

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

“Malestar Emocional en familiares de pacientes Psiquiátricos”

**Tesis**

que para obtener el diploma de especialidad en psiquiatría presenta:

Yasmin Adriana Garduño Martínez

TUTOR TEORICO.

Dr. Fernando López Munguía

TUTOR METODOLÓGICO

Dr. Miguel Villavicencio Casildo

México D. F.

Mayo 2007



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.

**A MIS PADRES,  
FELIPA Y JOSE TRINIDAD  
por su confianza y amor incondicional**

**A MIS HERMANAS,  
LUZ MARIA, CARMEN Y LETICIA  
por su apoyo en todo momento**

**A MI HIJO,  
JOSÉ EDUARDO  
por ser la luz de mi vida**

## Índice

1. Introducción.....	4
2. Antecedentes.....	5
2.1 Salud mental y malestar.....	5
2.2 Familia y estrés: el papel de un miembro con discapacidad.....	6
2.3. Malestar emocional en familiares de pacientes psiquiátricos.....	7
2.4 Situación en México.....	9
2.5 La intervención profesional en familias con vulnerabilidad.....	10
2.5.1 Intervención en la familia del paciente psiquiátrico.....	10
3. Justificación y planteamiento del problema.....	12
4. Material y Métodos.....	13
5. Variables .....	14
6. Instrumentos.....	15
7. Procedimiento.....	15
8. Recursos.....	16
9. Consideraciones éticas.....	16
10. Resultados.....	17
11. Discusión.....	25
12. Conclusión.....	28
13. Referencias.....	29
14. Anexos.....	32

## 1. Introducción

Una situación de enfermedad mental afecta no sólo a la persona que la sufre, si no también a todas aquellas que tienen vínculos con el paciente, como la familia, amigos e incluso profesionales de la atención médica. La enfermedad afecta a múltiples áreas del individuo en especial a su medio familiar. Son bien conocidas las alteraciones que provocan los trastornos psiquiátricos en el paciente, pero a veces se desatienden y no se toma en consideración a la familia todo lo que sería necesario.

La familia generalmente es el lugar donde el paciente muestra su sintomatología más tangible, ahí es donde se combinan los primeros afectos, relaciones y susceptibilidades, la mayor parte de las veces inestables. En la familia se genera ansiedad, temor e incertidumbre ante lo imprevisible de la enfermedad psiquiátrica. Sumado a esto, en ocasiones existe ausencia de recursos, escasa disponibilidad o dificultades para enfrentarse con un padecimiento de esta índole, que provocan en la familia la presencia de síntomas de cansancio físico y emocional, sentimientos de culpa que pueden repercutir negativamente en la salud mental de los familiares, e incluso alterar el pronóstico de la enfermedad del paciente.

La familia como figura predominante en la evolución del paciente psiquiátrico requiere un examen exhaustivo, determinando el estado de malestar en la familia del paciente, nos ayuda a diseñar intervenciones de psicoeducación, detección temprana y establecer un tratamiento más adecuado. Este estudio se plantea como un primer abordaje a uno de los entornos más cercanos del paciente: la familia, en él definimos si existe asociación entre la magnitud del malestar emocional familiar con el diagnóstico del paciente, así como la posible relación entre el malestar familiar con sus factores sociodemográficos.

## 2. Antecedentes

### 2.1 Salud mental y malestar.

La organización Mundial de la Salud, en su reporte sobre “Salud Mental en el Mundo” elaborado en 2001(1), indica que aproximadamente 450 millones de personas en el mundo sufren algún tipo de alteración mental o neurológica; sin embargo, sólo una minoría recibe atención profesional para sus problemas. Los trastornos mentales contribuyen con 12% el número total de años de vida perdidos por discapacidad (2). Una aproximación para la evaluación del estado de salud mental de la población es medir el malestar emocional.

El malestar emocional (afecto negativo) se ha descrito tradicionalmente como un constructo unitario (3,4). La visión unitaria de malestar emocional radica en que los niveles de malestar emocional se muevan dentro de un continuo que va de niveles bajos a niveles altos, independientemente de si se están midiendo afectos negativos específicos (p. ej. el sentimiento de inutilidad, tristeza, ansiedad, preocupación) o afectos negativos generales obtenido mediante la suma de los resultados de cada ítem de afecto negativo (5). En la literatura actual, un nivel elevado de malestar emocional se suele corresponder con niveles altos de afecto negativo (p. ej. un alto sentimiento de inutilidad y de tristeza), mientras que un nivel bajo de malestar emocional implica niveles bajos de afecto negativo (p. ej. un leve sentimiento de inutilidad y de tristeza) (6,7).

Tanto desde las perspectivas teóricas como las prácticas, el constructo del malestar emocional puede subdividirse según propiedades cualitativas. Ellis (8) describió el malestar emocional incorporando un modelo binario dentro de un contexto psicoterapéutico. En contraposición con el modelo unitario, el modelo binario del malestar emocional propuesto por Ellis comprende específicamente sentimientos negativos funcionales (p. ej. la tristeza, la incomodidad) y disfuncionales (p. ej. el sentimiento de inutilidad, el sentirse miserable) cualitativamente diferentes.

Si los sentimientos del individuo son funcionales o disfuncionales se determina tomando como base las experiencias subjetivas, cogniciones asociadas (p. ej. pensamientos racionales e irracionales) y las consecuencias de dichos sentimientos (p. ej. Consecuencias conductuales) (9). Los sentimientos negativos funcionales implican una experiencia subjetiva negativa pero pensamientos racionales y consecuencias conductuales de adaptación mientras que los sentimientos negativos disfuncionales implican una experiencia subjetiva negativa, pensamientos irracionales y consecuencias conductuales de inadaptación; definidos de esta forma, los sentimientos negativos disfuncionales parecen corresponderse con problemas clínicos significativos (p. ej. ansiedad, depresión, ira, culpabilidad) mientras que los sentimientos negativos funcionales (p. ej. preocupación, tristeza) se corresponden con reacciones negativas normales en individuos que estén atravesando un momento difícil (10). Los sentimientos

negativos funcionales y disfuncionales pueden tener, de manera independiente, una intensidad baja, media o alta (8).

El sentimiento de inutilidad puede contribuir no sólo a una experiencia subjetiva negativa innecesaria sino también a respuestas inapropiadas (p. ej. autoculparse) y un “afecto neutro” puede reducir los recursos motivacionales para hacer frente a la fuente causante de estrés (11).

En este contexto, se ha establecido una asociación entre niveles altos de malestar, en especial asociado a sentimientos disfuncionales, con un peor pronóstico y evolución en pacientes enfermos (12).

## 2.2 Familia y estrés: el papel de un miembro con discapacidad

El interés de los investigadores acerca del papel de la familia cuidadora de la persona con discapacidad ha aumentado de forma considerable en las últimas décadas. No obstante, se puede apreciar todavía que la investigación en esta área continúa siendo limitada, plagada de imprecisiones metodológicas y sin apenas integración de los resultados dentro de un marco teórico. Además, a pesar de la amplia información disponible acerca de las características de las familias con hijos discapacitados, los instrumentos de evaluación son realmente escasos.

Un primer acercamiento al tema se centró en considerar que estas familias estaban sujetas a altos niveles de estrés, lo que provocaba un trastorno psicológico entre algunos miembros de la familia. Esta consideración indujo que la patología era una consecuencia inevitable y llevó a la generalización de que las Familias con personas discapacitadas conformaban un grupo homogéneo, es decir, que toda familia con un hijo discapacitado presentaba estrés. Sin embargo, estas investigaciones muestran muchas deficiencias metodológicas y, por este motivo, Byrne y Cunningham (13) plantearon tres perspectivas distintas para analizar la respuesta familiar frente a un hijo discapacitado. La primera analiza qué familias son más vulnerables al estrés. La segunda subraya la importancia de los problemas materiales y prácticos que experimentan tales familias. Y, por último, la tercera hace hincapié en los diferentes recursos que utilizan las familias para desarrollar sus propias estrategias de afrontamiento. Todas estas líneas de investigación han proporcionado numerosos datos sobre el papel de distintas variables en el estrés familiar.

