



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado e Investigación
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Título:

¿Síndrome del desgaste del cuidador o síndromes afectivos?
Intentos suicidas en individuos con un trastorno de personalidad y su
repercusión en los cuidadores

Presenta la tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría

Dr. Edgar Omar Cantú Camarillo

Asesor de la tesis

Dra. María del Socorro González Valadez

Ciudad de México, 14 de septiembre de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A todos mis profesores presente a lo largo de mi formación.

A Jessica, amor de mi vida, apoyo incondicional.

A mi madre y su ternura, mi padre y su sacrificio.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	6
MÉTODO	21
Justificación	21
Planteamiento del problema y pregunta de investigación	21
Objetivos	22
General:	22
Específicos:	22
Hipótesis	23
Investigación:	23
Nula:	23
Variables	23
Muestreo	25
Sujetos	25
Criterios de selección	26
De inclusión	26
De exclusión	26
De eliminación	27
Tipo de estudio	27
Instrumentos	27
Test sobre la carga del cuidador de Zarit	27
Escala de Hamilton para la depresión	29
Procedimiento	31
Consideraciones éticas	33
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	34
RESULTADOS	34
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIÓN	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	49

RESUMEN

Introducción

Los intentos suicidas en personas con trastornos de la personalidad pudieran condicionar la aparición del síndrome del desgaste del cuidador en aquellas personas que se encuentran en sus círculos sociales o familiares. Si bien no existe una definición clara sobre esta entidad, clásicamente se ha descrito como "La medida en que los cuidadores perciben que el cuidado ha tenido un efecto adverso en su funcionamiento emocional, social, financiero, físico y espiritual". Así mismo, en los cuidadores de personas con alguna secuela neurológica, por ejemplo, no solamente presentan este desgaste, sino síntomas francos de depresión o ansiedad, llegando algunos de ellos a tener riesgo suicida.

Objetivo

Determinar la frecuencia de desgaste en los cuidadores de personas con algún trastorno de la personalidad y que ha cometido al menos un intento suicida, para luego determinar la frecuencia de depresión en ellos.

Material y Métodos

La muestra consistió en 30 sujetos, quienes eran cuidadores de pacientes con algún trastorno de la personalidad y que habían cometido al menos un intento suicida, obtenidos de los servicios de urgencias, hospitalización continua y los servicios ambulatorios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. El desgaste del cuidador se determinó con la escala para el desgaste del cuidador de Zarit. Los síntomas de depresión se determinaron con el inventario para depresión de Hamilton. Se utilizó medidas de tendencia central y dispersión para la descripción de variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para describir los

datos cualitativos. Para evaluar la correlación entre los resultados de los instrumentos aplicados se utilizó la correlación de Spearman.

Resultados

El 73.3% de la muestra fue de mujeres, siendo estas, en el 66.7% de los casos la madre del paciente. Solamente el 40% de los cuidadores cursaron hasta la secundaria y el 83.3% de ellos tenían un trabajo hasta este momento. El 46.7% de los cuidadores eran solteros. El 43.3% de los sujetos presentaban un desgaste severo, aunque otro 43.3% de ellos no presentaban ningún tipo de desgaste. El 90% de los sujetos mostraron síntomas de depresión. Se encontró una correlación de Spearman del 0.239 entre ambos rangos diagnósticos, lo cual se interpreta como no significativo entre ambas entidades.

Conclusiones

Si bien, no se encontró una correlación entre el desgaste del cuidador y un síndrome afectivo como la depresión, es evidente el grado de disfunción que en algunas personas puede existir debido a los cuidados que demanda una persona que cuenta con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad y que, además, ha cometido un intento suicida. Será necesario continuar con esta línea de investigación para la corroboración de datos con una muestra más amplia.

Palabras clave: Síndrome de desgaste del cuidador. Trastornos de la personalidad. Intentos suicidas. Depresión.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad se definen, en el sistema diagnóstico psiquiátrico actual, como patrones inflexibles y duraderos del pensamiento, sentimientos, comportamientos e interacción con otros que causan angustia significativa o problemas de funcionamiento en dominios interpersonales o profesionales (1). Además de esto, las personas con estos padecimientos usualmente cuentan con otro tipo de comorbilidades, por ejemplo, en un estudio se encontró que, a los 24 años, la gravedad del trastorno de la personalidad estaba asociada significativamente con el abandono escolar de nivel medio superior, alteraciones o dificultades sociales, presencia de trastornos mentales comunes y tabaquismo diario (2).

Una definición que para fines prácticos es bastante acorde a lo visto en nuestro medio puesto que usualmente las personas acuden, ya sea por iniciativa propia, aunque también por sugerencia de terceros dentro de su grupo cercano, debido a que sus problemas de la vida cotidiana han rebasado su funcionar adecuado, presentando incluso diversas comorbilidades médicas, como el consumo perjudicial de sustancias ilícitas, trastornos afectivos, llegando hasta intentos suicidas o agresiones a terceros, sobre todo aquellos con un tipo característico de trastornos de la personalidad. Pero son entonces las alteraciones conductuales las que llevan a disfuncionar en mayor medida a estas personas, en especial con aquellas personas que los rodean.

Las conductas autolesivas son otro tipo de alteraciones comunes en la gran mayoría de los trastornos de personalidad, descritas generalmente como cortes superficiales en muñecas o antebrazos, pero que pueden ser realizadas en diversas partes del cuerpo.

Siguiendo en severidad de este tipo de conductas, los intentos suicidas pueden llegar a presentarse en una gran cantidad de personas con algún trastorno de la personalidad por

diversos motivos, siendo finalmente un evento impactante tanto para los familiares o cuidadores de estas personas.

¿Qué pasa con las personas cercanas a aquellas con trastornos de la personalidad ante dichas alteraciones conductuales? Desde finales del siglo pasado (3) se ha descrito el síndrome del desgaste del cuidador entre aquellos encargados del soporte global de alguna persona con una enfermedad incapacitante. Si bien no existe una definición clara sobre esta entidad, clásicamente se ha descrito como "La medida en que los cuidadores perciben que el cuidado ha tenido un efecto adverso en su funcionamiento emocional, social, financiero, físico y espiritual" (4). Durante aquella época se empezó a estudiar esta condición en familiares de pacientes con secuelas neurológicas, entre las que se encontraban síntomas neuropsiquiátricos como deficiencias cognitivas y funcionales. Entre estos, se descubrió que las ideas delirantes, las alucinaciones, la agitación psicomotriz, la depresión, la ansiedad, la euforia, la apatía, la irritabilidad, el comportamiento motor aberrante y las alteraciones del apetito fueron todos predictores del control de la carga del cuidador (5).

Como se puede observar, estos síntomas neuropsiquiátricos en personas con secuelas neurológicas son similares a los experimentados por personas con trastornos de la personalidad con alteraciones conductuales, como irritabilidad, episodios afectivos o neuróticos agudos, en algunos casos agitación psicomotriz, alteraciones en el apetito, llegando a los casos graves de institucionalizaciones al paciente debido a intentos suicidas.

Como se mencionó anteriormente, no existe una definición clara sobre el desgaste del cuidador, de modo que no se puede encontrar su codificación dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición, por lo que no es de sorprender que se pase por alto el bienestar de aquellas personas que se encargan de brindar apoyo emocional,

físico, financiero o de cualquier otro tipo a los pacientes con trastornos de la personalidad. Se ha intentado estudiar la correlación que esto tiene con algún otro trastorno psiquiátrico, especialmente con los trastornos afectivos, sin embargo, no se cuenta con información suficiente como para repercutir en la importancia de su estudio. Es por esto que el presente proyecto pretende abordar este tema, con la finalidad de determinar la frecuencia del síndrome del desgaste del cuidador en aquellas personas encargadas de las necesidades de alguien con un trastorno de la personalidad y que ha cometido algún intento suicida, para luego determinar la frecuencia de depresión en estos cuidadores y finalmente determinar si existe correlación entre ambas entidades.

MARCO TEÓRICO

Se ha estudiado este tema en cuidadores de pacientes con alteraciones o secuelas neurológicas, así como cuidadores de pacientes con dolor crónico o con deterioro neurocognitivo, aunque poco en cuidadores de pacientes con alteraciones psiquiátricas y de ellas menos los trastornos de la personalidad. La Organización Mundial de la Salud, en 1999, conceptualizó el término de 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 el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta”* (6). En la literatura se pueden encontrar diversos conceptos que enmarcan la definición del cuidador. En una revisión realizada en 2010 por un equipo de trabajo se encontró que, por ejemplo, cuidador es *“Aquella 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 sociales”*. Otra definición encontrada fue: *“Es un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias”*. (6)

Posteriormente la definición parte en subtipos de este, encontrando que el **Cuidador principal** *“Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida”*. El **Cuidador informal** es aquel que *“no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio”*. El **Cuidador familiar** se

definió como *“La o las personas que presten atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes, etcétera”* (6).

