

# Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México

## Anxiety, depression and fatigue in primary caregivers of hospitalized patients in a general hospital in Nuevo León, México

Enoc Isaí Hernández-Cantú,<sup>1</sup> Alan Karim Sayeg Reyes-Silva,<sup>1</sup> Valeria Estefanía Villegas-García,<sup>1</sup> Joel Pérez-Camacho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona con Medicina Familiar 6, Subjefatura de Educación e Investigación en Salud, San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México

Número de registro ante el Comité Local de Investigación y Ética en Salud, R-2016-1912-20.

Número de registro ante la Dirección de Enseñanza, Investigación en Salud y Calidad de la Secretaría de Salud en Nuevo León, DEISC-19011692

### Palabras clave:

Cuidador de familia

Ansiedad

Depresión

Fatiga

### Resumen

**Introducción:** los cuidadores de enfermos enfrentan vulnerabilidad y tensión física y emocional, por lo que se incrementa el riesgo de problemas de salud mental. Algunos experimentan agobio y culpabilidad, que pueden provocar incapacidad para seguir atendiendo al enfermo.

**Objetivo:** determinar el grado de sobrecarga y la presencia de ansiedad y depresión en los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en un hospital general de zona (HGZ).

**Metodología:** estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Se aplicaron 480 encuestas a cuidadores de pacientes en un HGZ, seleccionándolos mediante un muestreo aleatorio por conglomerados, distribuyendo el número de sujetos proporcionalmente por servicio. Se aplicaron las escalas de Katz (incapacidad), Zarit (sobrecarga) y Goldberg (ansiedad-depresión).

**Resultados:** los cuidadores fueron principalmente mujeres (68%), en su mayoría amas de casa. La edad media fue  $42.9 \pm 9$  años. Las enfermedades prevalentes en los cuidadores fueron diabetes (10%) e hipertensión (8%). En los pacientes, el promedio de internamiento fue de 12 días y la media diaria de horas de permanencia del cuidador fue de 10. Hubo una correlación positiva entre las horas de permanencia diaria del cuidador en el hospital y el grado de sobrecarga, ansiedad y depresión.

**Conclusiones:** Tener más hermanos puede atenuar la presencia de depresión. A mayor cantidad de horas dentro del hospital al cuidado del paciente, mayor sobrecarga, ansiedad y depresión.

### Keywords:

Family caregivers

Anxiety

Depression

Fatigue

### Abstract

**Introduction:** Caregivers of sick people face vulnerability, as well as emotional and physical stress, which is why the risk of having mental health issues increases. Some of these caregivers feel overwhelmed, and experience feelings of guilt that can lead them to an inability to continue assisting their sick relative.

**Objective:** To establish the fatigue grade and the presence of anxiety and depression in primary caregivers of patients hospitalized in a general hospital.

**Methods:** Descriptive, cross-sectional and prospective study. 480 surveys were administered to caregivers of patients. These were selected through a cluster sampling and the number of subjects was distributed proportionally by service. We used Katz (inability), Zarit (fatigue) and Goldberg (anxiety-depression) scales.

**Results:** Primary caregivers of hospitalized patients were mainly women (68%), mostly housewives. Mean age was  $42.9 \pm 9$  years. The most frequent illnesses in caregivers were diabetes (10%) and hypertension (8%). The average of days of patients' stay was 12 and the average hours of stay for caregivers per day was 10. There was a positive correlation between the caregiver's daily hours of stay and fatigue, anxiety and depression.

**Conclusions:** Having a greater number of siblings can mitigate the presence of depression. The more hours the caregiver spends inside the hospital increases the fatigue, the anxiety and the depression.