Entre las variables que han recibido mayor atención por parte de los investigadores están las siguientes:

- (1) el tipo y gravedad de la discapacidad,
- (2) la independencia funcional de la persona discapacitada,
- (3) las demandas de cuidado,
- (4) el estatus socioeconómico de la familia,
- (5) el apoyo de la pareja,
- (6) el apoyo social,

- (7) los recursos de la familia y
- (8) las habilidades de resolución de problemas.

En el panorama actual existen distintas propuestas teóricas sobre el estudio del estrés familiar y discapacidad, por lo que se muestran los diferentes estudios encontrados.

Malestar familiar y eventos críticos.

En familiares de adolescentes embarazadas en una población mexicana, se observó que el malestar psicológico estaba asociado a la percepción de las relaciones familiares, así una dinámica familiar percibida como regular a mala se relaciona con una magnitud de malestar mayor ( $p < 0.001$ ). Los que tenían una percepción de relación familiar buena o excelente no tenían un malestar significativo ( $p < 0.001$ ) lo que nos habla de cómo la percepción afecta la presencia de malestar ante un evento crítico (14).

### 2.3 Malestar emocional en familiares de pacientes psiquiátricos

Las familias igual que las personas pueden ser evaluadas de acuerdo a su salud mental. Una buena salud mental familiar tiene relación con el funcionamiento o funcionalidad de la familia. En la medida que la familia presenta ciertas condiciones que le permiten funcionar bien y hacen que sus miembros se desarrollen y se sientan bien, podemos decir que posee una buena salud mental.

Se ha encontrado que el ambiente familiar tiene una influencia en la enfermedad mental, intervenciones en éste casi siempre tiene una intervención beneficiosa en el paciente y la familia. Una adecuada psicoeducación en la familia lleva a una mejoría en el soporte (15).

Los efectos de la sobrecarga en la familia se presentan de diversas formas. Hay consecuencias en cierto modo tangibles, objetivas o apreciables desde afuera (aislamiento, irritabilidad), y otras subjetivas (sentimientos de vergüenza, culpabilidad, miedo) provocadas muchas veces por el impacto de la enfermedad en los familiares.

Entre las causas de la sobrecarga más objetivas y notables, que a su vez constituyen factor de desgaste y malestar se destacan (16):

1. Gran inversión de tiempo del familiar cuidador. Este hecho a menudo hace que tengan que reducirse las actividades lúdicas o entretenimiento para dedicar el tiempo a la persona enferma o sus necesidades. La persona reduce sus entretenimientos y asiste a menos lugares de recreo, pero también recibe menos respuestas o intercambios de las personas que le rodean. La consecuencia más directa de este factor es el aislamiento. Este aspecto puede ser una causa de aparición de conflictos, especialmente para aquellos cuidadores que perciben su situación de cuidado como muy demandante (17).

2. Alteración de la rutina diaria. La causa de la enfermedad mental puede determinar un cambio de domicilio, bien de la persona afectada o del cuidador. Otras veces, lo que cambia es la distribución de los enseres de la casa o la realización de las tareas, lo cual puede suponer una sobrecarga para el cuidador. Estos cambios no siempre son bien aceptados, muchas veces son causa de rechazos y descontento, lo cual a la larga puede desencadenar sentimientos de culpa.

3. Deterioro de la economía. Este hecho no sólo aparece por el mayor coste de la enfermedad en sí, sino que muchas veces es debido a la necesidad de que uno de los miembros de la familia ocupe el rol de cuidador y tenga que dedicar parte o la totalidad de su horario laboral a esta función con lo que la economía familiar puede verse mermada y provocar restricciones no deseadas.

Otros factores asociados al estado de malestar es la ansiedad, los estados de ansiedad son fácilmente transmisibles entre las diferentes personas que conviven y la familia no es una excepción. Cuando esta ansiedad está presente en los familiares del enfermo, puede ser causa de mayor desasosiego y molestia (18).

Se han realizado diversos estudios que analizan el impacto que tienen en el cuidador el tener un paciente psiquiátrico (19,20 ,21) demostrándose de manera consistente que los familiares presentan altos índices de malestar, cansancio y en ocasiones alta emoción expresada que puede tener una incidencia en la evolución del paciente y aumentar el riesgo para los trastornos psiquiátricos en los familiares encontrando que hasta un 58.5% de los familiares padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico (22).

En cuanto al tipo de trastorno, una de las enfermedades más estudiada es la demencia, donde se ha reportado que el cuidador generalmente muestra un desgaste físico importante a continuación se exponen los principales estudios.

Se conoce, por estudios realizados, que los "cuidadores" de ancianos con demencia presentan más alteraciones psíquicas que las personas que atienden a otro tipo de enfermos y estas están dadas fundamentalmente por reacciones inadaptativas y sentimientos de soledad e incapacidad para la labor de cuidador. También puede aparecer pérdida de la autoestima, ira, tristeza y ansiedad (23,24 ,25). En estas personas se produce un deterioro de las relaciones personales y laborales, y el estrés mantenido los lleva a padecer alteraciones físicas como disminución del sistema inmunitario, alteraciones metabólicas y del sistema cardiovascular. Es interesante el hecho de que estas personas suelen ver estos síntomas psíquicos y hasta los físicos como algo normal en su situación actual y por lo tanto raramente acuden al facultativo en busca de ayuda.

En un estudio realizado en cuidadores de pacientes con demencia en España, se encontró que la edad media de los cuidadores era de 62 años, de estos el 84% eran mujeres (hija en el 56% de los casos, cónyuge en el 36%). Las principales

quejas del cuidador eran: falta de tiempo libre (60%), restricción en su vida anterior (84%), cambio de proyectos personales (66%). Entre la sintomatología referida se encontraba: lumbalgias (64%) y algias musculares (40%), ansiedad (36%), depresión (44%) y síndrome de estrés del cuidador (36%). Existía un mayor malestar en los cuidadores que tenían familiares con déficit visual y auditivo además de la enfermedad mental. Los familiares en su mayor parte no estaban ni diagnosticados previamente ni tratados (26).

#### Malestar familiar y esquizofrenia

El diagnóstico de esquizofrenia supone una gran carga emocional en la familia (27), generando cansancio, estrés así como alta emoción expresada asociado a hostilidad (28,29 ,30). Además se ha reportado que la presencia de malestar es dos veces más que al esperado en la población general (31).

#### Malestar familiar y Bulimia nerviosa.

En los familiares o cuidadores de las pacientes con bulimia nerviosa se ha demostrado que muestran mas malestar en comparación a cuidadores de pacientes con psicosis (32), además de mayor emoción expresada, cansancio y hostilidad hacia el paciente.

#### 2.4 Situación en Mexico.

En México en el censo de población y vivienda del 2000 se reportaron 289 512 personas con discapacidad mental, de estos 161 409 eran hombres y 128 103 mujeres, en el Distrito Federal se encontraban 27 528, con 14 925 hombres y 12 603 mujeres (33). El número de familiares afectados con un paciente tiene un impacto en la sociedad en general, no se encontró un estudio que analizara toda la gama de psicopatología y su influencia en los familiares, aunque si en cuanto a enfermedades específicas como la esquizofrenia. En éste estudio se analizo la relación que existe entre familia y la psicopatología, encontrando que los pacientes esquizofrénicos con familiares con alta emoción expresada y mayores índices de malestar tenían un peor pronóstico (34).

Al estudiar el malestar emocional en una población femenina, se encontró una presencia del 16%, coincidiendo con los datos reportados por la OMS, encontrando que las mujeres con menor educación (analfabetas y con primaria) presentaron los indicadores más elevados de malestar emocional. La proporción de "casos", es decir arriba de un punto de corte propuesto en este estudio, fue mayor entre las pacientes con ingesta de medicamentos recientes, al parecer esto se ve apoyado en que la gravedad y la frecuencia del malestar que sienten y las incita a buscar alivio en los medicamentos (35).

