



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

Título: Frecuencia de desgaste del cuidador en familiares de pacientes con primer episodio psicótico en el Hospital Fray Bernardino Álvarez

Presenta la Tesis para obtener el
Diploma de Especialista en Psiquiatría
Eduardo Jiménez García

Dra. Alicia Juliana Peláez Sierra
Asesor Teórico

M en C Marisol Basurto Morales
Asesor Metodológico

Ciudad de México a 03 de Agosto del 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

Muchas gracias a mi papá, mi mamá, mis hermanos, mis abuelitos y a toda mi familia por apoyarme en este proceso, por darme consejos y siempre motivarme a seguir adelante y a buscar mis sueños. Especialmente a mi abuelito Darío quien no pudo verme terminar este proceso, pero que siempre estuvo presente en mi vida apoyándome con su amor y motivación.

Gracias a mis amigos de la guardia Abraham, GAM, Trini, Renee y Wendy por hacer más amenas todas las horas de trabajo que tuvimos juntos. Gracias al Team abuelito Denisse y Ana por ser excelentes amigas que siempre me apoyaron cuando tuve malos momentos. Gracias amigos por todos los buenos momentos que marcaron mi residencia y mi vida.

Gracias Dany porque a pesar de que las cosas no resultaron de la manera que ambos esperábamos fuiste una persona muy importante en toda mi residencia y con la que pase muy buenos y especiales momentos durante los 4 años.

CONTENIDO

1. Resumen.....	1
2. Abreviaturas.....	2
3. Introducción.....	2
4. Marco Teórico.....	4
5. Metodología.....	14
a. Justificación	
b. Planteamiento del problema	
c. Pregunta de Investigación	
6. Objetivos.....	15
a. Objetivo General	
b. Objetivos Específicos	
7. Hipótesis.....	16
8. Definición de Variables.....	16
9. Muestra y Muestreo.....	18
a. Muestra	
b. Criterios de Selección	
10. Diseño de Estudio.....	18
11. Procedimiento y recolección de datos.....	19
12. Consideraciones bioéticas.....	20
13. Análisis estadístico.....	21
14. Resultados.....	21
15. Discusión.....	30
16. Conclusión.....	33
17. Bibliografía.....	35
18. Anexos.....	40

Índice de Tablas

1. Tabla 1 Definición de Variables.....	16
2. Tabla 2 Característica Sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con primer episodio psicótico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.....	22
3. Tabla 3 Tipos de desgaste y frecuencia con la que se presentan en los cuidadores.....	24
4. Gráfica 1. Población.....	21
5. Gráfica 2. Reporte de datos encontrados en el área de Logros Personales.....	25
6. Gráfica 3. Reporte de datos encontrados en el área de Desgaste Emocional.....	26
7. Gráfica 4. Reporte de datos encontrados en el área de Despersonalización.....	27
8. Gráfica 5. Cuidadores con Desgaste.....	28
9. Gráfica 6. Desgaste del Cuidador.....	28
10. Gráfica 7. Desgaste Logros Personales por Sexo.....	29
11. Gráfica 8. Desgaste Emocional por Sexo.....	29
12. Gráfica 9. Despersonalización por Sexo.....	29
13. Gráfica 10. Cuidadores sin Desgaste por Sexo.....	30
14. Gráfica 11. Cuidadores sin Desgaste Parentesco.....	30

1. Resumen

El primer episodio psicótico se caracteriza por ser un periodo de alto nivel de estrés para los pacientes y los familiares que se hacen cargo de ellos, siendo un tiempo de confusión y miedo por la situación que está ocurriendo y por el cambio de la conducta, que desde un inicio puede generar datos de desgaste en lo familiares que toman el rol de cuidadores, por lo cual es importante buscar datos de desgaste en las personas que toman el rol de cuidador de estos pacientes, porque a pesar de ser el primer episodio, ya se pueden encontrar datos de desgaste en algunas áreas e inclusive un síndrome de desgaste del cuidador, lo cual puede provocar un empeoramiento tanto del estado de salud del paciente como del cuidador.

La finalidad de este estudio es obtener la prevalencia de desgaste del cuidador en los familiares de pacientes que acuden a recibir atención al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por un primer episodio psicótico, además al aplicar el inventario de Burnout de Maslach se identificarán las áreas específicas de desgaste que se encuentran afectadas, también se obtendrán las características sociodemográficas de los familiares con la finalidad de identificar a la población más frecuentemente afectada.

En otros estudios se encontró que desde el primer episodio psicótico los familiares pueden presentar desgaste del cuidador, afectándose diferentes áreas de desgaste, al analizar los datos recolectados para este estudio se puede observar que el 67.5% presentan desgaste en algún área que compone el desgaste del cuidador y el 17.5% presenta el síndrome completo de desgaste del cuidador, cifras similares a lo reportado en la literatura. (Onwumere J, 2017)

Al comprobarse que a pesar de ser un primer episodio psicótico existen datos de desgaste del cuidador en los familiares, se debe de buscar intencionadamente dichos datos para iniciar un manejo oportuno con la finalidad de mejorar el pronóstico del paciente y el cuidador, para que ambos tengan una calidad de vida aceptable y evitar el deterioro funcional de ambos. **PALABRAS CLAVE:** *Desgaste del cuidador, Primer episodio psicótico, Inventario de Burnout de Maslach, Psicosis*

2. Abreviaturas

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **DSM – V:** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición

3. Introducción

El primer episodio psicótico se caracteriza por síntomas psicóticos positivos y negativos los cuales no se habían presentado anteriormente en la persona, provocando gran angustia en los familiares debido al cambio importante de comportamiento y a la incertidumbre de lo que podría ocurrir en el futuro, generando esto una sobrecarga muy importante en los familiares de dichos pacientes. (Onwumere Juliana, 2018)

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que afecta del 0.7 al 1.3% (Guzmán, 2013) de la población mexicana, pero que también impacta de manera muy importante la dinámica de las familias que tienen un miembro afectado por este padecimiento, presentando en muchos de los casos desgaste de los familiares secundario a todos los cuidados que requiere un paciente con dicha enfermedad.

Debido al desconocimiento de la población general de este tipo de enfermedades, la búsqueda de atención se retrasa considerablemente, acudiendo a valoración psiquiátrica cuando el paciente tiene años con la sintomatología activa, o hasta que los familiares o cuidadores son sobrepasados por la conducta de estos pacientes, solicitando atención que logre controlar la conducta de la persona a su cargo.

Cuando se comenta acerca del diagnóstico del paciente a los familiares, estos tienen muchas dudas acerca de que tan independientes pueden ser los pacientes y si necesitaran a un cuidador por el resto de sus vidas, aunado a que muchos familiares no aceptan la enfermedad del paciente, ya que presentan un conflicto con las expectativas que tenían acerca de la vida del paciente.

Debido a todas las dudas que se generan acerca de los cuidados que deben de tener estos pacientes muchos familiares presentan un gran desgaste emocional y físico, al no saber qué es lo que se espera de la conducta de los pacientes, cuáles conductas son normales y cuáles son patológicas, se traduce en una búsqueda de atención repetida a servicios de atención psiquiátrica, debido a que los familiares presentan un desgaste por todo lo que han vivido desde el inicio del padecimiento del paciente.

Por lo que es importante estudiar a los cuidadores de pacientes con un primer episodio psicótico, ya que recientemente se ha reportado que los datos de desgaste del cuidador se presentan desde el primer episodio psicótico, llegando a la atención de primera vez con una sobrecarga importante por este nuevo rol de cuidador que ha sido impuesto, lo cual condiciona que al encontrarse desgastados no puedan realizar las labores de cuidador primario de sus familiares de manera adecuada, lo que se traduce en una peor evolución del padecimiento de nuestro paciente, con múltiples recaídas, y a su vez predispone a un mayor desgaste en los familiares, presentando una menor calidad de vida y llegando a desarrollar síntomas depresivos de gravedad. (Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, 2014)

4. Marco Teórico

La esquizofrenia, según la OMS, es un padecimiento psiquiátrico que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, es más frecuente en hombres, se caracteriza por sintomatología positiva como ideas delirantes, alteraciones en la sensopercepción, y sintomatología negativa como alteraciones cognitivas y emocionales, y está asociada a una discapacidad importante en el desempeño

educativo y laboral a edades tempranas, necesitando de asistencia para la inserción social y laboral, además se estima que el 50% de las personas con esquizofrenia no están recibiendo atención apropiada, lo cual aumenta el grado de deterioro de la calidad de vida de dichas personas. (OMS, Esquizofrenia)

En México se reporta que 0.7 al 1.3% de las personas cuentan con el diagnóstico de esquizofrenia, datos que son similares con el resto de las estadísticas proporcionadas a nivel global. (Guzmán, 2013) En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se obtuvo que la principal causa de internamientos se debe a síntomas psicóticos con conductas erráticas, siendo la esquizofrenia paranoide el diagnóstico número uno o el 28.28% de los casos de egreso en dicha institución, además siendo reportado como el diagnóstico principal de atención en el servicio de consulta externa. (Freyre, 2012)

Dicha enfermedad es reconocida globalmente como una condición desgastante, sobre todo el primer episodio de psicosis, el cual se presenta cuando el individuo está en un periodo de alcanzar metas personales importantes, y se ha reportado que el tiempo que pasa para que estos pacientes reciban atención es de 36 a 42 semanas. (Buchan-López, Corona-Hernández, 2019).