### Correspondencia:

Enoc Isaí Hernández-Cantú

Correo electrónico:

isai.chanoc@gmail.com,

enoc.hernandez@imss.gob.mx

Fecha de recepción:

07/12/2016

Fecha de dictamen:

25/04/2017

Fecha de aceptación:

15/05/2017

## Introducción

Con el diagnóstico de una enfermedad grave o prolongada, no solo el enfermo sufre cambios importantes en su vida, sino que toda la dinámica familiar se ve afectada por las repercusiones físicas y psíquicas de la enfermedad. Su impacto sobre la familia puede llegar a provocar efectos penosos y devastadores.<sup>1</sup>

Además, si la enfermedad diagnosticada es lo suficientemente severa como para exigir la hospitalización del paciente, el conflicto inicial se modifica: el paciente y su familia deben integrarse en un contexto diferente (nuevos horarios, regímenes alimenticios, convivencia con distintas personas, etcétera), lo que constituye una nueva fuente de conflictos y tensiones que añadir a los que ya existen a causa de la enfermedad.

La hospitalización representa una crisis para toda la familia. Resulta evidente que la privación de las actividades cotidianas, como consecuencia de la hospitalización, modifica de forma sensible y relevante la conducta del enfermo y de sus familiares más cercanos.<sup>2</sup>

La enfermedad y la hospitalización de cualquier miembro de la familia tienen repercusiones sobre cada uno de los demás; por ejemplo, cuando un hijo es diagnosticado con una enfermedad y es hospitalizado, afecta a los padres, hermanos y abuelos, lo cual origina un cambio en todo el sistema familiar. Dicho cambio produce determinadas alteraciones y conduce a la necesidad de establecer un proceso de homeostasis para conseguir un nuevo estado de equilibrio familiar.<sup>3,4</sup>

Además de lo anterior, dentro de la familia las personas que asumen el rol de cuidadores de enfermos crónicos se hacen cargo de una gran cantidad de tareas que los pueden colocar en una situación de alta vulnerabilidad, estrés, ansiedad y depresión. Esta situación a su vez incide en que incrementa el riesgo de los cuidadores de padecer diversos problemas físicos y emocionales. Muchos de ellos tienen la sensación de sentirse física y emocionalmente atrapados, incluso con sentimientos de culpabilidad que pueden provocar claudicación o incapacidad para seguir atendiendo las demandas de su familiar enfermo.

Los cuidadores son afectados en el orden físico, psicológico y socioeconómico, lo que en conjunto conlleva a un estrés que interfiere en el manejo adecuado del enfermo y en la propia evolución de la enfermedad. Esto provoca, al mismo tiempo, el empeoramiento de la calidad de vida del cuidador, quien queda en un estado de vulnerabilidad y por ende es propenso a padecer una serie

de enfermedades somáticas y psíquicas, producto de la agotadora y estresante labor que realizan.<sup>5</sup>

En este contexto puede definirse la figura del cuidador primario como aquella persona que, pudiendo ser familiar o no del paciente, mantiene el contacto humano más estrecho con este. Su principal función es satisfacer diariamente las necesidades físicas y emocionales del paciente. También lo mantiene vinculado con la sociedad y le provee afecto, ya que el cuidador es solidario con el que sufre. Su trabajo adquiere una gran relevancia para las personas que rodean al enfermo conforme progresa la enfermedad, puesto que además de brindarle atención directa al paciente, adquiere un papel importante en la reorganización, mantenimiento y cohesión del grupo.

En la literatura se describe el síndrome del cuidador primario relacionado con la sobrecarga a nivel físico y emocional, el cual en ocasiones se convierte en el enfermo secundario.<sup>6</sup>

El desgaste que causa hacerse cargo de un paciente puede ocasionar problemas interpersonales, así como sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de abandono, frecuentes dolores de cabeza o de espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio y aislamiento. Esta situación constituye un entorno estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador y su estado de ánimo.<sup>7</sup>

El estrés puede tornarse en un trastorno mental cuando la persona estresada empieza a desarrollar cuadros de ansiedad y depresión. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés es el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción.<sup>8</sup>