## 2.5 La Intervención profesional con familias en vulnerabilidad social

El término “intervenciones” se refiere al conjunto de servicios y políticas utilizadas en la implementación de estrategias en los niveles individual, familiar y comunitario. Las intervenciones incluyen no solo servicios organizados, sino políticas y procedimientos legales, judiciales y regulatorios, como órdenes de protección y sistemas de reporte obligatorio, (36). Se debe considerar un aspecto importante para la intervención familiar, el hecho de que los servicios han estado muy fragmentados por la práctica tradicional. Se tiende a llamar a un organismo u otro, dependiendo de la naturaleza, la frecuencia y gravedad del evento que propicie la intervención, la edad, sexo y otras características de la persona afectada, quién es el ofensor, el estatus social de la familia, etc. Así, una sola familia podría estar siendo atendida por muchas instituciones que desconocen el trabajo que cada una está efectuando.

Por ejemplo, algunas investigaciones de autores argentinos, mencionados por Barg (37), consideran la asociación entre el aumento de problemáticas familiares y el gran aumento del desempleo. Ante los fenómenos de exclusión, entonces, se recomienda la formación de profesionales críticos y competentes, la formulación de políticas institucionales creativas y viables y el rechazo de procedimientos institucionales que promuevan la discriminación social.

De este modo, nos encontramos con que la intervención profesional en familias atrapadas en el proceso de exclusión social debe atacar muchos y muy diferentes flancos. Las estrategias, instrumentos y técnicas de intervención han de ser muy ágiles, para contrarrestar con efectividad la gran complejidad de los problemas familiares y comunitarios.

Barg recomienda que la intervención familiar profesional se dirija a una transformación que contribuya a consolidar relaciones más participativas y democráticas tomando en cuenta los siguientes puntos:

- (1) Ser planificada.
- (2) Partir de los aspectos saludables y reforzarlos.
- (3) Aplicar el método crítico dialéctico.
- (4) Entender al sujeto de intervención como sujeto de derecho.
- (5) Incluir en el proceso los “saberes de las familias”.

### 2.5.1 Intervenciones en la familia del paciente psiquiátrico.

Los familiares con un miembro diagnosticado con una enfermedad mental seria pasan por una serie de experiencias que requieren asesoría continua. Dentro del proceso que presenta la familia, existe una sensación de pérdida y luto por la enfermedad, presentando casi siempre ira y miedo hacia la víctima de enfermedad. Además se estigmatiza al núcleo familiar, por lo que es posible que los familiares tengan dificultades para pedir ayuda. Para tratar esto, se han establecido

programas de intervención con los familiares disminuyendo el malestar, la emoción expresada y el tratamiento de posibles alteraciones mentales en la familia (38).

El trabajo realizado en las familias no es claro ya que en la mayor parte de los programas de salud mental no especifican que tipo de intervención se realizan (39). Al parecer entre 31% y 77% de las familias tiene algún contacto y reciben información relativa a la salud mental (40), sin embargo este contacto es limitado. Existen recomendaciones para una mejor práctica, la investigación sugiere que se debe de una educación, asistencia a las familias y proveer de terapia familiar (41). Para lograr esto es necesario el trabajo en equipo y una adecuada alianza con trabajo social (42).

La asociación americana de psiquiatría (APA) recomienda en sus guías de tratamiento (43) educar a las familias en cuanto a enfermedad mental, signos tempranos y de recaída, información de medicamentos, sus efectos adversos y el pronóstico así como el plan de tratamiento y una monitorización del funcionamiento. El psiquiatra es el encargado de ayudar a la familia a disminuir el malestar que puede llevar el cuidado constante por medio de una monitorización del estado de salud mental e instar a la realización de grupos de apoyo para familiares (44).

En Inglaterra, el National Service Framework for Mental Health (45) estipula que los cuidadores de los pacientes necesitan tener una asesoría especializada anual con los cuidados básicos para el paciente y ser provistos con un plan de cuidados de manera escrita. Sin embargo existen obstáculos para un adecuado tratamiento entre profesionales y la familia ya que existe una pobre relación entre familiares y profesionales de la salud mental.

En general la dinámica familiar se ve afectada presentando la mayor parte de las veces sentimientos ambivalentes. Se puede perder el estado previo de la familia, cambiando la conducta y actitud de la familia con el paciente, siendo necesario entender este contexto para realizar una intervención en la familia. La familia generalmente muestra dificultad para articular los sentimientos, apareciendo la mayor parte de las veces malestar. Es por ello crucial establecer dinámicas de intervención y ofrecer técnicas de afrontamiento a la familia para que puedan llevar adelante la crisis vital que significa un padecimiento mental en la constelación familiar.

## Planteamiento del problema

¿Cuál es la presencia de malestar en familiares de pacientes psiquiátricos?, y secundariamente establecer si: ¿existe asociación entre la presencia de malestar en el familiar y el tipo de diagnóstico psiquiátrico? Y ¿existen características sociodemográficas específicas de los familiares que estén asociados a la presencia de malestar?

### 3. Justificación

En el marco de la atención prestada al paciente psiquiátrico, el interlocutor principal sigue siendo la familia. Los familiares son las personas significativas en el crecimiento, en la educación, en la convivencia y en el desarrollo de un equilibrio psíquico sano de los niños. Tal vez, involuntariamente, favorezcan disfunciones futuras en los hijos, pero su importancia es aún más fuerte para prevenirlas, dirigiendo una mayor atención a los factores afectivos, de respaldo y autonomía, de comunicación limpia y de emociones controladas.

Establecer con las familias relaciones y comunicaciones internas, equilibrios entre emotividad y racionalidad, entre protección y separación, son elementos que constituyen un factor de protección para la salud mental de los pacientes, e incluso de los demás componentes, en un enfoque de prevención y rehabilitación del trastorno psíquico.

La aparición de un trastorno psiquiátrico en un familiar acarrea angustia por la imprevisibilidad de la enfermedad, vergüenza por su diversidad, culpa por la corresponsabilidad genética o educativa, aislamiento por la inferioridad, duelo por las expectativas. Este gravamen psicológico puede paralizar más que el cargo objetivo concreto, creando una situación de malestar grave entre los familiares que es necesario conocer de manera amplia para realizar intervenciones y un manejo adecuado del problema.

El malestar familiar se torna un segundo motivo de intervención de los Servicios a los que definimos de Salud Mental, en cuanto son servicios disputados no sólo a encarar el trastorno mental ya proclamado, sino también a prevenirlo, aliviando el malestar psicológico en vías de construcción. Crear condiciones de salud mental en el área de intervención que corresponde, significa por lo menos intervenir precozmente en las zonas más expuestas. La familia puede convertirse así en el contexto que favorece la recaída mediante una alta emoción expresada, casi siempre siendo esta la salida para expresar el malestar que están viviendo. Establecer si existen factores asociados a la magnitud del malestar nos ayuda a delinear el lugar de acción, intervenciones personalizadas y preventivas para un tratamiento de mayor calidad al paciente y su familia.

## 4. MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1 Objetivo general y específico.

#### 4.1.1 Objetivo General:

1. Determinar la presencia de malestar en los familiares de pacientes psiquiátricos.

#### 4.1.2 Objetivos Específicos:

1. Determinar las características sociodemográficas de la muestra
2. Describir asociación entre nivel de malestar y sexo
3. Describir asociación entre nivel de malestar y estado socioeconómico familiar
4. Describir asociación entre nivel del malestar y nivel de educación del familiar.
5. Describir asociación entre nivel de malestar y diagnóstico psiquiátrico del paciente.
6. Describir asociación entre nivel de malestar y parentesco.

### 4.2 Hipótesis

Los familiares de pacientes psiquiátricos tendrán una alta presencia de malestar emocional.

## 4.3 Metodología

### 4.3.1. Tipo de estudio:

Observacional, transversal y descriptivo.

### 4.3.2. Universo de trabajo:

Familiares de pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

### 4.3.3. Tamaño de la muestra:

Se realizó de manera no probabilística, obteniendo a los familiares accesibles en el periodo de septiembre a diciembre del 2006. Se obtuvieron 147 familiares.

### 4.4.1. Criterios de inclusión para los pacientes.

1. Que tengan un diagnóstico psiquiátrico establecido en base a los criterios del CIE-10
2. Con manejo en la consulta externa durante por lo menos seis meses.

