



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

Grado de Desgaste del Cuidador Informal de Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad de la Consulta Externa y Urgencias en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Tesis para obtener el título de especialista en Psiquiatría.

Dr. Josué Martínez Rico

Dra. J. Gabriela Garza Contreras

Asesor teórico

Dra. J. Patricia Anzaldo Juárez

Asesor metodológico

Ciudad de México

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	Página
RESUMEN	I
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	1
METODO	21
Justificación	21
Planteamiento del problema	22
Pregunta de investigación	23
Objetivos	23
Hipótesis	23
Variables	24
Muestreo	25
Sujetos	25
Criterios de selección	26
Tipo de estudio	26
Instrumento	27
Procedimiento	28
Consideraciones éticas	29
ANALISIS ESTADISTICO	30
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	42
ANEXOS	46

RESUMEN

Las enfermedades mentales tienen importantes implicaciones no sólo en el paciente, sino también en los familiares que lo rodean, principalmente en el cuidador primario, en quien puede verse afectada su calidad de vida de manera importante en múltiples aspectos y esto a su vez de manera recíproca afecta su capacidad para brindar cuidados adecuados al paciente psiquiátrico.

Objetivo

Determinar el grado de desgaste del cuidador informal de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, de los servicios de urgencias y Consulta Externa del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Método

Se aplicará la Escala de Sobrecarga de Cuidador de Zarit, a los cuidadores informales de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad que se encuentren en consulta externa y urgencias, se comparan dichos resultados con resultados de otros estudios que midieron el desgaste en patologías psiquiátricas como Esquizofrenia y Demencia.

Palabras clave

Trastorno Limite de la Personalidad, Degaste, Cuidador Informal.

INTRODUCCION

Trastorno Límite de la Personalidad

Dentro de los Trastornos de la Personalidad, el Trastorno Límite (en adelante TLP) es quizá uno de los trastornos de personalidad que ha cobrado mayor interés en la actualidad, sin embargo, el uso del término Límite, se utiliza hace ya muchos años para designar un trastorno que se suponía estaba en el límite entre la neurosis y la psicosis. El TLP es hoy en día considerado como un síndrome complejo y heterogéneo que surge de la necesidad de categorizar un conjunto de pacientes que presentan un claro patrón de inestabilidad afectiva e interpersonal, una marcada impulsividad e ira inapropiada, que no encajan dentro de padecimientos psiquiátricos, considerándose como una entidad diagnóstica definida y válida.

MARCO TEORICO

Historia

Desde hace años, se han descrito casos en la literatura psicopatológica, de pacientes en los que al mismo tiempo se presentaba la ira impulsiva, la manía y la melancolía. Pero es en 1684, cuando Bonet interesado en este tipo de psicopatologías, acuña el síndrome de “folié maniaco-melancolique”, en el cual están unidos la impulsividad y los estados de ánimo inestables. Posteriormente, y para representar el carácter variable y contrastado de dicho síndrome, Falret le da

el nombre de “folié circulaire”, mientras que Baillarger da lugar al de “folié a doubleforme”, pero la descripción de la “personalidad excitable” que realizó Kaeplin, fue la que más se acercó a los síntomas de lo que hoy en día conocemos como TLP¹.

Por otro lado, y para designar a las personas que presentaban este tipo de síntomas, Schneider crea el concepto de “personalidad lábil”. Así también Kretschmer, quien además de proporcionar otros elementos del trastorno, insiste en la existencia de la volubilidad emocional y su curso impredecible, aunado a esto pudo observar que dichas personas presentaban lo que él denominó un temperamento mixto cicloide-esquizoide. No obstante, Reich asegura que en estos sujetos se destacan la agresión infantil y el narcisismo primitivo con graves alteraciones del super yo.

Sin duda, muchos han sido los autores que describen las principales características de este tipo de personalidad, pero es Adolf Stern en 1938, quien por primera vez emplea el término de “el grupo límite de la neurosis”. A partir de ahí, se han creado muchos conceptos para referirse a este término, uno de ellos es el de Kernberg quien, para designar las formas severas de carácter patológico, utiliza la expresión “límite”, la segunda surge en los años sesenta, al darle importancia a la tendencia que presentan estos pacientes de experimentar episodios psicóticos breves, por lo que el trastorno es considerado como parte del espectro de los trastornos esquizofrénicos. La tercera aparece en los años ochenta cuando se hace hincapié en la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes, esto hizo pensar que se trataba de un trastorno afectivo.

La cuarta es tomada de la obra de Gunderson, donde el término “límite” describe de manera específica el Trastorno de la Personalidad, y concluye que los atributos claves de estos pacientes son la buena socialización, lo cual los diferencia de los pacientes diagnosticados con Esquizofrenia, además de presentar un nivel bajo de logros, que los separa de los pacientes con neurosis, quienes, por lo general, muestran un buen historial de trabajo². En formulaciones posteriores, Gunderson propone las siguientes características distintivas de dicho trastorno: la automutilación, los comportamientos para suicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia³.

Es en los años noventa⁴ que aparecen las últimas conceptualizaciones sobre el término “límite”, en ellas, autores como Zanarini opinan que el trastorno “límite” de la personalidad debería ser considerado dentro del campo de los trastornos de los impulsos. Por otro lado, Herman y Van Der Kolk sugieren que se trata de una variación crónica del trastorno postraumático, que en ocasiones es asociado a una sintomatología disociativa⁵.

Características clínicas

Las relaciones interpersonales de los individuos que presentan el Trastorno Límite de la Personalidad son inestables e intensas, se caracterizan por la alternancia que lleva a los extremos a la idealización y a la devaluación; estos sujetos pueden sentirse tan comprometidos que llegan a idealizar a la otra persona; sin embargo, si se sienten decepcionados pasan rápidamente a devaluarla, la gran mayoría lo hace por motivos insignificantes, y que para otras personas pasarían inadvertidos⁶.

Luego entonces, esta necesidad que tienen de sentirse tan estrechamente vinculados a nivel emocional, los lleva a manifestar un especial temor al abandono, al grado de convertirse en una necesidad vital que llega a sobrepasar la realidad y que alcanza niveles casi delirantes; es como si la identidad del paciente pudiera disolverse si la relación termina. Esto conlleva a que realicen esfuerzos desenfrenados para evitar el abandono real o imaginado, también pueden incluir actos impulsivos como la automutilación o el suicidio⁶.

Es importante decir que las conductas autodestructivas pueden ponerse en práctica durante las experiencias disociativas, que contrario a esto les proporciona un sentimiento temporal de calma e incluso de euforia; debido a que les reafirma la capacidad de sentir a pesar de que posteriormente tengan el efecto contrario y generen en el sujeto⁸ un sentimiento de malestar y culpa; además pueden presentar cambios en la identidad que se caracterizan por una marcada y persistente inestabilidad en la imagen o sentido de sí mismo. Esta variabilidad en la forma de verse está basada generalmente en cómo son percibidos por los demás, lo que da lugar a cambios de humor y pensamientos contradictorios acerca de sí mismo y de los otros, también suelen estar acompañados de sentimientos de vacío⁸.

Dada la inseguridad e inestabilidad de su identidad se vuelven excesivamente dependientes de la gente, por lo tanto, llegan a ser extremadamente vulnerables a la separación de las fuentes externas de apoyo. A pesar de esa incansable búsqueda de afecto y atención, en muchos de los casos actúan de un modo contrario y manipulador suscitando el rechazo de las personas y alimentando su sensación crónica de vacío⁵. Sin duda, todo esto provoca en ellos ansiedad, miedo

e incluso depresión, desencadenando periódicas explosiones de ira que no pueden controlar, y que dirigen al resto de la gente, seguidas de auto reproches y autocríticas. De este modo, podemos decir que la imprevisibilidad y la impulsividad son los pilares centrales del temperamento y de las acciones de las personas con este trastorno⁹. Por ello, pueden en momentos de crisis, aferrarse a lo más cercano que tengan, oscilando entre el abuso de sustancias, atracones, prácticas sexuales no seguras, entre otras⁸.

