



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA “DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA”

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Psiquiatría

**Afrontamiento al estrés y su relación con la presencia de síntomas
depresivos, en cuidadores de pacientes con enfermedad mental**

Jonathan Ramírez Almendárez

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Jesús Francisco Galván Molina

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. María Esther Jiménez Cataño

Febrero 2024



Afrontamiento al estrés y su relación con la presencia de síntomas depresivos, en cuidadores de pacientes con enfermedad mental © 2024 Por Jonathan Ramírez Almendárez. Se distribuye bajo [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Psiquiatría

**Afrontamiento al estrés y su relación con la presencia de síntomas depresivos,
en cuidadores de pacientes con enfermedad mental**

Jonathan Ramírez Almendárez

No. CVU CONACYT 1070015 - <https://orcid.org/0000-0001-5655-3657>

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Jesús Francisco Galván Molina

No. CVU CONACYT 296777- <https://orcid.org/0000-0002-0400-6886>

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. María Esther Jiménez Cataño

No. CVU CONACYT 15540 - <https://orcid.org/0000-0002-8342-7063>

SINODALES

Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez

Presidente

Dra. Elia del Carmen Echeverría Carrera

Sinodal

Dr. César Guillermo González Salinas

Sinodal

Dr. Oscar Fernando García Chávez

Sinodal suplente

Febrero 2024

RESUMEN

Afrontamiento al estrés y su relación con la presencia de síntomas depresivos, en cuidadores de pacientes con enfermedad mental.

Introducción: La forma en que los cuidadores principales de pacientes con alguna enfermedad mental afrontan el estrés tiene una repercusión importante en su propia salud mental. Se ha observado que un incremento de estrés puede desencadenar síntomas de ansiedad y depresión en algunos cuidadores.

Objetivos: Determinar la relación entre el tipo de afrontamiento al estrés utilizado por los cuidadores principales de los pacientes hospitalizados en la Unidad Para Intervención en Crisis de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, y la presencia de síntomas depresivos.

Sujetos y métodos: Estudio transversal analítico. Se incluyeron a 124 cuidadores principales de la Unidad Para Intervención en Crisis de la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña. Se obtuvieron las variables de interés a través de una hoja colectora de datos y las escalas validadas BCI (Brief COPE Inventory) y PHQ-9 (Patient Health Questionary).

Resultados: El tipo de afrontamiento al estrés más utilizado fue el activo (85%). De los 19 cuidadores principales que utilizaron un afrontamiento pasivo, 15 (80%) obtuvieron un PHQ-9 ≥ 10 puntos.

Conclusiones: Un afrontamiento pasivo al estrés se asoció significativamente con la presencia de síntomas depresivos en los cuidadores principales, así como con el número de internamientos y el tiempo de ser cuidador. Un afrontamiento activo al estrés, por el contrario, se asoció significativamente con una mayor edad del cuidador.

Palabras clave: Afrontamiento al estrés, cuidador primario, depresión.

ÍNDICE

RESUMEN	4
ÍNDICE	5
LISTA DE TABLAS	8
LISTA DE DIAGRAMAS Y FIGURAS	9
LISTAS DE NOMENCLATURAS & ABREVIATURAS	10
DEDICATORIA	11
1. ANTECEDENTES	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL CUIDADOR	19
EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS	25
2. JUSTIFICACIÓN	28
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	29
4. HIPÓTESIS	30
5. OBJETIVOS	30
5.1 OBJETIVO GENERAL	30
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
6. SUJETOS Y MÉTODOS	31
6.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	31
6.2 POBLACIÓN	33
6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	33
6.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	33
6.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	33
6.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	34

<u>6.4</u> TIPO DE MUESTREO	34
<u>6.5</u> PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
<u>6.6</u> INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.....	35
7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	40
<u>7.1</u> CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	40
<u>7.2</u> MODELO DE REGRESIÓN LINEAL.....	40
8. FACTIBILIDAD	41
<u>8.1</u> FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	41
9. ÉTICA.....	42
10. PLAN DE TRABAJO.....	43
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: (2022 - 2023).....	43
12. COMPROMISO DE AVANCES	43
13. RESPONSABILIDADES DE LOS INTEGRANTES	44
14. DERECHOS DE AUTORÍA Y COAUTORÍA.....	44
15. RESULTADOS	45
<u>15.1</u> DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	45
<u>15.2</u> CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	46
<u>15.3</u> TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	46
<u>15.4</u> GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS.....	47
<u>15.5</u> TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS UTILIZADO EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS.....	48
<u>15.6</u> CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES MAYORMENTE ASOCIADAS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS ..	48
16. DISCUSIÓN	51
17. LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN	56

18. CONCLUSIONES.....	57
19. BIBLIOGRAFÍA	58
20. ANEXOS	67
<u>20.1</u> CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	67
<u>20.2</u> BRIEF COPE INVENTORY (BCI)	68
<u>20.3</u> PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9).....	69
<u>20.4</u> HOJA COLECTORA DE DATOS.....	70
<u>20.5</u> AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO	71

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de la población.....	46
Tabla 1. Descripción de la población (continuación).....	47
Tabla 2. Comparativa por Afrontamiento.....	50

LISTA DE DIAGRAMAS Y FIGURAS

Diagrama 1. Factores de riesgo para la carga del cuidador.....	23
Diagrama 2. Estrategias de afrontamiento, Dimensión e ítems, según su tipo de afrontamiento (activo/pasivo) del instrumento Brief COPE Inventory.....	37
Diagrama 3. Puntaje de escala PHQ-9.....	40
Figura 1. Principales diagnósticos de ingreso a la UPIC de la CPDENP..	48
Figura 2. Comparativas (Tipos de afrontamiento).....	51
Figura 3. Síntomas depresivos en cuidadores.....	54
Figura 4. Tipos de afrontamiento vs Severidad de los síntomas depresivos.....	55
Figura 5. Tipos de afrontamiento vs Síntomas depresivos.....	56

LISTAS DE NOMENCLATURAS & ABREVIATURAS

- APA: American Psychiatric Association.
- BCI: Brief Cope Inventory.
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición.
- CPDENP: Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.
- DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.
- GL: Grados de Libertad.
- INSP: Instituto Nacional de la Salud Pública.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PHQ-9: Patient Health Questionnaire.
- PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders.
- UPIC: Unidad Para Intervención en Crisis.

DEDICATORIA

A mi esposa Vero, a mi hermano Oscar, mis padres y mis Panchitos.

Gracias por estar, siempre.

1. ANTECEDENTES

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud ([OMS, 1948](#)) define a la salud como: "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades*". La morbimortalidad de los países desarrollados y en vías de desarrollo, se encuentra directamente relacionada con los estilos de vida ([Beltrán & Torres, 1992](#)).

El estrés, definido por la OMS ([1994](#)) como "el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción", es observado en la mayoría de las ocasiones como algo negativo o perjudicial. Sin embargo, se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia, y que en realidad tiene efectos adversos solo cuando es excesivo o supera la capacidad de adaptación del individuo ([Torrades, 2007](#)). Un estrés moderado es para muchos investigadores, un factor primordial en el desarrollo mental, pues facilita la adaptación a las exigencias del entorno estimulando el crecimiento intelectual ([Kay & Tasman, 2006](#)). Sin embargo, cuando se vuelve muy intenso o prolongado, se produce un estado de agotamiento y aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar algún trastorno mental.

Según [Grau y Hernández \(2005\)](#), el término "estrés" apareció por primera vez en un escrito con tinte psicológico: *Men under Stress*, de Grinker y Spiegel ([1945](#)). Desde entonces, se ha estudiado en numerosos escenarios y en diferentes etapas de la vida de los individuos.

La relación del estrés con los estilos de vida de las personas, ha tomado una vital importancia en los últimos años en la determinación de la salud y la enfermedad. Se han propuesto algunos modelos teóricos para explicar desde distintas perspectivas, la asociación que existe entre el proceso de estrés y las emociones resultantes. El efecto que el estrés tiene sobre la salud mental, su papel en la evolución de la enfermedad y los factores que median la relación entre ambas entidades, son temas de investigación cada vez más frecuentes en psicología y psiquiatría ([Sariusz-Skapska et al, 2003](#)).

La reactividad al estrés (Schlotz et al, 2011) es diferente en cada individuo, incluso al ser expuesto a un mismo estresor. Se entiende como la capacidad o tendencia para responder a un factor estresante. Se mantiene constante a través del tiempo y, se asocia con el sexo, la edad, la etnicidad, factores de la personalidad, enfermedad preexistente y la duración del estímulo estresante.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), las respuestas al estrés son psicológicas, fisiológicas y conductuales. Se dirigen hacia un evento relevante, que es percibido como potencialmente dañino para el bienestar propio y que requiere de una adaptación del individuo. Frecuentemente, incluyen emociones negativas como ansiedad, angustia o ira, e implican acciones dirigidas a enfrentar el evento o huir de él. Cuando una persona percibe que no cuenta con los recursos suficientes para cumplir de forma efectiva con las demandas que la situación requiere, se genera la experiencia de un afecto negativo como ansiedad o angustia, esto se conoce como estrés emocional (Lazarus, 1966). Ocurre frecuentemente, como resultado de situaciones para las cuales la persona no tiene un control (por ejemplo, la muerte), y puede ser desencadenado por múltiples exposiciones al estrés, incluyendo acontecimientos importantes de la vida o situaciones problemáticas de forma crónica (Dohrenwend, B. P., 2000).

Las diferencias individuales son componentes críticos al momento de predecir los niveles de estrés emocional, particularmente cuando el estresor no es muy traumático. Así, el mismo estresor, puede producir estrés emocional en una persona y en otra no. Se trata de un proceso que implica la interacción entre el sujeto, sus recursos y el ambiente (Lazarus & Folkman, 1984).

Como afirma Moos (1993), las características y la naturaleza de los acontecimientos que enfrenta el sujeto, influyen en la disponibilidad y la movilización de recursos. Ante cualquier situación estresante, las personas utilizarán algún tipo de afrontamiento, cuya función está relacionada con la toma de decisiones, la búsqueda y la evaluación de información del entorno para realizar acciones, el mantenimiento de la autonomía o libertad de movimiento y, la focalización de recursos y energía hacia las demandas impuestas por un evento estresante (Janis & Mann, 1977).

Afrontar adecuadamente determinadas situaciones estresantes, nos conduce a un ajuste apropiado, y como evidencia de dicha adaptación encontramos “bienestar, funcionamiento social y salud somática” (Lazarus et al, 1985). Hablar de bienestar personal es hablar sobre un concepto más amplio de calidad de vida, tanto individual como socialmente (Casas, 1996).

Las respuestas de los individuos al estrés, varían de acuerdo con el tipo, la severidad, la cantidad, el tiempo de evolución, el grado de controlabilidad percibida y la evaluación realizada de las situaciones de crisis (Moos 1993).

Los modelos de vulnerabilidad al estrés se utilizan para identificar factores que están causalmente relacionados con el desarrollo de los síntomas. Describen una relación entre el estrés y el desarrollo de (psico) patología. Proponen una asociación entre:

- (1) *factores de vulnerabilidad endógenos latentes* que interactúan con el estrés para aumentar el impacto adverso de las condiciones estresantes,
- (2) *factores ambientales* que influyen en el inicio y curso de la psicopatología y
- (3) *factores protectores* que amortiguan o mitigan los efectos del estrés en las respuestas patológicas (Ingram, 2005).

Según Grau et al (1993), se pueden adoptar tres enfoques principales al estudio del estrés:

- a) Como una reacción psicobiológica del organismo:
Incremento de la actividad fisiológica, cognitiva y motora, para preparar el organismo ante una situación estresante.
- b) Como un estímulo (agente o acontecimiento vital):
Se centra en las situaciones que causan estrés y hace las siguientes suposiciones:
 - I. Cada cambio de vida es estresante por derecho propio.
 - II. Los acontecimientos de la vida deben ser importantes para crear estrés.
 - III. El estrés psicológico resultante es un factor importante en el desarrollo de trastornos y enfermedades.

Algunas de las características que suelen exhibir y que parecen contribuir al estado estresante de una determinada situación son (Labrador, 1995):

- Cambio (o novedad) en una situación ordinaria.
- Falta de información (¿Qué puede pasar, cuál es la necesidad o qué se puede hacer para afrontarlo?).
- Previsibilidad (el grado en que se puede predecir lo que sucederá). Las situaciones poco claras son más estresantes.
- Incertidumbre (probabilidad de que ocurra un evento).
- Ambigüedad de la situación estresante (¿La situación es clara o suficiente para ser interpretada?) Puede ocurrir por falta o exceso de información.
- Amenaza de la situación estresante (cuanto más inmediato es un evento, más estresante se califica).
- Impotencia (falta de habilidades o comportamientos para lidiar con la situación).
- Duración de la situación estresante.

c) Como un proceso transaccional entre un individuo y su medio:

La forma en que el individuo interpreta una situación particular y decide afrontarla, determina en gran medida si esa situación se vuelve estresante o no.

Según el modelo transaccional propuesto por Lazarus & Folkman (1986), el individuo realiza una “evaluación primaria” de la situación estresante y la clasifica como irrelevante, positiva o estresante:

- Irrelevante (los requisitos no tienen un efecto)
- Positiva (favorable para obtener o conservar el bienestar personal) o
- Estresante
 - *Daño o pérdida*
 - *Amenaza y*
 - *Desafío*

y en base a este juicio, decide si realiza o no, cambios en sus acciones.

Una situación estresante de “*daño o pérdida*” ocurre cuando el individuo ya ha sufrido de algún daño; en una situación de “*amenaza*”, el daño o la pérdida se anticipa, aunque aún no haya ocurrido y pueda resolverse o afrontarse, generalmente suele estar acompañado de emociones negativas; y finalmente, ante una situación de “*desafío*”, la persona cree tener la fuerza o capacidad suficiente para afrontarla con éxito y obtener beneficios, lo que se suele asociar generalmente con emociones agradables (alegría, regocijo).

