

Evaluación de la psicopatología y calidad de vida en una muestra de cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia

Dra. Beatriz Cerda De la O,* Dr. Alejandro Díaz Anzaldúa,** Dr. Mauricio Leija Esparza,***
Dra. Adriana Díaz Anzaldúa****

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de psicopatología y calidad de vida de cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia. En caso de que el cuidador primario sea un progenitor, comparar distintas variables de acuerdo al género del cuidador.

Material y métodos: Se reclutó una muestra de 48 cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia, algunos de ellos padres de los pacientes. Se determinó el grado de psicopatología que presentaban los cuidadores, así como su calidad de vida a través del SCL-90 y el SF-36 y se estableció su relación; se determinaron las diferencias de las puntuaciones de ambos instrumentos en dos subgrupos integrados por madres y padres de los pacientes.

Resultados: Todas las dimensiones del SCL-90, con excepción de la hostilidad, mostraron asociaciones negativas estadísticamente significativas con el componente de salud mental de la calidad de vida. La mayor correlación se encontró con el psicoticismo. Se identificaron diferencias significativas en la calidad de vida y en las puntuaciones totales del SCL-90 entre madres y padres de los pacientes con esquizofrenia, siendo mayor la psicopatología y menor la calidad de vida en las madres.

Discusión: Casi una tercera parte de los 48 cuidadores primarios cayeron en la categoría comprendida entre «riesgo de patología» y «patología severa». La depresión y la somatización fueron las dimensiones con mayor puntuación en los cuidadores reclutados. A pesar de que existe una tendencia a la depresión en las mujeres que ejercen los cuidados de un enfermo mental, el psicoticismo impacta de mayor forma su calidad de vida.

Palabras clave: esquizofrenia, cuidadores informales, psicopatología y calidad de vida, diferencias de género, psicopatología, psicoticismo.

* Médico residente de la especialidad en Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

** Médico Psiquiatra adscrito a los Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

*** Médico residente de la especialidad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

**** Investigadora en Ciencias Médicas, Subdirección de Investigaciones Clínicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Dr. Alejandro Díaz Anzaldúa. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Calzada México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, México, D. F., C.P. 14370, Teléfono: 5655-7999 ext. 369. Correo electrónico: adiaza@imp.edu.mx

Recibido: Enero 2009 **Aceptado:** Febrero 2009

ABSTRACT

Objective: To determine the level of psychopathology and quality of life in primary informal caregivers of patients with schizophrenia. In cases where the informal caregiver was a parent, the aim was to compare gender differences in variables that were evaluated.

Material and methods: A sample of 48 primary caregivers of patients with schizophrenia was recruited. Psychopathology and quality of life were determined by means of SCL-90 and the SF-36 respectively. The relationship between psychopathology and quality of life was determined, and scores of both instruments were evaluated according to gender (mothers vs. fathers).

Results: All dimensions of the SCL-90, with the exception of hostility, showed statistically significant negative associations with the mental health component in quality of life. Psychoticism showed the highest correlation. There were significant differences in quality of life and total scores of SCL-90 in the subgroups of mothers and fathers of schizophrenic patients; a higher psychopathology and lower quality of life was detected in mothers.

Conclusions: Almost one third of the 48 recruited primary caregivers belonged to the «risk of pathology» and «severe pathology» categories. Caregivers had higher scores for depression and somatisation. Regarding families in which the caregiver was a parent, physical and emotional burden is greater in women who take care of a schizophrenic offspring, with respect to male progenitors. In spite of a tendency to depression in women who take care of a mental patient, psychoticism may affect the quality of life of caregivers in an even higher proportion.

Key words: schizophrenia, informal caregivers, psychopathology and quality of life, differences of gender, psychopathology, psychoticism.

RÉSUMÉ

Objectif: Déterminer le degré de psychopathologie et qualité de vie de soigneurs informels primaires de patients avec schizophrénie. Au cas où le soigneur primaire soit un des parents, comparer différentes variables en accord avec le genre du soigneur.

Matériel et méthodes: On a recruté un échantillon de 48 soigneurs primaires de patients avec schizophrénie, certains d'eux parents des patients. On a déterminé le degré de psychopathologie que présentaient les soigneurs, ainsi que sa qualité de vie à travers le SCL-90 et le SF-36 et on a établi sa relation; on a déterminé les différences des ponctuations des deux instruments dans deux sous-groupes intégrés par les mères et les pères des patients.