### 4.4.2 Criterio de exclusión.

1. Que presenten sintomatología disruptiva.

### 4.4.3 Criterios de inclusión para el familiar

1. Familiares que acudan con el paciente al servicio de consulta externa.
2. Que sepan leer y escribir
3. Que acepten participar en el estudio

### 4.4.4 Criterios de exclusión para el familiar.

1. Diagnóstico psiquiátrico ya establecido.

## 5. Variables.

### 5.1 Variable Dependiente.

- **Malestar emocional.** Definición conceptual. El malestar emocional (afecto negativo) se ha descrito tradicionalmente como un constructo unitario que va desde un continuo que va de niveles bajos a niveles altos, donde se evalúan afectos negativos específicos (p. ej. el sentimiento de inutilidad, tristeza, ansiedad, preocupación) o afectos negativos generales como desazón, incomodidad emocional. Definición operacional Para medirlo se

utilizó la escala de salud personal (ESP). El autor original refiere que a mayor puntuación, mayor severidad de esta manera se maneja como una **variable cuantitativa discreta**, los resultados se analizaron utilizando análisis de correlación con un puntaje mínimo de cero y máximo de 30. Al aplicar el punto de corte propuesto en 21.8 se maneja como variable dicotómica definiéndolos como casos, usándose asociación.

- **Percepción de salud general.** Definición conceptual. Autoconcepción sobre el estado de salud. Definición operacional. Respuesta a la pregunta ¿Cómo percibe su salud en general? Dando para opción de respuesta: Muy buena, buena, mala, muy mala. Las respuestas se categorizaron en **variables ordinales**. Se agregó con el fin de observar la percepción subjetiva del estado de salud y realizar una correlación con la puntuación obtenida en la ESP.

## 5.2 Variable independiente.

- **Parentesco.** Definición conceptual. Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta. Definición operacional. Parentesco referido. Variable categórica
- **Edad.** Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona. Definición operacional. Número de años referidos divididos por grupo etario. Variable ordinal.
- **Sexo.** Definición conceptual. Condición orgánica, masculina o femenina. Definición operacional. Género referido, dicotómica.
- **Ocupación.** Definición conceptual. Actividad de trabajo, empleo u oficio. Definición operacional. Actividad referida, divididos por grupo de actividad, variable categorica.
- **Escolaridad.** Definición conceptual. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Definición operacional. Grado de estudios completados. Variable ordinal.
- **Diagnóstico psiquiátrico** del paciente. Definición conceptual. Enfermedad mental que causa disfunción general en base a criterios médicos. Definición operacional. Diagnóstico referido en el expediente clínico en base a los criterios CIE-10. Variable categórica.

## 6. Instrumentos

6.1 Encuesta sociodemográfica ad Hoc además se agregaron seis preguntas en relación a la situación familiar y el diagnóstico psiquiátrico del paciente, tres preguntas sobre la percepción de salud general propuestas por Valdez en la validación de la escala de salud personal (ESP) en población mexicana. Las cuales fueron: ¿Ha tenido problemas de salud? ¿Cómo percibe su salud general? ¿Tomo

algún medicamento? Las respuestas fueron categorizadas en variables dicotómicas y ordinales. Se presenta en el anexo la versión aplicada.

6.2 Escala de Salud Personal. La ESP (46) se desarrolló como herramienta de tamizaje rápido de problemas de salud mental en clínicas del primer nivel de atención. La ESP integra un total de diez reactivos que aluden a situaciones que pueden indicar la presencia de malestar emocional, que se responden con tres opciones (0=raramente, 1=algunas veces y 2= casi siempre); éstas miden la frecuencia en el último mes en que se manifestaron los síntomas descritos en cada reactivo. Seis de las diez preguntas de la escala se refieren a problemas somáticos y trastornos afectivos como el insomnio, el nerviosismo, la tristeza y los sobresaltos. Tres se refieren a problemas funcionales: dificultades en el trabajo, la familia o en las relaciones globales; la última pregunta es una auto evaluación global.

En su versión mexicana se agregaron a las respuestas una opción adicional para mayor precisión cumpliendo con los mismos criterios de confiabilidad, estableciendo en la validación mexicana un puntaje de corte de 21.8 sugiere un probable padecimiento de ansiedad o depresión. Obtuvieron tres factores al realizar el análisis: 1) Afecto negativo, 2) Relaciones personales y 3) Aplanamiento afectivo (47). Se muestra la versión aplicada en el anexo.

## 7. Procedimiento

El investigador principal acudió a los servicios de consulta externa de la institución participante durante los meses de septiembre a diciembre del 2006 capturando la muestra de familiares que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La aplicación de los instrumentos se llevo previo consentimiento informado, a los pacientes se les dio una breve explicación de la encuesta y se les solicito que la llenaran. En caso de alguna duda por ítem se dio la información necesaria, todas fueron realizadas de manera anónima. Se dio primero la encuesta sociodemográfica y posteriormente la Escala de salud personal, aproximadamente la contestaron en quince minutos. Posteriormente se reviso para verificar que no existieran ítems en blanco o dobles respuestas, solicitándole al familiar que hiciera las correcciones pertinentes. Los datos fueron procesados por medio del programa SPSS v 15.

### 7.1. Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva (Frecuencias, desviación estándar, porcentajes y promedio) para analizar las características de la población así como X<sup>2</sup> para asociación entre variables categóricas, análisis de correlación Rho de Spearman para el estado de salud subjetivo y el resultado cuantitativo de la escala de salud personal y la prueba de U de Mann-Whitney para la comparación entre grupos por grupo diagnóstico y edad.

## 8. Recursos

Investigador Principal y asociado, copias de los instrumentos y de la encuesta sociodemográfica.

## 9. Consideraciones éticas.

Los pacientes recibieron información sobre los posibles riesgos o consecuencias del estudio, dando su autorización para la realización de la encuesta, manejándose los datos con estricta confidencialidad. En caso de reportarse altos niveles de malestar que pudiera indicar algún trastorno psiquiátrico recibieron indicación y orientación de los servicios de atención psiquiátrica.

## 10. Resultados

Se aplicaron 147 encuestas a familiares. Las características sociodemográficas se describen en el **cuadro I**. Se puede observar que existía un porcentaje mayor de familiares femeninos, la distribución etaria presentaba una curva bimodal en la tercera década y quinta. La mitad de la población estaba casada, casi el 60% de la muestra tenía nivel secundaria o menos. La mayor parte eran los padres, que vivían con el paciente y conocían su diagnóstico.

En el **cuadro II** se muestra la distribución del diagnóstico psiquiátrico del paciente y lo referido por el familiar. Al comparar el diagnóstico psiquiátrico referido en el expediente y el dicho por el familiar mostraron tener asociación de manera significativa ( $X^2=739$ ;  $p=.000$ ).

Las preguntas sobre auto percepción del estado de salud se muestran en el **cuadro III**, en ella observamos que la mayor parte de la muestra refiere no haber tenido problemas de salud. Alrededor del 90% referían su salud buena o regular pero casi el 80% habían ingerido algún tipo de medicamento.

En el **cuadro IV y en la Grafica I** se describen los resultados de la escala de salud personal. Puede observarse que la presencia de casos con malestar era del 16%. Al presentar los puntajes de la ESP se obtiene el rango de puntuación de los familiares (**Cuadro V**) y su división por categorías.

Cuadro I. Descripción sociodemográfica y situación familiar de la muestra (n=147)

Variable	Frecuencias	porcentajes
Sexo		
Femenino	88	59%
Masculino	59	40%
Edad		
18 a 25 años	17	11.6%
26 a 35 años	31	21.1%
36 a 45 años	25	17%
46 a 55 años	40	27.2%
56 a 65 años	19	12.9%
Mayor de 65 años	15	10.2%
Estado civil		
Soltero	36	24.5%
Casado	74	50.3%
Unión libre	17	11.6%
Divorciado	8	5.4%
Viudo	12	8.2%
Escolaridad		
Primaria	57	38.8%
Secundaria	42	28.6%
Preparatoria o equivalente	26	17.7%
Licenciatura	17	11.6%
Postgrado	5	3.4%
Ocupación		
Estudiante	7	4.8%
Trabajador remunerado	70	47%
Hogar	63	43%
Pensionado	2	1.4%
No labora	5	3.4%
¿Es el sostén económico de su casa?		
Si	70	47.6%
No	77	52.4%
Tipo de seguridad social		
IMSS	29	19.7%
ISSSTE	17	11.6%
PEMEX	0	0
ISSEMYN	6	4.1%
Seguro popular	2	1.4%
Seguro privado	5	3.4%
Ninguna	88	59.9%
Parentesco		
Padre o madre	63	42.9%
Hermano	50	34%
Tío	5	3.4%
Primo	4	2.7%
Abuelo	18	12.2%
Hijo	5	3.4%
Otro	2	1.4%
¿Vive con el paciente?		
Si	100	68%
No	47	32%
¿Conoce el diagnóstico de su familiar?		
Si	115	78.2%
No	32	21.8%

Cuadro II. Diagnósticos del paciente y el referido por el familiar (n=147).