Es una enfermedad muy variante en cuanto a la evolución de cada paciente y puede presentar diversas recaídas por múltiples factores como un mal apego al tratamiento, estresores importantes de la vida, estresores de la vida cotidiana, el consumo de sustancias psicotrópicas, y una mala dinámica familiar con alta emoción expresada. Dichas recaídas pueden ser tan graves que provoquen un descontrol de la

sintomatología para lo cual sea necesario una hospitalización en instituciones psiquiátricas, por las alteraciones conductuales de los pacientes. (Chan SW, 2011)

Muchos pacientes no logran desarrollar una adecuada conciencia de la enfermedad, por lo cual presentan múltiples recaídas y reingresos en los hospitales psiquiátricos, algunos factores de riesgo que están involucrados en esto son la preparación y el conocimiento que tienen de la enfermedad los cuidadores primarios, así como la disponibilidad y el acceso a los servicios de asistencia adecuados. Cuando existe desconocimiento acerca de la enfermedad o un pobre soporte social, los familiares no se adaptan bien a la enfermedad del paciente lo cual ocasiona múltiples recaídas. (Chan SW, 2011)

El primer episodio psicótico se caracteriza, según el DSM V, por la presencia de síntomas psicóticos en un tiempo definido y que cumple con los criterios establecidos, dichos criterios son:

1. Dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - I. Delirios
 - II. Alucinaciones
 - III. Discurso desorganizado
 - IV. Comportamiento desorganizado o catatónico
 - V. Síntomas negativos
2. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidador personal está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio.

Además, el primer episodio psicótico también se puede dividir en episodio agudo (cuando se cumplen con los criterios), episodio en remisión parcial (cuando presenta una mejoría, pero todavía cumple algunos criterios parcialmente), episodio en remisión total (cuando los síntomas específicos no están presentes). (American Psychiatric Association, 2014)

Esta fase del primer episodio psicótico se caracteriza por ser un periodo de alto nivel de estrés, pérdidas, agresividad, conductas autolesivas incluidos intentos suicidas, y recaídas. Representa un periodo muy confuso para las familias, ya que se ven expuestos a comportamientos impredecibles, inusuales, y disruptivos, síntomas que son persistentes y difíciles de entender, además de que algunos presentan en conjunto el uso de múltiples sustancias, y comportamientos de muy alto riesgo. En respuesta a esto es común que los cuidadores de dichas personas presenten sentimientos de shock, frustración, culpa, dolor, enojo, preocupación y estigma. (Onwumere J, 2017)

Se realizó un estudio en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en la cual se observa que la mayoría de los cuidadores primarios de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia son sus madres, las cuales se dedican completamente al cuidado del paciente, y que esto complica la situación familiar tanto en el funcionamiento como en la parte económica, además se observa que la mayoría de los cuidadores presentaron datos elevados de desgaste del cuidador así como afecciones de tipo afectivas como episodios depresivos, lo cual condiciona una mala calidad de vida en los cuidadores y una evolución tórpida en el paciente con esquizofrenia. (Terán-Reyes 2011)

El rol del cuidador, especialmente durante el primer episodio psicótico, es altamente estresante, llegando a impactar negativamente en su salud, inclusive presentando episodios depresivos clínicamente significativos, siendo un desgaste similar al del personal de enfermería del área de psiquiatría, presentando alteraciones en áreas como desgaste emocional y despersonalización. Se ha reportado que hasta el 7% de los cuidadores presentan altos niveles de desgaste, en las dimensiones de desgaste emocional, despersonalización y pobre logro personal, pero también se encontró que el 78% de los cuidadores presenta nivel alto de desgaste en solo una de estas áreas. Otro factor que influye en el desgaste que presentan los cuidadores en el primer episodio psicótico es el retraso de la atención, ya que pueden tener meses o años teniendo el rol del cuidador, sin siquiera tener un diagnóstico y tratamiento para su familiar. (Onwumere J, 2017)

Muchos familiares son afectados por este nuevo rol de cuidador que se impone, reportando experimentar altos niveles de carga y angustia, esto observándose particularmente en cuidadores de personas con un primer episodio psicótico, ya que estas familias presentan un mayor nivel de angustia en comparación a familias de personas con trastornos psicóticos de larga evolución. Esto condiciona que estas familias presenten un alto nivel de emoción expresada con los pacientes, se ha observado que la percepción del cuidador en el comportamiento del paciente es uno de los factores que exacerba este tipo de conductas. La disfunción en la cognición social que presentan este tipo de pacientes puede ser un factor que dificulta la habilidad que tienen las familias de entender la enfermedad y los comportamientos

de su paciente, además de presentar dificultad para entender como sus conductas y reacciones repercuten en el paciente. (Moríñigo Á, 2013)

El cuidador es la persona clave para los enfermos crónicos, es quien los cuida, tiene a su cargo la toma de decisiones y se responsabiliza de ellos, siendo la mayoría de los casos un familiar el que toma esta responsabilidad. (Moríñigo Á, 2013)

Un cuidador primario es aquella persona, familiar o no del enfermo, que mantiene contacto humano más estrecho con ellos. Su principal función es satisfacer diariamente las necesidades físicas y emocionales del paciente, además de mantenerlo vinculado con la sociedad, lo provee de afecto, y tiene un papel importante en la reorganización, mantenimiento y cohesión de un grupo. (Barron Ramirez, 2009)

La federación mundial de salud mental ha publicado reportes apoyando la idea de que para cuidar a una persona con una enfermedad crónica se requiere esfuerzo, energía y empatía, y que indiscutiblemente esto tiene un gran impacto en la vida diaria de los cuidadores, siendo considerado como un trabajo el cual no tiene remuneración económica y que consume la mayor parte del tiempo de la persona que lo realiza. (Whiteford A. Harvey, 2013)

Se presentan muchos fenómenos diferentes durante el inicio del rol como cuidador de una persona con una enfermedad crónica, como son la negación, el miedo y la vergüenza que puede ocasionar el diagnóstico, el distanciamiento de familiares y amigos, la sobrecarga de responsabilidades, la frustración de planes futuros, y la incertidumbre del futuro, además de que con el paso del tiempo, el deterioro del

paciente puede traer más pérdidas lo cual provoca en el cuidador un estado de duelo casi permanente. (Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, 2014)

Existen diversos factores de riesgo que influyen en la disminución de la calidad de vida de los cuidadores de estos enfermos, se ha observado en algunos estudios que cuidadores con características como ser mujeres, jóvenes, con pobre nivel de educación, sin trabajo, con problemas de salud, y los padres de los enfermos tienen una menor calidad de vida, además otros factores ambientales como el grado de soporte social, la satisfacción con el servicio recibido por los especialistas, y la accesibilidad a los servicios de ayuda afectan la calidad de vida de los cuidadores. (Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, 2014)

El dedicarse a cuidar a un paciente en su propio domicilio puede provocar, a mediano o largo plazo, una alteración en el equilibrio psicofísico de la persona, aunque esta tarea se realice de manera voluntaria con amor y entrega, estos cuidadores pueden sobrecargarse y desarrollar fácilmente síntomas emocionales (ansiedad, depresión, irritabilidad, manías obsesivas y rumiaciones, ideas de culpa y paranoias, e hipocondría), síntomas psicósomáticos (insomnio, anorexia, taquicardia, dolor, síntomas gastrointestinales, fatiga crónica, alopecia), mayor facilidad para contraer enfermedades y alteraciones en la función social (pérdida de autocuidados, aislamiento, pérdida de amistades y trabajo, abandono de los otros miembros de la familia). (Moríñigo Á, 2013)