No podemos negar, que la falta de control y la intensidad de los estados emocionales que presentan los sujetos diagnosticados con este trastorno, han contribuido a elevar la tasa de suicidio consumado; siendo ésta del 8% al 10%¹⁰, lo que supone aproximadamente 400 veces la tasa de suicidio de la población general¹¹. De igual manera, son muy frecuentes en dichos sujetos las amenazas e intentos de suicidio, alcanzando cifras del 70%, con una media de tres intentos por paciente; evidentemente, la estructuración del ambiente exterior, juega un papel muy importante en su nivel cognitivo, ya que el paciente funciona de forma adecuada en un ambiente estructurado, esto lo logra al tomar prestada la estructura del entorno alcanzando así su propia organización, pues sin esta estructura, la persona con Trastorno Límite de la Personalidad efectuará una regresión a estados del yo más primitivos¹².

Tenemos que, el pensamiento dicotómico, es una de las principales distorsiones cognitivas que padecen estas personas, pues construyen su mundo en términos de todo o nada, debido a que utilizan de forma crónica categorías excluyentes: Por

consiguiente, las opiniones que tiene de sí mismo, las de la gente que le rodea, y del mundo en general, tienden a ser completamente positivas o negativas⁸.

Ante esto, la única posibilidad de supervivencia que tienen estos pacientes, es pasar rápidamente de un extremo al otro, ya que la intensidad de sus emociones explica la enorme variabilidad que existe en los estados emocionales aleatorios, intensos e irracionales que viven.

Diagnóstico

De acuerdo al DSM-V, para realizar el diagnóstico de este padecimiento debe presentarse: Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como una marcada impulsividad, que haya dado inicio en la adultez temprana y que se presente en varias situaciones, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo.

- 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
- 7) Sentimientos crónicos de vacío.
- 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.
- 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves¹³.

Tratamiento

Es importante recordar que el tratamiento para el trastorno límite de la personalidad, ésta enmarcado en 2 grandes rubros: el tratamiento farmacológico y el abordaje psicoterapéutico¹⁴.

Con respecto al tratamiento farmacológico, la utilización de psicofármacos en el TLP (en la actualidad, el 40% de los pacientes toman una media de tres o más fármacos asociados) se fundamenta en el beneficio contrastado de los fármacos sobre la remisión de los síntomas más frecuentes como la impulsividad, la agresividad, las distorsiones cognitivas, la ansiedad y/o la inestabilidad emocional; a nivel neuro fisiológico se busca actuar sobre la disfunción de los neurotransmisores que intervienen en las respuestas conductuales y en los rasgos temperamentales de

vulnerabilidad, así como en los síntomas agudos de descompensación y en la patología comórbida, lo cual requiere un tratamiento a largo plazo, y aunque ningún fármaco tiene la indicación aprobada para el TLP, estos resultan útiles y contribuyen en la realización del trabajo psicoterapéutico con resultados más satisfactorios. No obstante, es necesario precisar que existe una elevada inestabilidad en la respuesta terapéutica de estos sujetos y que el potencial de colaboración varía de unos pacientes a otros¹⁴.

A continuación, se mencionan los fármacos más utilizados:

Antidepresivos: Son los medicamentos más estudiados debido a que son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS); junto con los estabilizadores son el tratamiento de elección para el ánimo, la inestabilidad afectiva y la ira típica de los pacientes con TLP. También, son eficaces en la mejora del procesamiento de la información y en la reducción de la disforia, causante muchas veces, de las conductas impulsivas¹⁴.

Otro de los fármacos más estudiados, perteneciente al grupo de los ISRS es la fluoxetina, aunque también se han encontrado efectos benéficos con sertralina, paroxetina, citalopram y fluvoxamina; el tratamiento con estos fármacos logra mejorar la inestabilidad emocional, el humor depresivo, la irritabilidad, la agresividad verbal y contra los objetos, la percepción de la autoimagen, las conductas impulsivas-agresivas, así como las conductas autolesivas y la sensación de rechazo. Además, se ha relacionado con una mayor adherencia al tratamiento y con una mejoría del funcionamiento global. Sin embargo, los ISRS parecen tener cierta resistencia en su eficacia farmacológica, ya que, desde el punto de vista clínico, se

puede observar que los síntomas de algunos pacientes empeoran al cabo de unos meses de tratamiento¹⁴.

Estabilizadores del estado de ánimo: Los estabilizadores del ánimo y anticomiciales como el litio, el valproato, la carbamazepina, la oxcarbazepina, el topiramato, la gabapentina, la lamotrigina, y la pregabalina, al igual que en otras patologías afectivas, surten efecto en la inestabilidad afectiva del TLP. Del mismo modo, han mostrado cierta mejoría en la impulsividad, la disforia, la agresividad, y las conductas autodestructivas. Estos fármacos, pueden mejorar las oscilaciones anímicas, la irritabilidad, la ansiedad y la ira, por tanto, potenciar el efecto antidepressivo de los medicamentos antidepressivos a dosis habituales. Por otro lado, han mostrado una mejoría en los síntomas de impulsividad, de conductas autodestructivas, y del comportamiento reflexivo¹⁴.

Antipsicóticos: Este grupo de fármacos son ampliamente usados en el TLP por el beneficio que se obtiene sobre la impulsividad, y la agresividad; también, por la eficacia alcanzada en las alteraciones cognitivo-perceptivas de la patología límite. Utilizándose a dosis bajas permite reducir y controlar los episodios micro psicóticos la ideación paranoide y referencial, las regresiones psicóticas y la desorganización conceptual leve; logrando una estabilización en las relaciones interpersonales, un descenso de las conductas suicidas y un mejor funcionamiento global del TLP¹⁵.

Junto con los antipsicóticos atípicos, pueden ser útiles en el manejo de los síntomas afectivos gracias a su acción sobre los receptores serotoninérgicos. En este sentido, se han realizado diferentes investigaciones, con resultados favorables y que avalan la utilización de estos fármacos en las distorsiones cognitivas y en el control de los

síntomas impulsivo-agresivos de los pacientes con TLP. La eficacia de estos fármacos, puede observarse en el transcurso de días o semanas, por lo que es recomendable mantener el tratamiento por periodos prolongados para lograr el efecto terapéutico deseado. Es importante decir, que debido a la elevada incidencia de los efectos extrapiramidales con los antipsicóticos típicos, hace que su indicación se limite, y sea considerada como segunda opción, en el manejo de crisis graves, principalmente en sus formas intramusculares¹⁴.

Benzodiazepinas. En el caso de las benzodiazepinas, estas actúan reduciendo la ansiedad, pues son útiles en situaciones de crisis y en casos de ansiedad elevada; por lo que es recomendable usar benzodiazepinas de vida media larga a dosis habituales. Hay que recordar, que los pacientes con TLP presentan mayor riesgo de abuso, ya que, en algunos casos, su utilización ha sido asociada a un efecto paradójico de desinhibición conductual; por lo que no se recomienda su uso a largo plazo¹⁴.

Actualmente, aunado al tratamiento farmacológico, está indicada la realización de alguna forma de psicoterapia, esta ocupará el lugar central del tratamiento, el cual variará según el momento clínico de los pacientes, las intervenciones psicoterapéuticas tienen la finalidad de reforzar la adaptación del sujeto ante situaciones de estrés, así como facilitar los procesos de recuperación, el funcionamiento familiar, social y formativo-laboral, además de aumentar sus recursos para hacer frente a los conflictos, problemas y tensiones interpersonales o biográficas. De igual manera, pueden favorecer el análisis o la modificación de estilos perceptivos o mecanismos de defensa, e influir en algunas áreas como el

manejo de momentos de crisis, la prevención de recaídas, la adquisición de habilidades para afrontar el trastorno, y el funcionamiento social y laboral.

Al día de Hoy, existen diferentes técnicas psicoterapéuticas que han demostrado ser efectivas en el adecuado tratamiento de los pacientes con TLP; con resultados contrastados y verificables en la literatura especializada, con prácticas muy sistematizadas y en algunos casos manualizadas, que han cambiado en un sentido muy positivo el pronóstico de estos pacientes¹⁴.