Asimismo, el estrés es uno de los principales factores que explican la relación entre las condiciones de vida y la salud de las personas; el estrés como factor de riesgo está relacionado con la morbilidad mental, pero también con otras enfermedades y con los accidentes, tanto en el trabajo como en la vida diaria.<sup>9</sup>

Algunos autores afirman que si existe un cuadro de estrés, siempre están presentes las emociones. Hay una importante interdependencia entre el estrés y las emociones, pues ambos estados afectan el bienestar psicológico, el funcionamiento y la salud física de las personas.<sup>10,11,12</sup>

Ahora bien, la mayoría de los hospitales públicos exigen a los pacientes hospitalizados hacerse acompañar las 24 horas por un familiar o persona que tome el papel de cuidador principal, lo que quiere decir que es el interme-

diario entre el médico, el paciente y sus familiares; además, el cuidador principal es quien conoce mayormente el seguimiento sobre el estado de salud del paciente y es a quien se le comunican y explican los avances del mismo.<sup>13</sup>

El presente estudio tuvo como principal objetivo determinar el grado de sobrecarga, así como la presencia de ansiedad o depresión en los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en un hospital general de zona (HGZ) del estado de Nuevo León, México.

## Metodología

Se trató de un estudio sin intervención, descriptivo, observacional y exploratorio. La investigación se llevó a cabo en una sola medición (transversal), de manera prospectiva o actual.

La población estuvo compuesta por los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados en las áreas de sexto, quinto, cuarto y tercer piso que asistieron a un HGZ en Nuevo León, durante el bimestre de abril y mayo de 2016. El tamaño de referencia de la población en cada medición realizada fue de 188, el cual corresponde con el número total de camas en los servicios arriba mencionados.

Se realizó un muestreo probabilístico con la ayuda del *software* estadístico Epidat, versión 4.1. Los parámetros de referencia para el cálculo de la muestra fueron una población finita de 188, un nivel de confianza de 95% y un intervalo de confianza de 5.

Luego de calcular el tamaño de muestra ( $n = 120$ ), la selección se hizo mediante una técnica de muestreo aleatorio por conglomerados y se distribuyó el número de sujetos proporcionalmente por cada servicio. Las mediciones se hicieron los días lunes de cada semana y los números de cama de cada servicio se sortearon, además

de que los sujetos con el número de cama sorteado fueron encuestados. La distribución se hizo, según queda asentado en el cuadro I.

Para llevar a cabo este trabajo, primero se obtuvo la autorización y el permiso correspondientes por parte de los directivos del hospital, con el fin de que se nos permitiera realizar la investigación. Asimismo, se buscó contar con el aval y permiso del Comité Local de Investigación en Salud.

Una vez en el área de trabajo, en cada medición se procedió a sortear los números de cama, encuestando a cada uno de los cuidadores primarios presentes en el número de cama sorteado. Si un cuidador primario no se encontraba en ese momento o si la cama se encontraba vacía, se procedió a realizar un nuevo sorteo y así sucesivamente hasta completar el número de sujetos deseado (120) en cada medición (cada semana, los días lunes).

Se elaboró una base de datos en el programa de hoja de cálculo Excel y posteriormente se analizó con estadística descriptiva para caracterizar a la población por medio de medidas de tendencia central; también se hizo uso del gestor de base de datos SPSS para Windows, versión 20.

Para poder establecer correlaciones entre los fenómenos estudiados y las distintas variables, se utilizaron las pruebas de correlación de Pearson.

También se hizo uso de pruebas paramétricas de diferencia de medias y proporciones con alfa de 0.05 para establecer diferencias entre las distintas características de los sujetos de estudio.

## Instrumentos de recolección

En el presente trabajo se utilizaron los siguientes instrumentos de medición:

1. Test de Zarit de sobrecarga del cuidador. Esta prueba mide el grado de sobrecarga subjetiva en las personas que se encuentran a cargo del cuidado de un enfermo. Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida de otra persona, cada uno de los cuales se evalúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 = nunca, hasta 5 = casi siempre. Al final se suman todos los puntos coleccionados en cada ítem y se valoran según los siguientes criterios:
  - < 47 puntos = no sobrecarga.
  - De 47 a 55 puntos = sobrecarga leve.
  - > 55 puntos = sobrecarga intensa.