La percepción de una situación como amenazante o desafiante, es fundamental para el tipo de respuesta que dará una persona y, en última instancia, para la cantidad de estrés que experimenta. Se producirán diferentes grados de activación si la situación se percibe como amenazante (la posibilidad de perder o resultar herido) o desafiante (oportunidad de controlar la situación y ganar con ella).

Posteriormente, se realiza una “*valoración secundaria*”, en la que se proyecta mentalmente una respuesta ante una potencial amenaza. Se centra en determinar qué se puede hacer respecto de un evento y luego implementar esa respuesta (afrontamiento). Entran en juego diversos factores, como la historia personal, la formación y la experiencia previa. El resultado de esta evaluación (y la percepción de controlabilidad) determina las reacciones emocionales posteriores.

Enfocándose en el proceso de afrontamiento, se desarrollaron dos conceptos sobre el cómo las personas afrontan los factores estresantes: Los “*estilos*” y las “*estrategias*” de afrontamiento; no se trata de conceptos opuestos, sino complementarios.

- a) Estilos de afrontamiento: Formas estables y consistentes de afrontar el estrés.
- b) Estrategias de afrontamiento: Acciones más específicas.

Las investigaciones que vinculan ambos constructos (Ferguson, 2001), sugieren que es absurdo separar el afrontamiento de la personalidad de quien lo realiza.

De forma histórica (Aspinwall, 1997), propuso dos etapas para evaluar las estrategias de afrontamiento. La evaluación cuantitativa surgió inicialmente mediante escalas de calificación, escalas de comprobación, inventarios psicométricos y cuestionarios. Sin

embargo, esto tuvo las desventajas de exigir ser consciente de la situación estresante, además de la longitud excesiva de los instrumentos y limitar el número de estrategias de afrontamiento consideradas. Posteriormente, se empezaron a utilizar procedimientos cualitativos, que permitieron, entre otras cosas, profundizar en el significado individual de la situación, aclarar a qué tipo de estresor había que enfrentarse o descubrir nuevas formas de afrontamiento que no estaban previstas en los cuestionarios.

Esta área de la psicología ha estado dominada por dos enfoques teóricos: el planteamiento de Lazarus y Folkman y el de Moss.

Lazarus y Folkman, en su modelo de estrés transaccional, conceptualizaron el afrontamiento como *“los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (1986). Y describieron dos estilos de afrontamiento:

- a) El afrontamiento activo centrado en el problema o dirigido a resolverlo (aquellos esfuerzos realizados a combatir directamente el problema).
- b) El afrontamiento pasivo centrado en las emociones o dirigido a restablecer el equilibrio emocional (formas de evitación o escape de la situación emergente).

El afrontamiento puede servir como un factor estabilizador que ayuda a los individuos a mantener una adaptación psicosocial adecuada, modificando los efectos desestabilizadores durante períodos de mucho estrés (Mikulic, 2008). La superación de la adversidad, se considera un aspecto muy relevante del funcionamiento personal.

Para entender cómo cada persona afronta una situación, es más fácil distinguir si existe algún tipo de comportamiento en cada situación, o si, según el desencadenante del estrés, el cuidador aplica una u otra estrategia (Schmidt et al, 2007). Aunque hay muchas formas de reaccionar ante un evento estresante particular, todas ellas pueden clasificarse en varias categorías básicas, suponiendo una tendencia estable de la persona a utilizar formas similares de afrontamiento.

Aunque se ha reconocido la importancia del afrontamiento en el manejo de las situaciones estresantes que pueden afectar la salud y la calidad de vida de las personas, no existe un acuerdo respecto de qué tipo de estrategia es óptima para combatir el estrés (Mikulic & Crespi, 2008). Algunas investigaciones sugieren que el afrontamiento focalizado en el problema reduce el malestar psicológico, mientras que las estrategias centradas en las emociones lo aumentan (Griffith et al, 2000). Parece que el afrontamiento activo está relacionado con la salud y el afrontamiento pasivo con el desarrollo de diversas enfermedades.

Mitchell et al, (1983) afirmaron que el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, funciona como un “amortiguador” contra el posible impacto negativo de los factores estresantes de la vida. A diferencia de estos hallazgos, otros estudios muestran que no se puede determinar directamente, qué tipo de afrontamiento es más eficaz, sino que depende en gran medida del tipo o naturaleza del evento estresante.

Se ha observado que los acontecimientos estresantes, como enfermedades físicas o mentales, tienden a inducir respuestas conductuales de afrontamiento más activas; en cambio, los asociados con las relaciones interpersonales inducen un afrontamiento pasivo, más focalizado en la emoción (Moos, 1986). Holahan et al, (1997) demostraron que las respuestas de afrontamiento varían dependiendo de la gravedad del factor estresante. Cuanto mayor sea el número de acontecimientos vitales negativos o estresores crónicos, menor será la respuesta de acercamiento a los problemas y predominará el uso de respuestas de evitación. Lo contrario ocurre con los acontecimientos de la vida que se valoran como desafíos, que tienden a desencadenar respuestas de afrontamiento a través del acercamiento en lugar de la evitación. Así, tanto el tipo, como la gravedad y la evaluación de la situación de crisis influyen en las respuestas de afrontamiento que tendrá el individuo, indicando la necesidad de considerar la interacción establecida entre el tipo de afrontamiento y las particularidades de la situación en cuestión.

El posible control que el sujeto tiene sobre el evento estresante, es otro factor a considerar. Se ha demostrado que el nivel de control percibido, está relacionado con

el tipo de afrontamiento utilizado y su eficacia para reducir los niveles de estrés (Moos, 1993). Se propone que el afrontamiento activo debería ser más efectivo en situaciones que se juzgan controlables y modificables (León, 2018).

ALTERACIONES EMOCIONALES EN EL CUIDADOR

Debido al carácter grave y crónico de los trastornos psiquiátricos, la familia y especialmente el cuidador principal, son sometidos a constantes eventos estresantes en el transcurso de la enfermedad, que pueden afectar, además de las relaciones familiares, la salud del propio cuidador, asociado a cierto grado de sobrecarga y causando una necesidad constante de adaptación (Lauber, 2003).

Hoenig & Hamilton (1966) se referían a esta experiencia como “*una carga que hay que llevar*” experimentada por los familiares de pacientes con enfermedades mentales. El término “*burden*” es utilizado frecuentemente en la lengua inglesa, para describir los aspectos negativos asociados al cuidado de personas enfermas.

Los efectos negativos que la enfermedad mental de un miembro de la familia produce en las familias, han sido sistemáticamente documentados, y señalan que todas las áreas del funcionamiento se ven afectadas. Esto es un fenómeno perceptible a simple vista, y que ocurre incluso, cuando el paciente responde de forma eficaz a los tratamientos establecidos.

La carga en los cuidadores tiene dos aspectos, uno objetivo y otro subjetivo (Bandeira, 2005):

- *Objetivo*: Relacionado con las consecuencias negativas que representa la presencia de un paciente con un trastorno mental en la familia (acumulación de tareas, aumento de los costes financieros, limitación de las actividades diarias, debilitamiento de las relaciones entre los miembros de la familia).
- *Subjetivo*: Se refiere a la percepción personal del familiar sobre la experiencia de vivir con un paciente con un trastorno mental, así como sus sentimientos (impotencia, tristeza y culpa) con respecto a la responsabilidad y preocupaciones que implican su cuidado. La falta de autonomía del enfermo

mental contribuye de forma negativa, al generar tensión y preocupación en el cuidador.

Un mecanismo que asocia el estrés del cuidador con una deficiente salud física, son algunos comportamientos de riesgo en el estilo de vida (Carter, 2002), tales como; aumento en el consumo de tabaco y alcohol, descanso inadecuado, poca actividad física y olvidos en la toma de medicamentos para manejar la propia enfermedad.

Frecuentemente, la sobrecarga es tan grande que puede contribuir al desarrollo de cuadros depresivos entre los cuidadores, en especial, relacionado con la atención de pacientes con trastornos mentales severos, quienes frecuentemente cuentan con antecedentes de pobre apego al tratamiento, de múltiples hospitalizaciones previas, de episodios de auto o hetero agresión, y de ideación suicida o intentos de suicidio. Hablamos de afecciones graves, muchas veces crónicas, que, por su naturaleza y curso, exigen una gran dedicación y compromiso para: mantener un adecuado apego al tratamiento y permitir la seguridad y el confort del paciente y su familia. Esta atención recae principalmente sobre el cuidador primario, para quien, sin duda, representa un reto, debido a su heterogeneidad clínica y a los múltiples problemas asociados (comorbilidad, problemas de conducta, resistencia al tratamiento, etc.) que pueden coexistir con el mismo.

Desde un punto de vista sistémico, se puede hablar de que la familia enfrenta una crisis, relacionada con una serie de cambios secundarios a la convivencia con un paciente con algún padecimiento mental. Todo el sistema se tendrá que readaptar. Los cambios pueden variar desde adaptaciones físicas en el hogar para abordar problemas de comportamiento específicos, hasta situaciones en las que toda la atención de la familia se centra en el miembro afectado.

En los cuidadores principales de un paciente con alguna discapacidad, se desarrolla un estrés característico relacionado con su función. El rol del cuidador incluye proveer de apoyo al paciente, tanto cognitivo, emocional, financiero, legal, en sus actividades diarias, médicas y espirituales, así como facilitar la comunicación con sus médicos y otros miembros de la familia, favoreciendo el mantenimiento de las relaciones sociales (Kim & Given, 2008). Los niveles de estrés observados en ellos,

son frecuentemente más altos (Pinquart & Sörensen, 2003), lo cual se asocia a una deficiente salud mental y física, consistentemente a lo largo de diferentes fases de la enfermedad.

El efecto negativo de la enfermedad mental generalmente recae en los pacientes, pero también en los integrantes de la familia y particularmente, en el cuidador primario. Esto debido a las múltiples situaciones relacionadas, como la sobrecarga emocional y la falta de conocimientos sobre la enfermedad, las cuales aumentan el estrés, y pueden considerarse un factor precipitante para las recaídas, la exacerbación de síntomas y las rehospitalizaciones (Rascon, 1997). Por muchas razones, se pasa por alto la posibilidad de que el cuidador reciba atención y apoyo, buscando sólo el bienestar del paciente.

El cuidador del paciente con una enfermedad mental, desempeña un papel fundamental al aliviar los signos y síntomas del paciente, mejorar su funcionamiento global y calidad de vida, así como su apego al tratamiento. Al mismo tiempo, lidia con el desconocimiento sobre la naturaleza de la enfermedad, el estigma de la patología mental y el temor asociado con los síntomas psicóticos, la agitación psicomotriz y la agresividad presentada en los episodios de crisis.

Los síntomas negativos, como el aislamiento, la inactividad, el enlentecimiento psicomotriz y el descuido en el cuidado personal, resultan incomprensibles para muchos (Rascon, 1997). El cuidador experimenta un estrés crónico secundario a la convivencia con el enfermo que puede llegar a ser grave, y que, de no recibir asistencia ni apoyo, resultará en un deterioro significativo de su salud. Existen una serie de factores de riesgo para la carga del cuidador (Chiao, 2015), los cuales deben de tenerse en mente al evaluar a los cuidadores (**Diagrama 1**). Los cuidadores de personas afectadas por una enfermedad mental, tienen peores percepciones sobre su calidad de vida, jugando en ello un papel relevante los síntomas depresivos (Barker et al., 2010).

Los datos en países como México sobre el impacto del cuidado en la vida de los cuidadores y la prevalencia de trastornos afectivos son limitados. Se ha observado

un incremento del estrés, asociado a síntomas de ansiedad y depresión en hasta un 86% y 65%, respectivamente, independientemente del tipo de paciente al que se asista (Gouin, 2016). Algunos estudios muestran que la participación de la mujer como cuidadora principal es predominante, probablemente relacionado con una cuestión cultural y una tendencia a asumir el rol de cuidador como algo propio de su género (DiGirolamo, 2008).

Asociados al paciente	
Psicosociales	Estado funcional deficiente
	Trastornos del comportamiento
	Síntomas neuropsiquiátricos
Relacionados con la enfermedad	Cronicidad
Socio-demográficos	Bajo nivel educativo
Asociados al cuidador	
Socio-demográficos	Bajos ingresos
	Sexo femenino
	Bajo nivel educativo
	Cohabitación con el paciente
Psicológicos	Salud psicológica deficiente
	Percepción deficiente del bienestar
	Síntomas de depresión mayor
	Afrontamiento desadaptativo
	Ansiedad, agresividad y autoritarismo
Relacionados al cuidado	Carga relativamente alta
	Funcionamiento familiar deficiente

Diagrama 1. Factores de riesgo para la carga del cuidador.

Se han reportado puntuaciones significativamente más altas de carga, en cuidadores de pacientes psiquiátricos en comparación con otras enfermedades crónicas (Ampalam, 2012). Hay una serie de determinantes asociados a la carga del cuidador, que pueden ser:

- a) Factores relacionados con la enfermedad del paciente (Yu, 2017): la duración del trastorno mental, el número de hospitalizaciones psiquiátricas, el grado de deterioro funcional, los síntomas neuropsiquiátricos, y situaciones de crisis o conductas problemáticas.
- b) Factores clínicos y sociodemográficos (Batista, 2015):
 - Variables relacionadas con el paciente: Edad joven, sexo masculino, comorbilidades (físicas y/o psiquiátricas).
 - Variables relacionadas con el cuidador: Edad avanzada, sexo femenino, ingreso económico bajo, nivel de educación baja, cercanía de parentesco con el paciente, comorbilidad física y/o psiquiátrica, baja calidad de vida.
- c) Factores psicológicos sociales (Yu, 2017): escaso apoyo social y disfunción familiar.