A continuación, se enlistan las psicoterapias utilizadas en pacientes con trastorno límite de la personalidad:

- Intervenciones psicológicas y psicoeducativas breves
- Terapias psicológicas individuales y grupales
- Programas de terapias psicológicas
- Intervenciones familiares
- Terapia combinada
- Rehabilitación funcional e integración laboral¹⁴

Estadísticas

Estadísticamente se considera que el TLP lo padece del 1 al 2% de la población general, el 10% de los pacientes psiquiátricos son ambulatorios, el 20% son hospitalizados y entre el 30-60% de la población de pacientes, tienen diagnóstico

de trastornos de la personalidad; con una predominancia del sexo femenino de 3:1 y es 5 veces más común que se dé el mismo diagnóstico en familiares de primer grado que en la población general. Tenemos que el diagnóstico del Eje II es el que más se utiliza, y tiene una prevalencia entre el 15 y 25%¹².

Resulta necesario decir que en el transcurso del año 2018, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los Trastornos de Personalidad fueron la segunda causa de atención en el servicio de urgencias y aproximadamente el 15% de las consultas brindadas fueron en el servicio de consulta externa. En el área de consulta externa se atendieron 5408 pacientes, 4469 del sexo femenino y 939 del sexo masculino, sumando un total de 39820 consultas a personas con este diagnóstico.

Consecuencias de los Trastornos Mentales sobre la familia

Podemos decir, que los efectos del cuidado del enfermo mental sobre la familia se presentan de diversas formas, que existen consecuencias objetivas y subjetivas, las cuales se mencionan a continuación¹⁹:

Aislamiento social: En la mayoría de los casos los familiares de un enfermo mental ven reducida su vida social, pues la actitud de la gente que los rodea se vuelve negativa, esto da lugar a que poco a poco se vayan alejando de sus amistades, hasta el límite de enfocarse únicamente en la salud del paciente y en las necesidades del mismo, pasando a un segundo plano las necesidades del cuidador. Puede observarse, que culturalmente el rechazo por el enfermo mental es real, afectando de esta forma a sus familiares y provocando que se aislen aún más.

Desafortunadamente, los prejuicios sociales respecto al enfermo mental han cambiado poco en los últimos cuatro o cinco decenios; es por esto que se discrimina al enfermo mental e indirectamente a su familia¹⁹.

Desorganización del hogar: Evidentemente, la rutina diaria se ve alterada ante cualquier enfermedad y más si se trata de un trastorno psiquiátrico; generalmente dentro del contexto familiar existe una división de roles, y de las tareas a realizar, por lo que al enfermarse alguno de sus miembros, el resto tiene que readaptarse ocasionando cierto malestar al no conseguirlo, recayendo en muchas ocasiones todo el peso sobre una sola persona, que generalmente es el cuidador primario del paciente. Debido al costo del tratamiento, también puede darse un cambio de lugar de residencia que permita hacer ajustes en la economía familiar¹⁷.

Deterioro de la economía: Sabemos qué, en la actualidad la enfermedad mental resulta objetivamente costosa en términos de tratamiento y de ser necesario un ingreso hospitalario, sobre todo, si éste es prolongado y si existen recaídas frecuentes que conlleven a más de un internamiento como es frecuente en estos pacientes. Indudablemente, estos no siempre se pueden costear a pesar de que la familia hace los ajustes necesarios para lograrlo. Los resultados del trastorno psiquiátrico dependen muy especialmente de la evolución del mismo, si se trata de un proceso agudo, los inconvenientes financieros podrán ser superados con facilidad, si la enfermedad cursa con exacerbaciones intermitentes o es un padecimiento crónico, el impacto sobre la economía familiar será considerable¹⁸.

Reacciones emocionales: En lo que respecta a las reacciones emocionales que se generan en los familiares como consecuencia de la enfermedad mental, se

encuentra la tristeza, que de ser crónica e importante puede llegar a condicionar la aparición de un Trastorno Depresivo Mayor. Con frecuencia existen múltiples miedos respecto a la evolución, el pronóstico y el futuro de su familiar; algunos familiares también reaccionan con irritabilidad o muestran sentimientos de culpa y vergüenza ante las conductas que llega a presentar el paciente, esta situación va de la mano del estigma, pues se observa que en ocasiones los familiares intentan mantener en secreto la enfermedad, lo que fomenta aún más esta estigmatización.

Por consiguiente, existen diversas formas en la que los familiares de pacientes con Trastornos Mentales Graves afrontan la enfermedad, éstas son: la con temporalización, la sumisión, el abandono, la actitud impositiva, el desconcierto y la negación, con las características positivas y negativas que pueden llegar a implicar cada una de estas¹⁹.

Desgaste del cuidador y su evaluación

Tenemos que la definición de cuidador o cuidadora, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española señala que es quien cuida a una persona, es muy servicial, cuidadosa, y pensativa. Para autores como Reyes, Cuidador es la persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales²⁶.

Por otro lado, Alvarado. Plantea qué en materia de dependencia, cuidador es la persona que facilita la vida y complementa la falta de autonomía de una persona dependiente, ayudándola en sus tareas diarias como el aseo, la alimentación, y el

desplazamiento, entre otras, así mismo permite que puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone. Por su parte, Torres nos dice que la tarea de cuidar a un enfermo a menudo lleva consigo una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar, además de factores como la edad, el género, el parentesco, el tiempo de dedicación, pueden afectar la salud del cuidador. Podemos decir que el cuidador surge del núcleo familiar, pues regularmente son el cónyuge o los hijos, de ahí que se tenga en cuenta los diferentes grados de responsabilidad para el cuidado del paciente²⁶.

En este sentido, tenemos que la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como “la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente, y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”.²⁵ Luego entonces, los cuidadores primarios son los que asumen responsabilidad en la tarea del cuidado del paciente, independientemente de la ayuda que en un momento puedan prestar otros miembros de la familia, así como las exigencias que se imponen, estos son sin duda factores que intervienen en la calidad de vida del enfermo y del cuidador²⁶.

Bajo este marco, aparece el síndrome del cuidador primario, el cual suele estar ocasionado por la dificultad que implica para el cuidador, el cambio radical de su estilo de vida y el desgaste que le provoca el cuidado del paciente, como es el caso de los pacientes psiquiátricos; aunado a esto, y debido al trastorno que padecen

dichos sujetos, el cuidador tiene que vivir las alteraciones en la funcionalidad, y la falta de independencia de su ser querido²⁶.

Desde el punto de vista de Maslach y Jackson, este síndrome de desgaste, se caracteriza por presentar agotamiento emocional, fatiga, despersonalización, refiriéndose a ésta como un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas y finalmente un sentimiento de falta de realización personal, en donde surge una serie de respuestas negativas hacia sí mismo y a su trabajo. Esto es típico de depresión, autoestima baja, aumento de irritabilidad, aislamiento profesional, bajo rendimiento, pérdida de la motivación hacia el trabajo e incluso, puede llegar hasta el punto de tener que renunciar a su trabajo con todas las implicaciones que esto conlleva²⁶. En un estudio realizado a los cuidadores primarios por Rodríguez del Álamo y De Benito, se observa que presentan ansiedad, nerviosismo, angustia, tensión y estrés, así como depresión o síntomas depresivos (tristeza, pesimismo, apatía), hipocondría y otras ideas obsesivas, ideación paranoide, angustia (pánico), ideas suicidas; además de que la mayoría de los cuidadores desarrolla falta de apetito, temblor fino, problemas gástricos, sensación de falta de aire, arritmias y palpitaciones, sudoraciones y vértigos, alergias inmotivadas, trastornos del sueño, así como fallas objetivas de la memoria²⁶.

Para Zambrano y colaboradores, las características más prevalentes del Síndrome del Cuidador Primario son: alteraciones en el patrón del sueño, irritabilidad, incremento en niveles de ansiedad, reacción exagerada a las críticas, dificultad en las relaciones interpersonales, sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o de

abandono, cefalea, alergia, fatiga y aislamiento, presentándose el cuadro completo en un 20%, mientras que el 65% de los cuidadores presentan cambios importantes en sus vidas y un sustancial deterioro de su salud física o psíquica. Evidentemente, el hecho de reducir la sintomatología del paciente, de tener un mejor control de la enfermedad y de mejorar las estrategias de enfrentamiento de la enfermedad, son dos ejes fundamentales para reducir el grado de sobrecarga del cuidador²⁷.