**Cuadro I. Distribución por muestreo aleatorio de los cuidadores incluidos en el estudio**

Servicio	Total de camas	Muestra
Sexto piso	52	33
Quinto piso	48	31
Cuarto Piso	44	28
Tercer piso	44	28
Total	188	120

Se trata de un instrumento validado en concepto y constructo. La consistencia interna de la escala es de 0.91 y la fiabilidad test-retest es de 0.86.

2. Test de Katz. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con seis ítems dicotómicos, del cual se deduce el índice de Katz que presenta ocho posibles niveles:

- A Es independiente en todas sus funciones.
- B Es independiente en todas las funciones, menos en una de ellas.
- C Es independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.
- D Es independiente en todas las funciones menos en el baño, para vestirse y otra cualquiera.
- E Es independiente en todas las funciones menos en el baño, para vestirse, en el uso del WC y otra cualquiera.
- F Es independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G Es dependiente en todas las funciones.
- H Es dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una si se toman en cuenta los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etcétera, de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente. De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0-1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2-3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4-6 puntos = incapacidad severa.

3. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. Es un instrumento para detectar la presencia de ansiedad y depresión. Se divide en dos subescalas: una de ansie-

dad y la otra de depresión, las cuales se estructuran en cuatro ítems iniciales de despistaje para determinar si es probable o no la presencia de un trastorno mental. Hay, asimismo, un segundo grupo de cinco ítems que se formulan solo en caso de obtener respuestas positivas a las preguntas de despistaje (dos o más en la subescala de ansiedad y una o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son:  $\geq 4$  puntos = presencia de ansiedad y  $\geq 2$  puntos = presencia de depresión. Se trata de un instrumento validado, cuya sensibilidad es superior al 83%.

## Resultados

En total se lograron aplicar 480 encuestas, de las cuales se eliminaron tres por contar con datos incompletos. El 62% de los encuestados eran mujeres mientras que el 38% eran hombres. La edad media fue de  $42.9 \pm 9$  años.

Quienes más acudieron al cuidado de enfermos en el hospital fueron en su mayoría personas casadas en un 59%. Asimismo, el parentesco más frecuente del cuidador primario con el enfermo fue el de esposo (26%), seguido de hermano e hijo con 23%, mientras que el padre o la madre representó el 14% de la población de estudio.

El número promedio de hijos de los cuidadores primarios fue de 2, mientras que el número promedio de hermanos fue de 4.

Se reportaron múltiples ocupaciones y la más destacada por mucho fue la de ama de casa con un 37% de frecuencia. El 41% contaba con estudios de bachillerato o carrera técnica, el 30% solo con secundaria, el 18% con licenciatura, mientras que el 11% contaba solo con primaria.

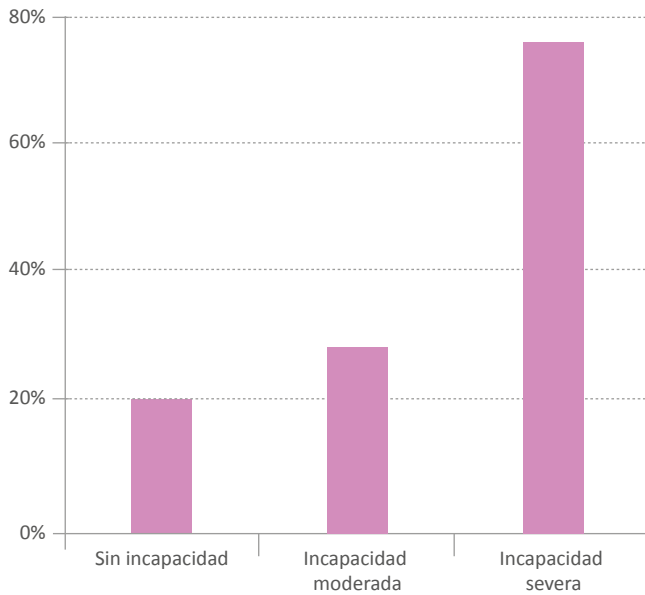
### Grado de incapacidad (índice de Katz)