Los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas son más propensos a desarrollar síntomas depresivos en comparación con los enfermos de estas patologías, así como también se reporta una mayor experiencia de emociones

negativas como miedo, hostilidad, y tristeza; y una menor experiencia de emociones positivas. También utilizan menores estrategias para evitar dichos síntomas como realizar actividades placenteras y búsqueda de apoyo social, presentando un mayor número de conductas desadaptativas como menor sensación de autonomía y autoeficacia. (Moríñigo Á, 2013)

Se ha observado que alrededor del 40% de los cuidadores primarios sufren de síntomas depresivos, de estos solo el 25% está tomando medicamentos antidepressivos, de los cuales la mayoría no toma el medicamento de manera adecuada. Se ha reportado que el tratamiento conductual y cognitivo, y el tratamiento psicoeducativo para la resolución de problemas son buenas opciones para reducir el estrés que se genera en el cuidador. (İnanlı İ, 2020)

En la literatura se puede distinguir entre la carga subjetiva y objetiva, asociada al cuidado de un enfermo crónico, la carga objetiva se puede definir como las consecuencias de las actividades del cuidador en cuestiones como las actividades del hogar, recursos económicos, salud y tiempo libre, la carga subjetiva se define como sentimientos de enojo, culpa, pena, pérdida, los cuales afectan en mayor medida la calidad de vida de los cuidadores. (Ribé JM, 2018)

El desgaste o sobrecarga del primario suele ser provocado por la dificultad que entraña para el cuidador el cambio radical en su forma de vida y el desgaste que provoca ver como su ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y psíquicas conforme avanza la enfermedad pasando de ser un mero supervisor a ser el que procura los cuidados más básicos del paciente, este síndrome se caracteriza por agotamiento emocional, con despersonalización y baja

realización personal, y que puede evolucionar a un síndrome de burnout o cuidador quemado en el que el cuidador ha agotado sus reservas psicofísicas y se encuentra desmotivado por la situación y abúlico, con comportamientos deshumanizados. (Kupiers E, 2010)

El síndrome de Burnout se caracteriza por un desgaste emocional y físico que ocurre frecuentemente en personas que realizan labores de cuidado hacia otras personas, un aspecto fundamental en este síndrome es el incremento del nivel de desgaste emocional, así como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos acerca de las personas de las cuales se hacen cargo, y el último aspecto es una tendencia a evaluar el trabajo realizado como negativo lo cual ocasiona que los cuidadores se sientan insatisfechos con su rol como cuidador. (Kupiers E, 2010)

Algunos factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de burnout son vivir solo con el enfermo y no realizar otra actividad más que el cuidado del paciente esto aumenta hasta 4 veces el riesgo de desarrollar trastornos emocionales o psicofísicos, otros factores de riesgo son edad avanzada del cuidador, comorbilidades médicas del cuidador, no disponer de apoyo familiar cercano o relaciones interpersonales íntimas, intensidad de la sintomatología del paciente, conductas agresivas del paciente, empeoramiento nocturno del padecimiento, inaccesibilidad a los servicios de salud correspondientes, pobre disposición de centros de cuidado de día, desconocimiento del padecimiento de su familiar, y ausencia de asociaciones de ayuda para dichos pacientes. (Barron Ramirez, 2009)

En un estudio realizado en Alemania, se comparó el síndrome de desgaste entre familiares de personas con enfermedades mentales y enfermeras especializadas en

pacientes psiquiátricos, en dicho estudio se aplicó el inventario de Burnout de Maslach y se documentó que no existe diferencia entre el desgaste que presentan los familiares y el personal de enfermería, teniendo puntajes similares en las tres áreas estudiadas por el inventario de Maslach, además de que se encontró que un cuarto de los familiares de estos pacientes presentan síndrome de burnout similar al que presenta el personal de enfermería. (Angermeyer MC, 2006)

El inventario de Burnout de Maslach se diseñó para evaluar las diversas áreas que componen el síndrome de burnout. Dicho inventario consiste en 25 ítems, los cuales se valoran en frecuencia, con rango del 1 al 6, e intensidad, con rango del 1 al 7, en ambas se pueden responder con 0 en caso de no haber presentado lo preguntado en las 25 preguntas. Este inventario se divide en subescalas, las cuales abarcan el desgaste emocional, dicha subescala consiste en 9 ítems en los cuales se describen sentimientos de estar emocionalmente cansado por el trabajo. La subescala de Despersonalización consiste en 5 ítems que describen un sentimiento de desapego y despersonalización del trato hacia la persona que se cuida. Entre más alto puntaje se obtenga en dichas subescalas es mal alto el grado de desgaste que experimentan los cuidadores. La subescala de logros personales consiste en 8 ítems que describen el sentimiento de competencia y satisfacción del trabajo como cuidador, a diferencia de las otras dos subescalas entre menor sea el puntaje de esta escala, es mayor el grado de desgaste del cuidador. (Maslach C, Jackson Susan E, 1981)

5. Metodología

A. Justificación

El que una persona curse con un primer episodio psicótico implica mucho estrés e incertidumbre, ya que es algo nuevo que genera muchos problemas en todas las áreas de la vida, esto no solo para el paciente, también el familiar presenta estos sentimientos y al no observar mejoría puede llegar a desesperarse por la situación.

Al estar atendiendo a estos pacientes en un hospital psiquiátrico se observa el sufrimiento y desesperación de los familiares al momento de solicitar la atención de primera vez y también, la dificultad que tienen de entender la situación, ya que implica cambios muy importantes en su vida, por lo cual es importante atenderlos y buscar que sean capaces de llevar el proceso de adaptación de manera adecuada con la finalidad de mejorar la evolución de ambos, paciente y familiar.

Se ha documentado que los familiares de pacientes con un primer episodio psicótico presentan datos importantes desgaste del cuidador.

Se decide utilizar el inventario de burnout de Maslach debido a que este inventario nos indicaba de una manera más precisa que área de desgaste se encuentra más afectada, a diferencia de la Escala de sobrecarga de Zarit, que solo nos indica si existe sobrecarga o no, y además se logrará describir de mejor manera el tipo de desgaste que presentan los familiares de estos pacientes.

Con dicha información se propondrá el inicio de grupos de psicoeducación especializados para estos familiares en particular, para lograr una mejora en la calidad de vida tanto del familiar como del paciente.

B. Planteamiento del problema

Es importante detectar datos de desgaste del cuidador, durante el primer episodio psicótico, ya que al tratarlos a tiempo se obtiene una mejor evolución del padecimiento del paciente y una mayor calidad de vida del familiar.

En el caso de encontrar con familiares con datos de desgaste importante o quienes se encuentren con sintomatología depresiva y ansiosa se canalizarán al servicio de psiquiatría o psicológica, según sea necesario, para iniciar un seguimiento de sus síntomas.

C. Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de desgaste del cuidador en familiares de paciente con un primer episodio psicótico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

6. Objetivos

A. Objetivo General

Obtener la frecuencia de desgaste del cuidador en familiares de pacientes con un primer episodio psicótico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

B. Objetivos específicos

- a. Describir las características sociodemográficas de los familiares de pacientes con un primer episodio psicótico
- b. Identificar las áreas de desgaste de los familiares

7. Hipótesis

Hi: Los familiares de pacientes con un primer episodio psicótico presentan desgaste del cuidador en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

8. Definición de las variables

Tabla 1. Definición de Variables

Variable	Definición Conceptual	Dependencia	Tipo de Variable	Unidades categóricas
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Cuantitativa	Independiente	Años cumplidos
Género	es el conjunto de características de los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética	Cualitativa	Independiente	Masculino Femenino
Escolaridad	Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender,	Cualitativa Nominal	Dependiente	Ninguna, Primaria, Secundaria, Preparatoria, Licenciatura, Post grado
Estado Civil	la situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas	Cualitativa	Dependiente	Soltero, Casado, Unión Libre, Divorciado, Viudo
Ocupación	es una actividad, a menudo regular y a menudo realizada a cambio de un pago.	Cualitativa Nominal	Dependiente	Actividad que realiza

Religión	conjunto de creencias y costumbres fundamentadas en la divinidad con la capacidad de regir la vida de las personas que la sigue	Cualitativa	Dependiente	Religión que profesa
Parentesco	vínculos, reconocidos jurídicamente, entre miembros de una familia	Cualitativa	Independiente	Padre, Madre, Hermano, Tíos, Abuelos
Desgaste del cuidador	este síndrome se caracteriza por agotamiento emocional, con despersonalización y baja realización personal, y que puede evolucionar a un síndrome de burnout o cuidador quemado	Cualitativa Nominal	Dependiente	Si existe o no desgaste del cuidador
Desgaste emocional	es un estado al que se llega por sobrecarga de esfuerzo psíquico.	Cualitativa Nominal	Dependiente	Si existe desgaste emocional o no
Despersonalización	Sensación persistente de observarse a sí mismo desde fuera del cuerpo o tener la sensación de que lo que nos rodea no es real.	Cualitativa Nominal	Dependiente	Si existe despersonalización o no
Logros personales	la conquista efectiva y satisfactoria de aquellos intereses particulares que se intentan conseguir para así satisfacer deseos o anhelos propios.	Cualitativa Nominal	Dependiente	Si hay alteración de logros personales o no

9. Muestra y Muestreo

A. Muestreo simple consecutivo captando a los familiares de pacientes que cursen con un primer episodio psicótico en el servicio de triage del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo de Marzo a Mayo de 2022.