Résultats: Toutes les dimensions du SCL-90, à l'exception de l'hostilité, ont montré des associations négatives statistiquement significatives avec le composant de santé mentale de la qualité de vie. La plus grande corrélation s'est trouvée avec le psychoticisme. On a identifié des différences significatives dans la qualité de vie et dans les ponctuations totales du SCL-90 entre les mères et les pères des patients avec schizophrénie, étant la plus grande la psychopathologie et mineur la qualité de vie dans les mères.

Discussion: Presque troisième partie des 48 soigneurs primaires sont dans la catégorie entre «risque pathologie» et «pathologie grave». La dépression et la somatisation ont été les dimensions avec une plus grande ponctuation dans les soigneurs recrutés. Bien qu'il existe une tendance à la dépression dans les femmes qui exercent les soins d'un patient mental, le psychoticisme a un impact d'une plus grande manière sur sa qualité de vie.

Mots clef: schizophrénie, soigneurs informels, psychopathologie et qualité de vie, différences de sexe, psychopathologie, psychoticisme.

Introducción

El estudio en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia es un campo relativamente reciente, más aún si tomamos en cuenta que todos los tratamientos brindados hasta antes de la introducción de los psicofármacos sólo permitían a los pacientes, en el mejor de los casos, tener un poco de alivio, o incluso solamente el apoyo e interés genuino de sus médicos. El siglo XX nos permitió contemplar las grandes revoluciones de la Psiquiatría, paralelamente a la mejoría de diversos trastornos mentales, que en el pasado se consideraban «incurables» o únicamente dignos de la reclusión en un asilo. En los inicios de ese siglo, el término demencia precoz hacía alusión al deterioro cognitivo que exhibían los pacientes, e incluía tres subcategorías definidas por Kraepelin como hebefrénica, paranoide y desorganizada (subtipos que aún

siguen vigentes, agregándose a la clasificación actual la esquizofrenia indiferenciada y la residual).⁽¹⁾

El advenimiento de los modernos tratamientos para las enfermedades psiquiátricas influyó en que los pacientes con esquizofrenia no evolucionaran a la demencia y dejara de ser ésta una característica cardinal. Bleuler propuso cambiar el nombre de la demencia precoz por el que conocemos actualmente: esquizofrenia, lo que literalmente significa mente dividida, haciendo alusión ahora, no tanto al deterioro cognitivo, sino a la escisión con su consecuente desorganización del pensamiento y la conducta.⁽²⁾ Tras la introducción de los primeros neurolépticos a mediados del siglo pasado, los pacientes con esquizofrenia pudieron abandonar los asilos y reintegrarse nuevamente a la vida familiar. Esta interacción creó una serie de dificultades que terminaban por ejercer su influencia tanto en el paciente como en su familia.

A partir de 1958, Ronald D. Laing emprendió investigaciones que involucraban a las familias de pacientes psicóticos; parte de su trabajo fue publicado con la colaboración de Esterson bajo el título *Cordura, Locura y Familia*. Estos investigadores fueron pioneros en investigar «la manera en que tal condición patológica influye sobre la familia y la influencia que la familia, a su vez, puede tener sobre su aparición y evolución». ⁽³⁾ A inicios de la década de los sesenta Laing comenzó a trabajar con Gregory Bateson, quien estableció el concepto de *doble vínculo* para explicar desde un modelo sociológico el inicio de un cuadro de esquizofrenia, según el cual una distorsión de la comunicación podía desempeñar un papel importante en la etiología y los síntomas clínicos de este trastorno. Según Bateson, el paciente esquizofrénico es víctima de una maniobra familiar que le impide distinguir con claridad qué tipo de mensaje se le comunica y no puede formular más que una respuesta psicótica a una situación sin salida (citado Selvini Palazzoli). ⁽⁴⁾

El concepto de *emoción expresada* nació en la década de los setenta y representó uno de los primeros intentos por comprender lo que sucedía en las familias de los pacientes con esquizofrenia. Actualmente, se considera que una familia tiene niveles altos de emoción expresada cuando al menos uno de sus miembros presenta una o más de las siguientes dimensiones: crítica, hostilidad o sobreimplicación emocional. ⁽⁵⁾