El 88% de los internados reportó incapacidad, en su mayoría severa de acuerdo con el índice de Katz (figura 1), lo cual los hace en gran medida dependientes. La media de días de internamiento fue de  $12 \pm 12.5$  días. Contrario a lo que se esperaría, el grado de incapacidad no influyó sobre el nivel de sobrecarga en los cuidadores primarios ( $r_s = 0.1, p > 0.05$ ).

### Grado de sobrecarga (test de Zarit)

Poco más de la mitad de los encuestados (54%) no manifestó ningún tipo de sobrecarga. El 35% dijo tener

**Figura 1. Grado de incapacidad de los pacientes hospitalizados en un hospital general de zona**



Fuente: Test de Katz

sobrecarga leve y solo el 11% obtuvo puntuaciones de sobrecarga intensa (figura 2). Las enfermedades estuvieron presentes en el 28% de los cuidadores y las más prevalentes fueron la hipertensión (10%) y la diabetes (8%). La presencia de enfermedades no influyó sobre el nivel

de sobrecarga ( $t = 0.560, p > 0.05$ ). Un punto que hay que destacar es que las personas que realizaban actividades recreativas presentaron menor presencia de enfermedades ( $t = 3.185, p < 0.05$ ).

Una gran mayoría de los cuidadores (87%) recibió apoyo de terceros durante el tiempo en que tuvieron que ausentarse del hospital. No existió diferencia alguna entre hombres y mujeres en cuanto al grado de sobrecarga ( $t = -0.210, p > 0.05$ ). El hecho de recibir o no apoyo de terceros tampoco influyó en la presencia de sobrecarga ( $t = 0.124, p > 0.05$ ). Las horas promedio que el cuidador pasó en el hospital cuidando a su paciente fueron  $10 \pm 3.7$  horas al día. Se encontró una fuerte correlación entre las horas diarias de permanencia en el hospital y el grado de sobrecarga ( $r = 0.5, p < 0.01$ ) (figura 3).

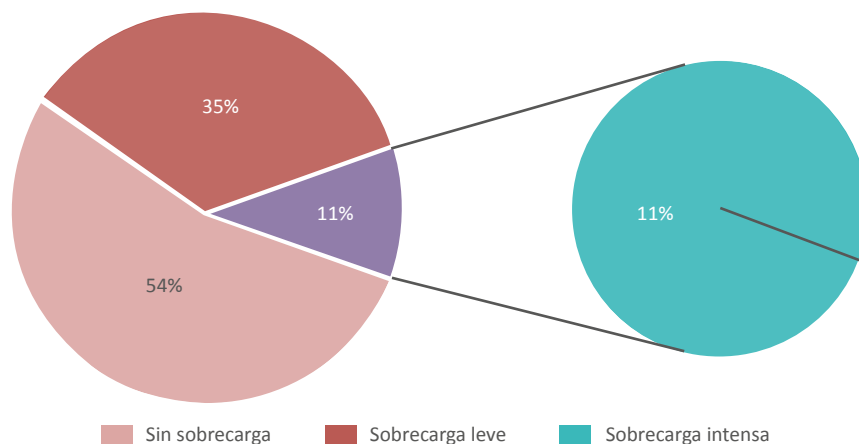
#### Presencia de ansiedad

El 36% de los sujetos de estudio tuvo presencia de ansiedad según la escala de Goldberg y aquella estuvo presente por igual en hombres y mujeres. La práctica de actividades recreativas no tuvo influencia en el control de la ansiedad ( $t = 0.042, p > 0.05$ ).