B. Criterios de Selección

- Inclusión:
 - Familiares de pacientes con un primer episodio psicótico
 - Familiares que pueden comprender el inventario aplicado
 - Familiares que sean mayores de edad
 - Familiares que acepten participar y firmen el consentimiento informado
- Exclusión:
 - Familiares que no vivan con el paciente
- Eliminación:
 - Familiares que no completen el inventario de burnout de Maslach o sea incomprendible
 - Familiares que deseen abandonar el protocolo de estudio

10. Diseño de Estudio

Se realizará un estudio transversal de tipo observacional y descriptivo

Instrumento de Medición:

I. Inventario de Burnout de Maslach

Este inventario con sus 25 ítems evalúa los tres aspectos fundamentales que caracterizan al síndrome de burnout, los cuales son el desgaste emocional, la despersonalización y la realización personal, se evalúan con un puntaje mayor a 26 en el apartado de desgaste emocional, puntaje mayor a 9 en el apartado de despersonalización y un puntaje menor a 34 en el apartado de realización personal, lo cual nos ayuda a determinar si los cuidadores presentan el síndrome de desgaste del cuidador. Es un instrumento autoaplicable, el cual se puede aplicar durante la entrevista clínica con los familiares. Se han realizado diversos estudios para validar dicho instrumento en la población mexicana, en 2011 aplicaron la escala en 276 profesionales de la salud, obteniendo como resultado que el síndrome de Burnout está compuesto por las tres variables que presenta la escala, y que dichas variables se evalúan con confianza por el inventario (Hernández, 2011). Otro estudio de validación del inventario de Maslach, en 2016, reporta que el inventario de Maslach en los apartados de Agotamiento emocional y falta de realización presenta valores adecuados de confiabilidad, pero en la subescala de Despersonalización puede presentar variaciones en cuanto a los resultados, siendo confiables en algunas personas y en otras no tan confiables (Aranda Beltrán, 2016).

11. Procedimiento y recolección de datos

- a. Se realizó protocolo y fue revisado en múltiples ocasiones hasta ser aprobado por el comité de investigación y ética.

- b. Su buscó a familiares de pacientes que cursen con un primer episodio psicótico en el servicio de Triage del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo de Marzo a Mayo de 2022.
- c. Se aplicó el inventario de Burnout de Maslach a los familiares que cumplan con los criterios de inclusión y deseen participar.
- d. Se descargó en una base de datos toda la información recaba.
- e. Se procesaron los datos registrados en la base de datos.
- f. Se redactó la parte final con los resultados.

12. Consideraciones Bioéticas

Según la Ley General de salud e investigación esta investigación se considera sin riesgo dado que no colecta información personal ni sensible.

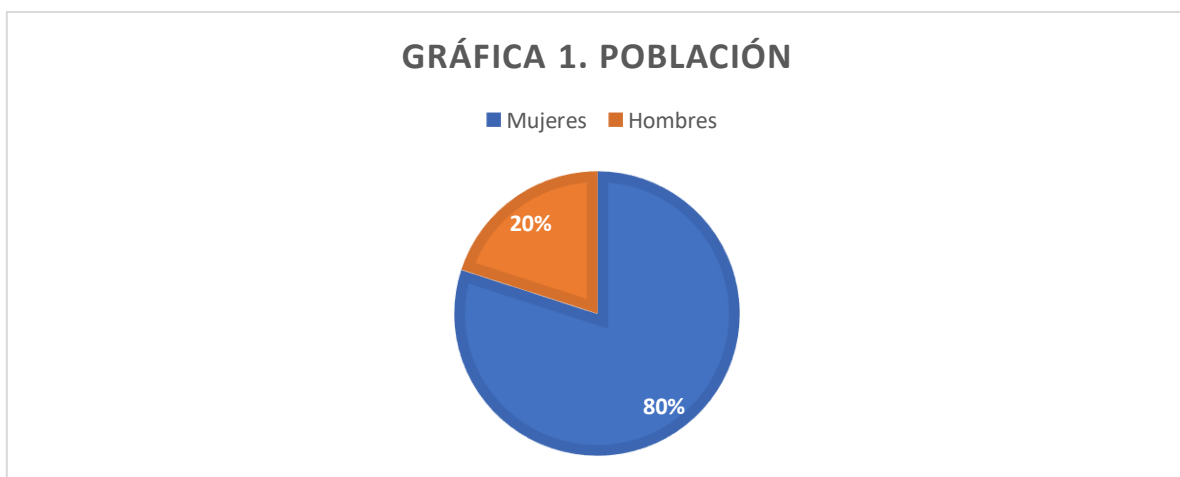
La investigación no tuvo costo para el paciente ni los familiares. Fue auspiciada por el investigador principal. Pretendiendo que se pueda anexar una nota de los resultados en el expediente y cuando se encontró un puntaje compatible con sobrecarga (Burnout), se habló con el familiar proponiendo que fuera valorado para revisión en el área de triage psiquiátrico, determinando si era candidato a inicio de tratamiento psiquiátrico, psicoterapéutico o médico según fuera la necesidad. Siendo este último el beneficio propuesto a los participantes.

13. Análisis estadístico

Se realizó una base de datos en Excel y se aplicaron pruebas de estadística descriptiva; como son porcentajes y frecuencia de familiares que presentan Síndrome de desgaste del cuidador, además se reportó la prevalencia de los tipos de desgaste que se encontraron en la aplicación de los inventarios, y se describirán las características sociodemográficas de los familiares a los cuales se les aplicó el inventario.

14. Resultados

Se recolectó la muestra del estudio en el periodo de Marzo a Mayo de 2022 en el servicio de triage del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, 40 familiares de pacientes cumplían con los requisitos de inclusión, de dichos familiares 32 (80%) son mujeres y 8 (20%) hombres, siendo la mediana de edad de 46 años, se encontró que 4 (10%) personas presentaban edad mayor a 60 años. Grafica 1.



En cuanto al parentesco del cuidador se reportó que la mayoría, 17 cuidadoras, son las madres (42.5%), seguido de 11 hermanos (27.5%), 4 padres (10%), 3 tías (7.5%),

2 abuelas (5%), 1 esposo (2.5%), 1 suegra (2.5%), 1 cuñada (2.5%). El estado civil de los cuidadores se reportó como 21 son casados (52.5%), 8 solteros (20%), 5 en unión libre (12.5%), 5 divorciados (12.5%), 1 viuda (2.5%). En cuanto a su ocupación las más frecuentes fueron 17 amas de casa (42.5%) y 17 empleados generales (42.5%), 2 campesinos (5%), 2 comerciantes (5%), 1 desempleado (2.5%). El máximo grado escolar alcanzado se reportó como 18 terminaron la preparatoria (45%), 12 la secundaria (30%), 7 la primaria (17.5%), 1 la licenciatura (2.5%) y 2 no sabían leer ni escribir (5%). En la religión practicada se reportó que 28 son católicos (70%), 6 cristianos (15%), 2 creyentes (5%), 1 evangelista (2.5%) y 3 no practicaban ninguna religión (7.5%). En cuanto al domicilio se observó que la mayoría son provenientes de la Ciudad de México (47.5%), seguido del Estado de México (23.5%), después Guerrero (10%), finalmente Hidalgo, Puebla, Morelos y Quintana Roo con el mismo porcentaje de población 2.5%.

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los cuidadores a los que se les aplicó el inventario.