Diagnósticos	Diagnóstico referido por el familiar Frecuencia	Diagnóstico del paciente. (Expediente)	Chi cuadrada	Significancia
Esquizofrenia	92	100	739.491	.000
Trastorno bipolar	14	18		
Demencia	4	5		
Retraso mental	6	4		
Ansiedad	4	1		
Depresión	16	9		
Otros	3	1		
Epilepsia	6	7		
TOC	2	2		

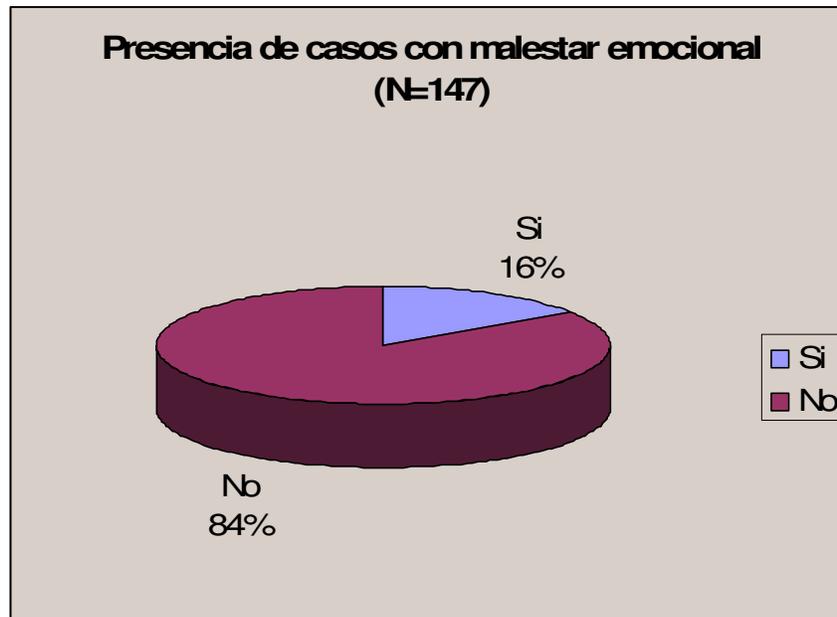
Cuadro III. Auto percepción global del estado de salud (n=147)

Pregunta	Frecuencia	Porcentaje
¿Ha tenido problemas de salud?		
Si	55	37.4%
No	92	62.6%
¿Cómo percibe su salud general?		
Muy buena	9	6.1%
Buena	63	42.9%
Regular	68	46.3%
Mala	6	4.1%
Muy mala	1	0.7%
¿Tomo algún medicamento?		
No	19	12.9%
Si (sin indicación medica)	80	54.4%
Si (con indicación medica)	48	32.7%

Cuadro IV. Resultados de la Escala de Salud personal  
Detección de casos de malestar familiar (n=23)

Casos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje encontrado en una muestra mexicana
Si	23	16	1336 (16.2%)
No	124	84	6913 (83.8%)
Total	147	100	N=8249

Grafica I. Porcentaje con casos de malestar emocional



Cuadro V. Puntajes obtenidos por severidad del malestar (**Puntaje obtenido en la ESP**) y divididos por factores (n=147).

N=147	Mínimo	Máximo	Media	DS	Varianza
Total	10	36	17.24	5.788	33.501
Factor1 Afecto negativo	4	16	7.34	2.574	6.623
Factor2 Relaciones interpersonales	3	10	4.69	1.922	3.693
Factor3 Aplanamiento afectivo	3	11	5.21	1.997	3.989

Al realizar la asociación entre datos sociodemográficos y el puntaje, obtenido en la ESP se encuentra que no existe asociación entre las características demográficas, acercándose a la significancia únicamente la escolaridad ( $p=0.054$ ). Estos datos se muestran en el **cuadro VI**.

En el **cuadro VII** se observa la no asociación entre el diagnóstico psiquiátrico y el puntaje obtenido en la ESP, tanto para el referido por el familiar como el consignado en el expediente, por lo cual se acepta la hipótesis nula. Se encontró asociación con el puntaje obtenido en la escala de salud personal y las preguntas de auto percepción de salud (¿Ha tenido problemas de salud? Y ¿Cómo percibe su salud general?,  $p<0.05$  y  $p=0.006$  respectivamente). No se encontró asociación sobre el uso de medicamentos (**cuadro VIII**).

Cuadro VI. Asociación entre el **puntaje total** obtenido en la escala de salud personal y datos sociodemográficos ( $n=147$ )

Variable	X2	significancia
Sexo	1.068	.301
Edad	6.745	.240
Estado civil	2.049	.727
Escolaridad	9.291	.054
Ocupación	7.18	.305
¿Es el sostén económico de su casa?	.344	.842
Tipo de seguridad social	3.33	.649
Parentesco	5.98	.425
¿Vive con el familiar?	0.99	.753
¿Conoce el diagnóstico de su familiar?	1.180	.758

Cuadro VII. Asociación entre diagnóstico y **puntaje total** obtenido en la escala de salud personal ( $n=147$ ).

Diagnósticos	X2	significancia
Referido por el familiar	8.97	.345
Referido por el paciente	9.545	.298

Cuadro VIII. Asociación entre auto percepción de salud y el **puntaje total** obtenido en la ESP ( $n=147$ ).

Pregunta	X2	Sig.
¿Ha tenido problemas de salud?	16.912	.000
¿Cómo percibe su salud general?	14.584	0.006
¿Tomo algún medicamento?	1.579	.454

En cuanto al análisis estadístico por **factor** de la escala de salud personal y las variables categóricas encontramos que el factor I que se refiere a afecto negativo mostró asociación significativa con la ocupación ( $X^2=91.12$ ;  $p=.022$ ), el parentesco ( $X^2=104.6$ ,  $p=0.002$ ), con problemas de salud ( $X^2=39.023$ ,  $p=0.014$ ) y la percepción de salud ( $X^2=93.38$ ;  $< p = 0.05$ ). Los resultados completos de este apartado se muestran en el cuadro IX.

Cuadro IX. Asociación entre variables categóricas y factores de la ESP.