Asimismo, se encontró una fuerte asociación entre el índice de sobrecarga de Zarit y la presencia de ansiedad ( $r = 0.5, p < 0.001$ ).

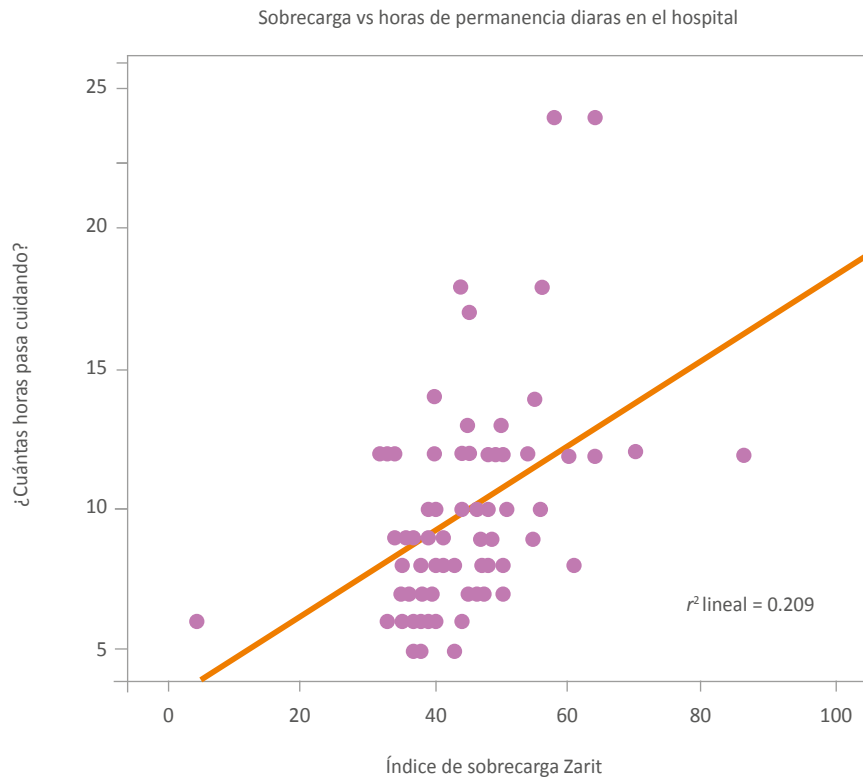
Por otra parte, los cuidadores más ansiosos fueron mayormente propensos a presentar depresión ( $r = 0.6, p < 0.01$ ).

**Figura 2. Grado de sobrecarga en los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados**



Fuente: test de Zarit de sobrecarga del cuidador

Figura 3. Sobrecarga frente a horas de permanencia en el hospital



Fuente: Índice de correlación de Pearson

### Presencia de depresión

Una amplia mayoría de los encuestados (81%) presentó depresión, según el puntaje de la escala de Goldberg. No se encontraron diferencias ni por sexo ni por estado civil en cuanto a la presencia de este padecimiento. No obstante, sí hubo una moderada asociación significativa entre la sobrecarga y la depresión ( $r = 0.4, p < 0.01$ ). Hubo también una leve correlación negativa entre el número de hermanos y la depresión ( $r_s = -0.26, p < 0.005$ ).