Estas definiciones se pueden aplicar al contexto de una gran cantidad de padecimientos, sobre todo a aquellas denominadas enfermedades crónicas no transmisibles, que incluyen problemas cardiovasculares, cáncer, diabetes y padecimientos renales secundarios a la hipertensión, entre otros. Evidentemente que caben en esta definición los padecimientos mentales en los que se implica una elevada discapacidad para la vida de una persona y esto incluye también a los familiares de la persona en cuestión, es decir, a su cuidador. En este sentido se estimó que los trastornos neuro-psiquiátricos alcanzan hasta el 14% de la carga global de enfermedad en el mundo (7). En América latina se estima que hasta 150 millones de personas padecen un trastorno mental o neurológico, así como problemas psicosociales (7). En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en el año 2003, estimaba una prevalencia para los diferentes trastornos mentales categorizados jerárquicamente en el CIE-10, siendo los trastornos de ansiedad los más frecuentes con 14.3%, seguidos por los trastornos por abuso de sustancias con el 9.2%, entre otros (8).

Es por esto que la presencia de un trastorno mental en cualquier panorama geográfico requiere de una adecuada intervención multidisciplinaria, teniendo como obstáculos la recurrente inestabilidad del padecimiento en sí, así como las limitaciones sociodemográficas como la violencia, pobreza o el pobre nivel de apoyo familiar y social.

En ocasiones, tanto el enfermo como el familiar del enfermo asumen los padecimientos mentales como una carga muy pesada, sobre todo para estos últimos, quien por lo general deberá tomar el rol de cuidador informal con una pobre experiencia.

Anteriormente se ha identificado el impacto de un cuidador en el curso de una enfermedad y de esto depende el grado de bienestar global de este. Hasta el 67% de los cuidadores de pacientes con demencia en España presentaron infelicidad o síntomas francos de depresión, llegando a ser de mayor gravedad que hasta el 23% de ellos perdieron su empleo (7).

No existe una definición clara sobre el síndrome del desgaste del cuidador, como tampoco existe un codificador en el CIE 10 o en el DSM. Desde su estudio por Zarit cuando se describió su escala, fue definido como *“la medida en que los cuidadores perciben que la prestación de cuidados ha tenido un efecto adverso en su funcionamiento emocional, social, financiero, físico y espiritual”* (9). Actualmente la definición puede ser ampliada a muchas otras esferas del funcionamiento o de la percepción de las personas sobre el cuidado del otro, por ejemplo, se ha definido los tipos de carga que una persona puede experimentar: la carga objetiva se refería a los acontecimientos, actividades y demandas en relación al familiar enfermo, mientras que la carga subjetiva comprendía los sentimientos, actitudes y emociones del cuidador (10). También se han agregado otras dimensiones como la económica, física, psicológica, emocional o social (10). Algunas circunstancias de la prestación de cuidados probablemente causen carga y estrés a los cuidadores, pero existen diferentes umbrales para desencadenar la carga del cuidador. El cuidado, aunque a veces es estresante, puede ser emocionalmente gratificante porque puede afirmar los lazos familiares, honrar el servicio pasado que el cuidador recibió de la persona que ahora necesita cuidado y ahorrar recursos familiares (9).

Evidentemente que muchos de los factores de riesgo, o variables sociodemográficas encontradas, dependerán de la región geográfica estudiada, o bien, de la cultura de dicha población. Se ha observado que, entre cuidadores de pacientes con alteraciones neurológicas, características como el ser mujer, sin una red de apoyo familiar, el desempleo a consecuencia de la secuela neurológica de su paciente en sí, la cantidad de fármacos que se tiene que supervisar, entre otros, aumentan el riesgo de desarrollo de desgaste en solamente un periodo de tres años después de haber iniciado con los síntomas neuropsiquiátricos del paciente, principalmente la agitación psicomotriz, irritabilidad, depresión o alteraciones en el sueño (5).

En algunas revisiones en diferentes partes del mundo se han encontrado las repercusiones que ocasionan el rol de cuidador, principalmente el cuidador familiar informal. Se observó en un estudio que el 75% de los cuidadores de personas con discapacidad intelectual lo habían estado haciendo por más de 20 años, mientras que el 26% de ellos refirieron no contar con ningún ingreso económico por no contar con empleo debido a sus labores como cuidadores, así como el 48% de ellos habían pasado 100 horas o más a la semana cuidando de su familiar afectado (11). Otros investigadores han reportado que los familiares de pacientes con algún trastorno mental han sufrido del estigma asociado con el trastorno de la persona que se encargan de cuidar (12). En otro grupo de trabajo se encontró que los familiares de personas que padecían discapacidad intelectual más algún otro trastorno mental presentaron más desgaste en comparación de aquellos encargados de los cuidados de una persona con únicamente discapacidad intelectual, siendo características de los primeros como trastornos de la conducta, trastornos psicóticos o síndromes afectivos, así como discapacidades en las

áreas de participación social y cuidados personales las que más se asociaban con aumentar el riesgo del desgate (13).

Sobre estos rasgos o características descritas se podría hablar sobre las personas con trastornos de personalidad y de los familiares o cuidadores de estos. Se estima que entre Estados Unidos de América y Europa occidental hay una prevalencia de los trastornos de personalidad de entre el 4% y el 15%, así como una prevalencia del 6.1% a nivel mundial, siendo mayor en norte y Sudamérica y menor en Europa occidental. Se ha observado que estos trastornos son más frecuentes en el hombre que en la mujer. También son más frecuentes entre las minorías étnicas de aquellas regiones. Estos estudios también han encontrado una alta prevalencia entre las áreas urbanas en comparación de las zonas rurales. Si bien se cuentan con estos datos, la realidad es que se han realizado pocos estudios de prevalencia de estos trastornos en comparación con otro tipo de padecimiento psiquiátrico, y esto debido a las dificultades diagnósticas que implican. (14)

Parte del espectro de síntomas presentes en los trastornos de personalidad, predominan las dificultades para entablar relaciones interpersonales adecuadas. Por ejemplo, se encontró que algunos trastornos se encuentran rasgos fríos de la personalidad, así como compatibilidad o afinidad hacia rasgos más dominantes y agresivos, como en los trastornos narcisistas o antisociales. (1) También se encuentra la existencia de desconfianza hacia las demás personas; una asociación significativa con la venganza, así como incapacidad para preocuparse por los demás. (1)

Otro de los síntomas primordiales en la mayoría de los trastornos de la personalidad es la incapacidad de controlar los impulsos y la tendencia a las autolesiones o pensamientos suicidas. Por ejemplo, en el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, se ha

estimado que entre el 70 y el 75% de los casos han tenido al menos un incidente de autolesiones de algún tipo (15). Respecto a las conductas suicidas, se ha observado que hasta el 37.96% de personas con algún trastorno de la personalidad ha cometido algún intento suicido de gravedad variable (16).

Hablar de la conducta suicida por sí sola implica una gran discusión. Alrededor de 800000 personas mueren por suicidio en el mundo cada año de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (17). También se estima que por cada muerte por suicidio existen 20 intentos de suicidio, acumulando al año 16 millones de intentos en el mundo y aproximadamente 160 millones de personas que han expresado ideas suicidas (17).

Existen diversos factores de riesgo para el suicidio y se han estudiado ampliamente, como trastornos psiquiátricos por sí solos como la depresión, trastorno bipolar, trastornos del espectro de la esquizofrenia, entre otros; pero también pueden estar involucrados factores como el abuso sexual en la infancia, abuso de sustancias psicoactivas y también se encuentran los intentos suicidas previos, la historia familiar de intentos suicidas, así como haber perdido algún familiar por suicidio (17). También han sido descritos otros factores de riesgo que se pueden clasificar como individuales y ambientales. Se describen, por ejemplo, en los ambientales la falta de soporte familiar, factores económicos, eventos vitales, efectos provocados por los medios de comunicación y el acceso a medios letales para llevarlos a cabo. En los individuales se encuentran los factores genéticos y epigenéticos, historia familiar, eventos adversos a temprana edad, trastornos psiquiátricos y los trastornos de personalidad (17).

Otro modelo de estudio de los factores de riesgo para el suicidio es, como lo propuesto en un estudio del 2019, la interacción entre la predisposición y precipitación de factores (18). Esto

se puede observar con el modelo biopsicosocial, en el cual, interactúan factores genéticos, psicológicos clínicos, sociales y ambientales para finalmente desarrollar un riesgo determinado para el suicidio (19).

De entre los factores predisponentes, también descritos como distales (18), se encuentran los familiares y genéticos. Se ha observado en diferentes estudios de gemelos y adopciones una heredabilidad de hasta el 30 a 50%, aunque esta baja hasta un 17 a 36% una vez que los trastornos mentales comórbidos de los sujetos de estudio son remitidos (20). También se han realizado estudios de genoma completo para determinar las causas genéticas asociadas al suicidio, encontrando que polimorfismos en el locus del gen TBX20, el cual está asociado a diversas funciones en el sistema nervioso central, están asociados a más riesgo de actos suicidas (21). Otro estudio que utilizó la secuenciación del exoma del tejido cerebral de individuos que murieron por suicidio identificó una serie de variantes de genes candidatos asociados con el suicidio, incluidas variantes de COL6A6 (que codifica la cadena alfa-6 del colágeno tipo VI, que participa en la guía de axones), GNAL (asociado con la esquizofrenia), BACE1 (potencialmente asociado con la enfermedad de Alzheimer), NREP (asociado con la regeneración neural) y CDC34 (una enzima conjugadora de ubiquitina involucrada en el control del ciclo celular) (22).