Tabla 2. Característica Sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con primer episodio psicótico en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

<i>Variable</i>	Mujer N=32*	Hombre N=8
<i>Edad</i>	47 años (35 – 69)	44 años (28 – 59)
Estado Civil		
<i>Soltero/a</i>	6	2
<i>Casado/a</i>	16	5
<i>Unión Libre</i>	4	1
<i>Divorciado/a</i>	5	-
<i>Viudo/a</i>	1	-

Parentesco		
<i>Padre/Madre</i>	17**	4
<i>Hermano/a</i>	8	3
<i>Tío/a</i>	3	-
<i>Abuelo/a</i>	2	-
<i>Esposo/a</i>	-	1
<i>Suegro/a</i>	1	-
<i>Cuñada/o</i>	1	-
Ocupación		
<i>Ama de Casa</i>	17***	-
<i>Empleado/a</i>	12	5
<i>Campesino/a</i>	-	2
<i>Comerciante</i>	2	-
<i>Jubilado/a</i>	1	-
<i>Desempleado/a</i>	-	1
Escolaridad		
<i>No lee ni escribe</i>	2	-
<i>Primaria</i>	4	3
<i>Secundaria</i>	11	1
<i>Preparatoria</i>	14****	4
<i>Licenciatura</i>	1	-
Religión		
<i>Católico/a</i>	21	7
<i>Cristiano/a</i>	6	-
<i>Creyente</i>	2	-
<i>Evangelista</i>	-	1
<i>Ninguna</i>	3	-
Domicilio		
<i>CDMX</i>	15	4
<i>Edo. México</i>	9	4

<i>Guerrero</i>	4	-
<i>Hidalgo</i>	1	-
<i>Morelos</i>	1	-
<i>Puebla</i>	1	-
<i>Quintana Roo</i>	1	-

Se observan las características demográficas de los familiares participantes encontrándose que la mayoría de los cuidadores son mujeres*, madres**, amas de casa***, con educación preparatoria****.

De estos datos se encontró que el perfil más común de los cuidadores, 10 (25%), son las madres, que se encuentran casadas y que laboran como amas de casa, recibiendo la mayoría sustento económico de otras fuentes.

En cuanto a los datos de desgaste se reporta que 27 cuidadores presentaron datos de desgaste en algún área (67.5%), 26 cuidadores presentaron disminución en los logros personales (65%), 19 presentaron desgaste emocional (47.5%), 9 despersonalización (22.5%), y 7 presentaron desgaste del cuidador (17.5%). Solo 13 familiares no presentaron ningún dato de desgaste (32.5%). En la tabla 2 se puede observar los porcentajes de desgaste. Tabla 3.

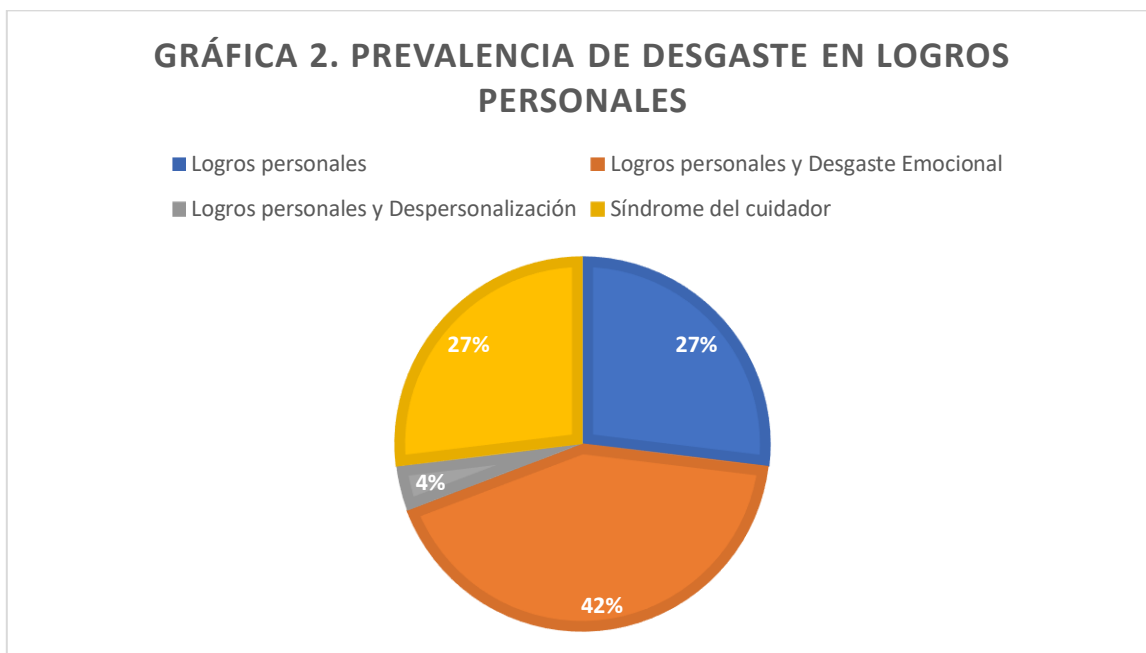
Tabla 3. Tipos de desgaste y frecuencia con la que se presentan en los cuidadores

Desgaste en algún área	Con Desgaste	Sin Desgaste
<i>Cuidadores</i>	27 (67.5%)*	13 (32.5%)
Logros personales	Con Desgaste	Sin Desgaste
<i>Cuidadores</i>	26 (65%)	14 (35%)

Desgaste emocional	Con Desgaste	Sin Desgaste
<i>Cuidadores</i>	19 (47.5%)	21 (52.5%)
Despersonalización	Con Desgaste	Sin Desgaste
<i>Cuidadores</i>	9 (22.5%)	31 (77.5%)
Desgaste del Cuidador	Con Desgaste	Sin Desgaste
<i>Cuidadores</i>	7 (17.5%)**	33 (82.5%)

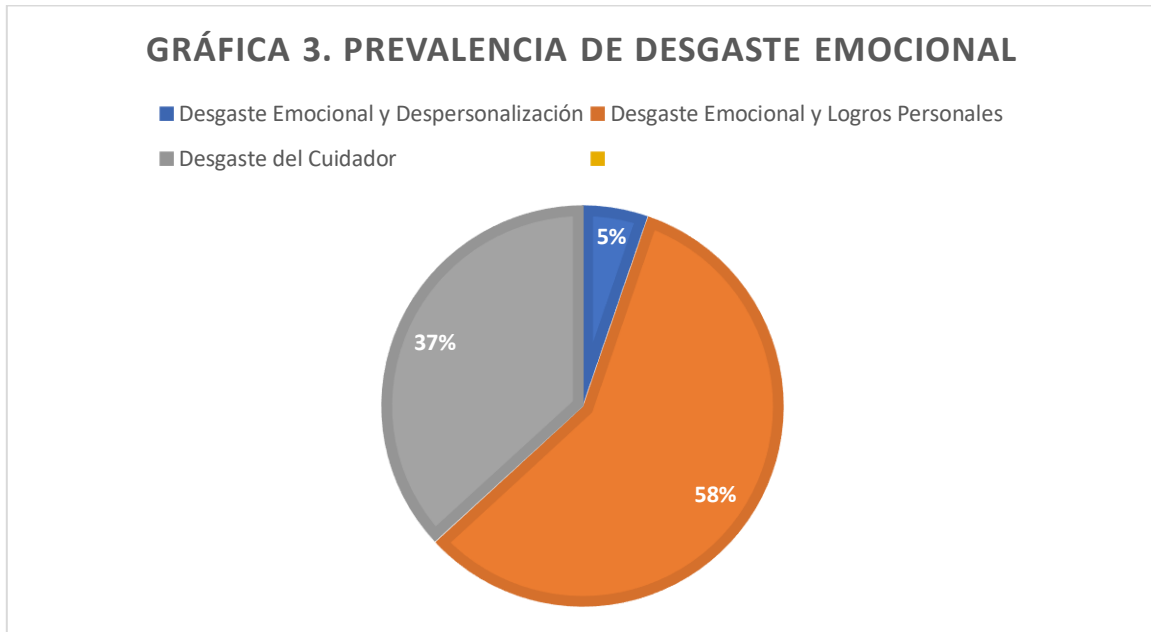
Se reporta que 67.5% (27) de los familiares que respondieron la escala cuenta con desgaste en algún área que compone el síndrome de desgaste del cuidador y el 17.5% (7) presentan el síndrome de desgaste del cuidador.

De los 26 cuidadores que presentaron disminución en el área de logros personales, 7 (26.9%) solo presentaron desgaste en esa área, 11 (42.3%) presentaron desgaste en esta área y desgaste emocional, 1 (3.84%) presentó disminución de logros personales y despersonalización y 7 (26.9%) presentaron desgaste en las tres áreas lo cual se traduce como síndrome de desgaste del cuidador. Gráfica 2.