### Discusión

En el presente estudio, el perfil del cuidador primario correspondió con el de una mujer casada de aproximadamente 40 años de edad y principalmente la esposa del paciente. Esto es algo que culturalmente se ha venido observando desde hace mucho tiempo atrás. Algunos autores contemporáneos han encontrado que aunque en ocasiones son varios los miembros de la familia que atienden

al familiar dependiente, en la mayoría de los casos el peso del cuidado, al menos el peso principal, recae sobre una única persona, que con frecuencia es una mujer.<sup>14</sup>

Desde la perspectiva de Peek *et al.* las diferencias de género en el cuidado de las personas enfermas vendrían a ser una manifestación más de las diferencias en los comportamientos familiares, en las que se plasman diferencias en aspectos tales como la división del trabajo doméstico, la crianza o las afinidades y relaciones. En nuestro contexto social este tipo de trabajos (no remunerados) se realizan mayoritariamente por mujeres, algo que se mantiene incluso cuando ambos componentes de la pareja, hombre y mujer, trabajan fuera del hogar. Esta división del trabajo conllevaría por tanto la asignación del cuidado, como componente que se considera del trabajo doméstico, a las mujeres.<sup>15</sup>

Vemos que el grado de incapacidad en los pacientes internados en un hospital de segundo nivel es alto, sin que esto repercuta en el grado de sobrecarga en el cuidador. Esto puede deberse a que la incapacidad de los

pacientes ya es crónica y está presente desde antes del internamiento. Lo que más bien parece incrementar el nivel de sobrecarga son las horas que el cuidador pasa en el hospital, lo cual a su vez lleva a la presencia de ansiedad, que a su vez está fuertemente ligada a la depresión.

En este sentido, es de llamar la atención la frecuente presencia de depresión en la población de estudio, lo cual podría explicarse por el tiempo promedio que los sujetos permanecen dentro del hospital cuidando al paciente, que es de 10 horas.

Esto podría marcar la pauta para la búsqueda de estrategias que protejan la salud del cuidador primario. Podrían implementarse reformas al reglamento hospitalario, por ejemplo, según las cuales exista un límite máximo de horas que una persona pueda permanecer al cuidado de un paciente y que al cumplir esas horas esta persona tenga forzosamente que ser relevada. Esto podría disminuir los niveles de ansiedad y depresión en los cuidadores, sobre todo teniendo en cuenta las graves consecuencias de la depresión crónica, que cuando no es tratada oportuna y efectivamente está vinculada a la hipertensión arterial y algunos otros padecimientos físicos y de salud mental.<sup>16</sup>

Las actividades recreativas parecen ser clave en la prevención de enfermedades, ya que aquellas personas que manifestaron que realizaban algún tipo de actividad físico-recreativa presentaron menor prevalencia de enfermedades.

Finalmente se sugieren futuros estudios que puedan explorar más específicamente el fenómeno de la depresión en este tipo de poblaciones, esto con el fin de buscar aspectos explicativos o causales, ya que el presente estudio se ha limitado a detectar la presencia o ausencia tanto de ansiedad como de depresión y ha encontrado altos índices, aunque sin poder definir algún agente causal, pero sí correlativo, que son las horas de cuidado dentro del hospital.

## Conclusiones

La tarea del cuidado de personas enfermas y el papel de cuidador primario parecen seguir siendo desempeñados en mayor medida por las mujeres.

Hay una alta prevalencia de incapacidad entre los enfermos internados en el hospital general de zona, el cual corresponde a un segundo nivel de atención.

Las actividades físico-recreativas pueden tener cierto efecto positivo en la prevención de enfermedades.

Parece ser que el hecho de contar con un mayor número de hermanos puede atenuar un poco la presencia de depresión en los cuidadores.

A mayor cantidad de horas dentro del hospital al cuidado del paciente, incrementa la sobrecarga, la ansiedad y la depresión para el cuidador principal.