Es sabido también que las experiencias pueden modificar la expresión genética a través de mecanismos epigenéticos y estos cambios de hechos son esenciales para un adecuado neurodesarrollo. Sin embargo, las experiencias negativas durante periodos críticos de desarrollo también pueden conducir a una expresión genética alterada y esta, tal parece, contribuye al desarrollo de la psicopatología (18). Se definen como Adversidad en la vida temprana a la negligencia o abuso físico o sexual durante la infancia y está fuertemente

asociada con el suicidio, pues interfieren con la metilación del ADN y a modificación de las histonas (23).

El puente entre los factores predisponentes y precipitantes para el suicidio se da a través de factores de desarrollo, los cuales incrementan la vulnerabilidad a respuestas desadaptativas a factores proximales, incrementando el riesgo de ideación suicida y conducta suicida (18). Entre estos se incluyen los rasgos de la personalidad y como se describió anteriormente, los más asociados con la conducta suicida son la ansiedad y rasgos impulsivo-agresivos vistos en trastornos externalizados (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno límite de la personalidad, trastorno oposicionista-desafiante o trastorno de conducta) (24). En estudios en donde se examinó la transmisión de conducta suicida en la familia, los rasgos de impulsividad-agresividad transmitidos explican en parte la aparición de conducta suicida. Es por esto que los familiares de personas que murieron por suicidio comúnmente presentan un incremento de la impulsividad y la agresión en comparación de los individuos sin ningún vínculo de primer grado con la persona fallecida en cuestión (24).

Los factores precipitantes para la conducta suicida, también conocidos como factores proximales, son aquellos que facilitan de manera inmediata las conductas suicidas, más allá del desarrollo de rasgos propensos a ideación suicida (18). Se ha observado que la conducta suicida a través de medios no letales es el predictor más importante de una futura muerte por suicidio, pues hasta el 40% de personas que murieron por esta causa ya lo habían intentado en diversas ocasiones anteriormente, además de que estudios de seguimiento han indicado que el riesgo de suicidio de personas que sobrevivieron a algún intento es de 1.6% a 12 meses y de más del 4% en 5 años (25).

Gracias a estos estudios se ha identificado que la transición de las ideaciones suicidas a las conductas suicidas es influida por factores clínicos, como el padecer trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos, trastorno de estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, antecedente de autolesiones en cualquier contexto o haber estado expuesto al suicidio o a la conducta suicida de otros, así como el abuso o dependencia de drogas (26). Es así como se identificó los padecimientos psiquiátricos más frecuentes de las personas que han muerto por suicidio, siendo el trastorno depresivo mayor el primer lugar, seguido por el trastorno bipolar, el uso de sustancias y la esquizofrenia (27).

Desde un punto de vista psicológico, uno de los principales impulsores de la ideación suicida y el comportamiento suicida es el concepto de dolor psicológico insoportable. Los intentos iniciales de comprender los componentes del dolor psicológico y su relación con los intentos de suicidio se centraron en una falta de pertenencia percibida, siendo una mayor carga para los demás y la capacidad adquirida (es decir, la capacidad de participar en conductas suicidas) (28). Hoy por hoy se reconoce cada vez más la importancia de otros factores mediadores que, junto con el dolor psicológico, se asocian con la ideación y el comportamiento suicidas posteriores. Estos factores incluyen rasgos psicológicos y cognitivos (como problemas en la resolución de problemas y sesgos de memoria y rumia), así como factores de acción proximal (como sentimientos de derrota y atrapamiento, impulsividad, intenciones - planificación, implementación de un plan, acceso a medios e imitación - exposición a la conducta suicida de otros). De particular interés es el trabajo que utiliza cohortes de población, en las que los factores de la fase volitiva (29) (como la capacidad adquirida, las imágenes mentales sobre la muerte, la impulsividad y la exposición) distinguieron el intento de suicidio de la ideación suicida, mientras que los factores motivacionales no lo hicieron (18).

Diversos modelos pueden explicar el origen del suicidio desde una perspectiva psicológica, como cierta vulnerabilidad expresada ante el estrés y esta es magnificada por la impulsividad y agresividad. También se ha estudiado desde un contexto interpersonal, pues la presencia de sensaciones de agobiar a los demás y no ser aceptado en grupos sociales interactúan con los sentimientos de desesperanza. Otra aproximación a esto es la idea de que las personas con conductas suicidas tienen una alta tolerancia al dolor físico y poco miedo a la muerte como consecuencia de los actos autolesivos que la persona haya cometido con anterioridad (17). Se han identificado algunos rasgos comunes en estos individuos que pueden estar ligados con la conducta suicida en estas personas vulnerables, como impulsividad, perfeccionismo, tendencia al aislamiento, rigidez e inflexibilidad y constante tendencia a la resolución de problemas como económicos, desempleo, justicia criminal o conflictos interpersonales (17).

Se mencionó también que la historia familiar de suicidio es un factor de riesgo de suma importancia y se ha observado que las conductas suicidas maternas tienen una mayor influencia que las conductas suicidas paternas, teniendo más repercusiones en los niños que en los adolescentes (17).

Como se ha podido observar, el riesgo suicida está relacionado con diversas características clínicas de algún trastorno mental, sobre todo en aquellos rasgos o características relacionadas con la personalidad. Se ha tratado de estudiar y determinar la presencia del riesgo suicida entre los trastornos de la personalidad y se ha encontrado que el suicidio ocurre en hasta el 10% de los casos de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Sin embargo, se han informado tasas más bajas (3% -6%) en cohortes seguidas prospectivamente. Estas discrepancias podrían reflejar tendencias suicidas menos graves en pacientes que aceptan ser seguidos en estudios de investigación (30). Muchos pacientes con trastorno de

inestabilidad emocional de la personalidad cuentan con el antecedente de múltiples intentos fallidos de suicidio. Debido a esto han contado con una gran variedad de tratamientos, pero estos están asociados con múltiples ensayos de psicoterapia, múltiples prescripciones, visitas repetidas a la sala de emergencias y hospitalización por intentos y amenazas de suicidio. Sin embargo, la literatura de investigación sobre el manejo de las tendencias suicidas en estos trastornos no proporciona pautas basadas en evidencia para la prevención de la muerte por suicidio (31).

Volviendo a hablar de los cuidadores, se cuenta con poca información sobre estos en el cuidado de personas con trastornos de la personalidad. En el censo de 2001 del Reino Unido, se identificaron 6,8 millones de personas como cuidadores en Inglaterra, y de estos, 1,5 millones brindan apoyo a personas con algún trastorno mental, aunque la mayoría de ellos lo hacía con personas con algún trastorno psicótico o trastorno afectivo (32). Sin embargo, en algunos otros estudios en donde se han comparado a los cuidadores de pacientes con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad contra algún otro trastorno mental han informado que los cuidadores han experimentado una carga subjetiva y objetiva significativa y una mayor angustia psicológica, en comparación con la población general y con otros cuidadores de alguna otra patología mental (33). Uno de los parámetros definidos en estos estudios es el de la Emoción expresada. Esta se centra en la calidad de los patrones de interacción entre los cuidadores familiares y las personas con un problema de salud mental (15). Dos estudios hasta la fecha investigaron el impacto de la emoción expresada en los cuidadores que brindan apoyo a las personas con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, encontrando que estas familias experimentaron altos niveles de crítica y participación emocional excesiva. Además, los niveles más altos de crítica y el exceso de

participación emocional se asociaron con una mayor carga para los cuidadores (15). Los hallazgos muestran que existe un conflicto entre las necesidades del receptor y las del cuidador cuando se considera el concepto de sobre implicación emocional. Este conflicto debe entenderse mejor para adaptar el apoyo que sirva adecuadamente tanto al receptor como al cuidador (15). A pesar de todo, ningún estudio hasta la fecha ha investigado si la evaluación negativa de ciertas emociones puede predecir la carga del cuidador en los cuidadores de personas con algún trastorno de la personalidad. Estos cuidadores pueden evaluar negativamente las emociones fuertes porque están apoyando a las personas que tienen dificultades para regular las emociones fuertes y controlar los comportamientos impulsivos, como las autolesiones (15).

También se han descrito diferentes características de los cuidadores y se ha tratado de explicar por qué el desarrollo en ellos de sobrecarga. Algo que ha intentado explicar esto han sido las estrategias de afrontamiento de un cuidador hacia su paciente. De entre estas se puede hablar del afrontamiento centrado en las emociones, el cual relaciona los sentimientos asociados con una tensión importante. Otro de estos es el afrontamiento centrado en el problema, el cual tiene como objetivo confrontar la realidad de la tensión importante al lidiar con las consecuencias tangibles (34). Se ha descrito que las mujeres cuentan con estrategias de afrontamiento más relacionadas con las emociones, lo cual explica que sean ellas quienes demuestren más síntomas como depresión o ansiedad en comparación con hombres (34). Otras características están dadas por patrones de comportamiento cultural. Se ha observado que cuidadores de origen áfrico-americano cuenta con menor expresión del desgaste que son capaces de percibir. Lo mismo sucede con cuidadores de origen asiático. Esto debido a que

cuentan con un alto grado de responsabilidad y compromiso para el cuidado de sus pacientes (34).