Existen situaciones en los cuidadores que se pueden identificar como de riesgo para el desarrollo de este síndrome, entre estos encontramos²⁰:

- Confusión de los roles: En ocasiones les resulta complicado separar su “ papel “ como cuidador de su función como esposa(o), hijo, amigo, etc²⁰.
- Expectativas no realistas: En el caso específico de las enfermedades mentales, muchos cuidadores tienen la falsa expectativa de que su familiar se curará y que dejará de tomar medicamentos, retomando nuevamente su funcionalidad, desafortunadamente en la mayoría de los casos no es así, por lo que se enfrentan a sentimientos de frustración e impotencia²⁰.
- Pérdida de control: Muchos cuidadores presentan un incremento importante en los niveles de ansiedad y estrés, ocasionada por la falta de dinero, recursos, habilidades de planeación, dirección y organización en el cuidado de su familiar. Esto en ocasiones los rebasa llevándolos a presentar una variedad de quejas somáticas que los conducen a visitar con frecuencia al médico general²⁰.
- Presencia de sentimientos: Estos son, la tristeza, incremento en la irritabilidad, alteraciones en el patrón del sueño, alteraciones en la ingesta de alimento, dificultad

para realizar sus actividades diarias, disminución en la capacidad de disfrutar actividades que antes solía disfrutar, la falta de concentración en el trabajo, y el aislamiento social²⁰.

También existe el síndrome de Burnout o síndrome del cuidador quemado, el cual fue descrito por primera vez en Estados Unidos en 1974. Consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida al enfermo, dedicándole casi todo su tiempo; incluso dejando de trabajar, por lo regular actúa de forma solitaria y empleando estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas, se cree que se produce por el estrés de tipo crónico, en un batallar diario con la enfermedad, con tareas monótonas y repetitivas, con sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor, y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador; debido a estas circunstancias se desarrollan sentimientos negativos hacia los pacientes a quienes se cuida²⁰.

Uribe refiere que: “El cuidado diario y a largo plazo de un familiar enfermo, así se asuma de manera voluntaria y con cariño, conlleva riesgos para la salud de las personas que lo realizan, principalmente si toda la responsabilidad recae sobre una sola persona.” Por consiguiente, la gran responsabilidad que tiene el cuidador primario en estos pacientes puede ocasionarle problemas no solo físicos sino mentales²⁰.

De igual manera, Grad y Sainsbury, a principios de los años 60's, realizaron un estudio para conocer de qué manera afectaba a la familia y a la vida doméstica el convivir con pacientes psiquiátricos, desarrollando así el concepto de carga. Sin embargo, surgieron algunas discrepancias entre los investigadores por una parte, y

los familiares por la otra, en qué consideraban como carga: de ahí que estas diferencias en cuanto al significado del término, fueran el origen de la primera distinción entre carga objetiva y subjetiva²⁰.

Tenemos que la carga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador, causada por la enfermedad del paciente. Por otro lado, la carga subjetiva hace referencia a la sensación de tener que soportar una obligación pesada y opresiva, originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho mismo de que un familiar sufra una enfermedad mental²¹.

En la década de los 80 comenzó la investigación sobre la carga familiar en pacientes psiquiátricos de edad avanzada, en esta misma época, Zarit y colaboradores para considerar la carga de los cuidadores como la clave para el mantenimiento de las personas con demencia en la comunidad, y para su evaluación, elaboraron un procedimiento llamado la Entrevista sobre la Carga del Cuidador de Zarit²¹.

Sin duda, hablar de familias que tienen un integrante con enfermedad mental, no es fácil, pues las familias, difícilmente entienden lo que pasa con su familiar enfermo, muchas veces niegan que algo sucede, incluso lo relacionan con eventos de tipo místico-religioso. En este sentido, las personas con TLP generan, en la mayoría de los casos, una alta carga emocional para los miembros de la familia, sobre todo para los cuidadores primarios, y más aún cuando aparecen amenazas e intenciones suicidas; esto puede ser un estresor que demanda una respuesta de adaptación, esta respuesta tiene un componente intrapsíquico, conductual y social. También tenemos qué, la tolerancia de los cuidadores hacia la conducta del paciente; tales como el generar altos niveles de actitudes positivas, hacia los mismos, y lograr

niveles bajos de evitación y resignación, el apoyo práctico provisto por las familias que nace de su red de apoyo social, el curso de la enfermedad del paciente, así como la mejora reflejada en su funcionamiento biopsicosocial²¹.

Cuando el enfermo encuentra alguien que de manera devota y abnegada se dedica a su cuidado desarrolla una relación estrecha con el cuidador, esto se da bien siempre y cuando el cuidador primario se identifique con su rol, tenga momentos de tranquilidad, que no sienta que la enfermedad del paciente es una carga, de tal manera que física y psicológicamente haga imposible el cuidado llevándolo al colapso²¹.

Se ha encontrado, que los principales motivos que generan malestar en los cuidadores primarios son en primer lugar, la dificultad que tiene el paciente para tomar decisiones; en 2° lugar, se ubican las mentiras, en 3° lugar, la falta de sensibilidad y las agresiones, en 4° lugar los robos y las conductas sexuales²¹.

Por otro lado, tenemos que los CP desean saber cómo pueden trabajar con su paciente con TLP, conocer sobre el padecimiento de su familiar, como pueden relacionarse adecuadamente con su paciente, sentir que su familiar enferma más cada día, el deseo de recibir ayuda porque ellos están enfermando; también se tiene que los CP presentan limitaciones para expresarse afectivamente y otros no saben controlar sus emociones ante su familiar con TLP, como tampoco saben decir no ante las peticiones de sus enfermos, otros tantos, frecuentemente ya no sienten interés por su paciente: sin embargo las actitudes que más persisten en la interrelación con el paciente que vive con TLP , son la sobreprotección y la culpa²¹.

La forma habitual de sobreproteger a las personas con TLP, es limitando el desarrollo del autocuidado y de la salud, donde el CP frecuentemente toma decisiones arbitrarias que incluyen la suspensión del tratamiento, además de que no reconocen la magnitud del daño que producen. Las principales características que se presentan en esta interacción son: ambivalencia, auto victimización, frustración, infantilización y desgaste emocional, que son el reflejo de las situaciones emocionales y psicológicas no resueltas. Por otro lado, la culpa crea una relación entre un sentimiento y la acción de reprimir, se enmascara principalmente en la religión, los CP lo usan con frecuencia para controlar al paciente, inhibiendo su desarrollo biopsicosocial²¹.

MÉTODO

Justificación

En los últimos años se han llevado a cabo un importante número de estudios, acerca del impacto de los familiares sobre la enfermedad del paciente psiquiátrico, cómo la dinámica familiar y el contexto social en el que se desarrolla el paciente, influye de manera positiva o negativa en la adecuada búsqueda de atención, detección y tratamiento, así como el mantener un adecuado apego a este último.

Cómo afecta la enfermedad mental de un paciente a sus familiares, en especial aquellos que funcionan como cuidadores primarios, cómo se ven afectadas las

distintas áreas de sus vidas es algo que se debe tener en cuenta al momento de tratar a un paciente, ya que el hecho de desarrollar un síndrome de desgaste del cuidador conlleva una serie de consecuencias que resultan negativas tanto para el cuidador como para el mismo paciente y la evolución de su enfermedad.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el Trastorno Límite de la Personalidad es una de las principales casusas de demanda de atención en los distintos servicios. Los cuidadores primarios de estos pacientes son un sector al que no se le brinda la suficiente importancia. Por lo que detectar situaciones como el desgaste es importante para implementar programas donde puedan recibir información, atención e incluso entrenamiento en habilidades para cuidar mejor a sus pacientes.

Planteamiento del problema

Los trastornos psiquiátricos afectan no sólo la funcionalidad del paciente sino que tienen un impacto sobre diversas áreas (social, económica, desarrollo personal, administración del tiempo libre) de los familiares que desempeñan el papel de cuidador primario o principal. Este impacto a su vez puede reflejarse en la atención que los familiares dan a los pacientes. Dichos aspectos son de suma importancia en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en quienes sus relaciones interpersonales se ven afectadas de manera importante. Con la información recabada en este estudio se pretende encontrar el grado del desgaste del cuidador informal del paciente límite.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el grado de desgaste del Cuidador Primario del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad?