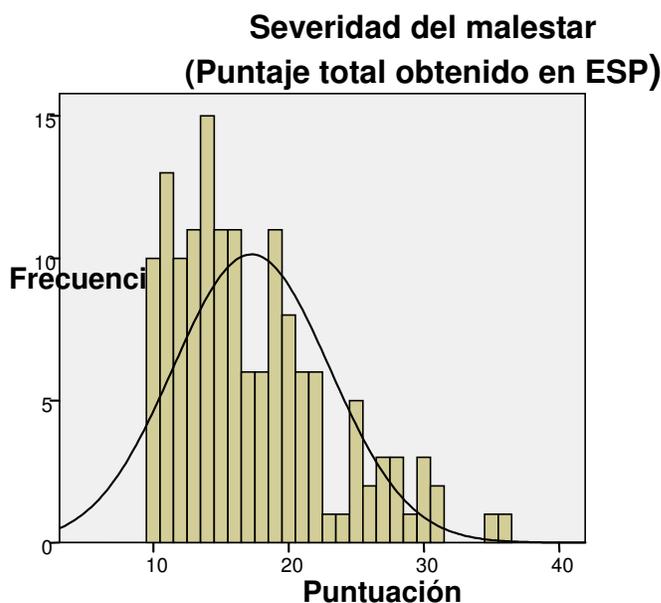
VARIABLE	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
Estado civil	$X^2=45.9$ , $p=.393$	$X^2=27.7$ $p=.476$	$X^2=33.49$ $p=.394$
Edad	$X^2=37.7$ $P= .963$	$X^2=52.2$ $p=.031$	$X^2=49.6$ $p=.142$
Escolaridad	$X^2=40.59$ $p=.618$	$X^2=41.5$ $p=.048$	$X^2=25.93$ $p=.766$
Ocupación	$X^2=91.1$ $p=.022$	$X^2=68.3$ $p=.006$	$X^2=58.5$ $p=.141$
¿Es el sostén económico?	$X^2=17.05$ $p=.760$	$X^2=8.39$ $p=.868$	$X^2=17.3$ $p=.356$
Tipo de seguridad social	$X^2=51.4$ $p=.610$	$X^2=20.86$ $p=.972$	$X^2=49.9$ $p=.135$
Parentesco con el paciente	$X^2=104.6$ $p=.002$	$X^2=46.2$ $p=.302$	$X^2=57.4$ $p=.166$
Vive con el familiar que acompaña a su consulta	$X^2=11.1$ $p=.429$	$X^2=.994$ $p=.995$	$X^2=6.61$ $p=.578$
Conoce el diagnóstico psiquiátrico	$X^2=27.1$ $p=.754$	$X^2=16.6$ $p=.734$	$X^2=12.9$ $p=.967$
Diagnóstico del paciente referido por el familiar	$X^2=79.04$ $p=.742$	$X^2=64.5$ $p=.202$	$X^2=64.42$ $p=.462$
Diagnóstico del paciente en expediente	$X^2=73.09$ $p=.874$	$X^2=68.34$ $p=.125$	$X^2=76.34$ $p=.139$
¿Ha tenido problemas de salud?	$X^2=39.02$ $p=.014$	$X^2=30.57$ $p=.006$	$X^2=31.85$ $p=.010$
¿Cómo percibe su salud general?	$X^2=93.38$ $p=.000$	$X^2=45.06$ $p=.022$	$X^2=86.31$ $p=.000$
¿Tomó algún medicamento?	$X^2=24.46$ $p=.323$	$X^2=11.41$ $p=.653$	$X^2=12,15$ $p=.733$

Continuando con los datos de el cuadro IX, el factor II que involucra relaciones personales mostró asociación con la escolaridad ( $X^2=41.5$ ,  $p=0.048$ ), ocupación ( $X^2=68.36$ ,  $p=.006$ ), problemas de salud ( $X^2=30.57$ ,  $p=.006$ ) y con la percepción de salud en general ( $X^2=45.06$ ,  $p=.022$ ).

El factor III (aplanamiento afectivo) mostró asociación con la pregunta si había tenido problemas de salud ( $X^2=31.8$ ,  $p=.001$ ) y como percibía su salud en general ( $X^2=86.3$ ,  $p=001$ ).

En la siguiente gráfica (gráfica II) se representa la distribución de los puntajes obtenidos en la escala de salud personal. (Distribución con asimetría positiva (0.975) y curtosis positiva (0.491), lo que implica una distribución anormal de la muestra, ya que la mayor parte de la población obtuvo un puntaje bajo).

Grafica II. Distribución en la muestra por puntaje obtenido en ESP.



El coeficiente de correlación entre percepción de la salud y puntaje obtenido en la escala de salud personal fue significativo ( $\rho$  de Pearson=0.224,  $p= 0.0035$ ), se realizo con el fin de observar si existía una correlación entre la auto percepción subjetiva y la evaluación obtenida por la ESP.

Al realizar la comparación entre grupos por diagnósticos del paciente y sexo se encontró que seguían la misma distribución independiente al factor de malestar presente (Cuadro IX).

Cuadro IX. Comparación entre grupos obtenidos por factores con sexo, diagnóstico del paciente y auto percepción de salud. (n=147) (U de Mann-Whitney)

FACTOR	DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE	SEXO	AUTO PERCEPCIÓN DE SALUD
Factor I	U=-10.212 (p=<0.05)	-10.419, p=<0.05	-10.54 p=<0.05
Factor II	U=-8.201 (p=<0.05)	-9.37, p=<0.05	-9.654 p=<0.05
Factor III	U=-8.756 (p=<0.05)	-9.82, p=<0.05	-10.16 p=<0.05

Se observa que las frecuencias y porcentaje de número de casos son diferentes por grupos diagnósticos, aunque sin llegar a la significancia estadística en los casos. Con fines de análisis se reunió bajo el grupo de trastornos afectivos al diagnóstico de depresión, ansiedad y trastorno bipolar, en el apartado de otros se reunió el retraso mental, epilepsia, trastorno obsesivo compulsivo y otros. Estos datos se muestran en el Cuadro X.

Cuadro X. Asociación entre grupos diagnósticos y número de casos.

GRUPO DIAGNÓSTICO	NUMERO DE CASOS	X <sup>2</sup>	SIGNIFICANCIA
Esquizofrenia (n=100)	14 (14% de la población con este diagnóstico)	.642	.423
Demencia (n=5)	1 (20% de este diagnóstico)	.074	.785
Trastornos afectivos (n=28)	4 (14% de este diagnóstico)	.049	.826
Otros (n=14)	4 (28.5% de este diagnóstico)	1.959	.162
Total (n=147)	23 (16% de la población total)		

## 11. Discusión

Los resultados nos revelan que la muestra esta comprendida en su mayor parte por mujeres, principalmente las madres de los pacientes, con una distribución etaria bimodal en los grupos de 26 a 35 años y 56 a 65 años. Esto coincide con la mayor parte de los estudios donde el perfil del familiar cuidador es mujer especialmente madres o hijas (21,22,23,27).

En cuanto al estado civil la mayor parte es casada, coincidiendo con lo esperado, al encontrarse en periodo reproductivo. Si bien el nivel de formación es bajo, ya que un alto porcentaje de la población tienen terminada sólo la secundaria y, alrededor del 87% no posee estudios universitarios, coincide con los datos de la población abierta, referidos por el INEGI (48) donde se indica el 86% de la población mexicana no tiene estudios universitarios; ratificándose la representatividad demográfica de la muestra.

La población se dividía a grandes rasgos en dos rubros de ocupación: el hogar y la actividad remunerada, en esta sección se incluyeron los comerciantes, coincidiendo también con lo reportado en el censo poblacional (49). La mitad de la muestra era el sostén económico de su casa.

La mayor parte de los pacientes que acuden no tienen ningún servicio seguridad social, hay un 20% con IMSS y el ISSSTE con un 11%. Esto llama la atención ya que las dos instituciones cuentan con atención ambulatoria de tipo psiquiátrica, por lo que es probable que los familiares acudan a las dos instituciones.

Cerca del 70% de los familiares vive con el paciente, esto puede sugerir que este involucrado en la dinámica familiar apoyando este punto el que acompaña al paciente a la consulta, por lo que puede ser un indicador de que quizás sea el familiar responsable. Esto nos sugiera que quizás realice el acompañamiento constante y por lo tanto recibir la carga emocional referida por Ellis (8) que se esperaría repercutiría en su estado de bienestar.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico del paciente este presenta en su mayoría trastornos psicóticos es probable que esto se deba a que el hospital Fray Bernardino Álvarez se caracteriza por internar pacientes con sintomatología disruptiva, casi siempre condicionado por trastornos psicóticos y, de ellos la esquizofrenia ocupa los primeros lugares de atención, situación que se reafirma en los resultados obtenidos en este estudio. Encontramos que de la muestra obtenida 100 pacientes tienen diagnóstico de esquizofrenia, 18 pacientes diagnóstico de bipolar y el resto de los pacientes se distribuía en la gama de ansiedad, depresión, demencia y retraso mental. En cuanto al diagnóstico referido por el familiar y el del expediente observamos que existe una asociación, por lo que se puede inferir que existe un conocimiento por lo menos del diagnóstico del paciente por parte del familiar, sería interesante en un estudio futuro ampliar la encuesta para obtener mas datos de cuanto sabe el familiar de la enfermedad psiquiátrica, que

expectativas tiene y como maneja las crisis que se presentan en la familia ya que estos datos probablemente también tendrán relación con el estado de bienestar.