Para las familias es difícil convivir con un miembro que presenta crisis de forma regular e intensidad variable, que derivan en situaciones que necesitan de más atención y asistencia, y que frecuentemente, requieren un mayor nivel de institucionalización, lo cual contribuye a aumentar la carga para el o los cuidadores (León, 2018).

Las crisis de los pacientes con una enfermedad psiquiátrica, se caracterizan por desorganización del pensamiento, agitación psicomotriz o comportamiento violento, así como, por expresiones de tristeza, apatía, aislamiento e inseguridad, entre otras. Lo cual puede generar sentimientos de angustia, incertidumbre, amenaza y miedo en quienes viven con ellos, además de dificultar la comunicación entre los implicados, favorecer una situación de aislamiento social y generar una mezcla de sentimientos contradictorios y a veces insoportables (Flyckt, 2015).

Los efectos del cuidado varían dependiendo de la forma en que cada individuo afronta las situaciones estresantes, lo que a su vez depende de los recursos cognitivos, emocionales y sociales del cuidador, así como de sus experiencias previas (Litman, 2006).

Según Zeidner y Hammer (1990), el afrontamiento adecuado proporciona características o comportamientos que permiten a los individuos afrontar los factores estresantes de forma más eficaz, experimentar menos síntomas o que éstos sean menos graves, y a recuperarse más rápidamente después de la exposición. La presencia de signos como: la incapacidad para aliviar eficazmente la tensión, la limitación en el control de las emociones y el deterioro del funcionamiento global, deberían hacernos sospechar que las estrategias de afrontamiento del individuo son inadecuadas (Ogińska & Juczyński, 2008).

Los trastornos depresivos, según la clasificación diagnóstica del DSM-5, se caracterizan por la presencia de un estado de ánimo triste, pérdida de interés en las actividades e incapacidad para experimentar placer, que perjudican significativamente la capacidad del individuo para funcionar durante un periodo de tiempo, no menor de dos semanas. Además de la presencia de al menos cuatro de los siguientes síntomas: cambios en el apetito y el peso, insomnio o hipersomnia, fatiga o falta de energía, inquietud o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiada, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos sobre la muerte, pensamientos suicidas o intentos de suicidio (American Psychiatric Association [APA], 2013).

La depresión es uno de los trastornos más comunes entre los cuidadores de personas con enfermedades mentales, (Piovesan et al, 2015). Actualmente, la depresión se entiende como un trastorno multifactorial, En el que una serie de factores genéticos, biológicos y psicológicos interactúan para contribuir a su patogénesis.

Se observó una relación entre la gravedad de la patología del paciente en cuestión, el nivel de depresión y la percepción de la calidad de vida de los cuidadores (Athari

[et al, 2013](#)). Sin embargo, como ya lo hemos comentado, las personas pueden reaccionar ante una situación estresante o un evento indeseable de diferentes maneras, lo que afecta directamente a los estados emocionales asociados a ese evento y a la percepción subjetiva de la situación.

El modelo “predisposición-estrés” como una explicación etiológica de la depresión, se basa en la suposición de que las personas que tienen un grado de predisposición genética para algún trastorno mental concreto, desarrollarán la enfermedad sólo en presencia de acontecimientos vitales estresantes (la muerte de un ser querido, los conflictos matrimoniales y familiares, las tragedias, los conflictos interpersonales y los problemas de salud) ([Dantzer et al, 2008](#)). Las personas sometidas a estrés, muestran un mayor número de afecciones asociadas a somatización, manifestadas como quejas físicas, cefaleas, alteraciones cutáneas o gastrointestinales ([Del Barrio, 2003](#)).

En cuanto al abordaje psicológico de las relaciones entre la vulnerabilidad personal y los acontecimientos vitales en el desarrollo de la depresión, los modelos más utilizados han hecho algunas contribuciones interesantes a la comprensión de algunos trastornos, pero sin aclarar del todo, la conexión existente entre su fenomenología y los procesos que conducen a su génesis y desarrollo.

EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

El afrontamiento es una cuestión de importancia crítica, ya que se ha demostrado que está relacionado con el bienestar psicológico y la salud de las personas que enfrentan situaciones estresantes ([Mikulic & Crespi, 2008](#)). La forma en que el cuidador afronta dicho estrés tiene repercusión en su salud mental. Resulta de interés para los profesionales de la salud mental de instituciones como la nuestra, donde la afluencia de pacientes psiquiátricos y sus respectivos cuidadores es lo cotidiano, el conocer la forma en que nuestros principales aliados terapéuticos (los cuidadores principales) se enfrentan a la enfermedad mental de sus pacientes y el cómo manejan las diversas emociones que engloban la noble labor que realizan.

Frydenberg & Lewis (1990), desarrollaron una clasificación de tres estilos de afrontamiento al estrés, los cuales creen son críticos para resolver problemas cotidianos.

- Resolver el problema (abordar las dificultades directamente).
- Afrontamiento en relación con los demás (compartir inquietudes con los demás y buscar su apoyo).
- Afrontamiento improductivo (orientado a la evitación).

Los dos primeros se consideran funcionales. El último estilo es disfuncional porque las estrategias que contiene, no permiten resolver el problema y están más enfocadas a la evitación. Se caracteriza por:

- ✓ Preocuparse: Miedo por el futuro y preocupación por la felicidad futura.
- ✓ Hacerse ilusiones: Esperanza y anticipación de un resultado positivo.
- ✓ Alivio: Intentar sentirse mejor y relajar la tensión.
- ✓ Ignorar el problema: Descartar conscientemente el problema.
- ✓ Falta de afrontamiento: Incapacidad para resolver el problema, con el ulterior desarrollo de síntomas psicossomáticos.
- ✓ Auto culparse: Sentirse responsable de los problemas o preocupaciones.
- ✓ Guardarlo para sí: Huir de los demás y evitar que sepan de tus problemas.

Se ha destacado la importante presencia de las mujeres, especialmente las madres, en el papel de cuidadoras, atribuido principalmente por normas culturales y sociales como una obligación. En un estudio descriptivo-transversal (Leal, 2018), realizado en 35 cuidadores principales de pacientes con trastorno mental en la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, encontraron que un 74.3% de los cuidadores principales eran mujeres, con una edad promedio de 48 años, casadas o con pareja en su mayoría (62.9%), teniendo la mitad de ellas (51.4%) un empleo no remunerado (labores del hogar). En dicho estudio, los cuidadores utilizaban predominantemente las estrategias focalizadas en la regulación emocional (afrontamiento pasivo). Hernández (2018) obtuvo resultados similares en cuanto al parentesco del cuidador, su edad y ocupación. Lograron identificar a través de la escala de Zarit, a un 47.2% de los cuidadores principales con sobrecarga emocional.

Finalmente, así como los modelos relacionados con el estrés se relacionan con la posibilidad de enfermar (modelos de vulnerabilidad), también han surgido “modelos salutogénicos”, que tienden a proporcionar recursos para combatir la posibilidad de enfermar y promueven una cierta resistencia al estrés emocional generador de perturbaciones. Antonovsky (1988), desarrolló un modelo de los orígenes de la salud o “salutogénesis”, que trata de los factores que contribuyen a que las personas se mantengan sanas a pesar de condiciones desfavorables o extremadamente negativas.

2. JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales suponen una importante y creciente carga a la salud pública a nivel mundial, principalmente en los países en vías de desarrollo como el nuestro (Anupa 2001). Los cuidadores de pacientes con enfermedades psiquiátricas asumen la responsabilidad de los cuidados físicos, emocionales, médicos y económicos del familiar enfermo, en la mayoría de las ocasiones sin la preparación, el conocimiento técnico de las tareas que deben realizar, o el apoyo social adecuados, experimentado altos niveles de carga y estrés, una serie de problemas psicológicos, así como dificultades para mantener una vida social y laboral activa. Por lo general, son cuidadores informales como familiares o amigos, que brindan cuidados a sus seres queridos sin recibir nada a cambio (Carreño, 2016), y en muchos casos, tienen que asumir solos esta responsabilidad, lo que supone un alto riesgo de sufrir cualquier alteración en su salud mental.

Es importante identificar el tipo de afrontamiento al estrés utilizado, y poder comprobar las variables que influyen en la aparición de los síntomas depresivos o que regulan su intensidad. Este trabajo se realizó con el objetivo de hacer una aportación a este campo, analizando a una población vulnerable y de gran relevancia, y la relación que existe entre la forma en que lidian con el estrés y el deterioro de su salud mental. El conocer esta información, amplía el panorama que tenemos sobre la vivencia de uno de los personajes más importantes para nuestros pacientes: su cuidador.

Representa un parteaguas en la atención que brindamos, ya que nos permitirá realizar intervenciones dirigidas a promover estrategias de afrontamiento eficaces y que brinden una mejor gestión de las emociones y del estrés en la situación-problema que enfrenta nuestra población.

Es necesario voltear a ver a los cuidadores y brindarles el apoyo necesario para aliviar en lo posible, la carga que representa el rol que asumen, además, de que estos amplíen su marco de estrategias para mejorar su calidad de vida.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el tipo de afrontamiento al estrés, utilizado por los cuidadores principales de los pacientes hospitalizados en la Unidad Para la Intervención en Crisis (UPIC) de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” (CPDENP), y cómo se relaciona este, con la presencia de síntomas depresivos?

4. HIPÓTESIS

Existe una asociación significativa entre el afrontamiento pasivo al estrés y la mayor presencia de síntomas depresivos, en los cuidadores principales de los pacientes hospitalizados en la Unidad Para la Intervención en Crisis (UPIC) de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” (CPDENP).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el tipo de afrontamiento al estrés (activo/pasivo), utilizado por los cuidadores principales de los pacientes hospitalizados en la UPIC de la CPDENP, y la presencia de síntomas depresivos en esta misma población.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el tipo de afrontamiento al estrés (activo/pasivo) utilizado por la población en estudio, con la ayuda del instrumento BCI (anexos 21.2).
2. Determinar la presencia de síntomas depresivos a través de la escala PHQ-9 (anexos 21.3).
3. Describir las características clínicas y sociodemográficas de la población en estudio, mediante una hoja colectora de datos (anexos 21.4).
4. Describir la relación entre los tipos de afrontamiento al estrés y las características sociodemográficas de la población en estudio, mayormente asociadas con síntomas depresivos.

6. SUJETOS Y MÉTODOS

- **Diseño del estudio:** Transversal analítico.
- **Alcance del estudio:** Estudio correlacional.
- **Lugar de realización:** Unidad Para la Intervención en Crisis (UPIC) de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” (CPDENP), en Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí, México.

6.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Sintomatología depresiva	Cuadro caracterizado principalmente, por tristeza, pérdida del interés en las actividades y la incapacidad para experimentar placer, entre otros; determinada por la escala auto aplicable PHQ-9 .	0 – 27 puntos	NA	Continua

VARIABLE INDEPENDIENTE				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Tipo de Afrontamiento	Esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, determinado por el instrumento BCI.	-Activo -Pasivo	NA	Categórica nominal binaria

VARIABLES DE CONTROL (CONFUSORAS)				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	-Femenino -Masculino	NA	Categórica nominal
Edad	Número de años vividos desde el nacimiento hasta el momento de la participación en el estudio.	Mayores de 18 años	Años	Continua
Escolaridad	Grado máximo de estudios alcanzado.	-Nula -Sabe leer y escribir -Primaria -Secundaria -Preparatoria -Licenciatura -Posgrado	NA	Categórica nominal
Estado civil	Parámetro demográfico que indica el estatus de una persona.	-Pareja -Solitario	NA	Categórica nominal
Ocupación	Tipo de actividad que realiza en el momento del estudio.	-Empleado -Desempleado -Jubilado	NA	Categórica nominal
Diagnóstico de ingreso	Diagnóstico psiquiátrico estipulado en la nota de ingreso del paciente a UPIC, de acuerdo con los criterios del CIE-10.	Diagnósticos	NA	Categórica nominal
Parentesco	Vínculo reconocido jurídicamente, entre	-Madre -Padre	NA	Categórica nominal

	miembros de una familia.	-Esposo(a) -Hijo(a) -Hermano(a) -Otro		
Tiempo de ser cuidador	Tiempo transcurrido desde que desempeña la labor de cuidador principal hasta la actualidad.	0 - 99	Años	Continua

Definición operacional de Cuidador principal: La persona que asume la responsabilidad principal de proporcionar cuidados y atención continua a un paciente con alguna enfermedad mental, la cual origine una gran dependencia.

6.2 POBLACIÓN

Cuidadores principales de los pacientes hospitalizados en la UPIC de la CPDENP.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Cuidadores principales de los pacientes hospitalizados en la UPIC de la CPDENP.
- Mayores de 18 años.
- Que acepten participar en el protocolo.
- Que hablen el idioma español y sepan leer y escribir.
- Que acepten firmar un consentimiento informado.

6.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Diagnóstico previo de trastorno de ansiedad.
- Diagnóstico previo de esquizofrenia.
- Consumo de alcohol o sustancias activo.

- Síntomas psicóticos presentes al momento de la evaluación.
- Cualquier otra condición médica que imposibilite contestar las encuestas o su adecuado entendimiento.
- Que solo hable alguna lengua o dialecto, y no así, español.

6.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Retiro voluntario de la información.
- Participantes que no respondan la totalidad de las preguntas de las evaluaciones.

6.4 TIPO DE MUESTREO

Muestreo no aleatorio, consecutivo por conveniencia: Cuidadores principales, de los pacientes hospitalizados en la UPIC de la CPDENP de septiembre a diciembre de 2022, mayores de 18 años, que acepten participar en el protocolo, que hablen el idioma español y, acepten firmar el consentimiento informado.