Los 19 cuidadores que presentaron desgaste emocional, 1 cuidador presentó desgaste emocional y despersonalización (5.26%), 11 presentaron desgaste

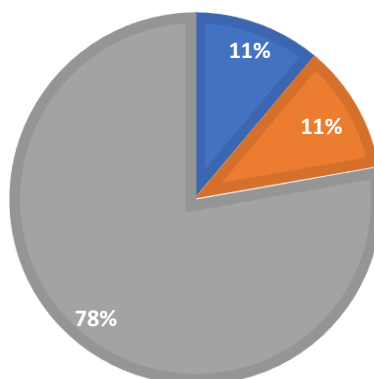
emocional y disminución en logros personales (57.8%), y 7 presentaron desgaste en las tres áreas (36.8%). Gráfica 3



Los 9 cuidadores que presentaron despersonalización, 1 (11.1%) presentó despersonalización y desgaste emocional, 1 (11.1%) presentó disminución en los logros personales y despersonalización, y 7 (77.7%) presentaron alteración en las tres áreas. Gráfica 4.

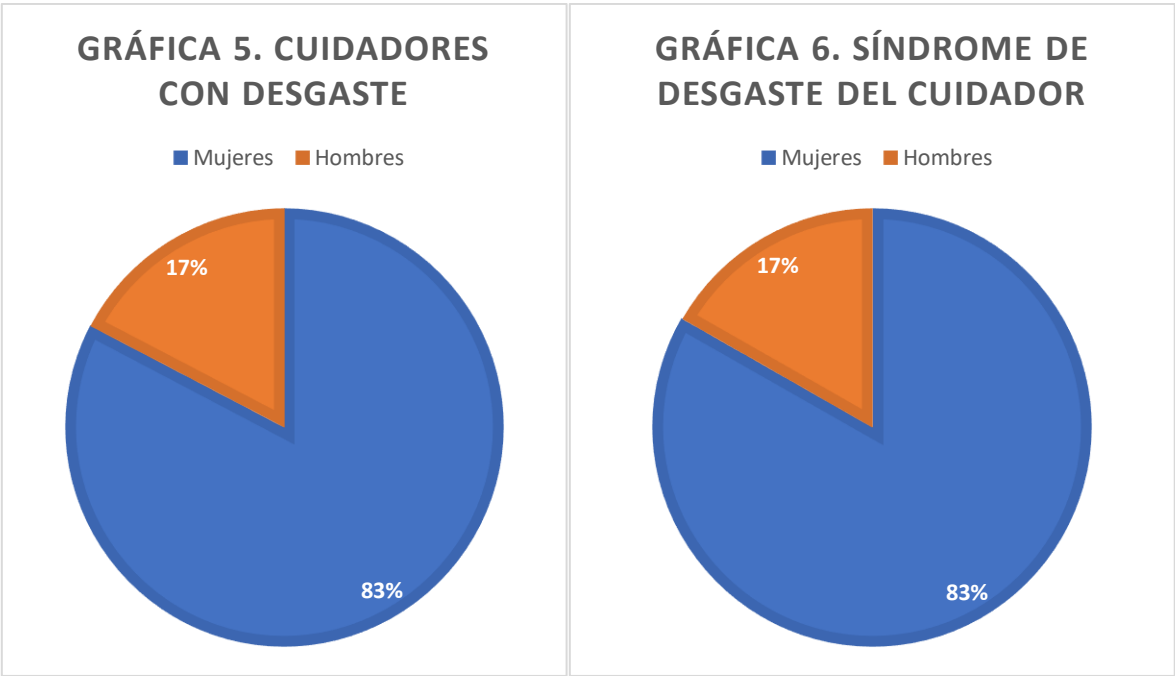
GRÁFICA 4. PREVALENCIA DE DESPERSONALIZACIÓN

■ Despersonalización y Desgaste Emocional ■ Despersonalización y Logros Personales
■ Desgaste del Cuidador



Se pudo detectar que los primeros datos de desgaste se observan en el área de logros personales, 17.5% cuidadores resultaron con desgaste solo en el área de logros personales, a diferencia de las otras áreas en las que no se presentó desgaste únicamente en esas áreas, sino que se acompañó de desgaste.

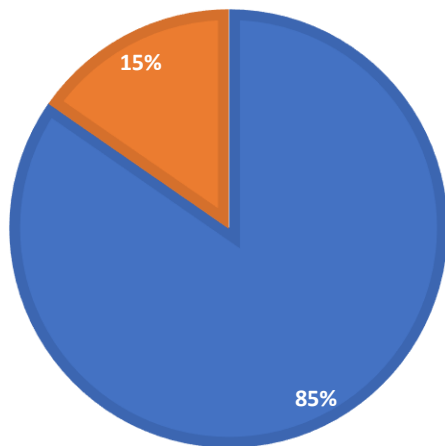
En cuanto a los 27 cuidadores que presentan desgaste 23 son mujeres (85.1%) y 4 hombres (17.8%), indicándonos que de la población total de la muestra el 50% de los hombres y el 71.8% de las mujeres presentan desgaste en algún área, y de los 7 cuidadores que presentan el síndrome de desgaste del cuidador 6 son mujeres (85.7%) y 1 es hombre (17.2%). Gráfica 5 y Gráfica 6.



Comparando los datos de desgaste entre la población de mujeres y hombres se puede observar que en el área Logros personales de los 26 afectados, 22 son mujeres (84.6%) y 4 son hombres (15.3%), en el área de desgaste emocional de los 19 afectados, 16 son mujeres (84.2%) y 3 hombres (15.7%), y en el área de despersonalización de los 9 afectados 8 son mujeres (88.8%) y 1 hombre (11.1%), observándose que las mujeres son las más afectadas en todos los rubros de desgaste del cuidador. Gráfica 7, Gráfica 8 y Gráfica 9.