Los reportes previos (19-22) que han analizado el impacto de la enfermedad psiquiátrica en el cuidador o familiar más cercano han encontrado de manera consistente que los familiares presentan altos índices de malestar, cansancio y eventualmente alta emoción expresada, encontrando que hasta un 58.5% tenían algún trastorno psiquiátrico. Esto no se replica en nuestro estudio, ya que el 80% de la muestra refiere tener una salud buena o regular, un 9% la percibe como muy buena, con un 5% que la percibe como mala o muy mala, en general la mayor parte de la población refiere una buena calidad de salud. Los casos de malestar son del 16% de la muestra, lo que también se presenta como un porcentaje bajo de la población.

Dado que el principal grupo diagnóstico era esquizofrenia y los familiares de estos pacientes generalmente presentan una gran carga emocional, con cansancio, estrés así como hostilidad, con reportes de hasta dos veces más presencia de malestar que la población general (27-31) era de esperar que nuestro estudio replicará datos parecidos, esto no se presenta ya que en el análisis por grupos diagnóstico no se encontró asociación por casos y el porcentaje observado de éstos también era relativamente bajo (14%). Esto puede explicarse ya que los pacientes no mostraban disruptividad ni errores de juicio y conducta pues acudían al servicio de consulta externa y no al área de hospitalización, además de que no se tiene la certeza de que el familiar acompañante sea el cuidador primario, por lo que sería necesario agregar este rubro en estudios posteriores.

Otra de las enfermedades más estudiadas en este aspecto es la demencia, dado que resulta una enfermedad desgastante para las personas que atienden a estos enfermos, con presencia de ansiedad, depresión, síndrome de estrés del cuidador y malestar, en especial en pacientes que además tenían un déficit visual y auditivo (23-26). En nuestro estudio también se encontró una asociación significativa de casos de malestar con el diagnóstico de paciente, pero la muestra fue muy pequeña y si comparamos los porcentajes de casos por grupo diagnóstico observamos que se encuentra arriba de lo presentado en esquizofrenia (un 14% contra un 20%), es probable que no fuera significativo por el tamaño de muestra, por lo que es imprescindible que en estudios siguientes se realice una ampliación.

En el caso de los trastornos afectivos, la ansiedad que casi siempre presentan, se refiere que son transmisibles entre las personas que conviven y puede generar en el familiar un mayor desasosiego y malestar (18), en el rubro de trastornos afectivos, observamos que el porcentaje tampoco se replican estos datos, dado que la presencia de malestar también fue relativamente bajo (14%) aunque como en el caso de la demencia también se presentó un tamaño de muestra pequeña, por lo que sería ideal también ampliar el número.

Una de las limitaciones del estudio fue que no se tomaron pacientes de toda la gama de severidad y sólo se tomó la muestra de población controlada, es probable

que si la muestra hubiera sido tomada también de familiares que acudían con sus pacientes al servicio de hospitalización continua hubieran presentado mayores índices de malestar. Resumiéndose en que si el paciente tiene los síntomas controlados y probablemente un mayor índice de bienestar, el familiar también lo tenga o por lo menos no se vea influenciado negativamente por el diagnóstico psiquiátrico en la familia.

En este aspecto para futuros estudios, y evitar sesgos como esté, se deberá tomar en cuenta cubrir todo el rango de severidad de la enfermedad para realizar comparaciones entre familiares de pacientes con sintomatología controlada contra los que la presentan agudizada. También tomar una muestra constante por cada padecimiento para evitar que se concentre la población con un solo tipo de diagnóstico, quizás si se hubieran tomado muestras por cada tipo de diagnóstico coincidiría con los reportes de la literatura.

Al realizar la asociación entre casos de malestar y variables demográficas se encontró que se asociaban con el nivel escolar. Es probable que esta variable también nos sirva de indicador para observar con que recursos cuenta el familiar, ya que generalmente niveles bajos de escolaridad se asociación con altos índices de pobreza (51) coincidiendo también con bajos niveles de bienestar (47). Aunque no existieron diferencias entre los grupos para los factores de malestar predominante, al dividirlos por sexos y auto-percepción de salud, esto puede explicarse por que en general la escala no tenga la sensibilidad suficiente para detectar cambios sutiles en el factor específico asociado a sexo. Por lo que nuestro estudio no es consistente con otros, donde se reportan mayores índices de malestar en las mujeres que en los hombres.

Las preguntas propuestas por Valdez-Santiago y cols sobre la percepción de salud general, muestran una asociación con los puntajes obtenidos en los casos coincidiendo con su estudio. Al parecer la opinión subjetiva que tienen los pacientes sobre su estado de salud se relaciona directamente con el estado de bienestar. Quizás en estudios posteriores podrán ser agregadas estas dos preguntas a estudios de tamizaje, dándonos brevedad y confiabilidad.

Perspectivas. En estudios posteriores sería interesante incluir variables como religión, estado socioeconómico, mecanismos de afrontamiento y observar si estos repercuten en el estado de bienestar. Además de observar el efecto que tendrían medidas de intervención como la psicoeducación, trabajo en grupo y detección temprana de síntomas en el estado de bienestar del familiar.

## 12. Conclusiones.

- En este estudio, con base en los objetivos planteados, se concluye que la presencia de malestar en los familiares de pacientes psiquiátricos es baja, por lo que se rechaza la hipótesis.
- Los familiares se caracterizaron por ser en su mayoría mujeres, generalmente las hijas y madres de los pacientes, con características demográficas parecidas a la reportada en los censos nacionales y en su mayoría conocen de manera adecuada el diagnóstico de su familiar.

## Referencias Bibliográficas.

1. World Health Report 2000. Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO. Ginebra 2001.
2. Murray C, Lopez A. The Global Burden of Disease and Injury series. Harvard School of Public Health on Behalf of The World Health Organization, Harvard, 1996.
3. Russell, J.A., & Carroll, J.M. On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*. 1999; 1: 30–30.
4. Watson D, y Tellegen A. Issues in the dimensional structure of affect—Effects of descriptors, measurement error, and response formats: Comment on Russell and Carroll. *Psychological Bulletin*. 1999; 5: 601– 610.
5. McNair DM, Lorr M, y Droppleman LF. EITS Manual for the Profile of Mood States. 1971. San Diego, CA: Educational and Industry Testing Service. 121-23
6. Beck AT y Beamesderfer A. Assessment of depression: The depression inventory. In P. Pichot (Ed.), New York: Karger, Basel. Modern problems in pharmacopsychiatry: Psychological measurements in psychopharmacology. 1974: 151–169.
7. Shacham NA. Shortened version of the profile of mood states. *Journal of Personality Assessment*. 1983. 47: 305–306
8. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, NJ. 1994; Birscoj Lane: 12
9. Ellis A y DiGiuseppe R. Are inappropriate or dysfunctional feelings in rational-emotive therapy qualitative or quantitative? *Cognitive Therapy and Research*. 1993; 5: 471– 477
10. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004; 59: 20–29.
11. Anderson KJ. Impulsivity, caffeine, and task difficulty: A within-subjects test of the Yerkes-Dodson law. *Personality and Individual Differences*. 1994; 6: 813–829.
12. David D, Montgomery G, Macavei B, Bovbjerg D. An empirical investigation of Albert Ellis's Binary Model of Distress. *J Clinical Psychology*. 2005; 61(4): 499-516
13. Byrne EA y Cunningham CC. The effects of mentally handicapped children on families: A conceptual review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1985; 26(6), 847- 864.
14. [Díaz EG](#), [Rodríguez ML](#), [Mota C](#), [Espíndola J](#), [Meza P](#), [Zárate T](#). Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2006; 20(4) : 80-90.
15. Marshall T, Solomon P. Provider Contact with Families of Adults with Severe Mental Illness: Taking a Closer Look. *Fam Proc*. 2004; 43:209–216.
16. Fornes J, Carball M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: medica panamericana, 2001: 24-29