Aunque el uso del término *emoción expresada* es relativamente reciente, Sullivan en los inicios de la década de los cuarenta ya había identificado este fenómeno en su trabajo con pacientes esquizofrénicos. Este autor se refiere al cuidador del paciente esquizofrénico como una persona «supuestamente sana»: *La inquietud de la persona supuestamente sana –su incomodidad, su deseo de alejarse, de abrumar al individuo que la inquieta, su deseo de corregirlo, de hacer algo, todo ello sin tener la menor idea respecto a la causa real de su inseguridad– es una de las principales razones de la agravación que los pacientes esquizofrénicos sufren bastante rápido después de la primera aparición de los fenómenos esquizofrénicos.* ⁽⁶⁾

En 1972 G. W. Brown y su equipo de investigadores ⁽⁷⁾ publicaron un estudio en el que se correlacionaron los niveles de emoción expresada y

la recaída de los pacientes esquizofrénicos en los nueve meses posteriores a un egreso hospitalario. Además, describieron los diversos componentes de la emoción expresada, los cuales actualmente representan puntos a valorar en las familias de pacientes esquizofrénicos.

Partiendo de esto, la Asociación Psiquiátrica Americana y la Asociación Psiquiátrica de América Latina han elaborado *Guías Clínicas para el Tratamiento de la Esquizofrenia*, ^(8,9) en las que proponen que la intervención familiar debe ser parte del manejo integral de los pacientes con este trastorno mental.

No queda duda que la presencia de un miembro de la familia con un trastorno mental incapacitante exige de los otros demandas que con toda seguridad tendrán un impacto en su salud mental. De acuerdo a Saucedo y Maldonado: *La enfermedad crónica requiere otras formas de adaptación, en las que el paciente y su familia tendrán que incorporar la enfermedad a su vida cotidiana; con todas las repercusiones de ésta en la estabilidad emocional, la energía y los recursos económicos.* ⁽¹⁰⁾ También, según estos autores, el hecho de que la esquizofrenia sea un padecimiento con un componente hereditario puede generar sentimientos negativos en algunos miembros pues «se agrega el malestar de saber que un progenitor o la persona afectada llevan dentro de ellos la anormalidad». ⁽¹⁰⁾

Tellez-Vargas y López ⁽¹¹⁾ han recomendado evaluar las reacciones emocionales de la familia del paciente esquizofrénico, incluyendo síntomas de depresión y ansiedad, sentimientos de estar atrapados o de ser esclavos del enfermo, y la sobreprotección del paciente, lo cual aumenta su pasividad y aislamiento. Recomiendan además, elaborar un listado de los desencadenantes particulares de la emoción expresada, con el fin de realizar intervenciones para ser incluidas en el protocolo de abordaje.

En México, dado que el 85% de los pacientes esquizofrénicos viven con su familia ⁽¹²⁾ y uno de los progenitores es quien generalmente desempeña el papel de cuidador; ⁽¹³⁾ es necesario conocer cuál es el nivel de calidad de vida de los cuidadores primarios, así como la relación que ésta tiene con el grado de psicopatología que padecen, con la finalidad de realizar intervenciones específicas que se traduzcan en la mejoría clínica de los pacientes.

Hasta el momento no encontramos en la literatura estudios que determinen la calidad de vida y su relación con la psicopatología en los cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia en México. Tampoco hay reportes que analicen las diferencias de género de estas variables en progenitores de pacientes con esquizofrenia.

Material y métodos

El estudio incluyó a los cuidadores informales primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia internados en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. La muestra estuvo constituida por aquellos familiares a quienes fue posible contactar y que desearon participar en el estudio. Se utilizó el instrumento SCL-90 para valorar y detectar psicopatología, el instrumento SF-36 para evaluar el nivel de calidad, así como el expediente clínico para corroborar el diagnóstico de esquizofrenia en los pacientes hospitalizados (dicho diagnóstico fue realizado de acuerdo a una entrevista clínica basada en los criterios de la CIE-10).