Objetivo general

Determinar el nivel de desgaste que presenta el familiar que se desempeña como cuidador informal de pacientes con Trastorno Límite.

Objetivos Específicos

- Describir las características demográficas de la muestra (pacientes y familiares que se desempeñan como cuidador informal).
- Medir el grado de desgaste en cuidadores informales de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.
- Comparar el grado de desgaste encontrado en este estudio con lo que menciona la literatura.

Hipótesis

Al ser un estudio descriptivo, no hay hipótesis.

Variables

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	TIPO VARIABLE	NIVEL MEDICION	PARAMETROS
PACIENTE: Edad	Tiempo vivido, medido en años	Independiente	Cuantitativa continua	18 a 60
Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres	Independiente	Cualitativa nominal	Hombre = 1 Mujer = 2
Escolaridad	Nivel máximo de estudios	Independiente	Cualitativa ordinal	Número de años
Años de diagnóstico	Tiempo con la enfermedad, medido en años	Independiente	Cuantitativa continua	Número de años
Tiempo de tratamiento en el Hospital	Tiempo que ha sido tratado en el HPFBA	Independiente	Cuantitativa continua	Número de años
CUIDADOR: Edad	Tiempo vivido, medido en años	Independiente	Cuantitativa continua	18 – 80 años
Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencian a los hombres de las mujeres	Independiente	Cualitativa nominal	Hombre = 1 Mujer = 2
Escolaridad	Nivel máximo de estudios	Independiente	Cualitativa ordinal	Número de años
Ocupación		Independiente	Cualitativa nominal	---

Tipo de parentesco del cuidador	Tipo de relación con el paciente	Independiente	Cualitativa nominal	Padre, madre, cónyuge, hijo(a), otro.
Tiempo dedicado al cuidado de su paciente	Horas en un día	Independiente	Cuantitativa continua	1 – 24 hrs
Escala Zarit de Desgaste	Escala que mide el desgaste del cuidador	Dependiente	Cualitativa nominal	Grado de desgaste

Muestra

Se realizará un muestreo no probabilístico, a conveniencia, mediante la aplicación de la escala de Zarit a cuidadores informales, que acudan al servicio de consulta externa y urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Sujetos

Se formarán un grupo que se conformará de familiares que cumplan el rol de cuidador informal de pacientes con diagnóstico de TLP que reciban atención en el servicio de urgencias y consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Criterios de selección

GRUPO:

INCLUSIÓN:

- a) Cuidadores informales de pacientes con diagnóstico de TLP que acudan al servicio de urgencias o consulta externa del HPFBA.
- c) Aceptar participar en la investigación y firmar consentimiento informado.

EXCLUSIÓN:

- a) Cuidadores primarios de pacientes que no tengan diagnóstico de TLP.
- b) No aceptar participar en la investigación.
- c) Cuidadores primarios de pacientes que estén recibiendo terapia psicológica u otro tipo de tratamiento fuera del HPFBA.

ELIMINACIÓN

- b) No contestar de forma completa las escalas aplicadas o no entregarlas.

Tipo de estudio

Sera un estudio transversal descriptivo.

Instrumento

Se utilizará la versión española de Montorio y Cols de la entrevista de carga del cuidador de Zarit. Consta de 22 ítems que miden la carga percibida por el cuidador a través una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado con las afirmaciones. Sumando los 22 reactivos, se obtiene un índice único de la carga con un rango de puntuación de 0-88. Este instrumento de recolección de la información, es una escala que valora la percepción subjetiva de carga asociada al cuidado por parte del cuidador teniendo en cuenta sus repercusiones económicas, laborales y sobre todo de salud, además de evaluar en qué medida se afectan las relaciones sociales y la relación personal del cuidador con la persona dependiente receptora de cuidados²². Originalmente fue conformada por 29 ítems, sin embargo, luego de ser revisada fue reducida a 22 ítems. Actualmente se cuenta con dos versiones que fueron traducidas al español: La Entrevista sobre la Carga del Cuidador de Izal y Montorio y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Martín y colaboradores.²³.

Aquí en México, Alpuche y colaboradores, en 2008 validaron la escala en cuidadores primarios informales de pacientes en instituciones públicas de la ciudad de México, encontrando buena consistencia interna y validez concurrente, considerando un instrumento confiable para evaluar la carga en el cuidador de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas²⁴.

Procedimiento

Se presentará este protocolo ante el Comité de Ética e Investigación, de ser aprobado se solicitará autorización de los jefes de los diferentes servicios involucrados para abordar a los familiares de los pacientes que se encuentren manejados con psicoterapia grupal y familiares de pacientes que acudan a la consulta externa, urgencias u hospitalización pero que no estén manejados con psicoterapia grupal.

Con previa firma de consentimiento informado por parte del cuidador, se registrarán datos sociodemográficos y se aplicara la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Los recursos humanos serán el médico residente sustentante de la tesis, el asesor metodológico y el asesor teórico.

Dentro de los recursos materiales se utilizará un consultorio ubicado en el área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, así como juegos de fotocopias de la encuesta de carga del cuidador se Zarit y de la encuesta sociodemográfica. Se otorgará a cada familiar un juego con cada una de las fotocopias, además de un bolígrafo para contestar.

Posteriormente se usará un equipo de cómputo con los programas básicos indispensables para procesar la información.

Consideraciones éticas

Este es un estudio con riesgo mínimo, acorde con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud que incluye: estudios prospectivos que emplean procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas. Antes del ingreso a este proyecto de investigación el familiar habrá leído el documento de consentimiento informado. Este documento, a su vez deberá ser firmado, haciéndoles entrega de una copia, en tanto que una copia adicional será anexada al expediente clínico. Durante la realización de este estudio se mantendrá un apego estrecho a la declaración de Helsinki, que considera la autonomía de los participantes, así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad. En caso de encontrar familiares con desgaste y si lo requirieran serán canalizados al área correspondiente para su manejo. Independientemente del desgaste a todos los familiares se les dará psicoeducación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de datos se realizó considerando los objetivos planteados para la presente investigación. En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes y medias) de: información sociodemográfica, aspectos de la conducta del cuidado que el familiar tiene hacia el paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, y datos reportados por los cuidadores informales en la encuesta sociodemográfica aplicada.

En segundo lugar, se calculó, el puntaje obtenido en “La entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit” para cada uno de los participantes y se obtuvieron: la media del grupo, el porcentaje y frecuencia de casos que se ubican en cada una de las categorías propuestas de desgaste que son: 0 – 46 no sobrecarga; 47 – 55 sobrecarga leve; y 56-88 sobre carga intensa.

Las categorías de desgaste que se utilizaron son las sugeridas por Flores, y que han sido también ya empleadas en mediciones de desgaste en cuidadores primarios de pacientes con Retraso Mental de consulta externa del Hospital Fray Bernardino Álvarez.

RESULTADOS

En esta sección se muestran los resultados obtenidos. A continuación, se detallan los resultados relacionados con los datos sociodemográficos del cuidador informal, y la conducta de cuidado del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad que es proporcionada por el cuidador informal.

Características sociodemográficas

Participaron 57 cuidadores informales de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, que son atendidos en el Hospital Fray Bernardino Álvarez por dicho trastorno. De los 57 cuestionarios contestados solo fueron utilizados 50, los 7 restantes fueron descartados por no haber sido contestados en su totalidad.

De los 50 participantes que cumplieron con el llenado satisfactorio de los cuestionarios, el 32% fueron hombres, y el 68% mujeres con un promedio de edad de 48.6 años (DE = 10.41). Con respecto a su estado civil, el 45% es casado, el 17% soltero, el 15.1% está en unión libre, el 9.4 dijo ser divorciado o separado, y el 17% es Viudo.