6.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó por medio de una entrevista directa con el evaluador, la cual se llevó a cabo en el área de UPIC de la CPDENP, utilizando algún consultorio o cubículo que se encontrara disponible en ese momento, para otorgar la privacidad necesaria al cuidador al momento de contestar las escalas. Lo anterior, con el conocimiento y la autorización del médico adjunto encargado del servicio.

Se le propuso al cuidador principal participar en el estudio. Se le explicó y se le dio a leer el consentimiento informado, el cual, en caso de aceptar debería firmar. Se tomaron sus datos sociodemográficos a través de una Hoja colectora de datos (anexo 21.4) y se realizaron las evaluaciones BCI (anexo 21.2) y PHQ-9 (21.3), lo que, en total, se llevó un lapso aproximado de 25 minutos. Todos sabían leer y escribir, sin embargo, algunos de los participantes recibieron ayuda para leer los reactivos por parte del aplicador, ya que tenían distintos grados de discapacidad

visual. Ninguna prueba se desechó por alguna razón, y a los cuidadores que obtuvieron una puntuación de PHQ-9 ≥ 10 puntos, se les ofreció una consulta psiquiátrica de primera vez para valorar su condición actual, la implementación de un adecuado manejo y seguimiento. A quienes obtuvieron una puntuación de PHQ-9 < 10 puntos, se les brindó psicoeducación sobre síntomas depresivos y datos de alarma.

Posterior a ello, se integraron los datos obtenidos en una base de datos de Excel y se anexaron todos los documentos utilizados en la evaluación.

6.6 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

a. BCI (Brief COPE Inventory).

El instrumento Brief COPE Inventory (BCI) ([Carver, 1997](#)) es la versión abreviada de la Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (COPE) original ([Carver et al, 1989](#)). Se encuentra basada en la Teoría transaccional sobre el estrés de Lazarus y Folkman ([1986](#)). Evalúa las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas ante el estrés, a través de un cuestionario tipo escala Likert de 28 ítems, con 4 alternativas de respuesta cada una (1 = nunca, 2 = a veces, 3 = casi siempre, 4 = siempre). Presenta dos dimensiones: la primera centrada en el problema, compuesta por 5 indicadores (afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, autodistracción y autocrítica); y la segunda centrada en la emoción, compuesta por 9 indicadores (aceptación, reformulación positiva, humor, apoyo emocional, negación, religión, descarga emocional, renuncia y uso de sustancias). Cada indicador se compone a su vez por dos ítems, lo que nos da un total de 28 ítems ([Carver, 1997](#)).

Fernández, et al. ([2022](#)) han destacado la importancia de las estrategias de afrontamiento en situaciones de estrés. Al ser el Brief COPE Inventory (BCI) uno de los instrumentos que se utiliza más frecuentemente para evaluar este aspecto, se dedicaron a realizar la adaptación y validación transcultural de dicho inventario. Los

resultados mostraron que la versión en español del Brief-COPE presenta valores de fiabilidad adecuados, así como índices de ajuste satisfactorios para el modelo estructural de primer orden de 14 indicadores propuestos. Asimismo, se aporta evidencia externa de la validez del inventario con las variables estrés percibido. Los resultados sugieren que este instrumento presenta una calidad métrica satisfactoria.

El instrumento BCI cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach que oscila entre 0,6 y 0,8 para cada estrategia. Lo cual evidencia su utilidad para conocer y evaluar las estrategias de afrontamiento ante una situación de estrés (Carver, 1997).

En esta investigación se consideraron las estrategias basadas en la teoría de Lazarus y Folkman, propuestas por Carver en la versión abreviada del Cuestionario COPE, quien plantea como estrategias de afrontamiento: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, aceptación, reformulación positiva, humor, apoyo emocional, autodistracción, autocrítica, negación, religión, descarga emocional, renuncia y uso de sustancias. Su uso va a determinar el tipo de afrontamiento que la persona lleva a cabo, de manera tal que puede tratarse de afrontamiento activo o afrontamiento pasivo (Diagrama 2).

Afrontamiento activo	Dimensión	Ítems	Afrontamiento pasivo	Dimensión	Ítems
Afrontamiento activo	Problema*	2, 7	Autodistracción	Problema	1, 19
Planificación	Problema	14, 25	Autocrítica	Problema	13, 26
Apoyo instrumental	Problema	10, 23	Negación	Emoción	3, 8
Aceptación	Emoción**	20, 24	Religión	Emoción	22, 27
Reformulación positiva	Emoción	12, 17	Descarga emocional	Emoción	9, 21
Humor	Emoción	18, 28	Renuncia	Emoción	6, 16
Apoyo emocional	Emoción	5, 15	Uso de sustancias	Emoción	4, 11

Diagrama 2. Estrategias de afrontamiento, Dimensión e Ítems, según su tipo de afrontamiento (activo/pasivo) del instrumento Brief COPE Inventory.

Clave: Problema* = Centrada en el problema. Emoción** = Centrada en la emoción.

A continuación, se definen cada una de las estrategias de afrontamiento:

- *Afrontamiento activo:* Realizar acciones o actividades específicas para resolver el problema.

- *Planificación/Planeamiento*: Formular un proceso y pasos a seguir para controlar la situación.
- *Apoyo instrumental*: Encontrar apoyo de manera más tangible con la utilización de material o guías de ayuda, que describen la situación problema por la que se está atravesando.
- *Autodistracción*: Centrarse en actividades que impiden pensar en el problema y, por lo tanto, olvidarlo.
- *Autocrítica*: Darse cuenta de los límites propios para manejar la situación, utilizando formas de culpabilización.
- *Aceptación*: Reconocer el problema por el que está atravesando y así, poder actuar de forma activa o pasiva.
- *Reformulación positiva*: Reevaluar el problema y aprender de él, tratando de encontrarle un nuevo sentido y una nueva solución a través del aprendizaje de la experiencia vivida.
- *Humor*: No pensar en el problema de forma negativa, y restarle importancia.
- *Apoyo emocional*: Buscar comprensión y afecto en otras personas que permitan dar solución al problema.
- *Negación*: No creer lo que está sucediendo y vivir en un mundo de fantasía, con el fin de no hacer frente al problema.
- *Religión*: Depositar la esperanza en creencias religiosas. Utilizada como refugio espiritual y afectivo.
- *Descarga emocional*: Expresar todos los sentimientos que la situación produjo, y de esta manera eliminar las emociones negativas.
- *Renuncia/Abandono de resolución*: No hacerse parte del problema, no asumirlo, pretender únicamente dejar que las cosas pasen de manera normal sin hacer frente a la situación, ni comprometerse.
- *Uso de sustancias*: Intentar olvidar, resolver o apartar el problema mediante el uso de drogas o consumo de alcohol.

b. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).

El Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) fue un instrumento desarrollado y validado a principios de los 90s, para diagnosticar eficientemente cinco de los trastornos mentales más frecuentemente presentados en la población: Trastorno depresivo, de ansiedad, somatomorfo, por alcohol, alimenticio (Spitzer, 1994). Posteriormente, gracias a la realización de dos grandes estudios en los que participaron 6000 pacientes, se desarrolló y validó, una versión más sencilla, auto aplicable del PRIME-MD, la cual se llamó el Patient Health Questionnaire (PHQ) (Spitzer, 1999).

Se ha informado que las versiones en español del PHQ-9 son medidas fiables y válidas de la depresión en entornos clínicos de España (Diez-Quevedo et al., 2001), Honduras (Wulsin et al., 2002) y Chile (Baader et al., 2012). La estructura factorial de la versión en español del PHQ-9 ha sido explorada principalmente en poblaciones hispanohablantes que viven en los Estados Unidos, incluyendo muestras de atención primaria (Huang et al., 2006), de trabajadores agrícolas migrantes indígenas mexicanos (Donlan y Lee, 2010) y de la comunidad hispanoamericana (Merz et al., 2011).

El PHQ-9, es una escala auto aplicable del PRIME-MD que consta de 9 preguntas. Fue desarrollada en 1999 por la corporación farmacéutica Pfizer. Se utiliza como una herramienta para detectar la presencia y gravedad de síntomas depresivos.

Las preguntas del PHQ-9 están basadas en los criterios diagnósticos para depresión del DSM-IV, y se centran en la experiencia del paciente en las últimas 2 semanas. Hacen referencia al interés por realizar actividades, sentirse deprimido, dificultades para dormir, cantidad de energía, hábitos alimenticios, autopercepción, alteraciones en la concentración y el funcionamiento, así como pensamientos suicidas.

Utiliza una escala tipo Likert, donde las respuestas van desde "0" (para nada) a "3" (casi todos los días). La puntuación final va de 0 a 27 puntos (Diagrama 3). En general, una puntuación mayor a 10 sugiere la presencia de depresión.

Puntaje PHQ-9	Gravedad	Intervención sugerida
0 - 4	Ninguna o mínima	Ninguna.
5 - 9	Leve	Repita PHQ-9 en el seguimiento.
10 - 14	Moderada	Elaborar un plan de seguimiento, considerar asesoramiento, seguimiento o manejo farmacológico.
15 - 19	Moderadamente severa	Manejo farmacológico y asesoramiento.
20 - 27	Grave	Manejo farmacológico. Derivación a un especialista en salud mental para recibir asesoramiento.

Diagrama 3. Puntaje de escala PHQ-9.

La última parte del PHQ, solicita a los pacientes responder lo siguiente: “Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿Qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?”. Este único elemento de dificultad calificado por el paciente no es utilizado para el cálculo de la severidad, sino que representa la impresión global del paciente sobre el deterioro relacionado con los síntomas. Puede ser útil en la toma de decisiones relacionadas con el inicio o ajuste del tratamiento, ya que se encuentra fuertemente asociado tanto con la gravedad de los síntomas psiquiátricos, como con múltiples medidas de deterioro y calidad de vida relacionadas con la salud (Kroenke, 2010).

Para una evaluación más completa del riesgo de suicidio en los individuos que responden positivamente a la pregunta 9 del PHQ-9, se ha desarrollado un cuestionario de cuatro ítems (*P4 screener*) que puede ser de ayuda (Dube, 2010), sin embargo, la decisión final sobre el riesgo real de autolesión requiere una entrevista clínica.

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Descriptivo. Las variables nominales (categóricas) son expresadas como valor absoluto y porcentajes. Las continuas son expresadas como medias o medianas, de acuerdo con su distribución. Las medidas de dispersión son expresadas como desviación estándar o rango intercuartílico según correspondan. Se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión para cada una de las variables, según su escala y su distribución. Para determinar la asociación entre los síntomas depresivos y los factores propuestos, se realizó un análisis de correlación de Spearman. Para la comparación de variables continuas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, mientras que las variables categóricas fueron comparadas mediante la prueba de χ^2 (chi cuadrada) o prueba exacta de Fisher, según fuera apropiada. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

7.1 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó el tamaño de la muestra en 60 cuidadores para un análisis de regresión lineal multivariado. La variable dependiente es la presencia de síntomas depresivos, determinada por el puntaje obtenido mediante la escala PHQ-9. Las variables independientes o explicativas son: los tipos de afrontamiento evaluados por la escala BCI, el sexo y la edad. Cada una de las variables contribuye con un grado de libertad para un total de 3 Grados de Libertad (GL) (Concato, Peduzzi & Feinstein, 1995, 1996).

7.2 MODELO DE REGRESIÓN LINEAL

Se utilizó un modelo de regresión lineal para explicar la variabilidad, por lo que se obtiene la fórmula:

$$\text{PHQ-9} = \text{BCI} + \text{Sexo} + \text{Edad}.$$

(20) (20) (20)

8. FACTIBILIDAD

El protocolo es factible, debido a que se cuenta con los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos señalados. El promedio de pacientes que ingresan a UPIC en la CPDENP con su respectivo cuidador, es de 3 a 4 pacientes por semana, de acuerdo con los datos del archivo clínico (2018: 194 ingresos; 2019: 198 ingresos; 2020: 160 ingresos; 2021: 111 ingresos; y 2022 [hasta julio]: 102 ingresos). Dicho número mostró una disminución en los últimos años posterior al inicio de la pandemia, debido a que los días de estancia en UPIC se extendieron a 7 (usualmente la estancia era de 3 días), lo cual redujo la cantidad de ingresos. Actualmente, la estancia en UPIC es de 5 días antes de ser trasladados a la sala común en caso de que se necesite continuar con el internamiento.

Es posible cumplir con las metas que se tienen en el proyecto, tomando en cuenta que se cuenta para su realización con la población requerida, los recursos humanos y materiales, además de que el investigador principal cuenta con la facultad para realizar dicha investigación en su lugar de trabajo.

8.1 FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

A cada participante, se le hizo entrega de un total de 4 hojas blancas, tamaño carta, correspondientes a: la hoja colectora de datos (1), las escalas BCI y PHQ-9 (2) y el Consentimiento informado (1). Tomando en cuenta que nuestra muestra consistió en 124 participantes, consideramos un aproximado de 496 hojas blancas necesarias para llevar a cabo el protocolo, lo cual puede ser cubierto con un paquete de 500 hojas blancas, con un precio aproximado de \$150,00. Se calculan otros \$100,00, en gastos varios de papelería como lapiceros, clips, carpetas, etc.

El costo de dichos recursos materiales será asumido por el investigador principal del protocolo, quien declara no tener ningún conflicto de interés.

9. ÉTICA

El presente trabajo se considera una investigación de mínimo riesgo, en la cual se solicitó un consentimiento informado, de acuerdo a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y a Ley de Protección de Datos Personales del estado de San Luis Potosí; así como las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; y también el 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 en su revisión 2013 ([JAMA 2013](#));. De esta manera, los datos no podrán tratarse, transferirse o utilizarse para fines no descritos expresamente en este documento, a menos que sea estrictamente necesario para el ejercicio y cumplimiento de las atribuciones y obligaciones expresamente previstas en las normas que regulan la actuación de los investigadores responsables del estudio; se dé cumplimiento a un mandato legal; sea necesarios por razones de seguridad pública, orden público, salud pública o salvaguarda de derechos de terceros.