Se ha intentado estudiar el síndrome de desgaste del cuidador desde el punto de vista psicométrico. Así, durante finales del siglo pasado, se desarrolló una prueba (que comenzó siendo una entrevista estructurada) por Steven Zarit que determinaba la carga de cuidadores de personas con demencia mediante una puntuación global, presentando así una concepción unidimensional de la carga a pesar de contener ítems que se refieren a distintos aspectos de la carga (35). En su versión original, la prueba, que surgió como entrevista, se componía de 29 ítems, a los que se respondía mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos; posteriormente se extendió su aplicación como auto informe y se redujo a 22 ítems, introduciéndose una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (3). A partir de ella se han desarrollado diversas versiones abreviadas que oscilan entre los 4 y 12 ítems (36), llegando incluso a proponerse una versión de un único ítem (el 22 de la escala original), que permitiría una estimación general de la carga (37). A pesar de las diversas versiones de esta prueba, actualmente se utiliza la escala reducida de 22 ítems, para una puntuación entre 22 y 110 en total. Si bien, no se describieron puntos de corte para determinar la severidad de la carga, son utilizados ampliamente los rangos de menos 46 para ausencia de sobrecarga, 47 a 55 para sobrecarga ligera y más de 56 para sobrecarga intensa (38).

En México se realizó la validación de esta escala en la población psiquiátrica en 2019, utilizando el cuestionario de 22 ítems, midiendo la carga percibida por el cuidador a través de una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre), resultando en un rango de puntuación de 0 a 88 puntos, encontrando finalmente resultados similares en la población psiquiátrica que en las demás poblaciones de otros padecimientos (39).

Mediante este instrumento se entendió que los cuidadores de estos pacientes eran más propensos al desarrollo de esta entidad debido al hecho de ser mujer, bajo nivel educativo, tener en casa al paciente, depresión, aislamiento social, estrés financiero, un mayor número de horas dedicadas al cuidado y la falta de elección para ser un cuidador debido a una pobre red de soporte familiar (9).

Mediante este u otros instrumentos se ha intentado determinar la existencia del síndrome del cuidador en aquellos encargados de pacientes con diversas patologías, y como se ha dicho anteriormente, en su mayoría se ha estudiado a familiares de pacientes con algún trastorno neurológico, o bien, con alguna secuela al mismo. Sin embargo, otras investigaciones se han dirigido a relacionar la existencia de algún trastorno afectivo relacionado con el síndrome del cuidador, o, en otras palabras, dicho síndrome como equivalencia diagnóstica de algún trastorno afectivo.

En un estudio realizado en 2017 se determinó una prevalencia del 40.2% de síntomas depresivos, así como del 21.4% de síntomas de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes que habían sufrido un evento vascular cerebral. Posteriormente, dentro de aquellos cuidadores que habían obtenido puntuaciones altas en la escala de Zarit, y mediante la utilización de otros instrumentos, se determinó que hasta el 63.7% de los cuidadores también contaban con síntomas de ansiedad y depresión (40). También se logró determinar que el nivel de la depresión en los cuidadores era proporcional al grado de discapacidad secundaria al EVC del paciente en cuestión (40).

A pesar de estos hallazgos, todavía no queda claro en la literatura el nivel de desgaste de los cuidadores de pacientes con algún trastorno de la personalidad, sobre todo si estos pacientes

han contado además con otro tipo de síndromes, mismos que pueden desencadenar intentos suicidas diversos, amén de los suicidios consumados.

MÉTODO

Justificación

Existe en nuestra población hospitalaria una gran cantidad de pacientes que son atendidos en los diferentes servicios que cuentan con el diagnóstico de algunos de los trastornos de la personalidad. Muchas veces el impacto de estos padecimientos en la funcionalidad de cada persona también repercute en su o sus cuidadores, mismos que durante las valoraciones de sus pacientes ya muestran datos francos de cierto desgaste, amén de síntomas francos de algún trastorno afectivo y en la mayoría de las ocasiones se suele pasar por alto las condiciones mentales en que se encuentra este cuidador, quien finalmente es el soporte principal para una adecuada evolución del paciente.

En este contexto, es importante determinar la frecuencia de desgaste en los cuidadores, así como determinar la frecuencia de depresión en los mismos, para luego determinar la existencia de alguna correlación de estas de entidades.

Para poder determinar todo esto y para facilitar su estudio se utilizaron dos instrumentos como apoyo a la valoración clínica, los cuales, gracias a su practicidad y fiabilidad aportaron datos suficientes que orienten hacia una conclusión diagnóstica.

Planteamiento del problema y pregunta de investigación

Como se describió, es importante el abordaje diagnóstico y terapéutico de los familiares de pacientes con algún trastorno mental, y en este caso, con diagnósticos de trastornos de la personalidad, ya que estos individuos presentan sintomatología de diferentes tipos, principalmente síntomas afectivos y ansiosos, variando en gravedad, pero con comportamientos similares y que son a consecuencia del mero hecho del cuidado de su familiar paciente. Para el presente estudio fue imperativo detectar a aquellas personas que de

entrada cuenten con sintomatología consistente en el mero desgaste por hacerse con el cargo de su paciente, pero no solamente hasta ese punto sino también tratar de identificar otro tipo de sintomatología, como la depresiva, medir también su severidad y finalmente, ofrecerles un tratamiento adecuado a estas personas, pues es bien sabido que el bienestar mental en ellos repercute de manera positiva en el pronóstico del padecimiento con el que cursan sus familiares con algún trastorno que amerite de cuidado.

Pregunta de investigación: ¿Existe una correlación entre el desgaste del cuidador y un síndrome afectivo como la depresión entre las personas encargadas del cuidador de un paciente con algún trastorno de la personalidad que ha cometido intentos suicidas?

Objetivos

General:

-Determinar la frecuencia de desgaste en los cuidadores de personas con algún trastorno de la personalidad y que ha cometido al menos un intento suicida, para luego determinar la frecuencia de depresión en ellos.

Específicos:

- Determinar en qué grado de severidad de desgaste de cuidador ya se pueden identificar síntomas afectivos mediante la aplicación de la escala de Zarit de desgaste del cuidador
- Determinar el tipo de ayuda médica que requiere el cuidador dependiendo de las características clínicas presentes y valorar su manejo médico oportuno.

Hipótesis

Investigación:

Existe una relación entre el desgaste y depresión en cuidadores de pacientes con trastornos de la personalidad que han cometido uno o varios intentos suicidas.

Nula:

No existe relación entre el desgaste y depresión en cuidadores de pacientes con trastornos de la personalidad que han cometido uno o varios intentos suicidas.

Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Nivel de medición
Paciente	Persona que cuenta con el diagnóstico de un trastorno de la personalidad de acuerdo a los criterios diagnósticos del CIE-10	Adulto de más de 18 años de edad con diagnóstico de trastorno de personalidad que asista a al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por atención psiquiátrica	Nominal
Sexo	Diferencia biológica entre hombres y mujeres	Hombre Mujer	Cualitativa Independiente
Edad	Cantidad de años de vida con los que cuenta el individuo	-18 a 19 años -20 a 24 años -25 a 29 años -30 o más años	Cuantitativa Continua Independiente Ordinal
Escolaridad	Grado de estudios máximo	-Primaria -Secundaria -Preparatoria -Nivel superior -Ninguno	Nominal Independiente
Vida laboral activa	La persona se encuentra ejerciendo un trabajo con remuneración económica	-Sí -No	Nominal Dependiente (de lo incapacitante de su trastorno)

Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	-Soltero -Casado -Divorciado -Unión libre	Cualitativa
Diagnóstico (CIE-10)	Calificación otorgada al trastorno según las características clínicas del individuo.	-Trastornos de personalidad del clúster A (esquizoide, esquizotípico y paranoide) -Trastornos de personalidad del clúster B (narcisista, límite, histriónico y disocial) -Trastornos de personalidad del clúster C (dependiente, obsesivo-compulsivo y evitativo)	Nominal Independiente
Duración del diagnóstico	Tiempo transcurrido entre el momento de establecer el diagnóstico y el momento actual	< 1 año 1 a 2 años 2 a 3 años > 3 años	Cuantitativa
Tratamiento	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad	-Farmacológico -Psicoterapéutico -Farmacológico + psicoterapéutico -Otro -Ninguno	Cualitativa
Número de intentos suicidas	Cantidad de conductas realizadas por el paciente con la finalidad de terminar con su vida	-1 -2 -3 -4 ->5	Cuantitativa Independiente
Cuidador	Sujeto que brinde soporte físico, emocional, económico o de algún otro tipo de manera continua, sin importar la relación que guarde con el usuario	Aquella persona encargada de los cuidados en general de una persona	Nominal

Sexo del cuidador	Diferencia biológica entre hombres y mujeres	-Hombre -Mujer	Cualitativa
Edad del cuidador	Cantidad de años de vida con los que cuenta un individuo	-18 a 19 -20 a 24 -25 a 29 -30 a 34 -35 a 39 -40 a 44 -45 a 49 -50 o más	Cuantitativa Continua Independiente Ordinal
Parentesco con el paciente	Semejanza que comparte el cuidador con el paciente en cuestión	-Esposo/a -Padre/madre -Hermano/a -Abuelo/a -Otro	Cualitativa
Escolaridad del cuidador	Grado de estudios máximo	-Primaria -Secundaria -Preparatoria -Nivel superior -Ninguno	Cualitativa
Vida laboral activa del cuidador	La persona se encuentra ejerciendo un trabajo con remuneración económica	-Sí -No	Nominal Dependiente
Estado civil del cuidador	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	-Soltero -Casado -Divorciado -Unión libre	Cualitativa

Muestreo

Muestreo no probabilístico, intencional, por cuota de un mínimo de 30 sujetos, los cuales serán seleccionados mediante los criterios de inclusión para este estudio.