El SCL-90 constituye una escala autoaplicable para valorar y detectar psicopatología, a partir de la intensidad del estrés referido por el sujeto en un periodo que comprende una semana previa al día de la aplicación.⁽¹⁴⁾ La escala está formada por 90 reactivos agrupados en las siguientes nueve dimensiones de sintomatología: somatización, obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Este instrumento tiene una sensibilidad y especificidad entre el 80 y 90% y ha mostrado un coeficiente alfa de Cronbach de 0.77 a 0.90.⁽¹⁴⁾

El SF-36 es un instrumento autoaplicado para evaluar el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud física y mental.^(15,16) Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 escalas, las cuales se dividen a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Las escalas que forman la medida sumaria de salud física son: funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general y vitalidad. Las escalas que forman la medida sumaria de salud mental son: salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. El marco de referencia temporal es el momento actual. La SF-36 ha mostrado tener un coeficiente alfa por arriba de 0.80⁽¹⁶⁾ y ha mostrado correlaciones moderadas con otros instrumentos que

evalúan la calidad de vida. El coeficiente prueba-reprueba es aceptable (0.60-0.81 para dos semanas de intervalo).⁽¹⁷⁾

Para determinar la relación existente entre cada una de las nueve dimensiones del SCL-90 con las medidas de salud física y mental del SF-36, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Para establecer las diferencias de género en cuanto a psicopatología y calidad de vida en los progenitores de pacientes con esquizofrenia se utilizó la prueba t de Student.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los 48 cuidadores informales primarios que participaron en el estudio. Como puede apreciarse, la mayoría de ellos (66.6%) eran

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores informales primarios que participaron en el estudio.

RELACIÓN CON EL PACIENTE	N	%
Padre	10	20.8
Madre	22	45.8
Hermano(a)	12	25
Tío(a)	1	2
Primo(a)	1	2
Otro	2	4.1
SEXO		
Masculino	17	35.2
Femenino	31	64.5
EDAD		
21-30	8	16.6
41-50	16	33.3
51-60	10	20.83
61 o más	6	12.5
ESTADO CIVIL		
Soltero(a)	14	29.16
Casado(a)	29	60.4
Unión libre	0	0
Viudo(a)	1	2.08
Divorciado(a)	0	0
Separado(a)	4	8.3
RESIDENCIA		
Distrito Federal	18	37.5
Zona conurbana	23	47.9
Otras entidades federativas	7	14.5
Exterior	0	0
ESCOLARIDAD		
Primaria	15	31.2
Secundaria	11	22.9
Preparatoria	12	25
Carrera técnica	2	4.1
Licenciatura	8	16.6
Posgrado	0	0
Nula	0	0

progenitores de los pacientes, predominado el sexo femenino (madres). Otro dato a tomar en cuenta es que un porcentaje considerable de ellos (39.5%) no tenían pareja, constituyendo un hogar uniparental.

En la tabla 2 se muestran los valores obtenidos tras realizar la correlación de Pearson entre las nueve dimensiones de psicopatología del SCL-90 y el componente de salud física del SF-36.

Como puede observarse, aunque hay una tendencia a que la relación entre ambas variables fuese negativa, la correlación fue muy baja y no fue estadísticamente significativa, de lo que se deduce que no existe una relación lineal entre las variables. Sin embargo, al realizar la correlación de Pearson con el componente de salud mental del SF-36 se obtuvieron correlaciones lineales significativas.

Tabla 2. Correlación entre las dimensiones del SCL-90 y el componente de salud física del SF-36.

DIMENSIONES DEL SCL-90	r	p
Somatización	-0.24	0.09
Obsesivo-compulsivo	-0.13	0.37
Sensibilidad interpersonal	0.05	0.69
Depresión	-0.08	0.58
Ansiedad	-0.08	0.57
Hostilidad	-0.01	0.93
Ansiedad fóbica	-0.18	0.2
Ideación paranoide	-0.12	0.41
Psicoticismo	-0.1	0.48
SCL-90 TOTAL	-0.13	0.37

Como puede observarse en la tabla 3, todas las dimensiones del SCL-90 mostraron asociaciones

Tabla 3. Correlación entre las dimensiones del SCL-90 y el componente de salud mental del SF-36.

DIMENSIONES DEL SCL-90	r	p
Somatización	-0.39	0.006
Obsesivo-compulsivo	-0.38	0.006
Sensibilidad interpersonal	-0.28	0.04
Depresión	-0.37	0.01
Ansiedad	-0.41	0.004
Hostilidad	-0.23	0.1
Ansiedad fóbica	-0.42	0.003
Ideación paranoide	-0.42	0.003
Psicoticismo	-0.47	0.001
SCL-90 TOTAL	-0.42	0.003

negativas con la calidad de vida en su componente de salud mental, las cuales resultaron estadísticamente significativas con excepción de la hostilidad. Llama la atención que, independientemente de la intensidad de los síntomas cuantificados en el SCL-90 (en el que la depresión obtuvo puntuaciones más altas), el psicoticismo fue el que mayor correlación tuvo con la calidad de vida en su componente de salud mental, seguido de la ansiedad fóbica y la ideación paranoide.

