operacional. A través de la entrevista se determinó con tres preguntas filtro si cumplían los criterios de ser CPI: 1) haber asumido las tareas de cuidado, 2) cuidar al paciente hospitalizado la mayor parte del tiempo y 3) no haber recibido una formación académica especial para cuidar de su paciente.

Sintomatología depresiva

Definición conceptual. El National Institute of Mental Health (2018) define la sintomatología depresiva como un estado de tristeza persistente con sentimientos de desesperanza, culpa, pesimismo sumado a la pérdida del interés o placer en las actividades, con dificultad para concentrarse, dormir y cambios en el apetito. En el manual de aplicación la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés), Zigmond & Snaith (1983) definen la depresión a partir de preguntas relacionadas con anhedonia, es decir, la ausencia o pérdida del placer por las cosas que generaban interés. Por su parte, la clínica Mayo (2021) distingue como síntomas menos evidentes de depresión en adultos mayores: problemas de memoria, dolores físicos, fatiga, pérdida del apetito, problemas del sueño, pérdida de interés en el sexo, no salir de casa a socializar y pensamientos o sentimientos suicidas, especialmente en hombres mayores.

Definición operacional. Se evaluó la sintomatología depresiva a través de los reactivos 2, 4, 6, 8, 18, 12 y 14 de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (véase descripción de instrumento más abajo; López-Alvarenga et al., 2002).

Ideación suicida

Definición conceptual. La ideación suicida son los pensamientos de terminar con la vida de uno mismo, ya sea que exista un plan o pasivamente solo exista el deseo de morir (Turecki et al., 2019).

Definición operacional. Se empleó la subescala de riesgo suicida de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), la cual ayuda en la exploración de trastornos psiquiátricos con base en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Cuarta Edición (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades décima edición (CIE-10), la entrevista y subescala se describirán a detalle, en los siguientes apartados (Mordal et al., 2010).

Instrumentos

Datos sociodemográficos. A partir de un cuestionario se recogió la información al respecto del parentesco con el paciente, edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel educativo, religión, fecha de nacimiento, entidad de nacimiento y residencia, nivel socioeconómico, así como con cuantas personas vive y el número total de miembros que componen la familia, el tipo de cuidado que brindan, así como las condiciones médicas del CPI y aspectos de autocuidado (ver Anexo 1).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés).

Es una escala auto aplicable desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), un instrumento compuesto de 14 reactivos tipo Likert para tamizaje de ansiedad (siete reactivos) y depresión (siete reactivos) en pacientes que asisten a servicios médicos no psiquiátricos. Consta de 14 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta con puntajes de cero a tres puntos (cero nunca, uno de vez en cuando, dos casi todo el día, tres todo el día), con puntos de corte en ansiedad ≥ 8 y ≥ 7 en depresión. La versión original del instrumento cuenta con buenas propiedades psicométricas ($\alpha=0.81-0.90$) (Nikayin et al., 2016).

Este instrumento ha sido ampliamente usado para la detección de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con enfermedades físicas por sus propiedades

psicométricas, teniendo un índice de citación superior a tres mil (Terol-Cantero et al., 2015).

En México se adaptó en población de pacientes con obesidad para evaluar sintomatología depresiva y ansiosa durante la última semana cuya confiabilidad es de $\alpha=0.85$ en ansiedad y $\alpha=0.87$ en depresión, manteniendo los mismos puntos de corte para ansiedad ≥ 8 (Kappa 0.68) y ≥ 7 (Kappa 0.73) en depresión (López-Alvarenga et al., 2002). Asimismo, el HADS ha sido evaluado en múltiples poblaciones de pacientes mexicanos mostrando adecuadas características psicométricas, por ejemplo, en pacientes oncológicos (Galindo Vázquez et al., 2015), en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas (Orozco et al., 2022), en pacientes con enfermedades cardiovasculares (Herrera et al., 2018), en pacientes con enfermedades respiratorias (Madrigal González et al., 2021), entre otros (ver Anexo 2).

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, por sus siglas en inglés).

Es una entrevista diagnóstica estructurada corta desarrollada por médicos y psiquiatras en Estados Unidos y Europa para trastornos psiquiátricos que tiene una duración aproximada de 15 minutos, diseñada para ser un primer paso para el seguimiento en ambientes clínicos, cuya construcción se basó en 17 diagnósticos compatibles con los criterios del DSM III-R y la CIE 10 (Lecrubier et al., 1998; Sheehan et al., 1998).

La subescala de riesgo de suicidio está compuesta de seis reactivos con respuesta dicotómica (Sí/No) que permite evaluar el riesgo de suicidio; si se obtiene de uno a cinco puntos existe un riesgo leve, de seis a nueve un riesgo moderado y si es superior a 10 existe un riesgo alto. En México, ha sido ampliamente utilizado y se ha comparado con otras entrevistas estructuradas con resultados aceptables en confiabilidad y validez (Ferrando et al., 2000; Mordal et al., 2010), teniendo como ejemplo el trabajo de Zamudio (2009) donde reporta que la subescala de riesgo de suicidio cuenta con confiabilidad aceptable (alfa de Cronbach de 0.751) y validez concurrente moderada al ser comparada con otras escalas que evalúan el riesgo suicida (ver Anexo 3).

Procedimiento

El presente trabajo formó parte del protocolo de investigación “*Factores psicosociales del paciente, cuidador primario y su asociación con el desarrollo de problemas emocionales así como el uso hospitalario en el servicio de urgencias médicas*” (Marzo 2018 a Diciembre de 2019), a probado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, con número de registro 27-152-2017.

La recolección de información se llevó a cabo en la sala de espera del área de choque dentro del departamento de Urgencias de un hospital de tercer nivel del sur de la Ciudad de México, teniendo en cuenta que se realizara en un espacio cómodo y privado para los CPI mientras esperaban el horario de visita o de informes del personal de salud, con una duración de aproximadamente 40 minutos hasta una hora.

La evaluación fue llevada a cabo por 12 psicólogos del Servicio de Psicología de Urgencias, quienes previamente recibieron una capacitación con duración de 70 horas en temas relacionados a la Psicología de la salud, así como la aplicación de los instrumentos y cómo realizar evaluación e intervención psicológica en los CPI en el área de urgencias médicas.

Se les invitó a los CPI a participar en el estudio a lo cual, en caso de acceder, se les entregó el formato de consentimiento informado que explica el objetivo del estudio, la confidencialidad que tendrán sus datos, como serán manejados y que tienen el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin afectar de manera negativa la atención médica que recibe su paciente. En caso de estar de acuerdo se les pidió expresaran con sus palabras la información que se les comentó y, tras haber aclarado cualquier duda o imprecisión, se les pidió que firmaran la hoja del consentimiento informado (ver anexo 4).

Posteriormente, se llevó a cabo la evaluación semiestructurada donde el psicólogo evaluador recolectó los datos usando los formatos para datos sociodemográficos, así como los instrumentos: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y la subescala de riesgo de suicidio de la Entrevista Neuropsiquiátrica internacional (MINI).

Inicialmente, se recolectaron los datos personales del CPI y del paciente: nombre, edad, número de contacto, entre otros, para después realizar tres preguntas filtro para

corroborar el criterio de inclusión que se trata del cuidador informal principal o si es el secundario. En caso de ser el cuidador secundario se averigua acerca del CPI para buscarlo en otro momento y realizar la evaluación, mientras tanto se brindó información de servicios de apoyo psicológico del hospital y de instituciones públicas.

Una vez se tuvo certeza de lo anteriormente mencionado, se indagó sobre la información que el equipo médico y de enfermería brindó al CPI sobre su paciente como el diagnóstico, pronóstico y aquello que comprendió de dicha información. Se preguntó además sobre la salud del CPI y el apoyo que recibió durante el tiempo de hospitalización del paciente, para dar una breve retroalimentación sobre la importancia de realizar tareas de autocuidado para que pueda continuar con los cuidados de su paciente y evitar problemas a futuro.

En seguida, se aplicó el instrumento HADS de ansiedad y depresión para, una vez terminada la aplicación, explicarle al CPI sobre la importancia de la salud emocional en momentos estresantes. Finalmente, se aplicó la subescala de riesgo de suicidio de la entrevista MINI junto a una explicación sobre aquellos pensamientos de desesperanza y en aquellos casos en que el puntaje fue alto se brindó psicoeducación de acuerdo con la Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (mhGAP) de la OPS (2017) además de proporcionar los datos de contacto del servicio de Psicología de Urgencias del hospital en caso de requerir apoyo adicional.

Al terminar la evaluación, se le agradeció a cada CPI por su cooperación y de igual manera se proporcionaron los datos del servicio y algunas sugerencias prácticas de acuerdo con sus actividades de cuidado.

En caso de que el participante se encontrara desbordado emocionalmente o con malestar emocional se le brindó atención psicológica de primer contacto, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, técnicas de relajación, resolución de problemas o aquellas intervenciones sugeridas por la guía mhGAP de acuerdo con la situación del CPI. Además, se les refirió a los CPI a atención del equipo médico en caso de que se identificara alguna situación como mareo por descontrol en sus medidas de presión arterial o glucosa, ya sea por falta de alimento o por no contar con su medicamento.

Posteriormente se revisaron los registros de censo diario del servicio de la dirección de Urgencias Médicas para capturar datos sobre la estancia hospitalaria y el motivo de egreso. Con el previo acuerdo de colaboración con el personal del departamento de Enfermería o Trabajo Social del área de Urgencias Médicas se revisaron los registros de los expedientes de los pacientes pertenecientes a la muestra.