Sujetos

Personas encargadas principalmente del cuidado continuo, a través del soporte físico, emocional o económico, de algún paciente que cuente con el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad y que sea atendido en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en los servicios de hospitalización continua, consulta externa o en urgencias.

Criterios de selección

De inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 18 años de edad.
- Lugar de residencia en la Ciudad de México.
- Pacientes que cuenten con el diagnóstico de algún trastorno de personalidad de acuerdo al CIE-10 y que además hayan cometido algún intento suicida a lo largo de su padecimiento.
- Los pacientes deberán ser atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en cualquiera de los siguientes servicios:
 - ◆ Hospitalización continua
 - ◆ Consulta externa (también terapia de grupos)
 - ◆ Urgencias
- El cuidador será aquel o aquella quien brinde soporte físico, emocional, económico o de algún otro tipo de manera continua, sin importar la relación que este o esta guarde con el usuario.
- El cuidador puede contar o no con el diagnóstico de algún trastorno mental (a excepción de algún trastorno mental grave incapacitante) o alguna enfermedad crónica incapacitante.
- Cuidadores que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado correspondiente.

De exclusión

- Hombres o mujeres menores de 18 años de edad.

- Pacientes que, aunque cuenten con el antecedente de haber sido hospitalizados, no cuenten con algún diagnóstico de trastornos de la personalidad.
- Cuidadores que reciban algún pago por brindar sus servicios.
- Cuidadores que no deseen participar en el estudio y no firmen en el consentimiento informado.
- Cuidadores que también dependan del cuidado del alguien más debido a una condición médica grave al momento de realizar este estudio.

De eliminación

- Derechohabiencia en otra institución
- Defunción del cuidador al momento de la realización del estudio
- No haber terminado la aplicación de los instrumentos

Tipo de estudio

Transversal, descriptivo

Instrumentos

Test sobre la carga del cuidador de Zarit

Descrita en 1980 por Steven H. Zarit, Karen E. Reever y Julie Bach-Peterson para la valoración del desgaste que presentaban los familiares o cuidadores de los pacientes con demencia. La medición del grado de carga se realizó con un inventario de auto informe de 29 ítems, que se administró al cuidador principal durante la entrevista de evaluación. Las preguntas se seleccionaron en base a la experiencia clínica con cuidadores y estudios previos. Se cubrieron las áreas más frecuentemente mencionadas por los cuidadores como problemas,

incluida la salud del cuidador, el bienestar psicológico, las finanzas, la vida social y la relación entre el cuidador y la persona con discapacidad. Ejemplos de declaraciones utilizadas son "Siento que mi cónyuge intenta manipularme" y "Siento que estoy contribuyendo al bienestar de mi cónyuge". El cuidador indicó cuánta incomodidad causó esta preocupación al elegir la frase más apropiada de "nunca" a "casi siempre". Se asumió que la incomodidad causada por estas situaciones coloca la carga sobre el cuidador. Se calculó una puntuación de carga total y se usó en el análisis (Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden). En su versión original, la prueba, que surgió como entrevista, se componía de 29 ítems, a los que se respondía mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos; posteriormente se extendió su aplicación como auto informe y se redujo a 22 ítems, introduciéndose una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. A partir de ella se han desarrollado diversas versiones abreviadas que oscilan entre los 4 y 12 ítems llegando incluso a proponerse una versión de un único ítem (el 22 de la escala original), que permitiría una estimación general de la carga (La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit). Como se mencionó, consta de 22 preguntas con 5 posibles respuestas (nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces, casi siempre), que puntúan de 1 a 5, y con un rango de 22 a 110 en la puntuación total, y que establece los diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida: ausencia de sobrecarga (<46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (>56). El principal inconveniente para su utilización es el tamaño y, por tanto, el tiempo que se emplea en su uso (Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria).

Escala de Hamilton para la depresión

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967. La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y colaboradores en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems. En su versión original es una escala heteroaplicada y calificada por el observador y no un listado de comprobación de síntomas en el que cada ítem tiene una definición estricta. Debe ser complementada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista clínica que, al menos en la primera evaluación, debería ser poco dirigida. En ella puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente. Cada ítem se evalúa con un baremo de 3 (ausente, dudoso o trivial, presente) o 5 posibilidades (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente. Los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando sólo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa. De los 21 ítems de la versión original, cuatro no están relacionados con la intensidad de la alteración del estado de ánimo (variación diurna, despersonalización, pensamiento paranoide y síntomas obsesivo-compulsivos), pero pueden ser utilizables en circunstancias especiales. La adaptación al castellano de Conde y Franch

mantiene estos cuatro ítems, y añade un quinto referido a “Otros síntomas”. Tiene, además, dos peculiaridades no explicadas: en el ítem 9 (Agitación) mantiene el rango de valoración de la versión inicial de la escala, que es de 0-2, rango que Hamilton modifica en la versión de 1967, ampliándolo a 0-4; y en el ítem 14 (Síntomas genitales) añade un tercer nivel de valoración (“Incapacitante”), con lo que este ítem pasa a tener un rango de 0-3, frente al rango 0-2 de las versiones originales de la escala. La versión de 17 ítems, o versión americana por haber sido recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, omite estos cuatro ítems y sistematiza los criterios de evaluación de cada ítem al modo de un listado de comprobación de síntomas, en un esfuerzo por mejorar su definición. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son:

- Índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).

- Índice de ansiedad, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).

- Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).

Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones

es de 0-52 puntos. En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en “cuantificar” la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte ≥ 13 o ≥ 18 , en dependencia de los objetivos del estudio. Dentro de la puntuación total, pueden desagregarse las puntuaciones parciales correspondientes a los factores en ella identificados. Entre ellos, el mejor establecido es el ya citado índice de melancolía, que cuantifica los ítems más directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo, y para el que Bech P. propone los siguientes puntos de corte:

0 – 3 No depresión

4 – 8 Depresión menor

9 Depresión mayor

Un segundo índice útil para evaluar los cambios en el perfil sintomático del cuadro depresivo es el índice “ansiedad / somatización” (formado por los ítems 10, 11, 12, 13, 15, y 17), que cuantifica los niveles de ansiedad, considerados altos a partir de una puntuación ≥ 7 . (41)
(42)

Procedimiento

Este protocolo fue presentado para su aprobación ante el Comité de Investigación y el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez el día 2 de diciembre de 2020.

Una vez autorizado por los comités, se solicitó autorización al jefe del servicio correspondiente para la realización de este proyecto de investigación.

De acuerdo a los criterios de selección previamente establecidos, se eligieron a los candidatos para la realización del estudio.

Se invitó a participar a aquellos individuos que cumplan con criterios de selección

Una vez que el cuidador del paciente en cuestión acudió junto a su paciente al servicio de urgencias; cuando acudió a su cita programada en los diferentes servicios ambulatorios que se encuentren habilitados durante la contingencia sanitaria, o bien, cuando acudió en el momento que su paciente sea egresado de los servicios de hospitalización continua o de Observación o la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos, se ofreció su participación en el estudio. Tras la aceptación de la participación, se le brindó el consentimiento informado y se le explicó el motivo de este. Una vez aceptado, se firmó entonces el consentimiento y se aplicó el test de desgaste del cuidador de Zarit. Se estableció un punto de corte de 47 puntos de dicha escala para establecer el diagnóstico de desgaste. Posteriormente se les aplicó la escala de Hamilton de depresión con la finalidad de determinar la presencia de este síndrome afectivo y con la misma (de estar presente) se midió su severidad mediante los puntos de corte previamente establecidos. Así mismo, de cumplir con los criterios necesarios del CIE-10, se estableció el respectivo diagnóstico de algunos de los trastornos psiquiátricos.

Se valoró qué tipo de atención podrían recibir los cuidadores dependiendo de los resultados arrojados en los cuestionarios y de acuerdo al criterio clínico. Se plantearon diversas opciones: recibir atención en los servicios ambulatorios de nuestra unidad o referir a alguna institución cercana a su domicilio para llevar seguimiento psiquiátrico. O bien, canalizar al servicio de urgencias de nuestra institución en caso de la presencia de criterios de riesgo psiquiátrico.