De los 48 de cuidadores informales que participaron en el estudio 32 de ellos (66.6%) eran progenitores de los pacientes con esquizofrenia (22 madres y 10 padres).

Dividimos el grupo de progenitores en madres y padres para comparar la psicopatología medida por el SCL-90 en ambos géneros.

En la figura 1 se comparan las medias obtenidas en la puntuación de las dimensiones del SCL-90 en cada grupo y se muestran de forma esquemática las diferencias observadas. Resulta evidente la diferencia

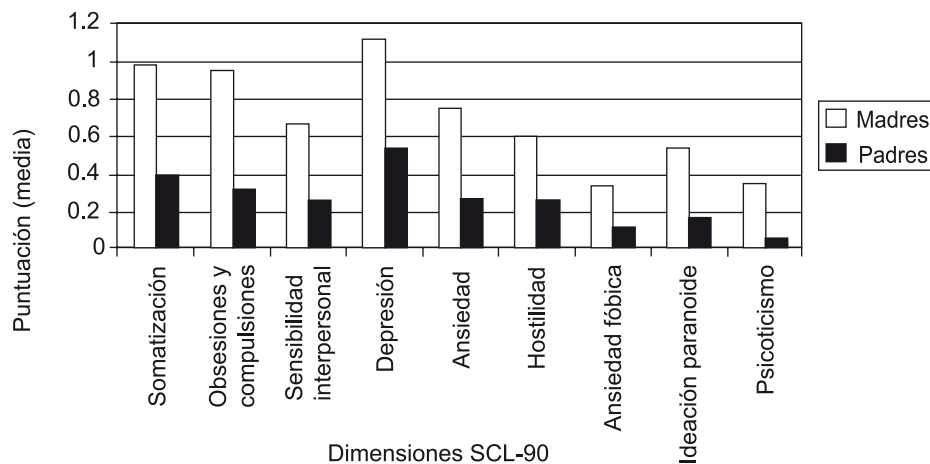


Figura 1. Diferencias en las medias obtenidas en cada dimensión del SCL-90 en madres y padres de pacientes con esquizofrenia.

Tabla 4. Comparación de las puntuaciones obtenidas en las dimensiones. del SCL-90 en el grupo de padres y madres de pacientes con esquizofrenia.

DIMENSIONES DEL SCL-90	MADRES N=22 Media (DE)	PADRES N=10 Media (DE)	t STUDENT	
			t	p
Somatización	0.97 (.72)	0.4 (.30)	3.14	0.004
Obsesivo-compulsivo	0.94 (0.87)	0.32 (0.41)	2.73	0.01
Sensibilidad Interpersonal	0.65 (0.71)	0.25 (0.44)	1.6	0.11
Depresión	1.11 (1.01)	0.53 (0.34)	2.37	0.02
Ansiedad	0.74 (0.76)	0.26 (0.24)	2.69	0.01
Hostilidad	0.59 (0.81)	0.25 (0.31)	1.29	0.24
Ansiedad fóbica	0.33 (0.47)	0.11 (0.21)	1.36	0.18
Ideación paranoide	0.53 (0.57)	0.16 (0.26)	1.9	0.06
Psicoticismo	0.34 (0.45)	0.05 (0.12)	2.75	0.01
SCL-90 Total	68.45 (60.42)	26.7 (21.25)	2.84	0.008

Tabla 5. Comparación de las puntuaciones obtenidas en el SF-36 en el grupo de padres y madres de pacientes con esquizofrenia.

SF-36	MADRES N=22 Media (DE)	PADRES N=10 Media (DE)	t STUDENT	
			t	p
Componente de salud física	62.18 (6.13)	66.7 (5.79)	-1.96	0.05
Componente de salud mental	57.68 (5.76)	61.70 (3.83)	-2	0.05

en el grado de psicopatología presente en cada uno de los grupos. Como se muestra en la tabla 4, se realizó la prueba t de Student para determinar la significancia estadística de esta diferencia. Como puede apreciarse, hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales del SCL-90 en ambos grupos, así como en las dimensiones de somatización, obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad, ideación paranoide y psicoticismo.