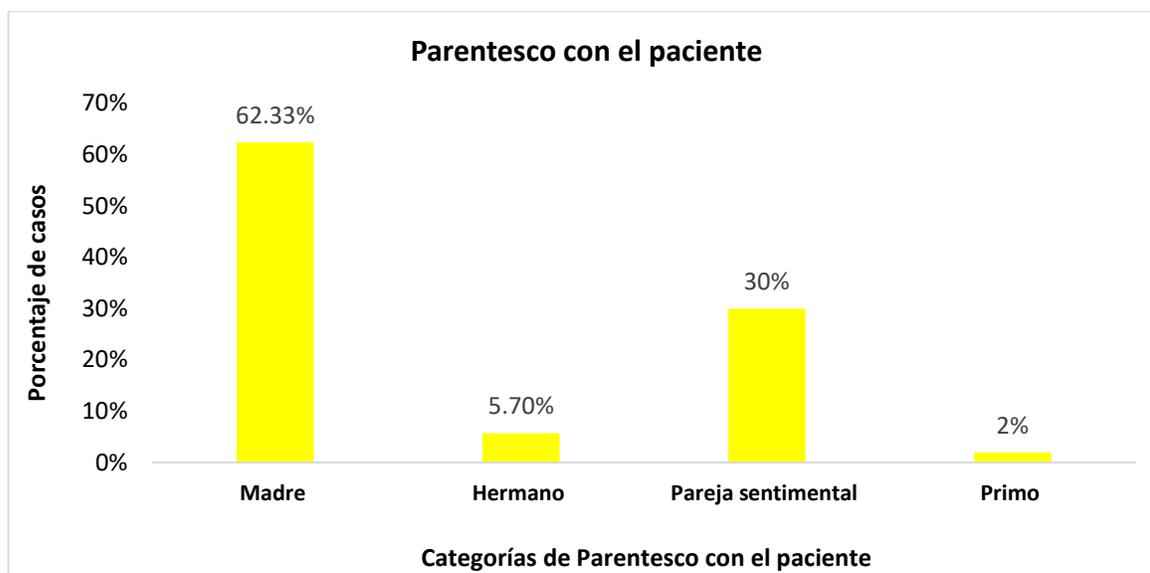
El grado de estudio reportado por los participantes fue de primaria a licenciatura, 9.4% contestó tener como grado máximo de estudios primaria, el 37.7% secundaria, el 43.4% preparatoria, y 9.4% tiene como grado máximo de estudios licenciatura.

En cuanto a la salud de los cuidadores, el 34% de ellos dijo tener alguna enfermedad, y el 66% no reportó padecer alguna complicación médica. Entre las enfermedades que los cuidadores tienen se encuentran: Diabetes, Hipertensión, Depresión y VIH.

Con respecto, al parentesco de los cuidadores con los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, el 62.33% es la madre del paciente, el 5.7% es su hermano, el 30% es su pareja sentimental, y el 2% es su primo, ver grafica 1.

El 100% de los participantes reporto vivir con su familia, e incluye; al paciente, hijos, y pareja sentimental en el caso de los cuidadores que se encuentran casados o en unión libre.

Grafica 1. Parentesco con el paciente



A la pregunta respecto al tiempo de horas invertidas en el cuidado del paciente, el promedio de horas fue de 9.16 horas (DE= 3.80 horas), con un mínimo de 3 horas (2%) y un máximo de 24 horas (4%). Cuando se pregunta, ¿Desde hace cuánto?, los participantes respondieron en promedio cuidar al paciente desde hace 6.05 años (DE= 4.62 años) con un mínimo de 7 semanas (2%) y un máximo de 28 años (2%) ver tabla 1.

Tabla 1. Horas y años de cuidado al paciente Límite de la Personalidad por parte del cuidador

	Horas de cuidado	Años de cuidado	Total
Promedios	$\bar{x} = 9.16$ (DE =3.80)	$\bar{x} = 6.05$ (DE= 4.62)	50

Por otro lado, cuando se interrogó a los participantes por su principal actividad, 66% mencionó dedicarse a su trabajo, el 28.3% al hogar, el 3.8% a estudiar y el 1.9% solo a cuidar al paciente, en este mismo sentido el 86.8% reportó tener un ingreso económico, y el 13.2% menciono no tenerlo, de los participantes que reportaron ingresos económicos el 69.4% dijo que su trabajo se lo proporcionaba, el 10.2% su esposo, su pensión 16.3%, nadie 2%, y algún otro pariente 2%.

Por último, se pidió a los participantes que escribieran algunos comentarios acerca del cuidado que brindan a sus pacientes, las respuestas fueron clasificadas en 8 categorías, que fueron: 1) Preocupación por el paciente (2%); 2) Desgaste emocional (5.9%); 3) Falta de tiempo para el cuidador (2%); 4) Querer ayudar más a su familiar (7.8%); 5) Llevar al medico y dar sus medicamentos a sus familiares (41.2%); 6) Desgaste económico (3.9%); 7) Desgaste general: económico, físico y emocional (33%); y 8) No tener información necesaria de la enfermedad (3.9%).

Resultados de la sobre carga del cuidado del paciente con TLP

A partir, de la suma de los puntajes individuales obtenidos en la “Entrevista de sobre carga del cuidador de Zarit” de cada uno de los participantes se calculó un promedio que fue de $\bar{x} = 74.50$ (DE=10.34), posteriormente se obtuvo el porcentaje y número de casos correspondientes a cada una de las siguientes categorías: a) 0-46 No sobre carga; b) 47-55 Sobre carga leve; y c) 56 – 88 Sobre carga intensa.

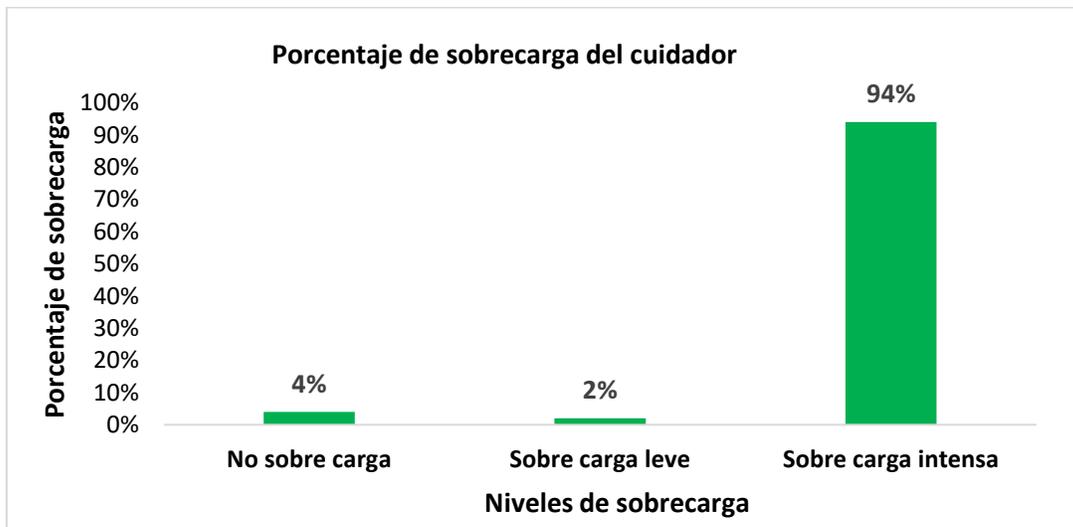
Estas categorías se desprenden de la interpretación de los puntajes obtenidos en la Entrevista sobre la carga del cuidador de Zarit.

Para la categoría “a” se obtuvo un total de 2 casos el 4%, para la categoría “b” hubo 1 caso el 2%, y para la categoría “c” se registraron 47 casos que representó el 94% del total de participantes ver tabla 2 y grafica 2.

Tabla 2. Niveles de sobrecarga del cuidador de pacientes con TLP

NIVEL DE SOBRECARGA	INTERVALO DE PUNTAJES BRUTOS	PROPORCIÓN DE CASOS	N° CASOS
No sobre carga	0 - 46	4%	2
Sobre carga leve	47 - 55	2%	1
Sobre carga intensa	56 - 88	94%	47

Gráfica 2. Porcentaje de casos según el nivel de sobrecarga del cuidador de paciente TLP



DISCUSIÓN

En esta sección se discute sobre los resultados obtenidos, considerando para ello los objetivos planteados al inicio del presente estudio, y lo reportado por otras investigaciones, en torno a la carga que experimentan los cuidadores de pacientes con diagnósticos psiquiátricos, diferentes al Trastorno Limite de la Personalidad (TLP).