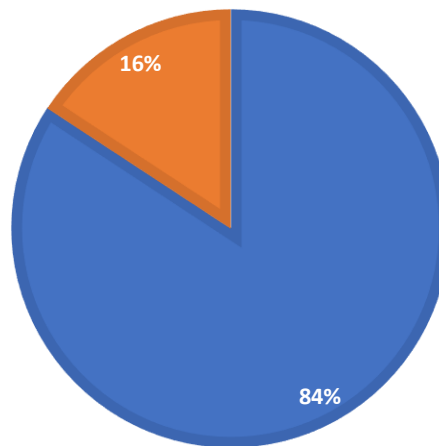
GRÁFICA 7. DESGASTE LOGROS PERSONALES

■ Mujeres ■ Hombres



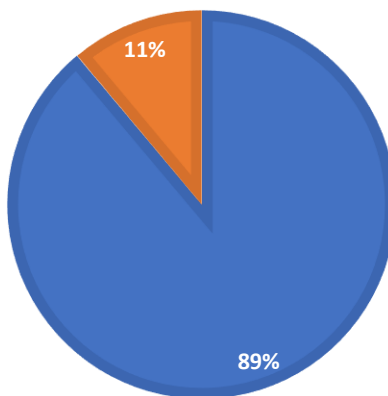
GRÁFICA 8. DESGASTE EMOCIONAL

■ Mujeres ■ Hombres

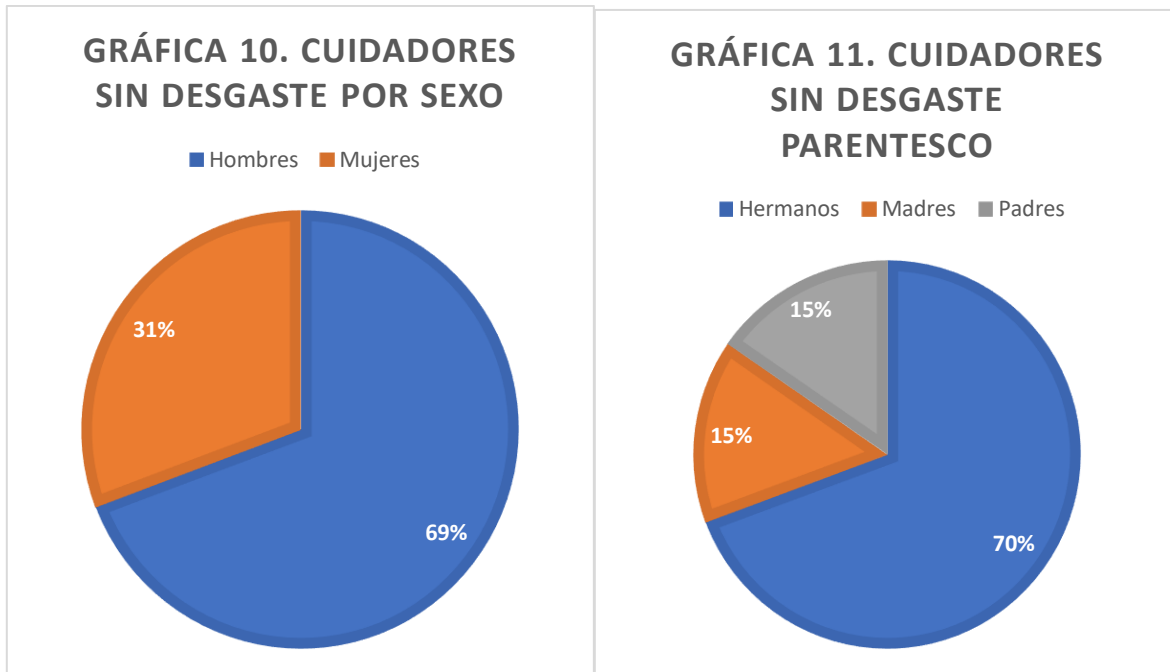


GRÁFICA 9. DEPERSONALIZACIÓN

■ Mujeres ■ Hombres



Fueron 13 (32.5%) los cuidadores que no presentaron ningún dato de desgaste, 9 son mujeres (69.2%) y 4 hombres (30.7%), de estos se encontró que la mayoría de estos son los hermanos, siendo 9 (69.2%) de cuidadores que no presentaron ningún dato de desgaste, el resto fueron 2 padres (15.3%) y 2 madres (15.3%). Gráfica 10 y Gráfica 11.



15. Discusión

En la investigación se pudo comprobar que los cuidadores de pacientes con primer episodio psicótico presentan datos de desgaste del cuidador, incluso algunos lo presentan el síndrome completo en la primera valoración del paciente (Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, 2014). Se encontró que de las tres áreas que componen este síndrome, el área más afectada es la de logros personales seguida del área emocional y siendo el área menos afectada la despersonalización, está encontrándose alterada cuando la mayoría se encuentra cursando con el síndrome completo.

Se menciona en otros estudios que el ser cuidador primario de un paciente con una patología psiquiátrica crónica ocasiona un grado similar de cansancio al que presentan el personal de enfermería (Angermeyer MC, 2006). Se pudo comprobar en este estudio que los cuidadores presentan esta condición con las mismas

similitudes que el personal de atención de salud mental, con puntajes altos en el inventario de Maslach, lo cual nos debe hacer ver al rol de cuidador primario como un trabajo de cualquier otro tipo y así como estos empleos este nuevo rol puede llegar a ocasionar altos grados de estrés provocando disfunción.

Como mencionan en estudios previos de cuidadores de nuestra institución el rol de cuidador primario es adoptado la mayor parte del tiempo por las madres de los pacientes, y la mayoría de ellas solo dedicándose al hogar y al cuidado del familiar enfermo (Terán-Reyes 2011). Se observó también, que los cuidadores que presentaban el síndrome de sobrecarga del cuidador la mayoría eran mujeres en la mayor parte de los casos las madres y que tanto las que realizan actividades del hogar como las que realizan alguna otra actividad fuera del hogar presentan esta condición por parte del cuidador.

Otro dato relevante fue la mediana de edad de los cuidadores la cual es de 46 años, siendo esta una edad en donde son productivos en diversas áreas de su vida y que todavía son muchos los años que pueden tener actividades productivas, implicando que al transformarse en un cuidador primario de un paciente con una enfermedad crónica se agrega una nueva actividad la cual aumenta el grado de estrés y puede provocar síntomas depresivos o ansiosos. Referente a la edad de los cuidadores otro dato importante que se encontró es que el 10% de los cuidadores de pacientes con primer episodio psicótico son personas mayores de edad, los cuales por la edad tienen necesidades diferentes en cuanto a la atención médica y la productividad, siendo esta una población con múltiples comorbilidades la cual se puede llegar a complicar por las implicaciones de ser cuidador primario de otra persona. Se

identificó que no se encontraron cuidadores entre el rango de edad de 18 a 27 años lo cual nos indica que dichas personas no toman el rol de cuidador en las familias, se encontró un cuidador de 28 años, pero no se encontraron otros cuidadores hasta la edad de 35 años lo cual puede indicarnos que solo en ciertos casos el rango de edad más joven está involucrado en estos cuidados.

De los 13 cuidadores que no presentaron ninguna alteración en las diversas áreas del síndrome, se observó que la mayoría de esta población son los hermanos y que la mayoría de ellos tienen mayor grado de estudios y otra ocupación diferente a la del cuidado, viendo que ellos presentan más apoyo por otros familiares lo cual ayuda a disminuir la carga de trabajo por ser el cuidador primario.

Algunas limitantes del estudio es que para llegar a solicitar atención al servicio de triage del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez los familiares esperaban hasta que no podían controlar la conducta de los pacientes lo cual implicaba que a pesar de ser un primer episodio psicótico dejaban esperar algunos meses sin acudir a valoración esperando una resolución espontánea de los síntomas lo cual implicaba una frustración importante. Otra limitación fue el número de muestra ya que una cantidad importante de pacientes acuden a valoración con diversos diagnósticos y tratamientos que no han tenido una buena respuesta siendo el Hospital Psiquiátrico el último recurso para la solución de sus problemas. A pesar de las limitaciones se encontraron resultados similares a los reportados en otros estudios de cuidadores de pacientes con primer episodio psicótico. (Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, 2014).

16. Conclusión

El primer episodio psicótico es un periodo de estrés y cambios importantes tanto para los pacientes como para los familiares el cual si no es atendido oportunamente puede desencadenar desgaste en diferentes áreas del familiar lo cual puede terminar en un síndrome de desgaste del cuidador en los primeros años de evolución del padecimiento del paciente.

El presente estudio fue pensado precisamente porque este instrumento suele aplicarse en forma frecuente hacia cuidadores primarios formales, describiendo cada una de las subáreas de la sobrecarga del cuidado de un paciente en instituciones. Sin embargo es muy relevante destacar que, a diferencia del cuidado que se da a todos los familiares que asisten a una persona con una o muchas discapacidades (como hace un par de décadas en Europa se comenzó a gestionar el apoyo de la población ante la inversión de la pirámide poblacional, donde incluso hasta les era dada una remuneración económica por el gobierno así como apoyo para cuidar de forma correcta con cursos de asistencia médica básica, que en nuestro país se definiría como un curso de primeros auxilios), en nuestro país además de deslindarse de dicha responsabilidad, los familiares cuentan con una escolaridad básica y vulnerabilidad económica así como con la exigencia de cumplir cabalmente con sus demás responsabilidades del hogar y trabajo, se enfrentan a cargar con el estigma de asistir y supervisar a un paciente con una enfermedad mental.

Se observó que el perfil más común de los cuidadores en este estudio son las mujeres, casadas y que son madres de los pacientes, encontrándose que el desgaste en los logros personales es la primera área afectada, seguido del desgaste emocional y, por último, la despersonalización, se observó que al llegar a presentar alteraciones en esta área la mayor parte de las personas ya cuenta con un síndrome de desgaste del cuidador.

No se identificaron cuidadores jóvenes, siendo el más joven de 28 años, lo que nos puede indicar que este rol de cuidador se ve impuesto hasta edades más avanzadas como los 46 años que fue la media de edad del estudio, además se identificó que los hermanos también toman el rol de cuidador, pero con una frecuencia más baja, pero que al ser ellos los cuidadores presentan menos datos de desgaste del cuidador.

Al no ser manejado de manera adecuada llega a producir cuadros de desgaste similares a los del personal de atención de salud mental, por lo cual es importante investigar estos síntomas en los cuidadores de pacientes con psicosis aunque sea el primer episodio ya que desde el inicio del padecimiento se presentan datos de desgaste que al no ser atendidos de manera oportuna pueden generar un síndrome de desgaste del cuidador que entorpezca la evolución de la psicosis ocasionando que los familiares no puedan realizar sus actividades de manera adecuada y que presenten complicaciones tanto para la salud del paciente como la de los familiares de este.