Un hallazgo a tomar en cuenta es que en el grupo de madres la media de la puntuación total del SCL-90 resultó de 68.4, situando dicha cifra en la categoría de riesgo para trastorno mental.

La calidad de vida, tanto en su componente de salud física como en su componente de salud mental, fue menor para las madres que ejercían el cuidado de un hijo con esquizofrenia en comparación con los padres.

Se realizó la prueba t de Student para determinar si las diferencias en las medias de estas dos poblaciones eran estadísticamente significativas. Como puede apreciarse en la tabla 5 ambas mediciones obtuvieron un valor de $p = 0.5$.

De esta forma vemos que para las mujeres que ejercen el cuidado de un hijo con esquizofrenia, la carga física y emocional es mayor en comparación con la que presentan los progenitores masculinos de los pacientes. Aunque las puntuaciones de las dimensiones del SCL-90 no correlacionaron con el componente de salud física sino solamente con el de salud mental, estos resultados nos muestran que la calidad de vida en cuanto a salud física es quizá, debido a otros factores, menor en las madres.

Discusión

Tras el análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, resulta necesario discutir sobre algunos puntos esenciales. Considerando la calificación total del SCL-90, casi una tercera parte (27%) de los 48 cuidadores primarios caían en la categoría comprendida entre «riesgo de patología» y «patología severa». También es necesario hacer notar que la dimensión de psicopatología que presentó mayor puntuación en el grupo de cuidadores informales primarios fue la depresión (de forma similar a los hallazgos de

Valencia y cols.),⁽¹⁸⁾ seguida por la somatización. De acuerdo a este hallazgo podemos inferir que una proporción importante de cuidadores de pacientes con esquizofrenia pueden exhibir síntomas del estado de ánimo así como molestias físicas.

Es bien sabido que muchas mujeres tienden a subestimar la sintomatología afectiva que presentan (esto quizá relacionado a su papel de «abnegación»);⁽¹⁹⁾ sin embargo, no sería raro suponer que la presencia de quejas ante molestias físicas vagas (por ejemplo: cefalea, lumbalgia, mialgias, síntomas gastrointestinales, etc.) pudieran llevarlas a buscar tratamiento en un primer nivel de atención, sin que ellas ni el médico identifiquen los factores que dieron origen a la sintomatología.

El hecho de que la somatización ocupara un segundo lugar en cuanto a severidad de sintomatología psiquiátrica confirma los hallazgos obtenidos por otros autores⁽¹⁸⁾ quienes demuestran que los cuidadores de pacientes con esquizofrenia presentan con frecuencia trastornos físicos. La observación realizada por Rascón-Gasca⁽²⁰⁾ respecto a que las mujeres «se enferman por las tensiones» es apoyada por los hallazgos de este estudio.

El hecho de que las nueve dimensiones de psicopatología del SCL-90 no correlacionaran con el componente de salud física del SF-36 puede tener varias explicaciones y también puede ser el punto de partida para algunas hipótesis.

En primer lugar, hay que destacar el hecho de que el componente de salud física tuvo una puntuación baja (media de 64.52) en el grupo de cuidadores informales primarios. Si comparamos nuestros resultados con las cifras de referencia en población mexicana⁽²¹⁾ en las que la media (para todas las edades) obtenida corresponde a 79.0 (Desviación Estándar (DE)=2) para el componente de salud física, resulta fácil comprender que nuestra muestra de cuidadores tiende a reportar un nivel de calidad de vida en cuanto a salud física inferior a la reportada por la población general. De esto se desprende la interrogante acerca de cuáles son los factores que impactan en esta esfera. Hay que señalar, sin embargo, que en las cifras de referencia para población mexicana⁽²¹⁾ el subgrupo con edad de 45-54 años –en el que se situaría un gran porcentaje de nuestra muestra– presentó una puntuación media en salud

física de 96.3, con una DE=0.3, lo cual hace mayor la diferencia entre la calidad de vida reportada para la muestra y lo esperable para la población mexicana. Quizá existan otras variables en torno al ambiente de la familia de los pacientes con esquizofrenia, que determinen una pobre calidad de vida en cuanto a salud física. Posiblemente, las dificultades económicas conlleven, entre otras cosas, el difícil acceso a la atención médica de los mismos cuidadores. También destacaría el hecho de que gran parte del ingreso familiar se destine a comprar los medicamentos de quien padece esquizofrenia, con el consecuente descuido en la atención de otros miembros de la familia que sufren problemas médicos menores.