Análisis de los resultados

Para el análisis de los datos recopilados de los CPI, se creó una base de datos para ser analizada mediante el programa R Studio versión R-4.2.0 para Windows (64 bits), el cual cuenta con diferentes colecciones de funciones, datos y códigos (librerías) para realizar los análisis estadísticos requeridos, teniendo la opción de agregar más funciones instalando librerías nuevas de acuerdo con la tarea que se requiera (Santana y Nieves, 2016). Las librerías instaladas y utilizadas para este trabajo fueron: *e1071*, versión 1.7-9 (Meyer et al., 2021) para medidas de dispersión, *questionr*, versión 0.7.7 (Barnier, 2022) para análisis de ji cuadrada, y *nortest*, versión 1.0-4 (Gross & Ligges, 2015) para pruebas de normalidad. Todas las librerías previamente mencionadas son de libre acceso.

Se evaluó si los datos de las variables tienen una distribución normal mediante el análisis visual de un histograma (QQ plot) (Castillo y Lozano, 2007), además se calcularon los coeficientes de asimetría (g_1), curtosis (g_2) considerando valores cercanos a 0.5 para g_1 y g_2 así como la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. A partir de los análisis, se identifica que no existe distribución normal en todas las variables y se decide recurrir al análisis de estadística no paramétrica (Hernández et al., 2014).

Se realizó el análisis de medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (desviación estándar) de las escalas HADS y MINI. De igual forma, se realizó un análisis de Ji cuadrada (X^2) para identificar diferencias en variables sociodemográficas y la presencia o ausencia de depresión o riesgo suicida; se consideró estadísticamente significativo el dato $p \leq 0.05$ (Hernández et al., 2014).

Finalmente, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para el análisis de asociación entre las variables, se consideró como estadísticamente significativo el dato $p \leq 0.05$ (Hernández et al., 2014; Pérez-Tejada y Medina, 2000), donde el coeficiente puede

ubicarse a intervalos para conocer si se trata de una correlación nula o inexistente (de ± 0.00 a ± 0.09), muy débil (de ± 0.10 a ± 0.19), débil (de ± 0.20 a ± 0.49), moderada (de ± 0.50 a ± 0.69), significativa (de ± 0.70 a ± 0.84), fuerte (de ± 0.85 a ± 0.95) o perfecta (de ± 0.96 a ± 1.0) (Pérez-Tejada & Medina, 2000).

Resultados

Se analizó la distribución de los datos por una inspección visual por histograma, así como por el coeficiente de asimetría, curtosis y a través de la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov.

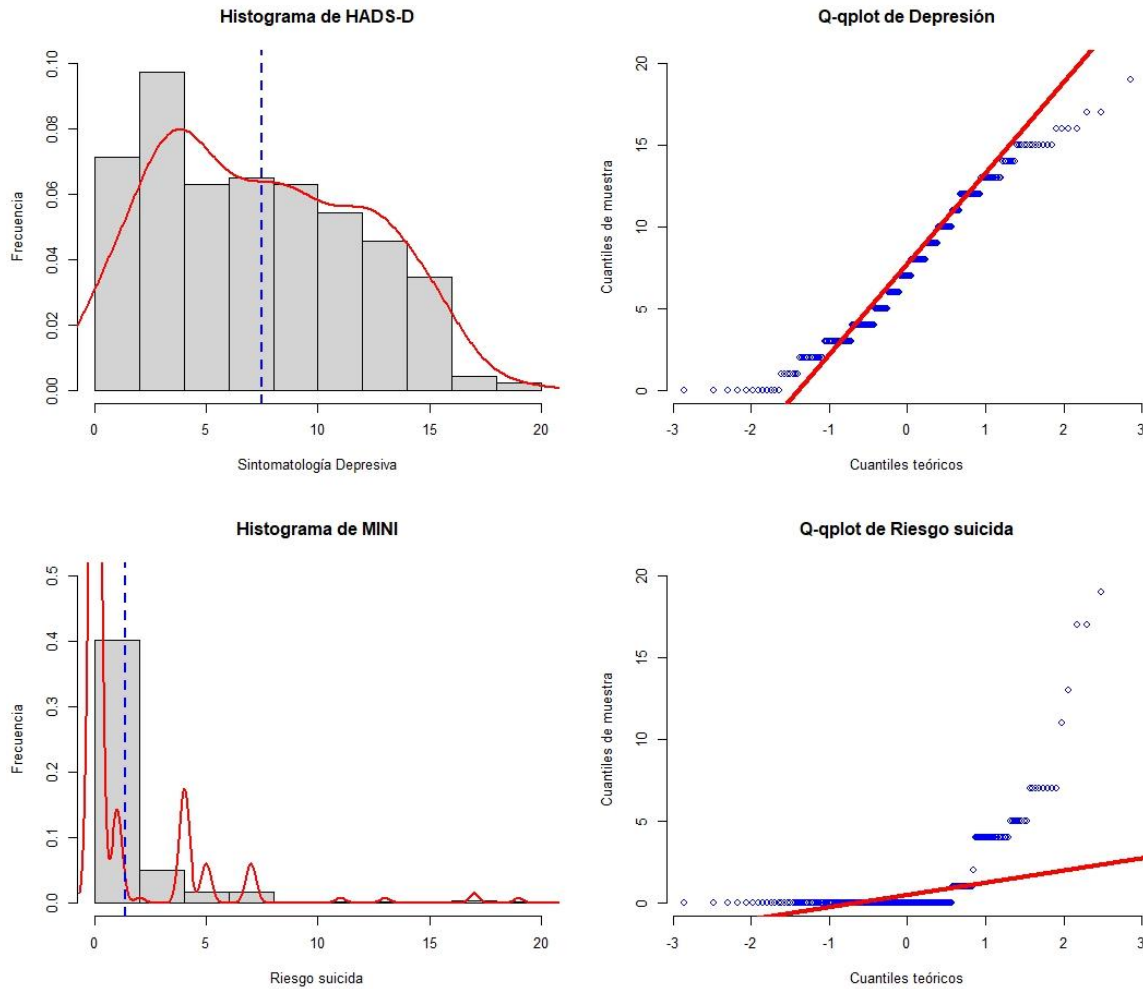
Para la variable sintomatología depresiva (HADS-D), el análisis visual muestra una media y dispersión con valores cercanos a la distribución normal. El coeficiente de asimetría muestra un valor ligeramente positivo (0.23), el de curtosis es negativo tipo platicúrtica (-0.99). Del análisis de normalidad Kolmogórov-Smirnov para la variable, se puede considerar una distribución normal ($p=1.39e-07$) (ver figura 1).

En el caso de la variable de riesgo suicida, el análisis visual muestra una media y dispersión arriba de la media. El coeficiente de asimetría muestra un valor positivo (3.72), el de curtosis es positiva tipo leptocúrtica (17.13). Del análisis de normalidad Kolmogórov-Smirnov se obtuvo que la distribución no es normal ($p<2.2e16$) (ver figura 1).

Teniendo en cuenta las pruebas realizadas, se confirma que los datos de la variable de riesgo suicida no tienen una distribución normal, por lo que se usará la prueba estadística no paramétrica de correlación de Spearman.

Figura 1

Graficas de normalidad de las variables depresión y riesgo suicida

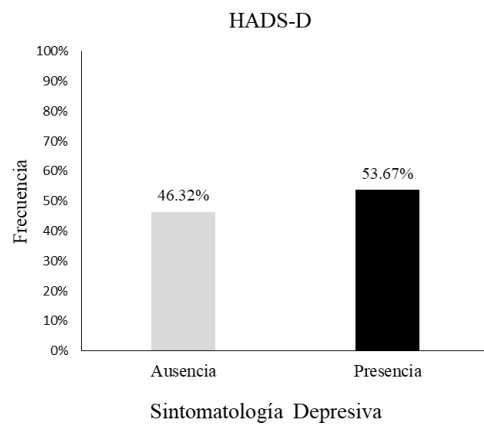


Depresión (HADS-D)

En la escala HADS se obtuvo un promedio superior a 7 puntos ($\bar{X} = 7.46$; $DE = 4.58$) que es el punto de corte de la escala (≥ 7), por lo que puede indicar la presencia de sintomatología depresiva en los CPI (ver figura 2).