Así mismo, fue sometido a revisión y autorización por parte del Comité de ética en Investigación de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

En el consentimiento informado se explica el uso anónimo de los datos entregados. Todo paciente que cumplió con criterios de severidad en su depresión fue derivado a la unidad terapéutica para recibir ayuda. El instrumento PHQ-9, fue usado con la autorización según las normas establecidas en la página web de la Compañía Pfizer (www.pfizer.com), que tiene los derechos reservados de dichos instrumentos desarrollados en el estudio PRIMEMDTODAY por los autores Drs. I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y cols en el año 1999.

10. PLAN DE TRABAJO

Se incluyeron a todos los cuidadores que aceptaron participar en el estudio y que cumplieron con los criterios de selección mencionados. Inicialmente, se identificaron a los cuidadores principales de los pacientes hospitalizados en la UPIC de la CPDENP. Se solicitó su consentimiento informado y, a los que aceptaron, se les solicitó llenar una hoja colectora de datos y se aplicaron las evaluaciones previamente mencionadas (BCI y PHQ-9). En todo momento se consideró la confidencialidad del cuidador y su paciente. Los datos fueron recolectados en una base de datos de Excel que luego fue analizada estadísticamente. Posterior a ello se procedió a la escritura de los resultados y la publicación del informe.

11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: (2022 - 2023)

ACTIVIDAD	JUN	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	ABR	MAY	SEP
Escritura de protocolo y solicitud de aprobación del Comité de Ética de la CPDENP.	■										
Reclutamiento y aplicación de evaluaciones.			■								
Análisis estadísticos y elaboración de resultados y conclusiones.								■			
Escritura de trabajo de tesis y presentación de resultados completos.										■	

12. COMPROMISO DE AVANCES

Los investigadores informaron sobre los resultados obtenidos de la investigación, al Comité de Ética de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

13. RESPONSABILIDADES DE LOS INTEGRANTES

El **Dr. Jonathan Ramírez Almendárez** es el investigador principal, el encargado de la realización de la escritura del protocolo, así como del trámite del sometimiento para su evaluación por el Comité de Ética de la “Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña”, además de la recuperación de pacientes y la aplicación de las evaluaciones, así como el posterior análisis estadístico y escritura de los resultados.

El **Dr. Jesús Francisco Galván Molina** fungió como director de tesis, y la **Dra. María Esther Jiménez Cataño** como directora metodológica.

14. DERECHOS DE AUTORÍA Y COAUTORÍA

El Dr. Jonathan Ramírez Almendárez es el autor principal, y como coautores se incluyen al Dr. Jesús Francisco Galván Molina y la Dra. María Esther Jiménez Cataño.

15.RESULTADOS

El muestreo incluyó a 124 cuidadores principales de pacientes con alguna enfermedad mental, hospitalizados en la Unidad Para Intervención en Crisis de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, en el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2022.

15.1 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

	N= 124 (%)
Sexo	
-Femenino	97 (78.23)
-Masculino	27 (21.77)
Parentesco	
-Espos(a)	10 (8.06)
-Hijo(a)	23 (18.54)
-Madre	74 (59.67)
-Padre	17 (13.71)
Estado civil	
-Pareja	82 (66.13)
-Solitario	42 (33.87)
Escolaridad	
-Licenciatura	15 (12.10)
-Preparatoria	20 (16.13)
-Primaria	41 (33.06)
-Secundaria	48 (38.71)
Ocupación	
-Desempleado	63 (50.80)
-Empleado	60 (48.38)
-Jubilado	1 (0.80)
Afrontamiento	
-Activo	105 (84.68)
-Pasivo	19 (15.32)
Síntomas depresivos (score PHQ-9)	
-20-27 (Grave)	4 (3)
-15-19 (Moderadamente-grave)	6 (4)
-10-14 (Moderada)	15 (13)
-5-9 (Leve)	24 (19)
-0-4 (No sintomatología)	75 (61)
Diagnóstico de ingreso	
-Trastorno depresivo mayor	56 (45.16)
-Trastorno por consumo de sustancias	22 (17.74)
-Esquizofrenia paranoide	20 (16.12)
-Trastorno bipolar	16 (12.90)
-Otros trastornos con funcionamiento psicótico	10 (8.06)

Se observó una edad media de 43.64 años (tabla 1); una mediana de 42 años; con un mínimo de 23 años y un máximo de 69 años. El 78.23% (97) de los participantes son de sexo femenino y el 21.77% (27) de sexo masculino. El principal parentesco del cuidador es la madre, representando al 59.67% (74); los hijos el 18.54% (23); el padre el 13.71% (17) y; el cónyuge el 8.06% (10). El 66.13% (82) se encuentran en una relación de pareja (ya sea casados o en unión libre) y el 33.87% (42) están solteros. En cuanto a la escolaridad, el 38.71% (48) terminó sólo la secundaria; el 33.06% (41) sólo la primaria; el 16.13% (20) la preparatoria y; el 12.1% (15) contaba con una licenciatura. En relación con su ocupación, el 50.8% (63) se encuentran desempleados; el 48.38% (60) cuentan con un empleo y; el 0.8% (1) están jubilados. En el tiempo de ser cuidador se observó una media de 3.52 años; mediana de 2 años;

	N= 124 (%)	Media ±DE)	Mediana [RIC]	Rango
Afrontamiento				
-Activo	105 (84.68)			
-Pasivo	19 (15.32)			
Edad (años) total		43.6 ±12.0	42 [21.5]	23 a 69 (46)
-Activo	105 (84.68)	44.6 ±12.3	45 [23]	24 a 69
-Pasivo	19 (15.32)	38.3 ±9.1	39 [11.5]	23 a 55
Tiempo de cuidador (años)		3.52 ±4.1	2.0 [4.0]	0 a 19
-Activo	105 (84.68)	2.9 ±3.4	2.0 [1.0]	0 a 17
-Pasivo	19 (15.32)	7.2 ±5.2	6.0 [6.0]	1 a 19
PHQ-9 (score)		5.5 ±5.5	4.0 [7.0]	0 a 22
-Activo	105 (84.68)	3.9 ±3.5	3.0 [6.0]	0 a 14
-Pasivo	19 (15.32)	14.2 ±6.2	14 [7.0]	0 a 22
Internamientos (No.)		1.7 ±1.1	1.0 [1.0]	1 a 5
-Activo	105 (84.68)	1.6 ±1.0	1.0 [1.0]	1 a 5
-Pasivo	19 (15.32)	2.7 ±1.2	3.0 [2.0]	1 a 4

Tabla 1. Descripción de la población (continuación).

15.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

El principal diagnóstico de ingreso de los pacientes con enfermedad mental hospitalizados en la Unidad Para Intervención en Crisis de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” fue el trastorno depresivo mayor (grave, con y sin síntomas psicóticos) con un 45.16% (56); seguido de los trastornos por consumo de sustancias con un 17.74% (22); la esquizofrenia paranoide con un 16.12% (20); el trastorno bipolar (fases maniaca, depresiva y mixta) con un 12.90% (16) y; otros trastornos con funcionamiento psicótico (epilepsia, autismo, discapacidad intelectual, etc.,) con un 8.06% (10). La media en el número de internamientos fue de 1.7 años (Figura 1).

15.3 TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Se observa una predominancia en el tipo de afrontamiento al estrés utilizado por los cuidadores principales de los pacientes con enfermedad mental, siendo el

afrentamiento activo el más... un 84.68% (105) de los casos, contra un 15.32% (19) del afrontamiento...

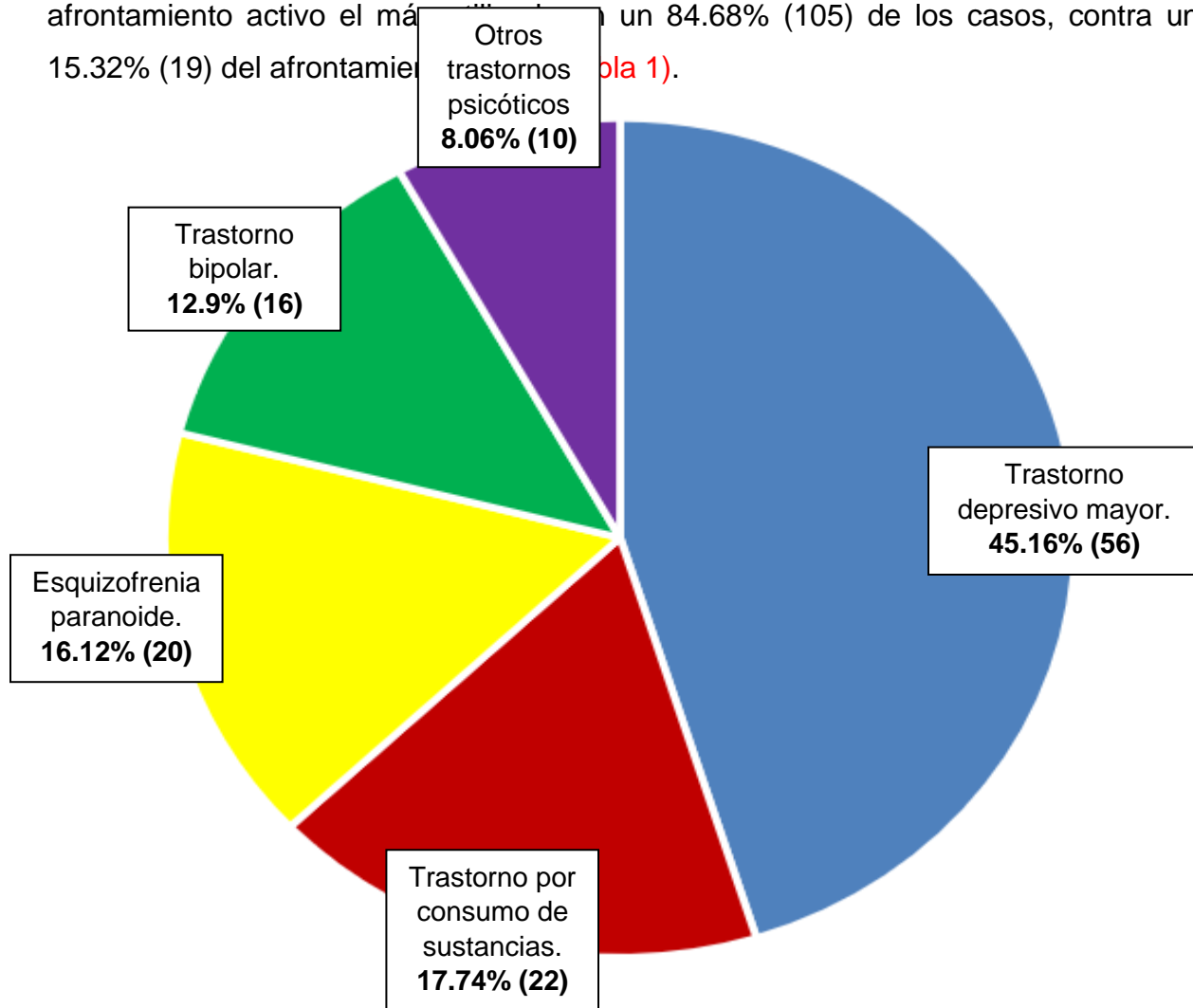


Figura 1. Principales diagnósticos de ingreso a la UPIC de la CPDENP.

15.4 GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS

En la **tabla 1** se observan en porcentaje y frecuencia la prevalencia de sintomatología depresiva. El 3% (4) obtuvo una puntuación de PHQ-9 entre 20-27 puntos, lo cual se traduce como una depresión grave; el 4% (6) una puntuación de PHQ-9 entre 15-19 puntos (depresión moderada-grave); el 13% (15) entre 10-14 puntos (depresión moderada); el 19% (24) entre 5-9 puntos (depresión leve) y; el 61% (75) una puntuación de PHQ-9 entre 0-4 puntos, lo cual no se traduce como patología alguna.

15.5 TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS UTILIZADO EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

La presencia de síntomas depresivos en los cuidadores principales de los pacientes hospitalizados en la Unidad Para Intervención en Crisis de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, se relacionó de forma significativa con la utilización de un afrontamiento pasivo al estrés en esta misma población (figura 2). La media del puntaje de PHQ-9 obtenido por los cuidadores con un afrontamiento pasivo fue de 14.2 , en comparación con los cuidadores con un afrontamiento activo que fue de 3.9 puntos (tabla 2).

15.6 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES MAYORMENTE ASOCIADAS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

El número de internamientos y el tiempo de ser cuidador, se asociaron positivamente con un afrontamiento pasivo al estrés, mientras que una mayor edad del cuidador se relacionó negativamente (Figura 2).