## Referencias

1. Lizasoain O, Ochoa B. Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Osasunaz*. 2003;5:75-85. Disponible en <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/05/05075085.pdf> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
2. Fuster-Navarro A, Báguena-Puigcerver MJ. Estrés Agudo en Niños Intervenidos Quirúrgicamente y Sintomatología en sus Progenitores. Universidad de Valencia; 2013. Disponible en [https://roderic.uv.es:8443/bitstream/handle/10550/33537/Tesis Doctoral Junio 2013 Amparo Fuster.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://roderic.uv.es:8443/bitstream/handle/10550/33537/Tesis%20Doctoral%20Junio%202013%20Amparo%20Fuster.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Consultado el 17 de marzo de 2016].
3. Herrero-Fernández N, González-González J. Hospitalización infantil: el niño y su familia. Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud de Valdecilla"; 2014. Disponible en <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5238/HerreroFernandezN.pdf?sequence=1> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
4. Lizasoain O. Hacia un modo conjunto de entender la pedagogía hospitalaria. Primera Jornada Nacional de Pedagogía Hospitalaria en Venezuela. Los Teques; 2007. Disponible en [http://www.pedagogiahospitalaria.net/jornadas/2007/ponencias/Dra\\_Olga\\_Lizasoain.pdf](http://www.pedagogiahospitalaria.net/jornadas/2007/ponencias/Dra_Olga_Lizasoain.pdf) [Consultado el 17 de marzo de 2016].
5. Hernández NE, Moreno CM, Barragán JA. Necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Rev Cuid*. 2014;5(2):748-56. Disponible en <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
6. Rosas-López A, Izazola-Rodríguez M, Merino-Rubio Y, Merino-Serrano A. Nivel de cansancio del rol del cuidador primario del paciente con leucemia aguda en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Enf*. 2014;2(1):6-9. Disponible en <http://www.innsz.mx/imagenes/revistaenfermeria/segundonumeroRevistaEnfermeria.pdf> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
7. Achury DM, Maherly H, Riaño C, Andrea L, Rubiano G, Guevara Rodríguez NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia 1. Bogotá (Colombia). 2011;13(1):27-46. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
8. Martínez-González L, Robles-Rendón MT, Ramos-del Río B, Santiesteban-Macario F, García-Valdés ME, Morales-Enríquez M, et al. Carga percibida del cuidador primario del paciente con parálisis cerebral infantil severa del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. *Rev Mex Med Física y Rehabil*. 2008;20:23-9. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2008/mf081d.pdf> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
9. Alfaro-Ramírez OI, Castillo D, Morales-Vigil T, Vázquez-Pineda F, Sánchez-Román S, Ramos-Del Río B, et al. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008;46(5):485-94. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im085e.pdf> [Consultado el 17 de marzo de 2016].

10. Flórez-Torres IE, Montalvo-Prieto A, Herrera-Lían A, Romero-Massa E. Afectación de los bienestar en cuidadores de niños y adultos con enfermedad crónica. *Rev Salud Pública*. 2010;12(125):754-64. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a06.pdf> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
  11. Dueñas E, Martínez AM, Morales B, Muñoz C, Viáfara SA, Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med*. 2006;37(2):31-8.
  12. Seguí JD, Ortiz Tallo M, de Diego Y. Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *An Psicol*. 2008;24(1):100-5. Disponible en [http://www.um.es/analesps/v24/v24\\_1/12-24\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/12-24_1.pdf) [Consultado el 17 de marzo de 2016].
  13. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Regamento de Prescripciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS; 30 de noviembre de 2006. pp. 1-23. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regla/n29.pdf>
  14. Crespo-López M. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. *Boletín sobre el Envejec* perfiles y tendencias. 2008;(35):2-30. Disponible en <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/boletinopm35.pdf> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
  15. Peek MK, Coward RT, Peek CW. Race, Aging, and Care. Can Differences in Family and Household Structure Account for Race Variations in Informal Care?. *Aging*. 2000;22(2):117-42. Disponible en <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0164027500222002> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
  16. Addis ME. Gender and Depression in Men. *Clin Psychol Sci Pr*. 2008;15(3):153-68. Disponible en <http://www.economicgeography.org/faculty/addis/menswellbeing/pdfs/genderanddepressioninmen.pdf> [Consultado el 17 de marzo de 2016].
- 
- Cómo citar este artículo:**  
Hernández-Cantú EI, Reyes-Silva AKS, Villegas-García VE, Pérez-Camacho J. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2017;25(3):213-20.