Figura 2

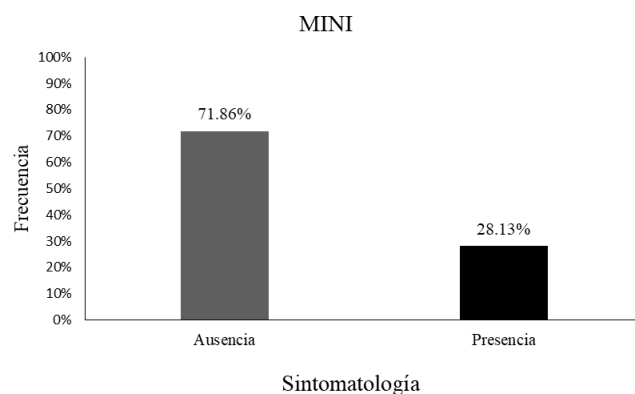
Frecuencia de Casos Positivos y Negativos de Depresión



En cuanto al riesgo suicida de la entrevista MINI, se obtuvo una media mayor de 1 ($\bar{X} = 1.33$; $DE = 3.18$) la cual se encuentra dentro del punto de corte de riesgo leve, sin embargo, la distribución de los datos se aprecia mejor separando los puntajes entre los que tienen riesgo suicida y aquellos que tuvieron un puntaje de cero en el instrumento (ver figura 3)

Figura 3

Frecuencia de los Casos de Riesgo Suicida



Diferencias entre hombres y mujeres en las variables depresión y riesgo suicida

Se realizó un análisis de Ji cuadrada de Pearson 2x2 (X^2), para depresión (HADS-D) se encontró que entre las variables no existen diferencias estadísticamente significativas

entre hombres y mujeres respecto a la presencia y ausencia de la misma $X^2(1, N=231) = 0.05$ $p=0.82$ (ver tabla 2)

Tabla 2

Diferencias entre Hombres, Mujeres en sintomatología depresiva

		Mujer		Hombre		Total
		N	%	n	%	N
Depresión (HADS-D)	Ausencia	80	46.47	27	44.26	107
	Presencia	90	53.52	34	55.73	124
	Total	170	100	61	100	231

Nota: $n=231$; $X^2=0.0511$, $gl=1$, $p=0.821$; Se calculó la significancia estadística al nivel $**p<0.05$

En cuanto al riesgo suicida, se encontró tras el análisis de Ji cuadrada de Pearson 2x2 (X^2), que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto al nivel de riesgo de suicidio $X^2(1, N=231) = 2.39$ $p=0.12$ (ver tabla 3)

Tabla 3

Diferencias entre Hombres y Mujeres respecto al riesgo suicida

		Mujer		Hombre		Total
		N	%	n	%	N
Riesgo suicida (MINI)	Ausencia	117	68.82	49	80.32	166
	Presencia	53	31.17	12	19.67	65
	Total	170	100	61	100	231

Nota: $n=231$; $X^2=2.3969$, $gl=1$, $p=0.1216$; Se calculó la significancia estadística al nivel $**p<0.05$

Se realizó un análisis de Ji cuadrada de Pearson en el que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el riesgo suicida de los CPI y si estos han tenido algún problema emocional $X^2(1, N=225) = 9.87$ $p=0.001$ (ver tabla 4)

Tabla 4*Diferencias entre los Problemas emocionales y el riesgo suicida*

		Si ha tenido problemas emocionales		No ha tenido problemas emocionales		Total
		N	%	n	%	N
Riesgo suicida (MINI)	Ausencia	71	62.28	91	81.98	162
	Presencia	43	37.71	20	18.01	63
Total		114	100	111	100	225

Nota: $n=225$; $X^2=9.8727$, $gl=1$, $p=0.0016$; Se calculó la significancia estadística al nivel

** $p<0.05$

Asimismo, se obtuvo una razón de momios de 2.74 ($p<0.01$, intervalos de confianza= 1.43, 5.38)

Datos del cuidado del paciente

Con respecto al cuidado que brindan los CPI a los pacientes se realizó un análisis de frecuencias para los datos. Se observó que 71.36% de los cuidadores conocían el diagnóstico de su paciente mientras que el 53.33% no conocían el pronóstico pues el equipo médico no les había dado informe de sus pacientes (ver tabla 5)

El tiempo que han dado cuidados a su paciente previo a la hospitalización varió entre aquellos que tienen menos de un año en su rol como CPI (34.61%), los que llevan entre uno y tres años (22.30%), los que llevan de cuatro a seis años (10%), los que llevan entre siete y nueve años (3.07%) y aquellos que llevan 10 años o más años (24.61%) (ver tabla 4). Las principales tareas de cuidado que mencionaron los CPI fueron instrumental (39.28%), emocional (2.14%), informativo (1.42%), apoyo completo, es decir la suma de los tres tipos de apoyo (31.42%) (ver tabla 5).

Autocuidado del CPI

Con respecto a las tareas de autocuidado de los CPI, sueño y actividades que realiza mientras espera los informes, se realizó un análisis de frecuencias de los datos. Se observó que el 38.69% de los CPI mencionaron tener algún tipo de enfermedad durante la

evaluación, siendo las enfermedades del corazón (27.05%) y la diabetes (20%) las más comunes. En algunos casos, los CPI reportaron tener más de dos enfermedades (30.58%) (ver tabla 5). En cuanto al consumo de sustancias, las más observadas fueron: alcohol (17.69%) y tabaco (9.73). Con respecto de salud mental, los problemas que más reportaron los CPI fueron: regulación y expresión emocional (15.83%) y depresión (11.31% ver tabla 5).

Con respecto al descanso de los CPI, el 61.19% reportó que durmió, sin embargo, solo el 35.56% estiman que su sueño fue reparador. Al respecto de las actividades que realizan los CPI durante la espera, algunos salían a caminar (22.10%), otros socializaban con otros CPI o familiares (22.63%), otros realizaban actividades recreativas (bordar, tejer, sopas de letras, crucigramas, rezar) (25.26%), entre otras actividades como rezar o llamar por teléfono (6.84%) (ver tabla 5).

Tabla 5

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

Variables	n=231
Datos del cuidado del paciente	
Conoce el diagnóstico	
Sí	71.36%
No	28.63%
Conoce el pronóstico	
Sí	46.66%
No	53.33%
Tiempo de cuidado previo	
Menos de un año	34.61%
De 1-3 años	22.30%
De 4-6 años	10%
De 7-9 años	3.07%
De 10 o más años	24.61%

Variables	N=231
Complicaciones	5.38%
Sin cuidado previo	30.53%
Principales tareas de cuidado	
Instrumental	39.28%
Emocional	2.14%
Informativo	1.42%
Apoyo completo	31.42%
Instrumental-emocional	17.85%
Instrumental-informativo	4.28%
Emocional-informativo	3.57%
Datos del Cuidador Primario Informal	
Tipo de enfermedad	
Corazón	27.05%
Diabetes mellitus	20%
Otras crónicas	15.29%
Insuficiencia renal	4.70%
Desnutrición	1.17%
Trastornos mentales	5.88%
Más de dos enfermedades	30.58%
No contestó	5.88%
Sin enfermedad	61.30%
Consumo de sustancias	
Ninguna	61.50%
Alcohol	17.69%
Tabaco	9.73%
Alcohol-tabaco	10.17%
Otras	0.44%
Problemas psicológicos	
Ninguno	49.33%

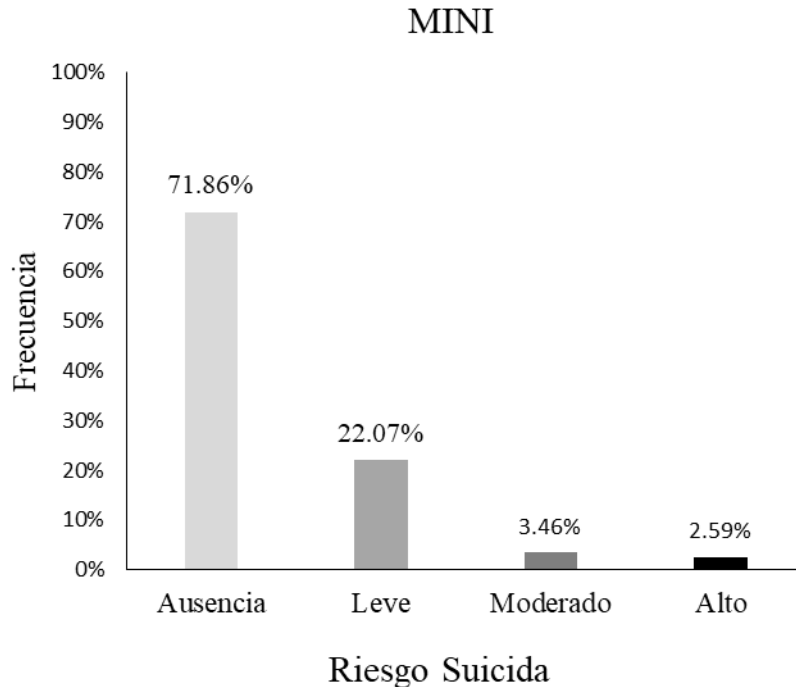
Variables	N=231
Regulación y expresión emocional	15.83%
Ansiedad	3.16%
Depresión	11.31%
Duelo	9.95%
Sociales	7.23%
Otros	1.35%
Durmió	
Si	61.19%
No	38.80%
Sueño fue reparador	
Sí	35.56%
No	64.43%
Actividades durante la espera	
Ninguna	23.15%
Movilidad	22.10%
Socializar	22.63%
Recreativo	25.26%
Otra	6.84%

Nivel de Riesgo Suicida

Respecto al riesgo suicida en los CPI se encontró que predominaron casos en los que el riesgo fue ausente (71.86%) o leve (22.07%), sin embargo, es importante reconocer la presencia de aquellos casos en los que el riesgo fue moderado (3.46%) y alto (2.59) (ver figura 4).

Figura 4

Niveles de riesgo suicida reportado por el Cuidador Primario Informal



Correlación entre las variables “síntomatología depresiva” y “riesgo suicida”

De acuerdo con los requisitos para el uso de estadística no paramétrica, se hizo uso de la correlación de Spearman con las variables: Depresión (HADS-D) y riesgo suicida (MINI). Se encontró una correlación positiva, con una fuerza de asociación débil pero estadísticamente significativa ($r_s=0.21$, $p<0.001$).