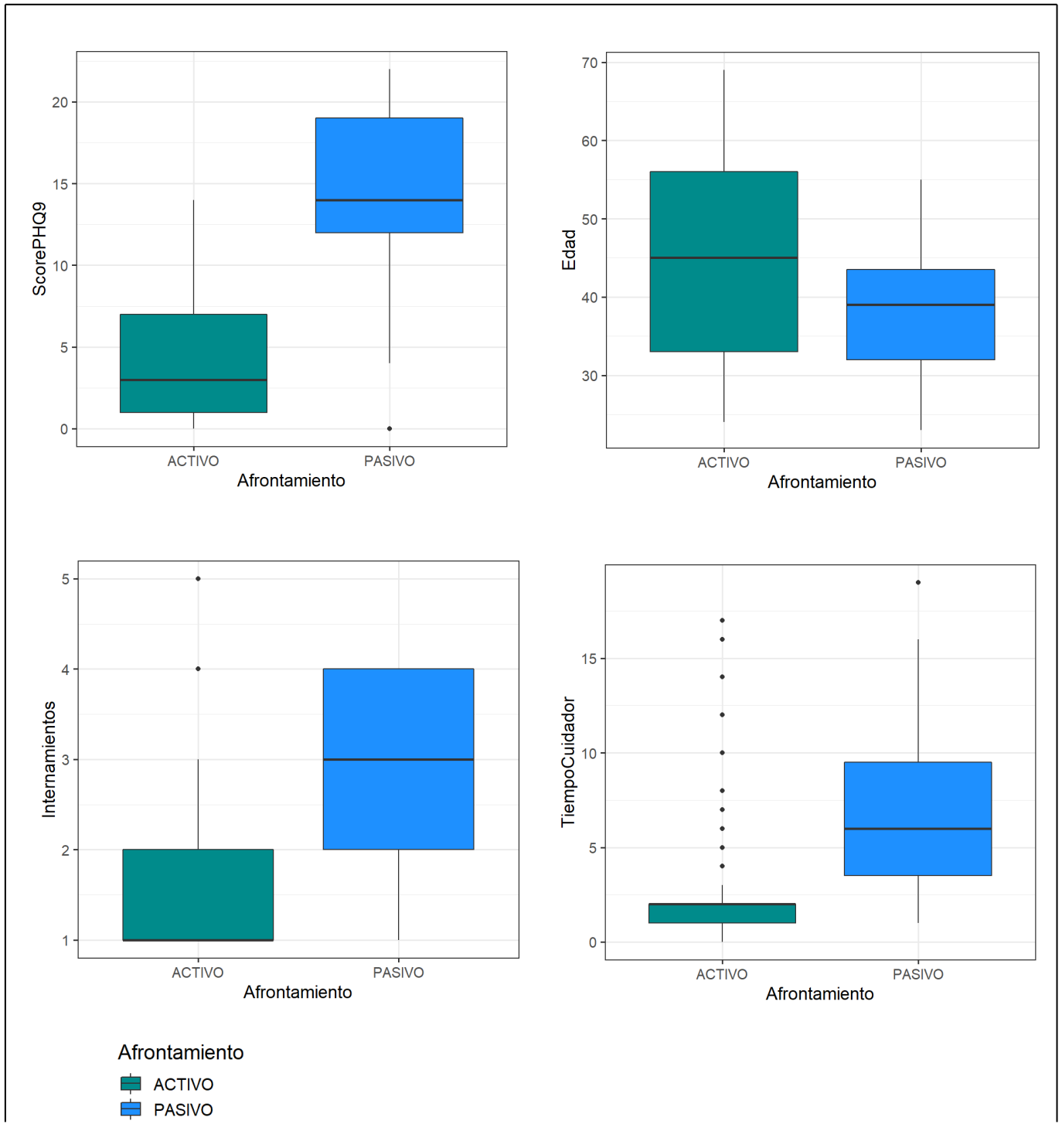
El sexo, la escolaridad, el estado civil, la ocupación, el parentesco, las enfermedades del cuidador y el diagnóstico de ingreso, no se asociaron significativamente con la presencia de síntomas depresivos (Tabla 2).

Total
N= 124 (%)

Tabla 2. Comparativa por Afrontamiento.

	Afrontamiento activo N= 105 (84.68%)	Afrontamiento pasivo N= 19 (15.32%)	Valor de P	Método Estadístico
Edad	44.6 (12.3) 45 [23] 24 a 69	38.3 (9.1) 39 [11.5] 23 a 55	< 0.05	U Mann Whitney
PHQ-9	3.9 (3.5) 3 [6] 0 a 14	14.2 (6.2) 14 [7.0] 0 a 22	< 0.001	U Mann Whitney
Número de Internamientos	1.6 (1.0) 1 [1] 1 a 5	2.7 (1.2) 3 [2.0] 1 a 4	< 0.001	U Mann Whitney
Tiempo de cuidador	2.9 (3.4) 2 [1] 0 a 17	7.2 (5.2) 6 [6.0] 1 a 19	< 0.001	U Mann Whitney
Sexo -Femenino -Masculino	82 (78.1) 23 (21.9)	15 (78.95) 4 (21.05)	0.93	X ²
Escolaridad -Licenciatura -Preparatoria -Primaria -Secundaria	13 (12.38) 14 (13.33) 37 (35.24) 41 (39.05)	2 (10.53) 6 (31.58) 4 (21.05) 7 (36.84)	0.22	X ²
Estado civil -Pareja -Solitario	68 (64.76) 37 (35.24)	14 (73.68) 5 (26.32)	0.44	X ²
Ocupación -Desempleado -Empleado -Jubilado	54 (51.42) 50 (47.61) 1 (0.95)	9 (47.37) 10 (52.63) 0 (0.0)	0.85	X ²
Parentesco -Esposo(a) -Hijo(a) -Madre -Padre	8 (7.61) 19 (18.09) 62 (59.04) 16 (15.23)	2 (10.52) 4 (21.05) 12 (63.15) 1 (5.26)	0.69	X ²
Enfermedades del cuidador -DM2 -HAS -Artritis -Ninguna	17 (16.19) 12 (11.42) 1 (0.95) 75 (71.42)	0 (0.0) 2 (10.53) 0 (0.0) 17 (89.47)	0.26	X ²
Dx Ingreso -Esquizofrenia paranoide -Otros trastornos psicóticos -Trastorno bipolar -Trastorno depresivo mayor -Trastorno por consumo de sustancias	15 (14.28%) 9 (8.57%) 12 (11.42%) 51 (48.57%) 18 (17.14%)	5 (26.31%) 1 (5.26%) 4 (21.05%) 5 (26.31%) 4 (21.05%)	0.31	X ²

Figura 2. Comparativas (Tipos de afrontamiento).



16. DISCUSIÓN

De acuerdo con la evidencia actual, la depresión es una enfermedad prevenible y tratable, que cuenta con la posibilidad de reducir sus efectos negativos tanto a corto, como mediano plazo. Sin embargo, nos enfrentamos con uno de los principales problemas de salud a nivel global; la obtención de tratamientos dignos, de calidad y de forma oportuna, relacionado con la falta de acceso a los servicios de salud (Cerecero et al, 2020).

La OMS estima que, en países en vías de desarrollo, un gran porcentaje de la población con padecimientos mentales (76-85%), carece de acceso al tratamiento que requiere. En México, sólo una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico, recibe algún tipo de atención psiquiátrica/psicológica.

Las respuestas al estrés se dirigen hacia un evento relevante, que es percibido como potencialmente dañino para el bienestar propio o que requiere de una adaptación del individuo. Frecuentemente incluyen emociones negativas e implican acciones dirigidas a enfrentar el evento o a huir de él. Cuando una persona percibe que no cuenta con los recursos suficientes para cumplir de forma efectiva con las demandas que la situación requiere, se genera angustia o estrés emocional. Ocurre frecuentemente, como resultado de situaciones para las cuales la persona no tiene un control (por ejemplo, algunas enfermedades o la muerte), y puede ser desencadenado por múltiples exposiciones al estrés, incluyendo acontecimientos importantes de la vida o situaciones problemáticas de forma crónica.

Las diferencias individuales son componentes críticos al momento de predecir los niveles de estrés emocional. Un mismo evento o factor puede producir mucho estrés emocional en una persona, y en otra no. Se trata de un proceso que implica la interacción entre el sujeto, sus recursos y el ambiente. Las características y la naturaleza de los sucesos a los que se enfrentan los individuos, influyen en la disponibilidad y la movilización de recursos. Ante cualquier situación estresante, las personas usarán algún tipo de afrontamiento, cuya función se asocia a la toma de decisiones, a la búsqueda, a la evaluación de información para llevar a cabo

acciones, a mantener autonomía y a enfocar tanto los recursos como la energía hacia las demandas que presenta un evento estresante.

En los cuidadores principales de un paciente con una enfermedad mental, se desarrolla un estrés característico y frecuentemente más alto, lo cual se asocia a un deterioro en la salud mental y física, consistentemente a lo largo de las diferentes fases de la enfermedad.

El efecto negativo de la enfermedad mental generalmente recae en los pacientes, pero también en los integrantes de la familia y particularmente, en el cuidador principal. Esto debido a las múltiples situaciones relacionadas, como la sobrecarga emocional y la falta de conocimientos sobre la enfermedad, las cuales aumentan el estrés y pueden considerarse un factor precipitante para las recaídas, la exacerbación de síntomas y las rehospitalizaciones del paciente. Los resultados sobre las características de los cuidadores, coinciden con los estudios previos en cuando a que la mayoría son mujeres, amas de casa, con una educación básica y un tiempo promedio de 3 años fungiendo dicho rol. Por muchas razones, se pasa por alto la posibilidad de que el cuidador reciba atención y apoyo, buscando sólo el bienestar del paciente. Este experimenta un estrés crónico que puede llegar a ser grave, secundario a la convivencia con el enfermo, y si no recibe asistencia ni apoyo, será menos capaz de continuar ayudando al paciente de manera efectiva.

Estudios nacionales han documentado que el 9.2% de la población tuvo un episodio depresivo en la vida. Investigadores del INSP realizaron un estudio entre 2006 y 2018, utilizando los datos de 43,874 adultos de 20 años o más, para estimar los cambios en la prevalencia de síntomas depresivos e identificar los factores sociodemográficos asociados. Los datos fueron publicados en el 2020 en la revista Salud Pública de México, estos mostraron: una presencia de síntomas depresivos en adultos jóvenes y mayores, entre 9.5 a 13.3%. Con una cobertura de detección del 10.7% y tratamiento del 7%. En los datos obtenidos en nuestro trabajo, se observó una presencia de síntomas depresivos en el 20% de la población estudiada, tomando en cuenta a quienes obtuvieron una puntuación de PHQ-9 igual o mayor a 10 puntos,

lo cual incluye a los grupos de: depresión moderada, depresión moderada-grave y depresión grave (Figuras 3 y 4).

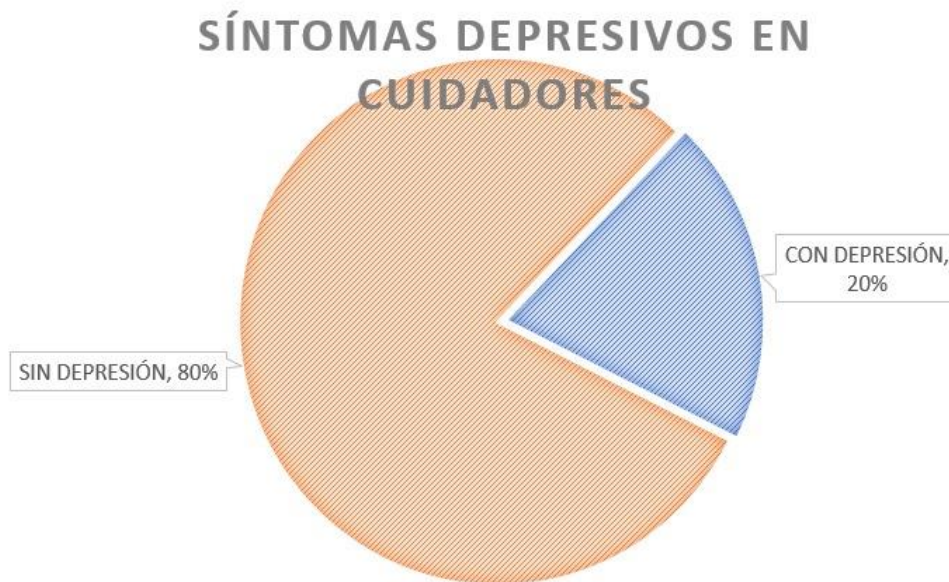


Figura 3. Síntomas depresivos en cuidadores.

Los autores destacaron el estigma que continúa existiendo en relación con las enfermedades mentales, como una de las principales barreras para identificar, diagnosticar y atender los casos de depresión de manera oportuna.

Dentro de nuestra investigación encontramos datos sociodemográficos de relevancia: en una población de 124 cuidadores principales de pacientes con enfermedad mental, hospitalizados en la Unidad Para la Intervención en Crisis de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, con una media de edad de 43 años; la mayoría de los participantes fueron del sexo femenino (78.2%); el principal parentesco del cuidador fue la madre (59.7%); una gran parte se encuentran en una relación de pareja, ya sea casados o en unión libre (66.1%); la mayoría tienen un nivel educativo bajo (primaria o secundaria); la mitad de ellos se encuentran desempleados y; en cuanto al tiempo de ser cuidadores principales la media que se obtuvo fue de 3.52 años.