Posteriormente, se realizó una base de datos con la información recopilada en las pruebas y se llevó a cabo el procesamiento descriptivo de datos por medio del programa estadístico SPSS en su última versión.

Después de analizar los resultados, se realizó una discusión y una posterior conclusión del estudio.

Consideraciones éticas

De acuerdo a los principios establecidos en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y debido a que esta investigación se considera de riesgo mínimo, este estudio se realizó de acuerdo a los siguientes criterios:

- Participaron aquellas personas informadas sobre el mismo y que, además, firmaron el correspondiente consentimiento informado.
- Todo participante recibió un trato digno y respetuoso y pudo retirarse del estudio en el momento que así lo deseara.
- La información obtenida fue de carácter confidencial y su uso fue únicamente para fines de investigación.
- El paciente no cubrió ningún costo por participar en este estudio y tampoco recibió algún beneficio económico a cambio de su participación.

3.13 Cronograma de actividades

	Noviembre - Diciembre	Enero - Febrero	Marzo - Abril	Mayo - Junio
Investigación de literatura				
Presentación del proyecto a los comités				

Búsqueda y selección de candidatos de estudio				
Entrevistas y aplicación de encuestas				
Recolección de datos				
Análisis estadístico				
Redacción del proyecto de investigación				
Conclusiones				

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para la descripción de variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para describir los datos cualitativos. Para evaluar la correlación entre los resultados de los instrumentos aplicados se utilizó la correlación de Spearman.

RESULTADOS

Se realizó un análisis de medidas de tendencia central y dispersión para la descripción de variables cualitativas, como lo son el sexo del paciente y del cuidador, el estado civil del paciente y el cuidador, la escolaridad del paciente y el cuidador, etcétera. Se observó que de entre los pacientes, el 66.7% de ellos eran mujeres y el 33.3% era hombres. La media de edad de los mismos fue de 23.7 años. La mayoría de estos pacientes tenían un estado civil “soltero”, representando el 73.3% de la muestra y solamente un 26.7% vivían en unión libre. El 46.7% de la muestra total, contaba con una escolaridad de secundaria, el 36.7% de

preparatoria y solamente el 16.7% de universidad. De ellos, no tenían ninguna actividad laboral hasta en el 80% y solo el 20% contaban con algún tipo de trabajo. Respecto a las variables clínicas, se pudo observar la mayor frecuencia del diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con un 73.3%, siendo el Trastorno disocial de la personalidad el segundo más frecuente, con el 23.3% y solamente un 3.3% representando el trastorno histriónico de la personalidad. La media de duración de dichos diagnósticos fue de 2.1 años y la media de intentos suicidas en los pacientes fue de 2.37, aunque se observó una frecuencia del 36.7% con al menos 1 intento suicida, mientras que hubo una frecuencia de 6.7% con 5 intentos suicidas. Respecto al tipo de tratamiento recibido por los pacientes, se observó una frecuencia del 30% para tratamiento farmacológico, 3.3% para tratamiento psicoterapéutico, 6.7% para tratamiento combinado, mientras que el 60% era de aquellos sin ningún tipo de tratamiento. (Tabla 1)

Respecto a los cuidadores, se obtuvieron un total de 22 mujeres y 8 hombres, los cuales representaron el 73.3 y el 26.7%, respectivamente. La media de edad en años entre los cuidadores fue de 41.1, siendo en la mayoría de los casos la madre del paciente, representando el 66.7% de la muestra. Del total de los cuidadores, el 40% había cursado únicamente hasta la secundaria, con un 83.3% que contaban con un trabajo hasta este momento y solamente el 16.7% que no contaban con ningún tipo de empleo. El 46.7% de los cuidadores eran solteros, mientras que 40% del resto se encontraban en unión libre o casados. (Tabla 2)

De acuerdo a los puntos de corte de los dos instrumentos realizados, se determinó la frecuencia de cada criterio clínico.

En la escala para el desgaste del cuidador de Zarit, se observó una frecuencia del 43.3% para “sin desgaste”; un 13.3% para “desgaste leve” y un 43.3% para “desgaste severo”. (Tabla3)

Para la escala de depresión de Hamilton se determinó que 4 puntos o más eran indicativos de síntomas de depresión, de tal forma que se consideraron dos rangos posibles: hasta 3 puntos como “sin depresión” y 4 puntos o más como “con depresión”. No se consideraron las clasificaciones de “depresión leve” o “depresión severa”, pues, finalmente, la sintomatología afectiva estaba presente. De este modo, se encontraron las siguientes frecuencias: el 90% del total de la muestra puntuaban para “con depresión” y solamente el 10% de ella para “sin depresión”. (Tabla 3)

Se realizó una correlación entre ambos rangos diagnósticos a través de una tabla de contingencia de dos columnas, para posteriormente utilizar la correlación de Spearman. Se observó que 2 cuidadores no presentaron depresión ni desgaste, 1 cuidador presentó desgaste leve sin depresión y ningún cuidador presentó desgaste o depresión. Once cuidadores presentaron depresión, aunque sin desgaste; 3 presentaron depresión y desgaste leve y 13 cuidadores presentaron depresión y desgaste severo. Finalmente, se encontró una correlación de Spearman del 0.239 entre ambos rangos diagnósticos, lo cual se interpreta como no significativo. (Tabla 4).

También se realizó una tabla de contingencia entre los rangos diagnósticos de cada instrumento con los diagnósticos establecidos a los pacientes que cuidaban. Se observó que, en relación al trastorno disocial de la personalidad, un cuidador no presentaba desgaste, 3 presentaban un desgaste leve y 3 un desgaste severo. Para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad hubo 5 cuidadores sin desgaste, 7 cuidadores con un desgaste leve, mientras que 10 presentaban un desgaste severo. Únicamente se reportó a un cuidador

de un paciente con diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad. Este cuidador presentó desgaste severo. (Tabla 5)

Respecto al inventario de depresión de Hamilton, se encontró que, del trastorno disocial de la personalidad había 7 cuidadores y todos presentaban síntomas de depresión. Para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, 3 cuidadores no presentaron depresión, mientras que 19 de ellos sí. Finalmente, para el trastorno histriónico de la personalidad, el único cuidador se reportó con síntomas de depresión. (Tabla 6)

También se determinó la frecuencia de desgaste y depresión dependiendo de la cantidad de intentos suicidas realizada por los pacientes que eran cuidados. En relación con el desgaste del cuidador, se encontró que, 13 sujetos no presentaron ningún tipo de desgaste, a pesar que, en 5 de ellos, su paciente había cometido un intento suicida; en 4 de ellos su paciente había cometido 2 intentos; en 2 de ellos su paciente cometió 3 intentos; en uno de ellos su paciente cometió 1 intento y en otro de los cuidadores, su paciente cometió 5 intentos. Aquellos que presentaron un desgaste severo en relación con los intentos suicidas fueron 13 sujetos. En 5 de ellos sus pacientes habían cometido 1 intento suicida; en 6 de ellos sus pacientes habían cometido 3 intentos; en uno de ellos su paciente cometió 4 intentos suicidas y, finalmente, en uno de ellos su paciente cometió 5 intentos suicidas. (Tabla 7)

De acuerdo a la tabla de contingencia de la escala de Hamilton para depresión e intentos suicidas, se observó que, solamente 3 sujetos no presentaron síntomas de depresión a pesar de que sus pacientes habían cometido intentos suicidas. En 2 de ellos sus pacientes lo habían intentado una vez, mientras que solamente en uno de ellos su paciente lo intentó en dos ocasiones. En 27 sujetos se observaron síntomas de depresión en relación con los intentos suicidas: en 9 cuidadores sus pacientes lo realizaron en una ocasión; en 4 sujetos sus pacientes

lo realizaron en dos ocasiones; en 8 cuidadores los pacientes lo realizaron en 3 ocasiones; en 4 cuidadores, lo realizaron 4 ocasiones y, finalmente, en de sujetos, sus pacientes lo realizaron en dos ocasiones. (Tabla 8)

Para finalizar, se realizó una tabla de contingencias entre el número de intentos suicidas y los diagnósticos de los pacientes cuidados, encontrando que el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad presentó un mayor número de intentos suicidas totales, con una cantidad de 22, mientras que el trastorno disocial de la personalidad había cometido 7 intentos y el trastorno histriónico de la personalidad un intento. (Tabla 9)

Tabla 1. Descripción de la muestra de los pacientes	
Sexo	Hombres: 10 (33.3%)
	Mujeres: 20 (66.7%)
Edad	Media: 23.7 años
Estado civil	Soltero: 22 (73.3%)
	Unión libre: 8 (26.7%)
Nivel de escolaridad	Secundaria: 14 (46.7%)
	Preparatoria: 11 (36.7%)
	Universidad: 5 (16.7%)
Vida laboral	Sí: 6 (20%)
	No: 24 (80%)
Diagnóstico	F60.2: 7 (23.3%)
	F60.3: 22 (73.3%)
	F60.4: 1 (3.3%)
Duración del diagnóstico en años	Media: 2.1 años
Número de intentos suicidas	Media: 2.37