Además de estas variables, se realizaron otros análisis para las demás variables sociodemográficas y no se encontraron estadísticamente significativas.

Discusión y conclusiones

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar la relación entre las variables de sintomatología depresiva y el riesgo suicida en los cuidadores primarios informales que asisten al área de urgencias médicas y como objetivo específico conocer la posible relación que puedan tener las variables con diversas variables sociodemográficas.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró que al momento de la evaluación 54.11% de los CPI presentaron sintomatología depresiva y 28.13% presentó algún nivel de riesgo suicida. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo (hombre o mujer), aunque si en aquellos que presentaron un problema emocional y riesgo suicida. Además, se encontró que existe una correlación positiva con muy débil fuerza de asociación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el riesgo suicida.

Con respecto a la correlación entre la depresión e ideación suicida en CPI, aunque no se ha identificado literatura previa que evalúe la relación de las variables en población de urgencias médicas, la correlación observada es similar a lo observado en literatura internacional en otras poblaciones de CPI. En el trabajo realizado por Joling et al. (2019) en CPI de Países Bajos, encontraron que recibir el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo como trastorno depresivo mayor aumenta 12 veces el riesgo de presentar ideación suicida. De manera similar, O'Dwyer et al. (2013, 2016) reportan que en CPI de pacientes con demencia, la depresión puede predecir la conducta suicida y puede incrementar la posibilidad de contemplar el suicidio. Por el contrario, en la literatura internacional se ha reportado que adoptar el rol de CPI puede actuar también como un factor protector al tener un componente altruista que le brinda un sentido de propósito al sentirse útil, disminuyendo la mortalidad independientemente de las características del paciente a quien cuidan (Gruenewald et al., 2007; O'Reilly et al., 2008). Ante estas perspectivas contrarias es digno de atención ver diferencias entre las poblaciones dado que en CPI de pacientes con demencia se menciona que dedican entre 5-6 años al tiempo de cuidado a sus familiares fuera del hospital, limitando su vida diaria, dato que difiere de lo observado en el presente estudio realizado en un hospital especializado en enfermedades metabólicas, donde las patologías más frecuentes de los pacientes del área de urgencias fueron: diabetes mellitus (9.35%), insuficiencia renal (9.85%), sepsis (9.85%), enfermedades intestinales (10.83%), por lo que el motivo por el que los CPI brindan el apoyo es heterogéneo y en consecuencia el tiempo de cuidado es menor. Aunque Camacho-Mendoza et al. (2022) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos con diferentes tiempos de cuidado de pacientes con insuficiencia cardiaca, se puede sugerir al respecto de la correlación, que el aumento de la sintomatología depresiva impacta directamente en el riesgo suicida de CPI

del área de urgencias médicas como consecuencia de la interacción de un grupo de variables entre las que se encuentran la patología del paciente y el tiempo dedicado a su cuidado.

Al respecto de la sintomatología depresiva, los niveles de depresión muestran que cerca de la mitad de los CPI presentaron sintomatología depresiva (53.67%). Esto corresponde con lo descrito en la literatura internacional como Shaffer et al. (2016) donde cerca de la mitad de los CPI de pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) presentan sintomatología depresiva. Además, corresponde con lo observado por Van Beusekom et al. (2016) quienes reportan en su revisión sistemática que la prevalencia de depresión en los CPI de pacientes hospitalizados en la UCI variaron entre 16% y 90%, un rango bastante amplio dentro del que cae lo observado en el presente estudio, sin embargo al separarse en periodos de tiempo después del alta médica reportan prevalencias con rangos inferiores al de la muestra de CPI de urgencias de la presente tesis (entre 12%-26% a los tres meses, entre 5%-36% a los seis meses y entre 23%-44% a los 12 meses).

Adicionalmente, se realizó un análisis clínico de la subescala de depresión del HADS y se encontró que los ítems con mayores puntajes fueron: la pregunta dos “*sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre*”, la pregunta seis “*me siento alegre*” y la pregunta 4 “*soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas*”. Esto resulta relevante porque nos permite conocer que las principales afectaciones de los CPI están relacionadas con un componente de anhedonia, es decir, la pérdida del placer o interés por fuentes que previamente lo generaban. Gracias al análisis se encontró que la pregunta con mayor puntaje del HADS fue la pregunta 3 “*siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder*” que aunque pertenece a la subescala de ansiedad, se ha observado que los constructos que evalúan los ítems de la escala difieren según la población a la que se les administra (Yamamoto-Furusho et al., 2018), por lo es posible concluir que esta preocupación pudiera estar asociada además con la preocupación que genera asistir al servicio de urgencias aunando a la sintomatología depresiva de los CPI, ya que se ha reportado el efecto adverso que tiene asistir al servicio en los pacientes y sus CPI como consecuencia de la sobrecarga de los limitados espacios disponibles para la atención, el prolongado tiempo de espera, el elevado costo de atención de enfermedades en estos

espacios y un incremento en el riesgo de fallecimiento, provocando así el incremento de sintomatología depresiva y ansiosa en los CPI, lo que a su vez aumenta el uso de urgencias por estos últimos (Carret et al., 2009; Carter et al., 2014; Gonçalves-Bradley et al., 2018; Guterman et al., 2019; Judkins, 2020; Sporinova et al., 2019).

Con respecto al riesgo suicida, se encontró que en la mayoría no existía riesgo de acuerdo con el cuestionario (71.86%), sin embargo, 51 CPI llegaron a urgencias con un riesgo leve mientras que 14 tuvieron un riesgo moderado o alto. Esto corresponde además con otra variable demográfica ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el riesgo suicida de los CPI y si estos habían tenido algún problema emocional. Esto es similar a lo reportado en la revisión sistemática con metaanálisis de CPI de pacientes con demencia de Solimando et al. (2022) donde describen una prevalencia de ideación suicida del 32.32% entre los estudios incluidos, teniendo así que la ideación suicida varía entre 4.69% y 77.78%; o el caso de Avci et al. (2021) quienes encontraron que aproximadamente uno de cada cinco CPI presentó riesgo suicida determinada por variables como el estatus económico, la duración de la enfermedad, la duración del cuidado brindado así como la presencia de alguna enfermedad física. Esto podría llegar a explicarse ya que llevar a cabo las actividades de CPI incrementa al doble el riesgo de pensar en el suicidio, duplica los pensamientos de desear estar muerto e incrementa la posibilidad de presentar enfermedades mentales (Chamberlain et al., 2018; Stansfeld et al., 2014), además de lo reportado por Zwar et al. (2021), quienes observaron un decremento en la expectativa de vida al iniciar las actividades de CPI sin que dicha expectativa mejore al dejar de ser CPI.

Es importante resaltar la presencia de aquellos casos con un riesgo suicida moderado o alto. Esto corresponde con lo mencionado en literatura internacional y nacional que menciona el preocupante incremento en las tasas de suicidio incluyendo un aumento tanto en la ideación, en la planeación y en los intentos (Mascayano et al., 2015; Park et al., 2020; Yockey et al., 2021). Asimismo, se ha reportado que en situaciones epidémicas previas se ha observado un incremento en las tasas de suicidio como es el caso de la actual pandemia por COVID-19 donde se ha encontrado un incremento en autolesión, ideación e intento suicida, aportando así otro peso al riesgo suicida tanto de población general como de los CPI (Grossman et al., 2021; OPS, 2021; Pérez et al., 2022).

Aquellos casos en los que se observó puntajes moderados o altos de riesgo suicida, preservando el principio bioético de beneficencia y no maleficencia para actuar en beneficio de la persona sin perjudicarle innecesariamente (Abreu et al. 2016), se suspendió temporalmente la aplicación de los instrumentos para brindar atención siguiendo las recomendaciones de la guía mhGAP (OPS, 2017), a saber, se buscó un espacio físico seguro y propicio, como un consultorio médico, para ofrecer psicoeducación y brindar estrategias de relajación para controlar la expresión de las emociones exacerbadas. Posteriormente se proporcionaron los datos de contacto del servicio de Psicología para evaluar si era viable ser atendida la persona por el servicio o ayudarle a acceder el servicio especializado que necesita.

Con respecto a las características sociodemográficas, se encontró que la mayoría fueron de sexo femenino (73.59%), con una edad promedio de 47.37 años en su mayoría casadas (41.92%), católicas (71.11%), se dedican a un oficio (44.19%) o dedicadas al hogar (36.60%), con escolaridad máxima de primaria y secundaria en su mayoría (29.20% y 25.22% respectivamente). Dichas características corresponden con lo reportado por la literatura nacional e internacional, donde se reporta que las mujeres casadas con educación básica son las que asumen principalmente el papel de cuidar a los pacientes además de las tareas del hogar como una extensión de su rol (Ambriz-López et al., 2014; Ángeles-Basilio et al., 2021; dos Santos et al., 2019; Guerrero et al., 2021; Hernández et al., 2018; Joling et al., 2019; Koyanagi et al., 2022; van Beusekom et al., 2016), principalmente por la cultura mexicana donde se tiene el sesgo de asignar a la mujer como encargada del cuidado de los miembros de la familia además de sus otros roles sociales, aun cuando no reciba capacitación especializada o educación formal para llevar a cabo la atención necesaria para el paciente (Ambriz-López et al., 2014; DiGirolamo & Salgado de Snyder, 2008; Domínguez-Guedea & Díaz-Loving, 2016).