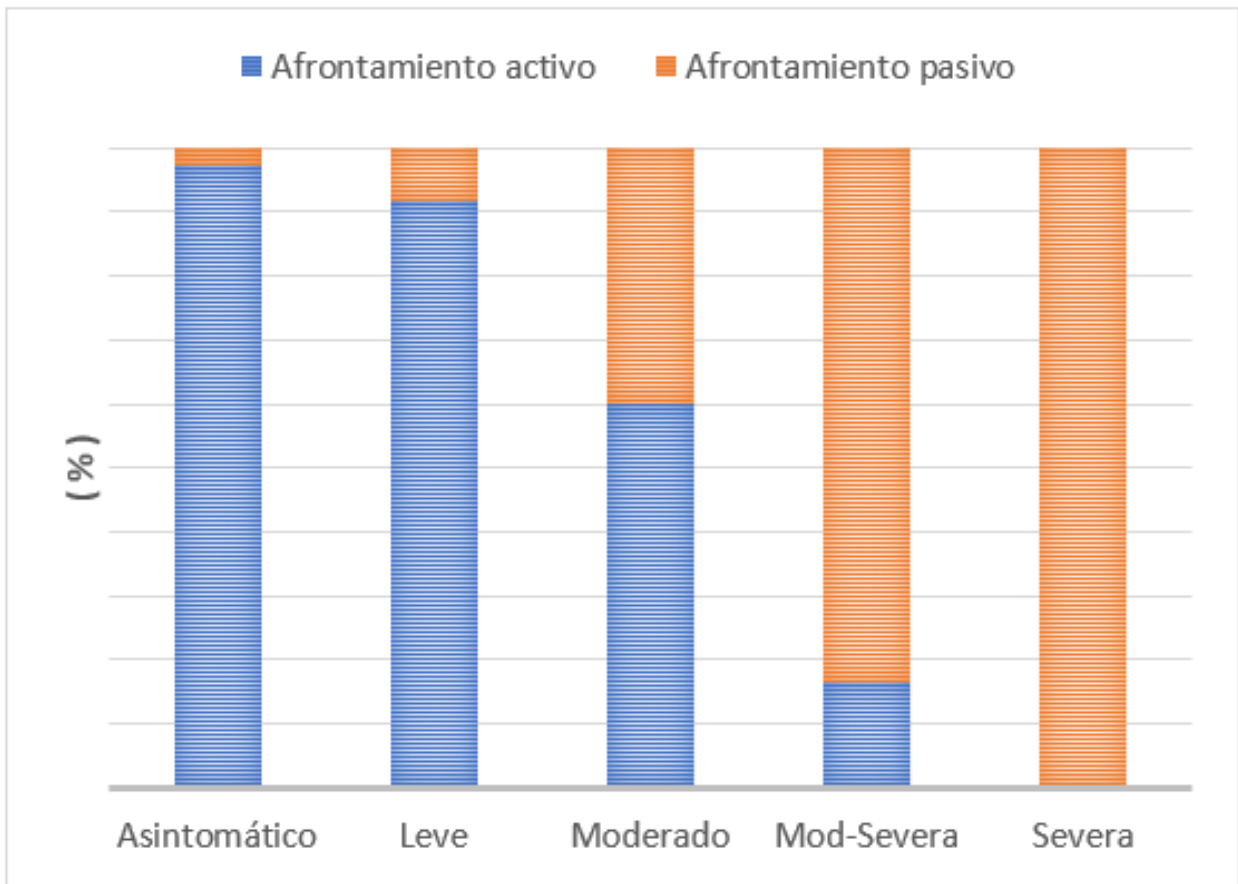


Figura 4. Tipos de afrontamiento vs Severidad de los síntomas depresivos.

El afrontamiento pasivo al estrés utilizado en nuestra población, se asoció significativamente con la presencia de síntomas depresivos. En contraparte, La utilización de un afrontamiento activo al estrés, se asoció con una menor presencia de sintomatología depresiva en los cuidadores principales (Figuras 4 y 5).

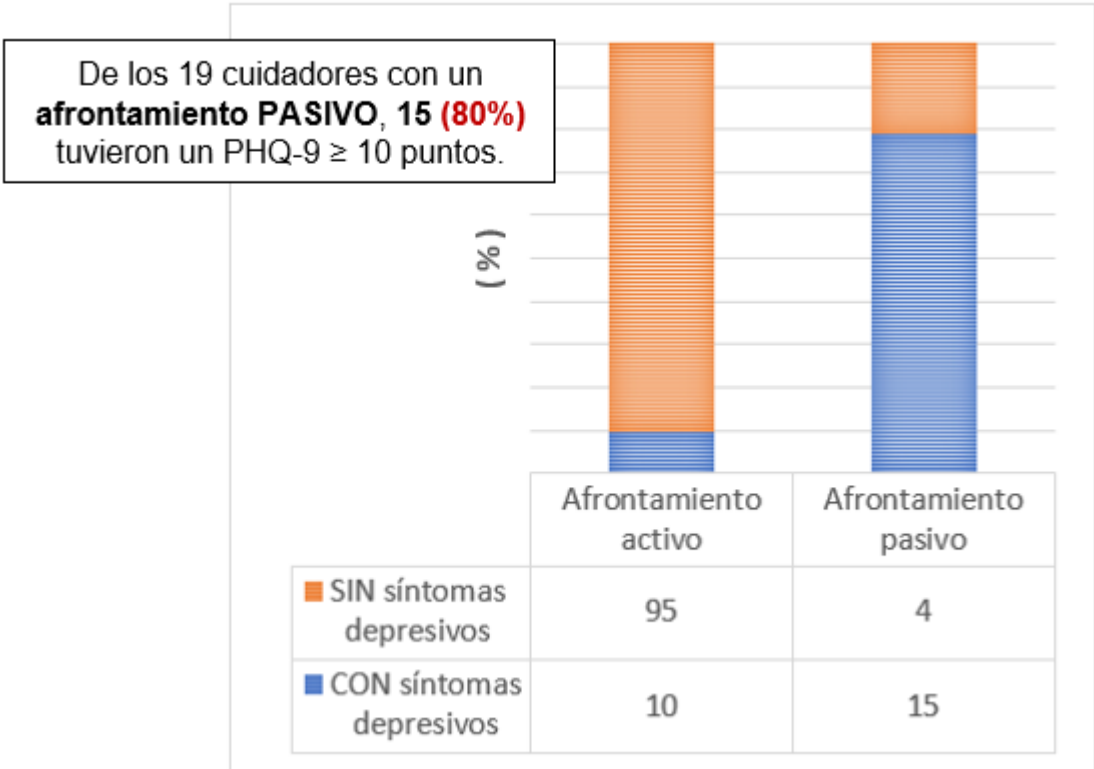


Figura 5. Tipos de afrontamiento vs Síntomas depresivos.

17. LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Afortunadamente, nuestro estudio contó con una muestra suficiente para encontrar relaciones significativas en los datos principales y comprobar nuestra hipótesis. Una muestra aún mayor y con un diseño longitudinal, nos permitiría hacer un análisis más profundo sobre las variables involucradas en el desarrollo de la sintomatología depresiva.

En cuanto a las limitaciones del estudio, podemos identificar que existe un sesgo de selección en la edad de los cuidadores principales, debido a que durante el tiempo en que se realizó la recolección de la muestra, en la CPDENP se contaba con un protocolo relacionado con los cuidados ante la infección por COVID-19. Entre otras cosas, no estaba permitida la permanencia de cuidadores mayores de 65 años en UPIC, esto para evitar el contagio de personas vulnerables (por edad o comorbilidades). Por lo tanto, podemos suponer que esto alteró significativamente la media en la edad de nuestra población, la cual fue relativamente baja en comparación con la literatura. Lo mismo para las comorbilidades manifestadas en los cuidadores, ya que fueron pocos los que presentaban alguna enfermedad crónica.

Es importante realizar estudios longitudinales y de intervención para atender a estos grupos vulnerables para prevenir el desarrollo de psicopatología y entender mejor su comportamiento.

18. CONCLUSIONES

La evidencia presentada en la anterior investigación demuestra cómo el uso de un afrontamiento pasivo al estrés, se asoció significativamente con la presencia de síntomas depresivos en los cuidadores principales de pacientes con patología mental hospitalizados en la Unidad Para la Intervención en Crisis (UPIIC) de la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” CPDENP.

Conocer a nuestra población en riesgo, así como la forma en que se encuentra lidiando con el estrés que implica ser un “cuidador principal”, nos ayudará a identificarlos de manera más certera, para brindarles la atención necesaria de forma oportuna. Nuestro trabajo es, sin duda, un llamado de atención para la población en general y los trabajadores de la salud mental, para voltear hacia los cuidadores principales de nuestros pacientes con alguna patología psiquiátrica, darnos cuenta de lo que ocurre con ellos y, cómo esto impacta directamente en la salud global de nuestro paciente. Resultará beneficioso el poder atender a aquellos que estén afrontando el estrés de una forma que les genere una sintomatología depresiva y decremente su salud, además de su eficacia como cuidadores principales.

Un trabajo ulterior, pudiera enfocarse en que los cuidadores principales identificados con sintomatología depresiva asociada con un afrontamiento al estrés inadecuado, amplíen su marco de estrategias para mejorar su calidad de vida.

19. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013, pp. 93, 107-14.

Ampalam P, Gunturu S. & Padma V. *A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness*. Indian J Psychiatry. 2012, 54(3):239–43.

Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How to deal with stress and not get sick*. Warszawa: Fundacja IPN, [in Polish]. 1995.

Anupa B. & Frank R.G. *Mental illness and the labor market in developing nations*. Commission on Macroeconomics and Health Working paper series WG1: 6. Geneva: World Health Organization. 2001.

Aspinwall L.G. & Taylor S.E. *A stitch in time: self-regulation and proactive coping*. Psychol Bull. 1997; 121:417-36.

Athari P., Ghaedi L., & Mohd Kosnin A. *Mothers' depression and stress, severity of autism among children and family income*. International Journal of Psychological Research, 2013, 6(2), 98-106.

Baader T., Molina J., Venezian S., Rojas C., Farías R., Fierro-Freixenet C., Backenstrass M. & Mundt C. *Validity and utility of PHQ9 (Patient Helth Questionnarie) in the diagnosis of depression in user patients of primary care in Chile*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. 2012, 50(1), 10–22.

Batista C. F., Bandeira M. & Oliveira D. R. *Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos*. Ciên Saúde Colet. 2015; 20(9):2857–66.

Bandeira M. & Barroso S.M. *Family burden in families of psychiatric patients*. J Bras Psiquiatr. 2005; 54(1):34-46.

Barker E. T., Hartley S. L., Seltzer M. M., Floyd F. J., Greenberg J. S., & Orsmond G. I. *Trajectories of emotional well-being in mothers of adolescents and adults with Autism*. Developmental Psychology. 2010.

Beltrán F. J. & Torres I. *Lo psicológico en la determinación de la salud y lo psicológico determinado socialmente*. En: Piña, J.A. (comp.). Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta. Universidad de Sonora. 1992; 90-101.

Bengt L. & Monica E. *Guía del Autoestopista Salutogénico: Camino salutogénico hacia la promoción de la salud*. Editorial Documenta Universitaria. 2011; Volumen 1 de Càtedra Promoció de la Salut.

Carreño S., Barreto R. V., Duran M., Támara V. & Romero E. *Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Rev Cubana Enferm. 2016; 32(3):353–363. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n3/enf090316.pdf>

Carter P. A. *Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms*. Oncology Nursing Forum. 2002; 29(9), 1277–1283.

Carver C.S. *You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE*. Int J Behav Med. 1997; 4:92-100.

Casas F. *Bienestar social. Una introducción psicosocial*. Barcelona: PPU. 1996.

Cerecero D., Macías F., Arámburo T. & Bautista S. *Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana*. Salud Publica Mex. 2020; 62:840-850. <https://doi.org/10.21149/11558>

Chiao C., Wu H., Hsiao C., Professor A., Professor A., & Hsiao C.-Y. *Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review*. International Nursing Review. 2015; 62, 340-350 Literature Reviews. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>.

Dantzer R., o'Connor J. C. & Freund G.G. *From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain*. Nat Rev Neurosci. 2008; 9: 46–56.

Del Barrio V. G. *Estrés y salud*. Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia 2003. (pp. 47-69). Madrid: Pirámide.

Diez-Quevedo C., Rangil T., Sanchez-Planell L., Kroenke K. & Spitzer R.L. *Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients*. Psychosomatic Medicine. 2001; 63(4), 679–686.

DiGirolamo A. M. & Salgado V. N. *Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being*. Salud Publica Mex. 2008; 50(6):516–22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19039441>

Dohrenwend B. P. *The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research*. Journal of Health and Social Behavior. 2000; 41, 1–19.

Donlan W. & Lee J. *Screening for depression among indigenous Mexican migrant farmworkers using the Patient Health Questionnaire-9*. Psychological Reports. 2010; 106(2), 419–432.

Dube P., Kroenke K., Bair M. J., Theobald D. & Williams L. *The P4 screener: a brief measure for assessing potential suicidal risk*. J Clin Psychiatry Primary Care Companion (inpress). 2010.

Ebert M., Loosen P. & Nurcombe B. *Current Diagnosis and treatment: Psychiatry*. 2ª Edición. Estados Unidos: McGrawHill Companies. 2008.

Fernández-Martín FD, Flores-Carmona L. & Arco-Tirado JL. *Coping Strategies Among Undergraduates: Spanish Adaptation and Validation of the Brief-COPE Inventory*. Psychol Res Behav Manag. 2022; 20; 15:991-1003. doi: 10.2147/PRBM.S356288.

Ferguson E. *Personality and coping traits: a joint factor analysis*. Br J Health Psychol. 2001; 6:311-325.

Flyckt L., Fatouros H. & Koernig T. *Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders*. Int J Soc Psychiatry. 2015; 61(7):684–92.

Frydenberg E. & Lewis E. *Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping*. Journal of adolescence. 1990; 16, 253-266.

Ginker R. R. & Spiegel J. P. *Men under stress*. Blakiston. 1945. Universidad de Michigan. <https://doi.org/10.1037/10784-000>.

Gouin J.P., da Estrela C., Desmarais K. & Barker E.T. *The impact of formal and informal support on health in the context of caregiving stress*. Fam Relat. 2016; 65(1):191–206. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/fare.12183>

Grau J. A. & Hernández E. *Psicología de la salud: Aspectos históricos y conceptuales*. In Jarana. Centro Universitario en Ciencias de la Salud. 2005, 33-84.

Grau J., Martín M. & Portero D. *Estrés, ansiedad, personalidad resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal*. Revista interamericana de psicología. 1993; Vol. 27, Nº. 1, 37-57.

Griffith M. A., Dubow E. C. & Ippolito M. F. *Developmental and cross-situational differences in adolescents coping strategies*. Journal of Youth and Adolescence. 2000, 29 (2), 183-204.

Hernández J.M. *Cansancio del rol del cuidador primario de pacientes con trastorno mental en una Clínica Psiquiátrica*. Repositorio institucional de la UASLP. 2018. Recuperado de <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4629>

Hoenig J. & Hamilton M.W. *The schizophrenic patient in the community and his effect on the household*. Int J Soc Psychiatry. 1966; 12(3):165-76.