Tipo de tratamiento recibido	Farmacológico: 9 (30%)
	Psicoterapéutico: 1 (3.3%)
	Combinado: 2 (6.7%)
	Ninguno: 18 (60%)

Tabla 2. Descripción de la muestra de los cuidadores

Sexo	Hombres: 8 (26.7%)
	Mujeres: 22 (73.3%)
Edad	Media: 41.07 años
Parentesco	Pareja: 4 (13.3%)
	Madre: 20 (66.7)
	Padre: 3 (10%)
	Hermano: 2 (6.7%)
	Otro: 1 (3.3%)
Nivel de escolaridad	Primaria: 1 (3.3%)
	Secundaria: 12 (40%)
	Preparatoria: 9 (30%)
	Universidad: 8 (26.7%)
Vida laboral	Sí: 25 (83.3%)
	No: 5 (16.7%)
Estado civil	Casado: 6 (20%)
	Soltero: 14 (46.7%)
	Unión libre: 6 (20%)
	Divorciado: 2 (6.7%)
	Viudo 2 (6.7%)

Tabla 3. Frecuencia de los instrumentos

Rangos de Zarit	Rangos de Hamilton
22-46 No desgaste: 13 (43.3%)	<3 No depresión: 3 (10%)
47-55 Desgaste leve: 4 (13.3)	>4 Depresión: 27 (90%)
>56 Desgaste severo: 13 (43.3%)	

Tabla 4. Contingencia Rangos de Zarit * Rangos Hamilton

Recuento		Rangos Hamilton		Total
		<3 No depresión	>4 Depresión	
Rangos de Zarit	22-46 no desgaste	2	11	13
	47-55 desgaste leve	1	3	4
	>56 desgaste severo	0	13	13
Total		3	27	30
		Valor	Error tip. asint.	T aproximada
Correlación de Spearman		0.239	0.122	1.301

Tabla 5. Contingencia Rangos de Zarit * Diagnóstico del paciente

Recuento		Diagnóstico del paciente			Total
		F60.2	F60.3	F60.4	
Rangos de Zarit	22-46 no desgaste	1	5	0	6
	47-55 desgaste leve	3	7	0	10
	<56 desgaste severo	3	10	1	14
Total		7	22	1	30

Tabla 6. Contingencia Rangos Hamilton * Diagnóstico del paciente

Recuento		Diagnóstico del paciente			Total
		F60.2	F60.3	F60.4	
Rangos Hamilton	<3 No depresión	0	3	0	3
	>4 Depresión	7	19	1	27
Total		7	22	1	30

Tabla 7. Contingencia Rangos de Zarit * Número de intentos suicidas							
Recuento							
		Número de intentos suicidas					Total
		1	2	3	4	5	
Rangos de Zarit	22-46 no desgaste	5	4	2	1	1	13
	47-55 desgaste leve	1	1	0	2	0	4
	>56 desgaste severo	5	0	6	1	1	13
Total		11	5	8	4	2	30

Tabla 8. Contingencia Rangos Hamilton * Número de intentos suicidas							
Recuento							
		Número de intentos suicidas					Total
		1	2	3	4	5	
Rangos Hamilton	<3 No depresión	2	1	0	0	0	3
	>4 Depresión	9	4	8	4	2	27
Total		11	5	8	4	2	30

Tabla 9. Contingencia Diagnóstico del paciente * Número de intentos suicidas							
Recuento							
		Número de intentos suicidas					Total
		1	2	3	4	5	
Diagnóstico del paciente	F60.2	2	0	2	2	1	7
	F60.3	8	5	6	2	1	22
	F60.4	1	0	0	0	0	1
Total		11	5	8	4	2	30

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados del presente estudio, no existió una correlación estadística entre el desgaste del cuidador y el desarrollo de depresión en ellos. Esto es posible porque la muestra total no fue simétrica y tampoco fue de un tamaño considerable. A pesar de esto, es evidente, de acuerdo a los resultados arrojados en el análisis estadístico, que los cuidadores de personas con un trastorno de la personalidad, al igual que con otras patologías, suelen ser

en su mayoría mujeres solteras, que generalmente es la madre; sin trabajo establecido, o bien, con un trabajo en el cual comienzan a disfuncionar debido a las labores de cuidado y con una escolaridad relativamente baja. Esto es importante debido a que no suelen contar con una adecuada red de soporte familiar, lo cual ayude a disminuir la sobrecarga de los cuidados de sus pacientes.

Respecto a los trastornos de la personalidad y cómo estos repercuten en los cuidadores, el trastorno más frecuente fue el de inestabilidad emocional de la personalidad, el cual mostró una mayor frecuencia de intentos suicidas en comparación con los otros diagnósticos estudiados. Esto quizá se deba a los rasgos de la personalidad presenten en este trastorno, como lo son la baja tolerancia a la frustración, la incapacidad de controlar los impulsos y la tendencia a las autolesiones o los mismos pensamientos suicidas (32). En suma a lo anterior, la gran mayoría de pacientes no contaban con ningún tipo de tratamiento, siendo esto congruente con lo reportado en la literatura sobre el apego a los tratamientos en este tipo de trastornos (31).

Fueron la mayoría de los cuidadores de los pacientes con este diagnóstico los que presentaron mayor número de síntomas de depresión, puntuando en la escala de Hamilton, así como aquellos con mayor grado de desgaste. Esto hace evidente el grado de dependencia que las personas con el diagnóstico de este trastorno de la personalidad tienen con sus cuidadores y seres cercanos a sus vidas, lo cual condiciona que estos cuidadores comiencen a disfuncionar en las diferentes esferas de sus vidas, como en el trabajo, en las relaciones interpersonales o simplemente en sus tiempos de intimidad.

A pesar de no contar con correlación estadística entre ambas entidades, sí es evidente el mayor número de sujetos que ya contaban con síntomas de depresión y que, a su vez,

presentaban desgaste leve a severo. Otro pequeño grupo de personas, quienes presentaban ya síntomas de depresión, resultaron sin desgaste del cuidador. Esto es posible, quizá, debido a que, durante la aplicación del instrumento para la sobrecarga, las personas se tornaban evasivas con algunas preguntas, como el caso de “¿siente usted vergüenza por la conducta de su familiar?”, contestando automáticamente la opción “nunca”, aportando la puntuación mínima. Otra de las preguntas con las cuales los sujetos se tornaban evasivos fue “¿se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?” y también “¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?” y, finalmente, “¿desearía dejar el cuidado de su familiar a otra persona?”. Como se describió en la literatura sobre las medidas de afrontamiento de los cuidadores. Las mujeres, por lo general, cuentan con mejores técnicas de afrontamiento ante el estrés producido por el cuidado de (34). Otras características están dadas por patrones de comportamiento cultural. Esto debido a que cuentan con un alto grado de responsabilidad y compromiso para el cuidado de sus pacientes.

A pesar de lo anterior, es evidente que el cuidado de sus pacientes repercute negativamente en su salud, pues, tras la aplicación de la escala de Hamilton para depresión, 11 de los 27 sujetos que presentaban síntomas de depresión, no presentaban desgaste, a pesar de los evidentes síntomas que condicionaban disfunción leve. Esto es congruente con la literatura reportada hasta este momento pues, como se ha mencionado, la mayor parte de los cuidadores son mujeres, y se ha descrito que utilizan estrategias de afrontamiento al estrés centradas en las emociones, por lo que presentan más episodios de ansiedad o depresión en comparación con los hombres. (34)

La principal limitación de este estudio fue haber contado con una muestra por conveniencia. En este sentido, una posibilidad futura es la realización de estos instrumentos en sujetos

seleccionados e intentar correlacionar ambas entidades tratándose de grupos simétricos, debido a que, a pesar de no mostrar correlación estadística, sí hay evidencia que sugiere peor sintomatología y más incapacitante en aquellas personas desgastadas.

CONCLUSIÓN

En este estudio no se encontró correlación estadística entre el desgaste y la depresión en cuidadores de pacientes con algún trastorno de la personalidad. Fue evidente la mayor frecuencia de desgaste en aquellos sujetos que ya presentaban, a su vez, síntomas depresivos.

El trastorno que más frecuencia de intentos suicidas tuvo fue el de inestabilidad emocional de la personalidad. A su vez, fue aquel en el que sus cuidadores presentaron mayor frecuencia de desgaste y síntomas de depresión.

El que no exista correlación estadística pudiera ser explicado debido a las características de la muestra, por lo que será necesario continuar con esta línea de investigación para la posterior corroboración de datos.