A propósito de la diferencia por sexo respecto a la depresión, contrasta que no se encontraran diferencias estadísticamente significativas con la literatura internacional como el meta-análisis realizado por Salk et al. (2017) que encontró una diferencia estadísticamente significativa en el diagnóstico de depresión mayor entre hombres y mujeres (OR=1.95). Esta diferencia puede estar mediada por el estigma que existe hacia la

depresión en hombres, así como la forma en que están construidas las escalas que pueden dejar afuera respuestas depresivas características del género masculino (Gallo et al., 1994; González-Forteza et al., 2015). Sin embargo, esta diferencia no fue aparente en este trabajo.

Aun cuando se tuvo cuidado durante la realización de la presente investigación, se encuentran algunas limitaciones relevantes a tener en cuenta: en primer lugar, el diseño no experimental, transversal, correlacional permite identificar la asociación entre las variables; sin embargo, no permite establecer causalidad entre las mismas y así mismo su naturalidad transversal limita la capacidad para conocer el desarrollo de la sintomatología más allá del momento de la valoración. Por ello, se propone realizar una réplica del estudio con una muestra más amplia proveniente de diversos centros hospitalarios; además de un posible seguimiento para conocer más a fondo la interacción entre las variables y su curso conforme continúen o terminen las actividades de los CPI (Hernández et al., 2014; Pérez-Tejada y Medina, 2000).

Otra limitación observada es el uso de instrumentos de autorreporte ya que las respuestas pueden estar mediadas por deseabilidad social, que pudo haber alterado la respuesta de los CPI para ajustarse al modelo abnegado minimizando el reporte de sus malestares (Ambriz-López et al., 2014; Domínguez-Guedea & Díaz-Loving, 2016). Además, que es posible que por las características del servicio de Urgencias Médicas y los tramites de su paciente, no fueran precisas las estimaciones de las actividades realizadas o de los malestares que presentan. Otra limitación es al respecto de los instrumentos ya que, aunque se buscó que fueran sensibles para su uso en un contexto hospitalario, no contaban con estandarización para su uso específicamente en CPI de pacientes del área de Urgencias Médicas, por lo que podrían presentarse diferencias conceptuales que afecten la validez de los cuestionarios (Hernández et al., 2014).

Por otra parte, esta investigación presenta bondades que es importante mencionar: la posibilidad de evaluar únicamente a CPI, ya que de esta manera permite tener una imagen más precisa de su perfil en el área de Urgencias Médicas de un Hospital General de la Ciudad de México a diferencia de otros trabajos como el estudio retrospectivo de Ángeles-Basilio et al. (2021) donde no se tuvo el criterio específico de que fueran solo CPI.

De igual manera, se aprecia como bondad del estudio las estrategias metodológicas que fueron seguidas para cuidar la representatividad de la muestra con la población con la especificación asegurarse que el entrevistado sea el cuidador principal, así como el cálculo del tamaño de la muestra a fin de que lo reportado en la presente investigación sea lo más certero posible y sirva como precedente para tener una mejor comprensión de las variables para posibles réplicas futuras del estudio. Otra bondad es que el presente trabajo formó parte del protocolo de investigación aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, con número de registro 27-152-2017, mismo que revisó que se garantizara y salvaguardara el bienestar de los CPI participantes, respetando sus derechos, así como cuidando la confidencialidad de sus datos.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos, se recomienda considerar la aplicación de la Guía de intervención mhGAP (OPS, 2017) para el abordaje de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada, como una opción para brindar el acompañamiento que puedan requerir los CPI que presenten sintomatología depresiva y/o riesgo suicida. Se recomienda así mismo que en futuras investigaciones se lleve a cabo un registro de la frecuencia y características de aquellos casos que requieran atención psicológica o médica, ya que es información valiosa sobre las necesidades específicas de la población y las habilidades necesarias para el equipo de urgencias. También se recomienda a futuro adaptar y estandarizar instrumentos de evaluación para la población de urgencias médicas ya que esto permitirá obtener información más precisa y confiable tanto de los pacientes como de los CPI que lleguen al servicio.

Finalmente, a partir de lo recabado, se puede concluir que sí existe una asociación débil entre la depresión y el riesgo suicida en los CPI de pacientes del área de urgencias médicas, sin embargo, se necesitan más trabajos en el área.

Referencias

Abbott, C. H., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2014). The Influence of Patients' Quality of Life at the End of Life on Bereaved Caregivers' Suicidal Ideation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), 459–464.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.011>

Abreu, I. R., Guerra, S. Á., Rodríguez, V. R., Martín, L. S., & Hernández, Z. G. (2016). Breves consideraciones sobre la bioética en la investigación clínica. *Revista Cubana de Farmacia*, 50(3), Article 3. <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/47>

Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: The evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 239–244.

[https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00146-0)

Ambriz-López, M. C., Villalobos-Arámbula, L. M., Gallegos-Torres, R. M., Xequé-Morales, Á. S., Hernández-Castañón, M. A., & Palomé-Vega, G. (2014). Perfil del cuidador principal y su relación con el cuidado del personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 22(3), 123–129. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=54633>

American College of Emergency Physicians (2021). *Definition of Emergency Medicine*.

<https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-emergency-medicine/>

American Psychological Association (25 de Junio de 2023) Distress. *APA Dictionary of Psychology* <https://dictionary.apa.org/distress>

American Psychological Association (2021) *Society for Health Psychology*. Recuperado el 7 de noviembre de 2021, de <https://www.apa.org/about/division/div38>

- Ángeles-Basilio, M. B., Hernández-De La Cruz, J. A., Jiménez-Palacios, L. S., Mendoza-Aguilera, L. E., Vidal-Velazco, E. A., Domínguez-Vieyra, N. A., López-Gómez, A., & Landa-Ramírez, E. (2021). Ansiedad, depresión y sobrecarga en el cuidador primario informal del paciente de emergencias médicas: Un estudio retrospectivo. *Revista de Educación e Investigación en Emergencias*, 4(2), 7702.
<https://doi.org/10.24875/REIE.21000080>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). *Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease*. *Social Science & Medicine* (1982), 61(4), 755–765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J. D., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J. G., Korslund, K. E., Hughes, J. L., Avina, C., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2021). Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation, Mechanisms, and Mediators. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(9), 1105-1115.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>
- Australian College for Emergency Medicine (2021). *TRIAGE*. Recuperado de <https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Triage>
- Avci, D., Duran, S., Oz, Y. C., & Basak, I. (2021). Suicide probability in psychiatric patients' primary caregivers: The role of care burden, alexithymia and some risk factors. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(5), 457–464. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.06.013>
- Barnier, J. (2022). *Questionr* (version 0.7.7) [Computer software]. R package.
<https://github.com/juba/questionr>
- Bastiampillai, T., Sharfstein, S. S., & Allison, S. (2016). Increase in US Suicide Rates and the Critical Decline in Psychiatric Beds. *JAMA*, 316(24), 2591–2592.
<https://doi.org/10.1001/jama.2016.16989>

- Baumeister, H., Hutter, N., & Bengel, J. (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008012.pub3>
- Baumeister, H., Hutter, N., & Bengel, J. (2012). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008381.pub2>
- Berry, H. G., Disckind, B. B., Reichard, A., & Ruiz, S. (2020). Health characteristics and outcomes of caregivers in the United States: An Analysis of the 2017 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Disability and Health Journal*, 13(1), 100821. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.06.010>
- Björkenstam, C., Andersson, G., Dalman, C., Cochran, S., & Kosidou, K. (2016). Suicide in married couples in Sweden: Is the risk greater in same-sex couples? *European Journal of Epidemiology*, 31(7), 685–690. <https://doi.org/10.1007/s10654-016-0154-6>
- Boudreaux, E., Camargo, C., Jr, Arias, S., Sullivan, A., Allen, M., Goldstein, A., Manton, A., Espinola, J., & Miller, I. (2016). Improving Suicide Risk Screening and Detection in the Emergency Department. *American journal of preventive medicine*, 50(4), 445–453. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.09.029>
- Breen, K., Finnegan, L., Vuckovic, K., Fink, A., Rosamond, W., & DeVon, H. A. (2020). Multimorbidity in Patients with Acute Coronary Syndrome Is Associated with Greater Mortality, Higher Readmission Rates, and Increased Length of Stay: A Systematic Review. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 35(6), E99–E110. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000748>

- Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., Biernesser, C., Keilp, J., Kolko, D., Ellis, S., Porta, G., Zelazny, J., Iyengar, S., & Mann, J. J. (2015). Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt: A 5.6-Year Prospective Study. *JAMA Psychiatry*, 72(2), 160. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2141>
- Broyles, S. T., Denstel, K. D., Church, T. S., Chaput, J.-P., Fogelholm, M., Hu, G., Kuriyan, R., Kurpad, A., Lambert, E. V., Maher, C., Maia, J., Matsudo, V., Olds, T., Onywera, V., Sarmiento, O. L., Standage, M., Tremblay, M. S., Tudor-Locke, C., Zhao, P., & Katzmarzyk, P. T. (2015). The epidemiological transition and the global childhood obesity epidemic. *International Journal of Obesity Supplements*, 5(2), S3–S8. <https://doi.org/10.1038/ijosup.2015.12>
- Buenfil, B., Hijuelos, N., Pineda, J., Salgado, H., & Pérez, E., (2016). Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 5(10), 148–173. Recuperado de <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/42>
- Cairns, C., Ashman, J. & Kang, K. (2021). *Emergency Department Visit Rates by Selected Characteristics: United States, 2018*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://doi.org/10.15620/cdc:102278>
- Callaway, E. (2022). Ancient DNA traces origin of Black Death. *Nature*, 606(7915), 635–636. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-01673-4>
- Camacho-Mendoza, N., Peláez-Hernández, V., Luna-Rodríguez, G. L., Ledesma-Ruiz, C. D., Casarín-López, F., Rosas-Trujillo, A., & Orea-Tejada, A. (2022). T7. Afectación psicológica en los cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia cardiaca por la antigüedad del tiempo de cuidado. *Cardiovascular & Metabolic Science*, 33, s111–s111.