Huang F.Y., Chung H., Kroenke K., Delucchi K.L. & Spitzer R.L. *Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients*. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21(6), 547–552.

Ingram R. E., & Luxton D. D. *Vulnerability stress models*. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32–46). Thousand Oaks, CA: Sage. 2005.

Janis I. L. & Mann L. *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press. 1977.

Kay J. & Tasman A. *Psychological factors affecting medical condition*. In: *Essential Psychiatry*. Kay J, Tasman A (eds.). New Jersey: John Wiley & Sons. 2006, 811–22.

Kim Y. & Given B. A. *Quality of life of family caregivers of cancer survivors: Across the trajectory of the illness*. Cancer, 112 (11 SUPPL.). 2008; 2556–2568. <https://doi.org/10.1002/CNCR.23449>

Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. & Löwe B. *The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review*. Gen Hosp Psychiatry (in press). 2010.

Lauber C., Eichenberger A., Luginbühl P., Keller C. & Rössler W. *Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia*. Eur Psychiatry. 2003; 18(6):285-9.

Lazarus R. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill. 1966.

Lazarus R. & Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer. 1984.

Lazarus R., DeLongis A., Folkman S. & Gruen R. *Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures*. *American Psychologist* 1985; 40, 770-779.

Lazarus R. & Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos: el concepto de afrontamiento*. Barcelona: Martínez Roca. 1986.

Leal J.A. *Modos de afrontamiento del cuidador primario de paciente con trastorno mental en una clínica psiquiátrica*. Repositorio institucional de la UASLP. 2018. Recuperado de <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4571>

León M. O., Slachevsky A. & Miranda C. *Afrontamiento, apoyo social y depresión en cuidadores informales y su relación con necesidades no cubiertas de personas con demencia*. *Ansiedad y Estrés*. 2018; 24(2-3), 73-80. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.04.001>.

Merz E.L., Malcarne V.L., Roesch S.C., Riley N. & Sadler G.R. *A multigroup confirmatory factor analysis of the Patient Health Questionnaire-9 among English- and Spanish-speaking Latinas*. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2011; 17(3), 309-316.

Mikulic I. M. & Crespi M. C. *Adaptación y Validación del Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) para Adultos*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; Anuario de Investigaciones. 2008; XV; 5; 305-312.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria*. Madrid, España: Edita Agencia Lain Entralgo. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias. 2008.

Mitchell R., Cronkite R. & Moos R. *Stress, coping, and depression among married couples*. Journal of Abnormal Psychology. 1983; 92, 433-448.

Moos R. *Coping Responses Inventory Psychological Assessment Resources*. Inc Florida. USA. 1993.

Ogińska N. & Juczyński Z. *Personality, stress and health*. Publisher: Difin; [in Polish]. 2008.

Organización Mundial de la Salud. *Preguntas más frecuentes ¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>.

Orzechowska A., Zajackowska M., Talarowska M., & Gałecki, P. *Depression and ways of coping with stress: A preliminary study*. Medical Science Monitor. 2013; 19, 1050–1056. <https://doi.org/10.12659/MSM.889778>.

Peduzzi P., Concato J., Feinstein A. R., & Holford T. R. *Importance of events per independent variable in proportional hazards regression analysis. II. Accuracy and precision of regression estimates*. Journal of clinical epidemiology. 1995; 48(12), 1503–1510. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(95\)00048-8](https://doi.org/10.1016/0895-4356(95)00048-8)

Peduzzi P., Concato J., Kemper E., Holford T. R., & Feinstein A. R. *A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis*. Journal of clinical epidemiology. 1966; 49(12), 1373–1379. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(96\)00236-3](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(96)00236-3)

Pinquart M. & Sörensen S. *Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis*. Psychology and Aging. 2003; 18(2), 250–267.

Piovesan J., Scortegagna S., & Bertoletti De Marchi A. C. *Quality of Life and Depressive Symptomatology in Mothers of Individuals with Autism*. PsicoUSF. 2015, 20(3), 505-515. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200312>.

Raja J. S., Staten R., Hall L. A. & Lennie T. A. *The Relationship among Young Adult College Students' Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles*. *Issues in Mental Health Nursing*, 2012; 33:3, 149-156.

Rascon M. L. *La necesidad de dar atención a los familiares responsables de pacientes esquizofrénicos*. *Salud Mental*. 1997; 20.

Sariusz-Skapska M., Czabała I., Dudek D. & Zięba A. *Evaluación de los acontecimientos vitales estresantes y del sentido de la coherencia en pacientes con trastorno afectivo unipolar y bipolar*. *Psychiatr Pol*. 2003; 37(5): 863 [in Polish].

Schmidt C., Dell'Aglio D. D. & Bosa C. A. *Estratégias de Coping de Mães de Portadores de Autismo: Lidando com Dificuldades e com a Emoção*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 20 (1), 124-131. <https://www.researchgate.net/publication/262735786>

Schlotz W., Yim I. S., Zoccola P. M., Jansen L., & Schulz P. *The Perceived Stress Reactivity Scale: Measurement Invariance, Stability, and Validity in Three Countries*. *Psychological Assessment*. 2011; 23(1), 80–94. <https://doi.org/10.1037/a0021148>.

Spitzer R.L., Kroenke K. & Williams J.B.W. *Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study*. *JAMA*, 1999; 282:1737-1744.

Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W. & Löwe B. *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. *Arch Intern Med*, 2006; 166:1092-1097.

Spitzer R.L., Williams J.B.W., Kroenke K., Linzer M., deGruy F.V., Hahn S.R., Brody D. & Johnson J.G. *Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study*. *JAMA*. 1994; 272:1749-1756.

Téllez J.M., López-Torres J. & Boix C. *Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad*. *Rev Clin Med Fam*. 2007; 2(2): 76-83.

Torrades S. *¿Estrés o burn out? Ámbito farmacéutico, divulgación sanitaria.* 2007. Vol. 26;10, 104-107. <http://www.helpguide.org/mental/burn>.

Vallejo A., Rafael J., Munguía O., de Jesús T., Infante M. & Segura B. *Psychometric evaluation of Coping Response Inventory of Moos for adolescents (CRI-Y), in a Mexican sample.* In *Revista de Educación y Desarrollo.* 2007.

Zeidner M., & Hammer A. *Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents.* *Personality and Individual Differences.* 1990; 11, 693-703.

Wulsin L. Somoza E. & Heck J. *The feasibility of using the Spanish PHQ-9 to screen for depression in primary care in Honduras.* *Primary Care Companion – Journal of Clinical Psychiatry.* 2002; 4(5), 191–195.

Yu Y., Liu Z. W., Tang B. W., Zhao M., Liu X. G. & Xiao S. Y. *Reported family burden of schizophrenia patients in rural China.* *PLoS One.* 2017; 16(6): e0179425.

20. ANEXOS

20.1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

San Luis Potosí S.L.P., a _____ de _____ del 20_____.

I. Se me invita a participar en un proyecto de investigación cuyo objetivo radica, en evaluar la forma en que los cuidadores de pacientes con enfermedad mental afrontan el estrés y su relación con la presencia de síntomas depresivos.

II. Para llevar a cabo este trabajo se me solicitará llenar un formulario con mis datos, así como unas escalas de evaluación, las cuales no representan un riesgo real para mi salud.

III. El beneficio de participar en el estudio es, que en caso de encontrar alguna situación relevante para mi salud, se me informará de ello y se me ofrecerá una valoración, así como una opción de tratamiento.

IV. Reconozco que se me ha explicado claramente el procedimiento de mi participación para la realización de dicho estudio y se han aclarado mis dudas.

V. Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que se me brinda en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña.

VI. Los datos otorgados se manejarán con confidencialidad.

Yo _____,
con fecha _____ acepto participar en el estudio titulado:
“Afrontamiento al estrés y su relación con la presencia de síntomas depresivos, en cuidadores de pacientes con enfermedad mental.”

Firma del cuidador (participante) y parentesco con el paciente:

Nombre y firma de los testigos (relación con el participante):

Testigo 1

Testigo 2

20.2

BRIEF COPE INVENTORY (BCI)

Las formas de **enfrentarse a los problemas**, como las que se describen aquí, no son ni buenas ni malas, tampoco son unas mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Marque con una "X", para indicar el número (o frecuencia) que mejor refleje su propia forma de enfrentarse al problema.

N°	Ítem	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Me dedico al trabajo o a otras actividades para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando.	1	2	3	4
2	Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación en la que estoy.	1	2	3	4
3	Pienso que esta situación no es real, que no me está pasando a mí.	1	2	3	4
4	Tomo bebidas alcohólicas para sentirme mejor.	1	2	3	4
5	Busco apoyo emocional y afecto de alguien.	1	2	3	4
6	Me doy por vencido(a) o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo.	1	2	3	4
7	Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación.	1	2	3	4
8	Me niego a creer lo que me está pasando.	1	2	3	4
9	Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o mi disgusto por alguna situación.	1	2	3	4
10	Busco ayuda y consejo de otras personas.	1	2	3	4
11	Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor.	1	2	3	4
12	Trato de ser positivo(a) y aprender de las situaciones difíciles.	1	2	3	4
13	Me critico a mí mismo(a).	1	2	3	4
14	Trato de proponer un plan para saber qué hacer en mi situación.	1	2	3	4
15	Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona.	1	2	3	4
16	Admito que no puedo con la situación que estoy viviendo y dejo de intentar hacerle frente al problema.	1	2	3	4
17	Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo.	1	2	3	4
18	Hago bromas sobre lo que me pasa.	1	2	3	4
19	Hago algo para pensar menos en mi situación.	1	2	3	4
20	Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir.	1	2	3	4
21	Le cuento a alguien lo que pienso y cómo me siento.	1	2	3	4
22	Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual.	1	2	3	4
23	Busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo.	1	2	3	4
24	Aprendo a vivir con ello.	1	2	3	4
25	Pienso detenidamente en los pasos a seguir.	1	2	3	4
26	Me culpo a mí mismo(a) por lo que ha sucedido.	1	2	3	4
27	Rezo, oro o medito.	1	2	3	4
28	Tomo la situación difícil con humor.	1	2	3	4

20.3 PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
---	-----------	-------------	-----------------------------	---------------------

(Marque con una "X" para indicar su respuesta)

1. Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a, o sin esperanzas.	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado.	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado/a o con poca energía.	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso.	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo/a, o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o su familia.	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario, ha estado tan inquieto/a o agitado/a, que se ha estado moviendo mucho más de lo normal.	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto/a o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera.	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING _____ + _____ + _____ + _____

Total Score: _____

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tal difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a talas problemas?

Para nada difícil Un poco difícil Muy difícil Extremadamente difícil

20.4 HOJA COLECTORA DE DATOS

Agradecemos su participación dando respuesta a la siguiente hoja colectora de datos. Esta información será confidencial y no repercutirá de ninguna forma en la atención brindada a usted o su paciente por nuestra institución.

DATOS DEL CUIDADOR.

Nombre completo: _____

Edad: _____

Sexo:

- Femenino
- Masculino
- No desea especificar

Parentesco con su paciente:

- Madre
- Padre
- Espos(a) / Pareja
- Hijo(a)
- Hermano(a)
- Otro(a)

Estado civil:

- Soltero
- Unión libre
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo

Ocupación:

- Empleado
- Desempleado
- Jubilado / Pensionado

Tiempo de ser el cuidador primario:

_____ años.

Escolaridad:

- Nula
- Sabe leer y escribir
- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria
- Licenciatura
- Posgrado

Enfermedades que padezca:

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Cáncer
- Ninguna
- Otras (especifique): _____

DATOS DEL PACIENTE.

El internamiento de su paciente en esta clínica es:

- Primera vez
- Subsecuente

¿Cuántas veces ha estado INTERNADO AQUÍ su paciente?

_____ ¿cuándo fue la última vez? _____

*** (si es la primera vez que su paciente está internado, omite ésta pregunta)*

Edad: _____

Sexo:

- Femenino
- Masculino
- No desea especificar

Estado civil:

- Solitario
- Pareja
- Acompañado con un familiar
- Acompañado con otro

Escolaridad:

- Nula
- Sabe leer y escribir
- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria
- Licenciatura
- Posgrado

Diagnóstico(s) de ingreso a UPIC de acuerdo al CIE-10: * (NO CONTESTAR ESTA PREGUNTA)***

Principal: _____

20.5 AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO



CPDENP/D/SM/CEI/ **2967** /2022
21 de Septiembre 2022
Código 16S 2

MEMORÁNDUM

ASUNTO: Autorización de protocolo

Soledad de Graciano Sánchez, S L P

DR JONATHAN RAMIREZ ALMENDÁREZ
RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

El comité de Ética en Investigación en sesión extraordinaria del día 13 de Septiembre del presente año le informa el resultado de la revisión del protocolo "Afrontamiento al estrés y su relación con la presencia de síntomas depresivos en cuidadores de pacientes con enfermedad mental", el cual queda autorizado con número de registro **CEI-CPENP-05**, no omito recordarle el compromiso de entregar avances de acuerdo a su planeación así como su informe de resultados en formato electrónico y en físico

Lo anterior con sustento en la Guía Nacional para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, Quinta Edición 2015. DOF. Lunes 11 de Enero de 2016 y al procedimiento interno de revisión de protocolos.

Reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
LA PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

MEyAS MARIA MÉRCEDES PÉREZ BETANCOURT

DIRECTO

Elaboró

Revisó

MEyAS Rita de Guadalupe Martínez Rocha
Secretaria del Comité de Ética en Investigación

ME y AS Maria Mercedes Pérez Betancourt
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

c c p Dra Sarah Antonieta Navarro Sánchez - Encargada de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña"
c c p Dra Laura Elena Perez Ramos - Jefa de Educación e Investigación de la Clínica Psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña"
c c p Archivo y Minutario

RGAR

Hoja en blanco