Es importante considerar estas entidades en aquellas personas cercanas a los pacientes, pues así se podrán crear estrategias para el tratamiento del paciente mismo y de las personas cercanas a este.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilson S. Interpersonal Dysfunction in Personality Disorders: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull.* 2017 Julio; 143(7): p. 677–734.
2. Moran PA. The influence of personality disorder on the future mental health and social adjustment of young adults: a population-based, longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry.* 2016 Junio; 3(7): p. 636-645.
3. Zarit SH. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *GERONTOLOGY INSTITUTE.* 1981 Marzo; 20(6): p. 649-655.
4. Zarit S. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist.* 1896 Junio; 26(3).
5. Connors MH. Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal. *International journal of geriatric psychiatry.* 2019 Junio; 35(2): p. 250-258.
6. Herrera JCR, Ostiguín Meléndez RM. Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería universitaria.* 2011 Enero; 8(1): p. 49-54.
7. Castaño-Mora Y. Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario. *Entramado.* 2015 Julio; 11(2): p. 274-283.
8. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Villatorio Velázquez J. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental.* 2003 Agosto; 26(4): p. 1-16.
9. Adelman RD. Caregiver Burden a Clinical Review. *JAMA.* 2015 Mayo; 311(10): p. 1052-1059.
10. Crespo M. La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y salud.* 2014 Julio; 26(1): p. 9-15.
11. Emerson E. People with learning disabilities in England 2010. *Improving health an lives: learning disabilities observatory.* 2011; 10(1).
12. Maes B, Broekman TG. Caregiving burden of families looking after persons with intellectual disability and behavioral or psychiatric problems. *Journal of Intellectual Disability Research.* 2003; 47(6): p. 447-455.
13. Irazábal M, Marsá F, García M, Ochoa S. Family burden related to clinical and fuctional variables of people with intellectual disability with and withut mental disorder. *Research in Developmental Disabilities.* 2012; 33(3): p. 796-803.
14. Tyrer P. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet.* 2015; 385(9969): p. 717-726.

15. Kirtley J. Stigma, emotional appraisal, and the family environment as predictors of care burden for relatives of individuals who meet the diagnostic criteria for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. 2019; 33(4).
16. Jenkins AL. Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*. 2015; 60: p. 125-131.
17. Fazel S. Suicide. *The New England Journal of Medicine*. 2020 Enero; 382(3): p. 266-274.
18. Turcki G, Brent DA. Suicide and suicide risk. *Nature reviews. Disease primers*. 2019 Mayo; 5(1): p. 74.
19. Turecki G, Brent D. Suicide and suicidal behavior. *Lancet*. 2016 Marzo; 387(10024): p. 1227-1239.
20. Fu Q. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological medicine*. 2002 Agosto; 32(1): p. 11-24.
21. Galfalvy H. A genome-wide association study of suicidal behaviour. *American Journal of Medical Genetics*. 2015 Julio; 168(7): p. 557-563.
22. Tombacz D. High-coverage whole-exome sequencing identifies candidate genes for suicide in victims with major depressive disorder. *Scientific Reports*. 2017 Febrero; 7(1).
23. Caspi A. Influence of life stress on depression: moderations by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003 Mayo; 301(5631): p. 386-389.
24. McGirr A. Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2009; 166(10): p. 1124-1134.
25. Carroll R. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2014; 9(2).
26. Nock MK. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicide behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS medicine*. 2009; 6(8).
27. Arsenault-Lapierre G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004; 4(37).
28. Joiner TE. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual review of psychology*. 2005; 56(1): p. 287-314.
29. O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *The journal of crisis intervention and suicide prevention*. 2018; 32(6): p. 295-298.

30. Temes CM. Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *The journal of clinical psychiatry*. 2019; 80(1).
31. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*. 2019 Enero; 55(6): p. 223.
32. Kirtley J. Stigma, Emotion appraisal and the family environment as predictors of carer burden for relatives of individuals who meet the diagnostic criteria for borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*. 2019; 33(4): p. 497-514.
33. Goodman M. Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of personality disorders*. 2011; 25(1): p. 59-74.
34. Eters L. Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *American academy of nurse practitioners*. 2007 Octubre; 20(8): p. 423-428.
35. Chou KR. The Measurement of Caregiver Burden. *Journal of Medical Sciences*. 2017 Septiembre; 23(2): p. 73-82.
36. Ballesteros J. Unidimensional 12-Item Zarit Caregiver Burden Interview for the Assessment of Dementia Caregivers' Burden Obtained by Item Response Theory. *Value in Health*. 2017 Agosto; 15(8): p. 1141–1147.
37. Higginson IJ. Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2015 Mayo; 63(5): p. 535–542.
38. Martínez AÁR. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga. *Originales*. 2017 Mayo; 39(4): p. 185-188.
39. Terrones MF, Galindo Vázquez Ó, Jiménez Genchi J. Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnósticos de enfermedades mentales. *Psicología y salud*. 2019 Enero; 29(1): p. 17-24.
40. Hu P. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*. 2018; 97(40).
41. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*. 1960; 23(1): p. 56-62.
42. Ramos-Brieva J. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines*. 1986; 22(21).

ANEXOS

Carta de consentimiento/asentimiento informado para paciente:

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a _____ de _____ del 2020.

Protocolo: ¿Síndrome del desgaste del cuidador o trastornos afectivos?
Intentos suicidas en individuos con un trastorno de personalidad y su repercusión en los cuidadores

Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación con número: _____

Nombre del investigador principal: Edgar Omar Cantú Camarillo

Dirección del sitio de investigación: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan, teléfono conmutador 5573-1889 o 5655-4405

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.-

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de _____

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.

III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.

V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado: ¿Síndrome del desgaste del cuidador o trastornos afectivos? Intentos suicidas en individuos con un trastorno de personalidad y su repercusión en los cuidadores

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien explicó el procedimiento

Testigo

Testigo

Declaración de no conflicto de intereses

De conformidad con lo que establecen los artículos 108° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y 1°,2°,7° y 8° de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, Yo _____ como personal adscrito a _____ y con _____ número de empleado _____ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones que por ley me correspondan respecto del puesto que tengo asignado , me comprometo en todo momento actuar bajo los más estrictos principios de la ética profesional , para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad de la información y datos resultantes del trabajo realizado, que solamente podré discutir con mi jefe superior o con el personal que se designe.
- Tal información será considerada como confidencial y deberá manejarse como propiedad de las partes involucradas.
- No tengo ninguna situación de conflicto de intereses real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con un tercero, que:

a) Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o tramites propios de esta Comisión Federal, o

b) Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de esta Comisión Federal, pero no limitado a terceros tales como titulares de registros sanitarios que han acreditado su interés legal.

- Me comprometo que al advertir con prontitud de cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a mi jefe inmediato superior, a efecto de que éste me excuse de la realización de la actividad que me enfrente a un conflicto de intereses.
- No aceptaré agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en información confidencial.
- No manejaré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mi trabajo.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios sobre los resultados obtenidos de los trabajos realizados.
- No intervendré en conflictos o intereses personales que puedan afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- No haré uso en provecho personal de las relaciones con personas que tengan algún trato con la Comisión Federal.
- En ningún caso me prestaré a realizar arreglos financieros para la obtención de información que pueda afectar el buen desempeño de mi trabajo.
- Ante todo protegeré mi integridad personal y las de mis compañeros en el desarrollo del trabajo.
- En todo momento me conduciré con responsabilidad, honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mis actos.

Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

La presente se renovará anualmente para la aceptación de las condiciones y responsabilidades que se plasman en este documento.

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE Y FIRMA:

Test sobre la carga del cuidador de Zarit

Puntuación:

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

Preguntas	Respuesta				
	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su					

	familiar, además de sus otros gastos?
16.	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17.	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?
18.	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?
19.	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?
20.	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?
21.	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?
22.	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?

Escala de Hamilton para la Depresión

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche: cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocóndriacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

SOLICITUD DE ASESOR DE TESIS

Ciudad de México a 25 de Noviembre del 2020

DR. RAFAEL JESÚS SALÍN PASCUAL
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **Edgar Omar Cantú Camarillo**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- a. *Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este*
- b. *Informar avance y seguimiento de la investigación*
- c. *Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación*

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

ATENTAMENTE



Dra. María del Socorro González
Jefa de la división de la atención médica

c.c.p. - MTRA. JANET JIMÉNEZ GENCHI - Secretaria y Coordinadora del Comité de Investigación

Carta de autorización al Jefe del Servicio

Ciudad de México a 25 de Noviembre del 2020.

Dr. (a) **José Ibarreche Beltrán**
Jefe de servicios ambulatorios
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **¿Síndrome del desgaste del cuidador o trastornos afectivos? Intentos suicidas en individuos con un trastorno de personalidad y su repercusión en los cuidadores**

Durante un período de **5 meses** a partir de **diciembre de 2020 a abril de 2021**. El cual se evaluará con entrevista clínica y la aplicación del **Test de sobrecarga del cuidador de Zarit y Escala de Hamilton para depresión**.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente

Edgar Omar Cantú Camarillo

Médico residente de 3er año

*Recibí y autorizo
José Ibarreche*




Carta de autorización al Jefe del Servicio

Ciudad de México a 25 de Noviembre del 2020.

Dr. (a) Maria del Socorro González Valadez
Jefa de la división de la atención médica
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **¿Síndrome del desgaste del cuidador o trastornos afectivos? Intentos suicidas en individuos con un trastorno de personalidad y su repercusión en los cuidadores**

Durante un periodo de 5 meses a partir de diciembre de 2020 a abril de 2021. El cual se evaluará con entrevista clínica y la aplicación del **Test de sobrecarga del cuidador de Zarit y Escala de Hamilton para depresión.**

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

Atentamente

Vobo

Edgar Omar Cantú Camarillo

Médico residente de 3er año