- Carret, M. L. V., Fassa, A. C. G., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: A systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos De Saude Publica*, 25(1), 7–28. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000100002>
- Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital Presenting Self-Harm and Risk of Fatal and Non-Fatal Repetition: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 9(2), e89944. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089944>
- Carter, E. J., Pouch, S. M., & Larson, E. L. (2014). The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 46(2), 106–115. <https://doi.org/10.1111/jnu.12055>
- Castillo, S., & Lozano, E. (2010). Q-Q Plot Normal. Los puntos de posición gráfica. *Iniciación a la Investigación*, 2, Article 2. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/259>
- Castillo, O. I. A.-R. del, Morales-Vigil, T., Vázquez-Pineda, F., Sánchez-Román, S., Río, B. R., & Guevara-López, U. (2008). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 485–494.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021, Noviembre 16). *What is Diabetes?* Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/diabetes/basics/diabetes.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). *1918 Pandemic (H1N1 virus)*. <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>

- Chamberlain, L., Anderson, C., Knifton, C., & Madden, G. (2018). Suicide risk in informal carers of people living with dementia. *Nursing Older People*, 30(5), 20–25.
<https://doi.org/10.7748/nop.2018.e1035>
- Chiao, C.-Y., Wu, H.-S., & Hsiao, C.-Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340–350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>
- Clínica Mayo (2021). *Depresión (trastorno depresivo mayor)*. Recuperado el 29 de agosto de 2021, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846–861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- De Marchis, E. H., Hessler, D., Fichtenberg, C., Fleegler, E. W., Huebschmann, A. G., Clark, C. R., Cohen, A. J., Byhoff, E., Ommerborn, M. J., Adler, N., & Gottlieb, L. M. (2020). Assessment of Social Risk Factors and Interest in Receiving Health Care–Based Social Assistance Among Adult Patients and Adult Caregivers of Pediatric Patients. *JAMA Network Open*, 3(10), e2021201–e2021201.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.21201>
- Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet*, 382(9903), 1525–1533. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7)

- DiGirolamo, A. M., & Salgado de Snyder, N. (2008). Women as primary caregivers in Mexico: Challenges to well-being. *Salud Pública de México*, 50(6), 516–522. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000600013&script=sci_abstract&tlng=en
- Dreser, A., Wirtz, V. J., Corbett, K. K., & Echániz, G. (2008). Uso de antibióticos en México: Revisión de problemas y políticas. *Salud Pública de México*, 50, S480–S487. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008001000009
- Domínguez-Guedea, M. T., & Díaz-Loving, R. (2016). Escala de abnegación en cuidadores familiares de adultos mayores. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(1), 224–233. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.190411>
- dos Santos, C., da Rosa, V., Prado, L., & Guimarães, M. (2019). Prevalence and factors associated with suicidal ideation among family caregivers of people with mental disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19–20), 3470–3477. <https://doi.org/10.1111/jocn.14938>
- Doyle, M., While, D., Mok, P. L. H., Windfuhr, K., Ashcroft, D. M., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C. A., Appleby, L., Shaw, J., & Webb, R. T. (2016). Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: A nested case control study. *BMC Family Practice*, 17(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0479-y>
- Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C., & Vézina, L. (2006). Caring for a Loved One with Advanced Cancer: Determinants of Psychological Distress in Family Caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 9(4), 912–921. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.912>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. Recuperado de <https://doi.org/10.1126/science.847460>

Escelsior, A., Belvederi Murri, M., Corsini, G. P., Serafini, G., Aguglia, A., Zampogna, D., Cattedra, S., Nebbia, J., Trabucco, A., Prestia, D., Olcese, M., Barletta, E., Pereira da Silva, B., & Amore, M. (2021). Cannabinoid use and self-injurious behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 278, 85–98.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.020>

Farrohknia, N., Castrén, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., Asplund, K., & Göransson, K. E. (2011). Emergency department triage scales and their components: A systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 42. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>

Faessler, L., Kutz, A., Haubitz, S., Mueller, B., Perrig-Chiello, P., & Schuetz, P. (2016).

Psychological distress in medical patients 30 days following an emergency department admission: Results from a prospective, observational study. *BMC Emergency Medicine*, 16(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12873-016-0097-y>

Ferrando, L., Bobes, J., Gilbert, J., Soto, M. & Soto, O. (2000). MINI Entrevista

Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en español 5.0.0 [Archivo PDF]. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf>

Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., Álvarez Avitia, M. Á., Alvarado Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.

<https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.035>

- Gallo, J. J., Anthony, J. C., & Muthen, B. O. (1994). Age Differences in the Symptoms of Depression: A Latent Trait Analysis. *Journal of Gerontology*, 49(6), P251–P264.
<https://doi.org/10.1093/geronj/49.6.P251>
- García, A., Calderón, M., & Alvarado, K. (2010). Problemas psicológicos en el servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1), 18-33 <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/16991>
- Germack, H. D., Caron, A., Solomon, R., & Hanrahan, N. P. (2018). Medical-surgical readmissions in patients with co-occurring serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 55, 65–71.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.09.005>
- Gonçalves-Bradley, D., Khangura, J. K., Flodgren, G., Perera, R., Rowe, B. H., & Shepperd, S. (2018). Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002097.pub4>
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. de los Á., Peralta, R., Wagner, F. A., González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A. E., Vacio-Muro, M. de los Á., Peralta, R., & Wagner, F. A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149–155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>
- Gross, J., & Ligges, U. (2015). *nortest: Tests for Normality* (version 1.0-4) [Computer software]. R package. <https://CRAN.R-project.org/package=nortest>
- Grossman, M. N., Fry, C. E., Sorg, E., MacLean, R. L., Nisavic, M., McDowell, M. J., Masaki, C., Bird, S., Smith, F., & Beach, S. R. (2021). Trends in suicidal ideation in an emergency

department during COVID-19. *Journal of Psychosomatic Research*, 150, 110619.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110619>

Gruenewald, T. L., Karlamangla, A. S., Greendale, G. A., Singer, B. H., & Seeman, T. E.

(2007). Feelings of Usefulness to Others, Disability, and Mortality in Older Adults: The

MacArthur Study of Successful Aging. *The Journals of Gerontology. Series B,*

Psychological Sciences and Social Sciences, 62(1), P28-37.

<https://doi.org/10.1093/geronb/62.1.p28>

Guerrero, A. (2021). *Depresión, ansiedad y apoyo social en cuidadores primarios informales de pacientes del área de urgencias médicas: Un estudio confirmatorio* [Tesis de licenciatura].

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

<http://132.248.9.195/ptd2021/enero/0806228/Index.html>

Guterman, E. L., Allen, I. E., Josephson, S. A., Merrilees, J. J., Dulaney, S., Chiong, W., Lee,

K., Bonasera, S. J., Miller, B. L., & Possin, K. L. (2019). Association Between Caregiver

Depression and Emergency Department Use Among Patients with Dementia. *JAMA*

Neurology, 76(10), 1166–1173. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2019.1820>

Hernández de la Cruz, J. A. (2018). *Apoyo social, ansiedad y depresión en el cuidador primario*

informal de urgencias médicas [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de

México, Facultad de Psicología. <http://132.248.9.195/ptd2018/mayo/0774459/Index.html>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la investigación* (6

ed.). McGraw-Hill. Recuperado de [https://www.uca.ac.cr/wp-](https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf)

[content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf](https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf)

Herrera, B., Galindo, O., & Lerma, A. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: Propiedades psicométricas. *Psicología y Salud*, 28(1), Article 1.

<https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2544>

Holland, K. M., Jones, C., Vivolo-Kantor, A. M., Idaikkadar, N., Zwald, M., Hoots, B., Yard, E., D’Inverno, A., Swedo, E., Chen, M. S., Petrosky, E., Board, A., Martinez, P., Stone, D. M., Law, R., Coletta, M. A., Adjemian, J., Thomas, C., Puddy, R. W., ... Houry, D. (2021). Trends in US Emergency Department Visits for Mental Health, Overdose, and Violence Outcomes Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 372.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4402>

Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A. K., Sokero, T. P., & Isometsä, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 801–808.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09050627>

Holmes, E. C. (2011). Plague’s progress. *Nature*, 478(7370), 465–466.

<https://doi.org/10.1038/478465a>

Hooker, E. A., Mallow, P. J., & Oglesby, M. M. (2019). Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010-2014). *The Journal of Emergency Medicine*, 56(3), 344–351. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.12.025>

Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L., & Zeng, L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*, 97(40), e12638. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012638>

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (22 de junio de 2023).

Historia de la Medicina en México, hacia el siglo XX. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. <https://www.incmnsz.mx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021) Salud mental. Recuperado el 2 de agosto de 2021, de <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019. Recuperado el 8 de agosto de 2021, de

<https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/default.html#Tabulados>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2020). *Cuidadores y cuidadoras de personas mayores*. Gob.mx. Recuperado el 7 de agosto de 2021, de

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

Iseron, K. V., & Moskop, J. C. (2007). Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types.