También es necesario destacar el hecho de que, tras realizar la correlación de Pearson para establecer la asociación entre las nueve dimensiones de psicopatología y el componente de salud mental del SF-36, se encontró que, a pesar de que la depresión fue la dimensión psicopatológica de mayor intensidad, fueron otras dimensiones las que se relacionaron con la calidad de vida con mayor fuerza, como el psicoticismo ($r=0.47$), la ansiedad fóbica ($r=0.42$) y la ideación paranoide ($r=0.42$). Esto significa que una vez más parece que la depresión no es un padecimiento que las personas (principalmente las mujeres) identifiquen como generador de malestar significativo, sino que en este caso lo fueron aquellos síntomas que están presentes en la esquizofrenia (psicoticismo, ideación paranoide). Aquí vemos cómo una influencia familiar (en parte posiblemente genética) de rasgos psicóticos que son padecidos por los miembros de la familia en diversa medida, constituye un factor relacionado a la calidad de vida en su componente de la salud mental. Recordemos que esta tendencia familiar a exhibir sintomatología psicótica ha sido reconocida por diversos autores, entre ellos el propio Bleuler.⁽²²⁾

No podemos dejar de mencionar que la ausencia de correlación entre la hostilidad y la calidad de vida de los cuidadores informales primarios, lejos de ser un buen indicador, puede significar que los cuidadores no la consideran como generadora de malestar emocional hacia ellos mismos, quizá ignorando el impacto que ésta tiene en el riesgo de recaída de sus familiares con esquizofrenia.⁽⁵⁾

También llama la atención que la hostilidad fue mayor en las madres de los pacientes que en los padres

(aunque el análisis estadístico no mostró diferencias significativas), lo cual nos sugiere que uno de los componentes de la emoción expresada puede ser en mayor medida perpetuada por las madres de familia. Puede haber dos posibles explicaciones para ello: en primer lugar, el mayor involucramiento emocional que tiene la mujer hacia el núcleo familiar puede hacerla más propensa, como expresó Sullivan, de *abrumar al individuo que la inquieta*.⁽⁶⁾ En segundo lugar, aquellas mujeres que son víctimas de violencia familiar pueden a su vez expresarla y dirigirla hacia el hijo que padece una enfermedad mental.⁽²⁰⁾ También hay que considerar que la ausencia de una diferencia significativa de acuerdo al método estadístico empleado, simplemente puede indicarnos que la hostilidad se podría encontrar presente en una medida similar en hombres y mujeres (atribuyéndose la diferencia de nuestros grupos al azar), pero esto no le resta importancia al fenómeno.

Un hallazgo relevante que puede significar un punto de partida para ulteriores investigaciones es que hay diferencias con respecto al género de los progenitores de los pacientes con esquizofrenia.

Como se esperaba, las mujeres exhibieron mayores grados de psicopatología en cinco de las nueve dimensiones del SCL-90 (congruente con los hallazgos de Dyck y cols., quienes reportaron mayor «desgaste emocional» para cuidadores femeninos)⁽²³⁾ siendo la diferencia más marcada en la depresión, síntomas obsesivo-compulsivos y somatización. Estas dimensiones podrían ser un marcador en cuanto a la expresión de la psicopatología en las mujeres que fungen como cuidadores de pacientes esquizofrénicos, debiéndose buscar síntomas relacionados a estas dimensiones propositivamente en cualquier intervención familiar.

También hay que considerar que todas las dimensiones de la psicopatología en el grupo de madres de pacientes con esquizofrenia tuvieron puntuaciones por arriba de las medias reportadas en mujeres mexicanas de la comunidad.⁽²⁴⁾

Otro hallazgo relevante fue que hay diferencias en la calidad de vida entre el grupo de madres y el de padres de pacientes con esquizofrenia. Como se esperaba, de acuerdo a los resultados en cuanto a psicopatología, la calidad de vida fue menor en las madres de los pacientes. Sin embargo, como pudo demostrarse, el componente de salud física referente

a la calidad de vida no se relacionó con la psicopatología medida a través del SCL-90, lo cual nos lleva a indagar sobre los factores causales que llevan a la mujer a tener un nivel de calidad de vida en cuanto a salud física menor que la del hombre.