En primera instancia, y con respecto a los datos sociodemográficos y de información respecto a la conducta del cuidado por parte de los cuidadores informales hacia los pacientes con TLP, se encontró que la mayoría de cuidadores son mujeres, que representa el 68%, esto es frecuentemente reportado por la literatura como lo manifiesta Hernández²⁵ en cuidadores de pacientes con Demencia, Esquizofrenia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, también coincide con lo proporcionado por Brena²⁶ en pacientes con Retraso Mental, así como lo reportado en Esquizofrenia por Aguilar²⁷.

Con respecto, a la edad promedio de los cuidadores, esta fue de 48.6 años lo que se asemeja también a lo documentado en la literatura de cuidadores primarios, siendo lo reportado por diferentes estudios una media de 50 años ^{25,26,27}. De igual manera, se encuentra que el cuidador principal es la madre del paciente, lo que coincide también con diferentes investigaciones realizadas en contextos psiquiátricos mexicanos ^{25, 26, 27}.

De igual forma se encontró que los pacientes con TLP viven con su familia más próxima: hijos, pareja sentimental, abuelos e hijos. El dato más importante que

hay que destacar, es la sobre carga del cuidador (SCC) del paciente con TLP. Si se considera que el 94% de los cuidadores se pueden clasificar dentro de la categoría de sobre carga intensa y solo el 4% en la categoría de sobre carga leve, este dato es de suma importancia, si se hace la comparación con la SCC de otros trastornos psiquiátricos reportados en población psiquiátrica mexicana, por Hernández ²⁵, Brena ²⁶ y Aguilar ²⁷.

Aunque, una comparación estadística entre las anteriores investigaciones ²⁵, ²⁶, ²⁷ resultaría ser clarificadora al comparar los diferentes grupos de cuidadores, de pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos en población mexicana, las muestras utilizadas por los diferentes estudios, no permiten dichas comparaciones estadísticas, pues en todos los casos son muestras reducidas a un promedio de 30 sujetos, lo que de entrada marca una diferencia respecto al puntaje promedio en la escala de ZARIT, obtenido en las diferentes muestras y la del presente estudio de 50 sujetos, e indicaría una diferencia significativa en el pre test respecto a la variable de sobrecarga, pues al ser más sujetos el promedio calculado en pre test tiende a ser mayor al de las muestras reducidas, reportadas en otros estudios.

Por otra parte, los autores de las investigaciones no incluyen promedios de SCC de la muestra, y solo incluyen el número de casos según los tres niveles de sobrecarga en que se clasifican los puntajes de la escala de ZARIT, lo que imposibilita una comparación estadística paramétrica: como podría ser una prueba “t” para muestras independientes.

Dado lo anterior, se hacen solo comparaciones de forma cualitativa y se proponen futuros estudios que permitan clarificar las diferencias.

Una vez hecha esta aclaración en lo que se refiere a las comparaciones, se puede afirmar que el número de cuidadores de pacientes con retraso mental de diferentes severidades con sobre carga intensa estudiados por Brena²⁶, es menor al encontrado en pacientes con TLP. Brena²⁶ reporto en su estudio, que solo 12 de los 30 cuidadores presentaban sobre carga intensa y que de estos cuidadores ninguno presentó sobre carga intensa en la categoría de Retraso Mental severo.

En este mismo sentido, se encuentra lo reportado por Aguilar²⁷ con respecto a cuidadores de pacientes con Esquizofrenia, quien encontró en una muestra de 30 cuidadores, que solo 5 sujetos presentaron sobre carga intensa, 6 sobre carga ligera, y 19 de los 30 participantes no presentó sobre carga, lo que llevaría de igual manera a suponer que los cuidadores de TLP sufren más sobre carga que los cuidadores de pacientes con Esquizofrenia. En el caso de este estudio la comparación debe ser tomada con precaución pues la versión de la escala de ZARIT aplicada, utilizó un rango de respuestas de 1 a 5, con puntajes de 22 a 110.

Por último, y con respecto a lo reportado en el contexto nacional está el estudio realizado por Hernández ²⁵, que comparó 3 grupos de cuidadores de pacientes psiquiátricos con los siguientes diagnósticos: Esquizofrenia, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno Bipolar, contra cuidadores de pacientes con Demencia. La SCC encontrada en conjunto de todas las condiciones indico que el 80% de los cuidadores no tenían sobrecarga, y solo el 11% (13 casos de 117) mostraba sobre carga intensa. Lo anterior indica que los cuidadores de TLP tienen una SCC mayor a las condiciones de Esquizofrenia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno Bipolar y Demencia.

En lo que se refiere a lo reportado en otros contextos como Argentina con familiares con pacientes con TLP pareciera ser que se confirma el dato respecto a que los cuidadores de TLP sufren SCC con mayores índices, según lo indicado en el estudio publicado por Regalado²⁸ y colaboradores.

De acuerdo con los datos que se encontraron en la presente investigación y su comparación con los reportados en contexto nacional se podría especular, que los cuidadores de TLP sufren una mayor SCC, que los cuidadores de otros trastornos, lo que sugiere un mayor estudio de la dinámica que se da entre el paciente TLP y su entorno inmediato, pues parece ser, que dadas las propias características del TLP en específico respecto a lo inestable de las relaciones interpersonales suele afectar de sobremanera a su propio cuidador, lo que es importante, pues se sabe que el cuidador tiene un importante papel para que el paciente muestre adherencia al tratamiento, lo mismo que para que el cuidador desarrolle problemáticas psiquiátricas y físicas.

Lo anterior, hace apremiante que se desarrollen intervenciones especiales dedicadas a los cuidadores primarios y familiares cercanos de pacientes diagnosticados con TLP, pues podría prevenirse por un lado el desarrollo de padecimientos psiquiátricos en los cuidadores, y por otro, ayudar a que el tratamiento del paciente TLP tenga mayores probabilidades de ser exitoso, posiblemente, una de las razones es que se genera mayor adherencia al tratamiento al ser el cuidador quien se preocupa por el familiar, procura medicamentos y visitas al médico lo mismo que mostrar interés por ayudar más, tal como lo demuestran las

respuestas dadas al cuestionario aplicado a los participantes de la presente investigación.

El TLP, parece mostrar una particularidad respecto a la SCC que se genera quizá, debido a su propia etiología multifactorial; de ahí que una de las teorías que podrían explicar la carga del cuidador y que se vincula al propio desarrollo del TLP se encuentra en la propuesta por Marsha Linehan²⁹, quien sugiere que el TLP es el resultado de un ambiente invalidante, y una vulnerabilidad biológica respecto al umbral de activación emocional y la complicación para regresar a una línea base fisiológica.

Un ambiente invalidante hace referencia a que cuando el niño muestra activación emocional, la familia o cuidadores responden a esta expresión haciendo menos tales manifestaciones o trivializándolas, y al mismo tiempo pidiendo al niño controlarlas, pero sin enseñar cómo hacerlo, por lo que las conductas del paciente TLP se desarrollan para regular sus emociones.

Esta teoría, respecto a la generación del TLP, y el papel de la familia podría indicar el porqué de la SCC, que parece ser distinta a otros padecimientos psiquiátricos donde la etiología puede estar más ubicada, como lo es la Demencia o la Esquizofrenia. Se ha reportado en la literatura que aquellos familiares que reciben entrenamiento en regulación de emociones y validación como es sugerido por Marsha Linehan²⁹, muestran un decremento en la SCC, ejemplo de ello es lo reportado por Regalado y colaboradores en su estudio piloto para familias con pacientes TLP ²⁸.

Es importante, considerar las limitaciones del presente estudio, entre las que se encuentran: el número de participantes con que se ha contado, la inclusión de otros grupos de pacientes con otro tipo de diagnóstico psiquiátrico que han sido evaluados de forma conjunta con las mismas escalas, y asegurando un número adecuado de participantes que permitan hacer las comparaciones estadísticas pertinentes: la falta de puntos de corte de la escala de ZARIT es clara, pues si bien se han utilizado las categorías empleadas en este estudio y que se replican en los estudios revisados, dichas clasificaciones no podrían corresponder a la población mexicana.