Annals of Emergency Medicine, 49(3), 275–281.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.05.019>

Jenner, E. (1801). On the Origin of the Vaccine Inoculation. *The Medical and Physical Journal*,

5(28), 505–508. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5598692/>

Joling, K. J., Ten Have, M., de Graaf, R., & O'Dwyer, S. T. (2019). Risk factors for suicidal thoughts in informal caregivers: Results from the population-based Netherlands mental

health survey and incidence Study-2 (NEMESIS-2). *BMC Psychiatry*, 19(1), 320.

<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2317-y>

- Judkins, S. (2020). Mental health emergency department attendances. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 32(3), 370. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13521>
- Juestas, R., Álvarez, M., Otero, B., & García, B. (2020). La importancia del Modelo Biopsicosocial frente al Modelo Biomédico en el Trabajo Social. Recuperado el 14 de noviembre de 2021, de: <https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>
- Kanmani, T. R., & Raju, B. (2019). Caregiver's Psychosocial Concerns and Psychological Distress in Emergency and Trauma Care Setting. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 10(01), 54–59. https://doi.org/10.4103/jnpr.jnpr_129_18
- King, A., Ringel, J. B., Safford, M. M., Riffin, C., Adelman, R., Roth, D. L., & Sterling, M. R. (2021). Association Between Caregiver Strain and Self-Care Among Caregivers with Diabetes. *JAMA Network Open*, 4(2), e2036676–e2036676. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36676>
- Koyanagi, A., DeVlyder, J. E., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Veronese, N., Haro, J. M., & Santini, Z. I. (2018). Depression, sleep problems, and perceived stress among informal caregivers in 58 low-, middle-, and high-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 115–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.001>
- Koyanagi, A., Oh, H., DeVlyder, J., Shin, J. I., Kostev, K., Smith, L., Jacob, L., López Sánchez, G. F., Abduljabbar, A. S., & Haro, J. M. (2022). Psychotic experiences among informal caregivers: Findings from 48 low- and middle-income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02312-z>

- Koyuncu, N., & Karcioglu, O. (2018). Emergency department patients' clinical and demographic characteristics regarding Hospital Anxiety subscale. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(4), 162–166. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.01.001>
- Kuvadía, H., Beren, I. A., Starr, H. L., Sheehan, J. J., Kleinman, N. L., & Brook, R. A. (2021). Direct and Indirect Costs Among Caregivers of Patients with Major Depressive Disorder and Suicidal Ideation or Suicidal Attempt. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 23(4), 0–0. <https://doi.org/10.4088/PCC.20m02893>
- Landa-Ramírez, E., & Murillo-Cruz, J. L. (2019). The need to introduce a Psychological Program into Emergency Medicine: Early experiences in the field. *Revista de Educación e Investigación En Emergencias*, 1(3), 3262. <https://doi.org/10.24875/REIE.19000025>
- Landa-Ramírez, E., Sánchez-Cervantes, C. T., Sánchez-Román, S., Urdapilleta-Herrera, E. del C., Basulto-Montero, J. L., & Ledesma-Torres, L. (2021). Clinical Psychology during COVID-19: Experiences from Six Frontline Hospitals in Mexico. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 143–155. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.588>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., & Dunbar, G. C. (1998). La Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI). Una entrevista diagnóstica estructurada breve: Fiabilidad y validez según la CIDI. *European Psychiatry (Ed. Española)*, 5(1), 13–21. <https://doi.org/10.1017/S1134066500008547>
- Liu, Q., Wang, W., Gu, X., Deng, F., Wang, X., Lin, H., Guo, X., & Wu, S. (2021). Association between particulate matter air pollution and risk of depression and suicide: A systematic

review and meta-analysis. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(8), 9029–9049. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-12357-3>

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>

López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A. E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. J. (2002). [Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients]. *Revista De Investigación Clínica; Órgano Del Hospital De Enfermedades De La Nutrición*, 54(5), 403–409. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12587414/>

López, E. (2016). *Puesta al día: Cuidador informal*. *Revista EnfermeríaCyL*, 8(1), 71–77. Recuperado de <https://docplayer.es/65270299-Puesta-al-dia-cuidador-informal.html>

Madrigal González, A. V., Pablo Díaz, M. G., Flores Juárez, J., Urdapilleta Herrera, E., Lara Rivas, G., & Galindo Vázquez, Ó. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes mexicanos con enfermedades respiratorias: Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a sample of Mexican patients with respiratory diseases. *Revista Psicología y Salud*, 31(2), 323-332. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2700>

Maple, M., Wayland, S., Sanford, R. L., & Bhullar, N. (2021). Predictors of Caregiver Burden Among Carers of Suicide Attempt Survivors. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000836>

Mascayano, F., Irrazabal, M., D Emilia, W., Vaner, S. J., Sapag, J. C., Alvarado, R., Yang, L. H., & Sinah, B. (2015). Suicide in Latin America: A growing public health issue. *Revista*

De La Facultad De Ciencias Médicas (Córdoba, Argentina), 72(4), 295–303. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27107280/>

McGirr, A., Alda, M., Séguin, M., Cabot, S., Lesage, A., & Turecki, G. (2009). Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: A three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1124–1134. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08111744>

McWhinney, I. R. (1986). Are we on the brink of a major transformation of clinical method? *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 135(8), 873–878.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1491472/pdf/cmaj00128-0041.pdf>

Medeiros, D. T. B., Hahn-Goldberg, S., O'Connor, E., & Aleman, D. M. (2019). Analysis of emergency department length of stay for mental health visits: A case study of a Canadian academic hospital. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 21(3), 374–383.
<https://doi.org/10.1017/cem.2018.417>

Meyer, D., Dimitriadou, E., Hornik, K., Weingessel, A., Leisch, F., Chang, C., & Lim, C. (2021) Misc Functions of the Department of Statistics, Probability Theory Group (Formerly: E1071) (version 1.7-9) [Computer software] TU Wien. R package. <https://cran.r-project.org/web/packages/e1071/index.html>

Miller, I. W., Camargo, C., Jr, Arias, S., Sullivan, A., Allen, M., Goldstein, A., Manton, A., Espinola, J., Jones, R., Hasegawa, K., Boudreaux, E., & ED-SAFE Investigators (2017). Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA psychiatry*, 74(6), 563–570. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>

- Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H., & Prigerson, H. G. (2019). Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 9(5), E53. <https://doi.org/10.3390/bs9050053>
- Mordal, J., Gundersen, O., & Bramness, J. G. (2010). Norwegian version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview: Feasibility, acceptability and test-retest reliability in an acute psychiatric ward. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 25(3), 172–177. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.02.004>
- Mustafa, M., Carson-Stevens, A., Gillespie, D., & Edwards, A. G. (2013). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004253.pub4>
- National Alliance for Caregiving. (2020). *Caregiving in the US 2020* | The National Alliance for Caregiving. Recuperado de <https://www.caregiving.org/caregiving-in-the-us-2020/>
- National Center for Health Statistics. Health, United States, 2019: Table 037. Hyattsville, MD. 2021. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/hus/contents2019.htm>.
- National Institute of mental Health (2018) *Depression*. Recuperado 29 agosto de 2021, a partir de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M. D., Huang, M., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., & Needham, D. M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 43, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.08.005>
- O'Dwyer, S. T., Janssens, A., Sansom, A., Biddle, L., Mars, B., Slater, T., Moran, P., Stallard, P., Melluish, J., Reakes, L., Walker, A., Andrewartha, C., & Hastings, R. P. (2021). Suicidality in family caregivers of people with long-term illnesses and disabilities: A scoping review. *Comprehensive Psychiatry*, 110, 152261. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152261>

- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2013). Suicidal ideation in family carers of people with dementia: A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1182–1188. <https://doi.org/10.1002/gps.3941>
- O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2016). Suicidal ideation in family carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 20(2), 222–230. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1063109>
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509–538. <https://psycnet.apa.org/doi/10.2307/3349375>
- O'Reilly, D., Connolly, S., Rosato, M., & Patterson, C. (2008). Is caring associated with an increased risk of mortality? A longitudinal study. *Social Science & Medicine* (1982), 67(8), 1282–1290. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.06.025>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12. Recuperado de https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Evidence profile: Caregiver support*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1352688/retrieve>

- Organización Mundial de la Salud. (2018) Declaración de Astaná. *Global Conference on Primary Health Care*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Depresión. Recuperado el 20 de junio de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud (2021^a) *Constitución*. Recuperado el 14 de noviembre de 2021, de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud (2021b). Suicida. Recuperado el 20 de junio de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (2021c) Suicida prevention. Recuperado el 20 de junio de 2021, de <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/suicide>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). *Es preocupante el aumento del comportamiento suicida en niñas, niños y adolescentes durante el 2020* Recuperado el 29 de junio de 2022, de: <https://www.paho.org/es/noticias/29-8-2021-es-preocupante-aumento-comportamiento-suicida-ninas-ninos-adolescentes-durante>
- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2020) *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. Recuperado el 9 de marzo de 2021, de <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

Orozco, M., Galindo Vázquez, O., Bargallo, E., Costas, R., Bernal, L., & García, A. (2022).

Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en sobrevivientes de cáncer de mama mexicanas. *Psicología y Salud*, 32, 313-324.