Si tomamos en consideración todos estos hallazgos, podemos ahora suponer que las madres de los pacientes con esquizofrenia representan una población vulnerable a la psicopatología y, sobre todo, a tener una menor calidad de vida. Este conocimiento permite que tras una intervención familiar, los clínicos puedan centrarse en los síntomas de la madre e incidir en los mismos de forma activa.

El tratamiento de la esquizofrenia requiere de forma imprescindible un abordaje en el ámbito familiar y un plan de tratamiento que sea capaz de realizar intervenciones en miembros y áreas específicas de la familia. La evaluación de la psicopatología presente en la madre, así como un enfoque terapéutico centrado en ella, sin duda se traducirá en una mejoría sustancial de los síntomas de los pacientes que sufren esquizofrenia.

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a. ed. Washington: Masson;1994. p. 279-322.
2. Postel J, Quétel C. Nueva Historia de la Psiquiatría. 2a. ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2000. p. 577-740.
3. Laing R, Esterson A. Cordura, Locura y Familia. Familias de Esquizofrénicos. 1a. ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2006. p. 21-60.
4. Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradoja y Contraparadoja. 1a. ed. Barcelona: Paidós; 1988. p. 31-45
5. Vallina O, Lemos S. Dos Décadas de Intervenciones Familiares en la Esquizofrenia. *Psicothema* 2000;12:671-81.
6. Sullivan H. Estudios Clínicos de Psiquiatría. 1a. ed. Buenos Aires: Psique, 1974. p. 319-374.
7. Brown G, Birley J, Wing J. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *Br J Psychiatry* 1972;121:241-58.
8. American Psychiatric Association. Guías Clínicas para el Tratamiento de la Esquizofrenia. 2a. ed. México: Ars Médica; 2005. p. 156-174.
9. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Esquizofrenia. 1a. ed. México; 2007. p. 97-100.
10. Saucedo J, Maldonado J. La Familia: su Dinámica y Tratamiento. 1a. ed. Washington: Organización Panamericana

- de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003. p. 129-244.
11. Téllez-Vargas J, López A. Aspectos Neurocognoscitivos de la Esquizofrenia. 2a. ed. Bogotá: Nuevo Milenio Editores; 2002. p. 171-180.
 12. Valencia M, Rascón M, Otero R, Ryan P. Descripción de la Conductas de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. *Salud Mental* 1987;10:81-9.
 13. Valencia M, Rascón M, Quiroga H. Aportaciones de la Investigación Respecto al Tratamiento Psicosocial y Familiar de Pacientes con Esquizofrenia. *Salud Mental* 2003;26:1-18.
 14. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An Outpatient Psychiatric Rating. Scale-Preliminary Report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9:13-28.
 15. Ware JJ, Sherbourne CD. The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), I: Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
 16. Mchorney C, Ware J, Raczek A. The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health Constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
 17. Ware JE JR. SF-36 Health Survey Update. *Spine* 2000;25:3130-9.
 18. Valencia M, Rascón M, Quiroga H. Aportaciones de la Investigación Respecto al Tratamiento Psicosocial y Familiar de Pacientes con Esquizofrenia. *Salud Mental* 2003; 26:1-18.
 19. Andreasen N, Carpenter W, Kane J, Lasser R, Marder S, Weinberger D. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *Am J Psychiatry* 2005;162:441-9.
 20. Rascón-Gasca M, Díaz-Martínez L, Ramos Lira L. La Violencia Doméstica en Familiares de Pacientes con Esquizofrenia. *Gac Méd Méx* 2003;139: 371-6.
 21. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo C, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una Base Normativa Mexicana en la Medición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública Mex* 2004; 46:306-15.
 22. Bleuler E. *Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia*. 1a. ed. Madrid: Ediciones Morata; 1942. p. 87-135.
 23. Dyck D, Short R, Vitaliano P. Predictors of Burden and Infectious Illness in Schizophrenia Caregivers. *Psychosomatic Medicine* 1999; 61:411-9.
 24. Lara C, Espinosa I, Cárdenas M, Fócil M, Cavazos J. Confiabilidad y Validez de la SCL-90 en la Evaluación de Psicopatología en Mujeres. *Salud Mental* 2005; 28:42-50.