Finalmente, se sugieren también, el desarrollo de intervenciones exclusivamente dedicadas a los cuidadores de pacientes TLP que ayuden por un lado a los propios cuidadores con la carga que representa el cuidado del familiar y por otro, que esto repercuta en la adherencia al tratamiento psiquiátrico del paciente TLP. Tomando en cuenta que la mayoría de los familiares refirieron una falta de información sobre el padecimiento, los procedimientos de hospitalización y cómo deben actuar para ayudar a sus familiares; se podrían implementar pláticas informativas sobre TLP en el área de urgencias y consulta externa, repartir volantes informativos, designar áreas de intervención en crisis y de información en el área de urgencias para pacientes y familiares o la realización y transmisión de videos informativos a través de las televisiones del servicio de urgencias y consulta externa, además de reforzar la integración a los grupos psicoterapéuticos de TLP para familiares en consulta externa.

CONCLUSIONES

A manera de conclusión, y considerando las limitaciones del presente estudio se puede afirmar que la carga de cuidado que experimenta el cuidador del paciente con Trastorno Límite de la Personalidad, es superior al presentado por otros cuidadores de pacientes con diagnósticos psiquiátricos como: Esquizofrenia, Demencia, Retraso Mental y Trastorno Obsesivo Compulsivo.

También, se puede concluir que respecto a las características sociodemográficas los cuidadores presentan las mismas características que los cuidadores de otros pacientes con enfermedad psiquiátrica, en lo que se refiere a género, el principal cuidador es mujer, por lo regular es la madre del paciente y éste suele vivir en su núcleo familiar más próximo, pareja sentimental, hijos, y parientes.

Se concluye también, que la SCC de los cuidadores de pacientes con TLP necesita de intervenciones focalizadas y prioritarias que ayuden a los cuidadores a mejorar dicha carga, lo que puede contribuir a largo plazo, a que no se deteriore la calidad de vida del cuidador, por otro lado ayudaría a mantener la adherencia del paciente al tratamiento y mejorar su condición, qué dadas las características del TLP es apremiante.

Se sugieren futuros estudios que corroboren los resultados aquí encontrados, y que propongan intervenciones para cuidadores de pacientes TLP, lo mismo que evalúen su efectividad y efectos sobre el tratamiento de pacientes TLP.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Millon T. y Davis R. D. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, S.A. 1998.
2. Gómez C. ¿Quién es el paciente Límite?. Salud Mental, 2000; 23, 30-38
3. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry. 2001; (58): 590-96.
4. Swartz MS, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. J Personal Disord. 1990; 4: 257-72.
5. Caballo, V. Manual de Trastornos de la Personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Madrid: Síntesis. 2004.
6. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S.A. 2002.
7. Álvarez, E. Terapia Cognitivo-Conductual del Trastorno Borderline de la Personalidad. Anales de Psiquiatría, 2001; 17, 53-60.
8. Mosquera, D. Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al Trastorno Límite de la Personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Madrid: Pléyades, S.A. 2004.
9. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. Hosp Comm Psychiatry. 1991; 42 (3): 1015-21
10. Sadock B, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. 10a ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

11. Skodol AE, Gunderson G, McGlashan T. Functional Impairment in Patients With Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 2002; 42: 144-50.
12. Lieb K, Zanarini M, Schmahl C, Linehan M, Bohus M. Borderline Personality Disorder. *Lancet*. 2004; (364): 453–61.
13. Gabbard O. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. 3ª ed. México: Panamericana; 2002.
14. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. Intervenciones Psicológicas y Psicosociales en el tratamiento del TLP*.
15. Silvio B, Camilla R, Filippo B, Adaptation of Interpersonal Psychotherapy to Borderline Personality Disorder: A Comparison of Combined Therapy and Single Pharmacotherapy. *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 55, no 2, février 2010. pp 74-81
16. Barbara M. Guttelinga, Barbara Montagnea, Maurits Nijisa, L.M.C. (Wies) van den Bosch Dialectical Behavior Therapy: is outpatient group psychotherapy an effective alternative to individual psychotherapy? Preliminary conclusions. *Comprehensive Psychiatry* 53 (2012) 1161–1168
17. Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *The Cochrane Library* 2012, Issue 8
18. Gradillas V. *La familia del enfermo mental: la otra cara de la Psiquiatría*. España: Díaz de Santos. 1998.

19. Zarit SH, Anthony CR, Boutselis M. Interventions with care givers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychology and Aging*, 1987; 3, 225-232.
20. Montorio I., Fernández de Trocóniz MI., López A. & Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y Validez del Concepto de Carga. *Manuales de Psicología*, 1998; 14, 229-248.
21. Alpuche Ramírez, Ramos del Río, Rojas Russell, Figueroa López, Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales, *Psicología y Salud*, Vol. 18, Núm. 2: 237-245, julio-diciembre de 2008
22. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 30 edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, USA. 1999 .
23. Wittmund B., Wilms HU., Mory C. & Angermeyer MC. (2002). Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 177-182.
24. Zambrano C. & Ceballos C. Síndrome de Carga del Cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2007; 36, 26-39
25. Hernández J. Síndrome de Sobrecarga del Cuidador de Pacientes con Esquizofrenia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, y Trastorno Bipolar comparado con Demencia. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México
26. Brena M. Síndrome de Desgaste del Cuidador Primario de pacientes con Retraso Mental atendidos en la Consulta Externa del HPFBA. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México.

27. Aguilar J. Correlación del Síndrome de Desgaste y Co-Morbilidad Psiquiátrica del Cuidador Primario de pacientes con Esquizofrenia con el apego a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis de Especialidad en Psiquiatría. Universidad Nacional Autónoma de México.
28. Regalado P, Pechon C, Stoewsand C, Gagliesi P. Familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad: estudio Pre-Experimental de una intervención grupal. Fundación Foro, 1-11
29. Linehan, M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, NY: Guilford Press

ANEXOS

A) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Grado de desgaste del cuidador informal de pacientes con trastorno límite de la personalidad de la consulta externa y urgencias en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El propósito del presente estudio es investigar y detectar el grado de desgaste del cuidador informal de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad que acudan al servicio de urgencias y consulta externa del HPFBA.

Mi participación consistirá en responder 2 instrumentos de evaluación, que me ocuparan 15 minutos aproximadamente. Los instrumentos son una encuesta sociodemográfica y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Beneficios

Los fines del estudio son sólo de investigación y contribuirá a obtener información sobre el desgaste en el cuidador informal de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Confidencialidad

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

Riesgos

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto. El riesgo se considera mínimo.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias. De la misma manera, mi información será destruida en el momento en que yo decidiera no participar en el estudio.

Nombre y firma del Paciente

Fecha

Testigo

Fecha

B) ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Instrucciones

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

Después de leer cada pregunta debe indicar con que frecuencia se siente usted así. Recuerde y piense a la hora de responder que no existen respuestas correctas o incorrectas, sino tan sólo su experiencia.

0 = NUNCA

1 = RARA VEZ

2 = A VECES

3 = CON FRECUENCIA

4 = CASI SIEMPRE

1. ¿ Siente usted que su familiar solicita ayuda de la que realmente necesita? _____
2. ¿ Siente usted que a causa del tiempo que gasta con su familiar y ya no tiene tiempo para usted mismo? _____
3. ¿ Se siente estresado/a al tener que cuidas a su familiar y tiene además que atender otras responsabilidades? (por ejemplo, con su familia en el trabajo) _____
4. ¿Se siente avergonzado/a por el comportamiento de su familia? _____
5. ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar? _____
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia en forma negativa? _____
7. ¿Siente miedo por el futuro de su familiar? _____
8. ¿Siente que su familiar depende de usted? _____
9. ¿Se siente agotada/ o cuando tiene que estar junto a su familia? _____
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?

11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar? _____
12. ¿Cree usted que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar? _____
13. (Sólo si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómodo/a por invitar a amigos a causa de su familiar? _____
14. ¿Cree que su familiar espera que le cuide como si fuera la única persona con la que pudiera contar? _____
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus gastos? _____
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar durante mucho más tiempo? _____
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? _____
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona? _____
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar? _____
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que está haciendo por su familiar? _____
21. ¿Cree que podría cuidar usted a su familiar mejor de lo que lo hace? _____
22. En general. ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar? _____

Puntuación: Menos de 47: No sobrecarga
47 – 55: Sobrecarga leve
Mayor de 55: Sobrecarga intensa