<https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2752>

Park, C. H. K., Lee, J. W., Lee, S. Y., Moon, J., Jeon, D.-W., Shim, S.-H., Cho, S.-J., Kim, S.

G., Lee, J., Paik, J.-W., Kim, M.-H., You, S., Jeon, H. J., Rhee, S. J., Kim, M. J., Kim, J., & Ahn, Y. M. (2020). Suicide risk factors across suicidal ideators, single suicide attempters, and multiple suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 131, 1–8.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.08.018>

Pellegrini, L., Maietti, E., Rucci, P., Burato, S., Menchetti, M., Berardi, D., Maina, G., Fineberg,

N. A., & Albert, U. (2021). Suicidality in patients with obsessive-compulsive and related disorders (OCRDs): A meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 108, 152246.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152246>

Pellegrini, L., Maietti, E., Rucci, P., Casadei, G., Maina, G., Fineberg, N. A., & Albert, U.

(2020). Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 1001–1021. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.115>

Pérez, V., Elices, M., Vilagut, G., Vieta, E., Blanch, J., Laborda-Serrano, E., Prat, B., Colom, F.,

Palao, D., & Alonso, J. (2022). Suicide-related thoughts and behavior and suicide death trends during the COVID-19 in the general population of Catalonia, Spain. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of*

Neuropsychopharmacology, 56, 4–12. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.11.006>

- Pérez-Tejada, H. E., & Medina, J. C. (2000). *Estadística para las ciencias sociales y del comportamiento* (2. ed.). Oxford University. Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2015/09/Estadistica-para-las-ciencias-sociales-del-comportamiento-y-de-la-salud.pdf>
- Peterkin, G. (2008). Europe, northern and Western Mesolithic Cultures. En D. M. Pearsall (Ed.), *Encyclopedia of Archaeology* (pp. 1249-1252). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012373962-9.00186-2>
- Polanco-González, C., Castañón-González, J.A., Buhse, T., Saraniego-Mendoza, J. L., Arreguin-Nava, R., & Villanueva-Martínez, S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149(4). 17-24. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n4/GMM_149_2013_4_417-424.pdf
- Quezada, A. (2020). Los orígenes de la vacuna. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(3), 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.07.002>
- Rangel, S. (6 de marzo de 2023). La Revolución Industrial y la medicina. *Tribuna de Querétaro*. <https://tribunadequeretaro.com/opinion/columnistas/solo-para-nostalgicos/la-revolucion-industrial-y-la-medicina/>
- Reyes-Vázquez, M., Cordero-Sánchez, C., Alba-Alba, C., Muñoz-Covarrubias, M., Hernández-Cora, A., Guzmán-Ortiz, E. (2019). Perfil sociodemográfico y nivel de sobrecarga del cuidador primario del adulto mayor. *Revista Entorno*. <https://entorno.udlap.mx/perfil-sociodemografico-y-nivel-de-sobrecarga-del-cuidador-primario-del-adulto-mayor/>

Roth, D. L., Fredman, L., & Haley, W. E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309–319.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>

Santana, A., & Nieves, C. (2016). *Librerías en R. Departamento de Matemáticas*. Departamento de Matemáticas, UPLGC UPLGC. Recuperado de <https://estadistica-dma.ulpgc.es/cursor4ULPGC/5-librerias.html>

Santillanes, G., Axeen, S., Lam, C. N., & Menchine, M. (2020). National trends in mental health-related emergency department visits by children and adults, 2009–2015. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(12), 2536–2544.

<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.12.035>

Schuenemann, V. J., Bos, K., DeWitte, S., Schmedes, S., Jamieson, J., Mittnik, A., Forrest, S., Coombes, B. K., Wood, J. W., Earn, D. J. D., White, W., Krause, J., & Poinar, H. N. (2011). Targeted enrichment of ancient pathogens yielding the pPCP1 plasmid of *Yersinia pestis* from victims of the Black Death. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(38), E746–E752. <https://doi.org/10.1073/pnas.1105107108>

Secretaría de Salud (2021). *Información en Salud*. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Recuperado el 24 de abril de 2021, de <https://salud.cdmx.gob.mx/conoce-mas/informacion-en-salud>

Sewitch, M. J., Yaffe, M. J., McCusker, J., & Ciampi, A. (2006). Helping family doctors detect vulnerable caregivers after an emergency department visit for an elderly relative: Results of a longitudinal study. *BMC Family Practice*, 7, 46. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-46>

- Shaffer, K. M., Riklin, E., Jacobs, J. M., Rosand, J., & Vranceanu, A.-M. (2016). Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. *Journal of Critical Care*, *36*, 154–159. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.010>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *59*(suppl 20), 11980. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9881538/>
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Alvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias [Triage: a key tool in emergency care]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, *33 Suppl 1*, 55–68. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es&tlng=es.
- Solimando, L., Fasulo, M., Cavallero, S., Veronese, N., Smith, L., Vernuccio, L., Bolzetta, F., Dominguez, L. J., & Barbagallo, M. (2022). Suicide risk in caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02160-6>
- Sporinova, B., Manns, B., Tonelli, M., Hemmelgarn, B., MacMaster, F., Mitchell, N., Au, F., Ma, Z., Weaver, R., & Quinn, A. (2019). Association of Mental Health Disorders with Health Care Utilization and Costs Among Adults with Chronic Disease. *JAMA Network Open*, *2*(8), e199910. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9910>

- Stansfeld, S., Smuk, M., Onwumere, J., Clark, C., Pike, C., McManus, S., Harris, J., & Bebbington, P. (2014). Stressors and common mental disorder in informal carers – An analysis of the English Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Social Science & Medicine*, *120*, 190–198. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.025>
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2021). *Health psychology* (Eleventh edition, international student edition). McGraw Hill.
- Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, *31*(2), 494–503. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Tidemalm, D., Runeson, B., Waern, M., Frisell, T., Carlström, E., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2011). Familial clustering of suicide risk: A total population study of 11.4 million individuals. *Psychological Medicine*, *41*(12), 2527–2534. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000833>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, *5*(1), 1–22. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Van Beusekom, I., Bakhshi-Raiez, F., de Keizer, N. F., Dongelmans, D. A., & van der Schaaf, M. (2016). Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: A literature review. *Critical Care (London, England)*, *20*, 16. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1185-9>
- Xu, S., Zhu, Y., Hu, H., Liu, X., Li, L., Yang, B., Wu, W., Liang, Z., & Deng, D. (2021). The analysis of acne increasing suicide risk. *Medicine*, *100*(24), e26035. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000026035>

- Yamamoto-Furusho, J. K., Sarmiento-Aguilar, A., García-Alanis, M., Gómez-García, L. E., Toledo-Mauriño, J., Olivares-Guzmán, L., & Fresán-Orellana, A. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*, *41*(8), 477–482. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.05.009>
- Yockey, R. A., King, K., & Vidourek, R. (2021). Trends in Suicidal Behaviors Among US Adults 2015-2018. *Crisis*, *42*(5), 351–359. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000732>
- Zamudio, M. (2009). *Validez concurrente de tres instrumentos clinimétricos para la evaluación del riesgo suicida: Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional módulo de riesgo de suicidio, escala de riesgo suicida de Plutchik y la nueva escala de estimación de riesgo suicida* [Tesis de especialidad]. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. (Facultad de Medicina 001-11241-Z1-2009). <http://132.248.9.195/ptd2009/septiembre/0647862/Index.html>
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist*, *26*(3), 260–266. <https://doi.org/10.1093/geront/26.3.260>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zwar, L., König, H.-H., & Hajek, A. (2021). Do Informal Caregivers Expect to Die Earlier? A Longitudinal Study with a Population-Based Sample on Subjective Life Expectancy of Informal Caregivers. *Gerontology*, *67*(4), 467–481. <https://doi.org/10.1159/000513933>

Anexos

Anexo 1: formato de datos sociodemográficos



Hospital General Dr. Manuel Gea González

Evaluación Cuidador Primario Informal

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

Datos del paciente

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

Datos del CPI

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

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

En su vida cotidiana...

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

II. Durante la hospitalización del paciente

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

Apoyo que recibe el cuidador durante la hospitalización del paciente

Personas que apoyan al cuidador					
Parentesco	Edad	Tipo de apoyo			Desde cuándo
		Instrumental	Emocional	Informativo	

Con el apoyo que recibe de otras personas, ¿Puede cubrir sus propias necesidades y las de su paciente?:

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

Condición médica del cuidador

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

Cuidados

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

Anexo 2: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

HADS

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

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

Anexo 3: Entrevista Neuropsiquiátrica internacional (MINI)

Riesgo de suicidio

A veces, cuando nos sentimos muy tristes y desesperados, no sabemos qué hacer y podemos llegar a pensar en la utilidad y valor de la vida o que sería mejor dejar de existir. Tomando en cuenta esto, a continuación voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con esta forma de pensar y de sentirse. Por favor conteste indicando la opción con la que mejor se identifique durante este **último mes**.

	Sí	No	Puntos
1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?			1
2. ¿Ha querido hacerse daño?			2
3. ¿Ha pensado en el suicidio?			6
4. ¿Ha planeado cómo suicidarse?			10
5. ¿Ha intentado suicidarse?			10
6. A lo largo de su vida, ¿alguna vez ha intentado suicidarse?			4

Anexo 4: Consentimiento informado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nombre y firma del sujeto de investigación _____

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

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

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal _____

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado _____

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