La psicosis en sus diversas variantes es la enfermedad psiquiátrica que es reconocida por la colectividad como sinónimo de la locura en el ser humano. Por

ello consideramos prudente iniciar con esta sensibilización de cuidar al cuidador. Siendo la escala seleccionada, completa para describir los rubros afectados en cada cuidador. Esto nos permitirá en un futuro dar un abordaje y escucha más individualizado y cuidar tanto su salud emocional como la preservación de su identidad a través de conservar metas, trabajo, objetivos personales, sin llegar a co-depender de su paciente y descuidarse en todos los aspectos. Y porque no, en un mundo utópico, generar programas de apoyo desde las primeras evaluaciones de los pacientes con un primer episodio psicótico para poder vigilar al paciente y acompañar de una manera compasiva al cuidador.

Finalmente, como perspectiva; Se sugiere en próximas investigaciones evaluar la red de apoyo de los pacientes y los cuidadores, ya que es un factor importante en el grado de desgaste que pueden llegar a presentar, además sería necesario valorar el desgaste en servicios de atención de primer nivel, ya que a pesar de ser un primer episodio de psicosis muchos de ellos contaban con valoraciones previas por parte de diversos servicios médicos.

17. Bibliografía

- a. Angermeyer, M. C., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., & Kopf, A. (2006). Burnout of Caregivers: A Comparison Between Partners of Psychiatric Patients and Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(4), 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2005.12.004>
- b. Aranda Beltrán, Carolina, Pando Moreno, Manuel, & Salazar Estrada, José Guadalupe. (2016). Confiabilidad y validación de la escala

- Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Revista Salud Uninorte*, 32(2), 218-227. Retrieved July 04, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000200005&lng=en&tlng=es.
- c. Autores, V. (2020). *Dsm-5. Manual De Diagnóstico Diferencial (Incluye Versión Digital)* (1.a ed.). Editorial Médica Panamericana, S.A. De C.V.
 - d. Barrón B. S., Alvarado S. (2009). Desgaste físico y emocional del cuidador primario en Cáncer. *Cancerología* 4. 39-46
 - e. Hay medio millón de esquizofrénicos en México, la mitad no recibe tratamiento adecuado. (2013). *Boletín UNAM-DGCS-655*. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013_655.html
 - f. Buchan R, Corona F. (2019). Duración de la psicosis no tratada en una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. *Sal Jal*. 6:38-47.
 - g. Caqueo-Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 15(4), 719–724. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-4629-2>
 - h. Chan S. W. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 25(5), 339–349. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.008>
 - i. Freyre J, Castañeda C. J. (2012). Aspectos epidemiológicos de la práctica hospitalaria en México: la morbilidad atendida en el Hospital

- Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 2003-2010. *Rev Latinoam Psiquiatría* 2012, 11 (3), 90-96.
- j. Hernández, C. I., Llorens, S., Rodríguez, A. M. (2011). Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Fòrum de recerca*, 16, 837-846
- k. İNanlı, K., Çalışkan, A. M., Tanrikulu, A. B., Çiftci, E., Yıldız, M. A., Yaşar, S. A., & Eren, B. (2020). Affective temperaments in caregiver of patients with bipolar disorder and their relation to caregiver burden. *Journal of Affective Disorders*, 262, 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.028>
- l. Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 196(4), 259–265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070466>
- m. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- n. Moríñigo, N. (2013). Caregiving to People With Dementia: “Better Dementia Caregiving For A Better Future Society”. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.007>
- o. Onwumere, J., Lotey, G., Schulz, J., James, G., Afsharzadegan, R., Harvey, R., Chu Man, L., Kuipers, E., & Raune, D. (2015). Burnout in early course psychosis caregivers: the role of illness beliefs and coping

- styles. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(3), 237–243.
<https://doi.org/10.1111/eip.12227>
- p. Onwumere, J., Sirykaite, S., Schulz, J., Man, E., James, G., Afsharzadegan, R., Khan, S., Harvey, R., Souray, J., & Raune, D. (2018). Understanding the experience of “burnout” in first-episode psychosis carers. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 19–24.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.02.003>
- q. Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., & Cleris, M. (2017). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(1), 25–33.
<https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1360500>
- r. Teran Reyes, Gerardo. (2012). "Depresión y sobrecarga del cuidador de pacientes esquizofrenicos en el Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Álvarez". (Trabajo de grado de especialización). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/185492>
- s. Tomlinson, E., Onwumere, J., & Kuipers, E. (2013). Distress and negative experiences of the caregiving relationship in early psychosis: does social cognition play a role? *Early Intervention in Psychiatry*, 8(3), 253–260. <https://doi.org/10.1111/eip.12040>
- t. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns,

- N., Burstein, R., Murray, C. J. L., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- u. Who.int. 2022. Esquizofrenia. [online] Available at: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>> [Accessed 5 July 2022].
- v. Wilson Astudillo Alarcón (col.), Carmen Mendinueta Aguirre (col.), Edgar Astudillo-Alarcón (col.). (2002). Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. niversidad de Navarra, EUNSA. Ediciones Universidad de Navarra, S.A.

18. Anexos

Ciudad de México a 06 de Agosto del 2021

DR. RICARDO MORA DURÁN

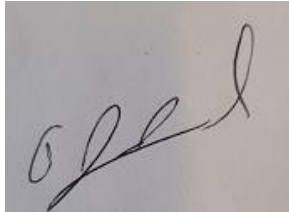
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **Eduardo Jiménez García**, 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. Alicia Juliana Peláez Sierra
Médico Adscrito del Servicio de UCEP

Ciudad de México a 06 de Agosto del 2021

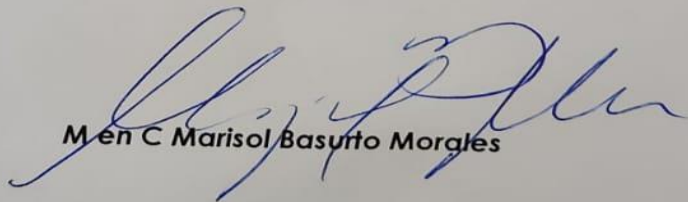
DR. RICARDO MORA DURÁN
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **Eduardo Jiménez García**, 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


M en C Marisol Basurto Morales

1. 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 Edardo Jimenez Garcia 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 manejare 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.

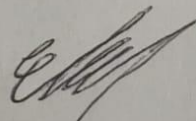
Por la presente acepto y estoy de acuerdo con las condiciones y provisiones contenidas en este documento, a sabiendas de las responsabilidades legales en las que pudiera incurrir por un mal manejo y desempeño en la honestidad y profesionalismo en el desarrollo de mi trabajo.

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

LUGAR Y FECHA: CDMX a 30 de Junio de 2022

NOMBRE Y FIRMA:

Edardo Jimenez Garcia



Carta de autorización al Jefe del Servicio de urgencias

Ciudad de México a 01 de Abril del 2022.

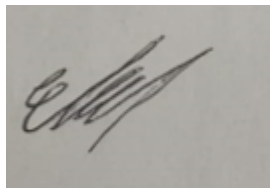
Dra. Juana Ramírez Rivas
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: **Prevalencia de desgaste del cuidador en familiares de pacientes con primer episodio psicótico en el Hospital Fray Bernardino Álvarez**

Durante un período de **2 meses** a partir de **Abril 2022 a Mayo 2022**. El cual se evaluará con entrevista neuropsiquiátricas, estudios de laboratorio y realización del **Inventario de Burnout de Maslach**.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

A t e n t a m e n t e



Dr. Eduardo Jiménez García

Médico Residente de 4to año

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y, en ningún caso, accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

		Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
		0	1	2	3	4	5	6
1	EE							
2	EE							
3	EE							
4	PA							
5	D							
6	EE							
7	PA							
8	EE							
9	PA							
10	D							
11	D							
12	PA							
13	EE							
14	EE							
15	D							

16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

CORRECCIÓN DE LA PRUEBA

Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

La conforman los ítems 1, 3, 4, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por el sujeto.

Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

Se considera que las puntuaciones del MBBI son bajas entre 1 y 33, media entre 34 y 66 y alta entre 67 y 99.

Aunque no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de burnout, puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome.

Aunque también el punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios: En la subescala de Agotamiento Emocional (EE) puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos o muy bajos. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alta, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja realización personal, de 34 a 39 intermedia y, superior a 40, sensación de logro.

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 2022.

Protocolo:

Registrado ante el Comité de Investigación con número: _____

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

Nombre del investigador principal:

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:

Firma de Consentimiento/Asentimiento
el Procedimiento

Firma de quien Explicó

Testigo

Testigo

Comité de Investigación