17. Montgomery R. Advancing caregivers research: Weighing efficacy and feasibility of intervention. *J of gerontology*, 1996; 51(3): 109-110
18. Fones VJ. Enfermería en salud mental. Cómo cuidar al cuidador y nosotros mismos. *Enfermería global*. Mayo 2003; 2: 1-11
19. Szmukler GI, Burgers P y cols. Caring for relatives with serious mental illness: The Experiences of caregiving inventory. *Soc-Psychiatry-Psychiatr-Epidemiol* 1996. 31(3-4):137-148.
20. McGilloway S, Donnelly M, Mays N. The experience of caring for former long-stay psychiatry patients. *British J Clinical Pshychology*. 1997, 33(1):149-151.
21. Mac Carthy B: The role of relatives. En Lavender A, Holloway F. Ed *Community care in practice*. 1988. Wiley, Chichester: 236
22. Rascón G. Estudio de familias de pacientes con esquizofrenia. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Unidad de Postgrado Universidad Nacional Autónoma de México. 2001
23. López Martínez J. Efectos positivos de un estresor crónico. El cuidador de un enfermo con demencia. Universidad de Madrid. Facultad de Psicología. España. III Congreso Virtual Interpsiquis 2000
24. Pérez JM, Abanto J, Labarta J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Aten Primaria*, 1996; 18:194-202
25. Megido MJ, Espinás J, Carrasco RM, Copetti S, Caballé E. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. *Aten Primaria* 1999; 23:493-5
- 26.** Domínguez NS, Gómez R, López R, Sáiz C, Cordero J. El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2006; 41 (1): 15-20
27. Aznar E, Berlanga A. Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia. Manual para el cuidador. Toledo: Consejería de sanidad; Junta de comunidades de Castilla la Mancha, 2002.
28. Gopinath PS, Chaturvedi SK. Distressing behaviour of schizophrenics at home. *Acta Psychiatr. Scand*. 1992, 86:185-188.
29. Winefield, HR Harvey, EJ. Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 1993; 19:619-625.
30. Martínez JA, Madoz V. Sobrecarga Familiar de la Esquizofrenia. *Grupo Psicost. Aula Médica Psiquiátrica*. 2000; 4 :219-234.
31. Oldridge ML, Hughes IC. Psychological well-being families with a member suffering from schizophrenia: an investigation of long-standing problems. *Br J Psychiatry* 1992; 161:249-251
32. Treasure y cols. The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001; 36: 343-347
33. [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/definitivos/Nal/tabulados/00di01.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/definitivos/Nal/tabulados/00di01.pdf)
34. Valencia M, Rascon MA, Quiroga H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 2003; 26 (5): 1-18

35. Medina-Mora ME, Berenson S, Lopes LE, Solis I, Caballero MA, Congalez J., El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental*. 1997; 20 supl (2):32-38
36. National Research Council. Institute of Medicine. (1998). *Violence in families. Assessing Prevention and treatment programs*. E.E.U.U: National Academy Press.
37. Barg, L. Los vínculos familiares. Reflexiones desde la práctica profesional. *Argentina 2003* : ed. Espacio. 111-113
38. Jones DW. Families and Serious Mental Illness: Working loss and ambivalence. *British Journal of Social Work*, 2004; 34: 961-979
39. Lucksted A y Dixon L. Quality of care in services to family members of people with serious mental illnesses. *Mental Health Services Research*. 1999; 1: 223–230.
40. Greenberg, J., & Greenley, J., & Brown, R. Do mental health services reduce distress in families of people with serious mental illness? *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1997; 21: 40–50.
41. Tessler R, Gamache G, Fisher G. Patterns of contact of patients' families with mental health professionals and attitudes toward professionals. *Hospital and Community Psychiatry*. 1991; 42: 929–935.
42. Oppong-Tutu A. Working with the mentally ill and their families. *Mental Health Nursing*. 1997; 17 (4):8-10
43. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry Suppl*. 1997; 154: 1–63.
44. Dixon L y Lucksted A. et al. Therapists' contacts with family members of persons with severe mental illness in a community treatment program. *Psychiatric Services*. 2000; 51:1449–1451.
45. Downin A. Hatfield B. The care programmer approach: Dimensions of evaluations. *British Journal of social work*. *British Journal of Social Work*, 1999; 29:841-60
46. Caldera JT, Kullgren G, Penayo U, Jacobson L. Is treatment in groups a useful alternative of a psychiatric outpatient unit in Nicaragua. *Acta Psiquiatria Scandinavica* 1995; 92: 386-391
47. Valdez R, Salgado N. ESP, una escala breve para identificar malestar emocional en la práctica médica de primer nivel: características psicométricas. *Salud Mental*, 2004; 24 (4): 55-62
48. INEGI. Censo nacional de población y vivienda 2000. Datos tomados de : <http://www.inegi.gob.mx/est/default.aspx?c=701>
49. [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/definitivos/Nal/tabulados/00em05.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/definitivos/Nal/tabulados/00em05.pdf)

ANEXOS

## ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

1. ESTADO CIVIL  
A. SOLTERO B. CASADO C. UNIÓN LIBRE D. DIVORCIADO E. VIUDO
2. EDAD  
A. PRIMARIA B. SECUNDARIA C. PREPARATORIA D. LICENCIATURA E. POSGRADO
3. ESCOLARIDAD COMPLETA  
A. 18 A 25 AÑOS B. 26 A 35 AÑOS C. 46 A 55 AÑOS E. 56 A 65 AÑOS.  
F. MAYOR DE 65 AÑOS
4. OCUPACIÓN  
A. IMSS B. ISSSTE C. PEMEX D. ISSEMYN E. SEGURO POPULAR  
F. SEGURO PRIVADO G. NO
5. ¿TIENE ALGÚN TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL?  
A. ESTUDIANTE B. TRABAJADOR REMUNERADO C. SE DEDICA AL HOGAR D. PENSIONADO E. NO LABORA.  
i. SI TRABAJA ¿ES EL SOSTÉN ECONÓMICO DE SU CASA A. SI  
B. NO.
6. PARENTESCO CON EL FAMILIAR QUE HOY ACOMPAÑA A SU CONSULTA  
A. PADRE O MADRE B. HERMANO C. TIO D. PRIMO E. ABUELO F. OTRO  
ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
7. VIVE CON EL FAMILIAR QUE HOY ACOMPAÑA A SU CONSULTA  
A. SI B. NO
8. CONOCE EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DEL FAMILIAR QUE HOY ACOMPAÑA A SU CONSULTA  
A. SI B. NO
9. SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA ANTERIOR CONTESTE CUAL ES EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO DE SU PACIENTE?  
A. ESQUIZOFRENIA B. TRASTORNO BIPOLAR C. DEMENCIA D. RETRASO MENTAL  
E. TRASTORNO DE ANSIEDAD F. EPISODIO DEPRESIVO G. OTRO \_\_\_\_\_

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS RESPÓNDALAS PENSANDO ÚNICAMENTE EN COMO SE HA SENTIDO LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS.

10. ¿HA TENIDO PROBLEMAS DE SALUD?  
A. SI B. NO
11. ¿CÓMO PERCIBE SU SALUDO GENERAL?  
A. MUY BUENA B. BUENA C. REGULAR D. MALA E. MUY MALA
12. ¿TOMO ALGÚN MEDICAMENTO?  
A. SI B. NO

SI TOMO ALGÚN MEDICAMENTO SE LO RECETO UN MEDICO

A SI. B. NO

## ESCALA DE SALUD PERSONAL

EN EL ULTIMO MES USTED:

1. ¿HA SENTIDO DIFICULTADES PARA DORMIR?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE
2. ¿SE HA ASUSTADO O ALARMADO CON FACILIDAD?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE
3. ¿SE HA SENTIDO NERVIOSO TENSO, ANGUSTIADO O ANSIOSO?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE
4. ¿SE HA SENTIDO TRISTE O AFLIGIDO?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE
5. ¿LE HA SIDO DIFÍCIL DISFRUTAR DE SUS ACTIVIDADES DIARIAS?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE
6. ¿SE HA SENTIDO CANSADO?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE
7. ¿HA DEJADO DE ASISTIR, CONCENTRARSE O HACER BIEN SU TRABAJO?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE
8. ¿HA DEJADO DE COMUNICARSE O HACER ACTIVIDADES CON SUS FAMILIARES?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE
9. ¿HA DEJADO DE RELACIONARSE CON AMIGOS O GENTE DE SU COMUNIDAD?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE
10. ¿HA SENTIDO QUE TIENE PROBLEMAS EMOCIONALES Y QUE REQUIERE DE ATENCIÓN PROFESIONAL?  
A. NUNCA B. POCAS VECES C. VARIAS VECES D. SIEMPRE