



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE UN GRUPO DE
CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA Y UN GRUPO CONTROL EN EL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO « FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ ».**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

José Francisco León Salazar

ASESORES:

Dra. Cecilia Bautista Rodríguez

Asesor teórico

Dr. Félix Armando Ambrosio Gallardo

Asesor metodológico

Facultad de Medicina



MEXICO, D.F. AGOSTO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CONTENIDO

I.	INTRODUCCION	1
II.	MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES	
	a. Definición de esquizofrenia en la actualidad, epidemiología y criterios diagnósticos.	2
	b. La familia del paciente con esquizofrenia.	4
	c. Definición de cuidador primario y la influencia en la génesis de ansiedad y depresión.	10
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	15
IV.	JUSTIFICACION.	16
V.	HIPOTESIS.	17
VI.	OBJETIVOS	
	a. Generales.	18
	b. Específicos.	18
VII.	MATERIAL Y METODOS	
	a. Tipo de estudio.	19
	b. Sujetos de estudio.	19
	c. Procedimiento.	20
	d. Definición conceptual y operacional de variables, tipos de variables y escalas de medición.	21
	e. Instrumentos de medición.	22
	f. Pruebas estadísticas.	24
VIII.	CONSIDERACIONES ETICAS.	25
IX.	RESULTADOS.	
	a. Características socio-demográficas de la muestra.	26

b.	Ansiedad y depresión entre grupo de cuidadores familiares y grupo control.	30
X.	DISCUSION.	31
XI.	LIMITACIONES.	34
XII.	CONCLUSIONES.	35
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	36
XIV.	APENDICE.	
a.	Carta de consentimiento informado.	42
b.	Cuestionario socio-demográfico.	43
c.	Instrumentos utilizados.	44

AGRADECIMIENTOS

A los familiares cuidadores de pacientes con reciente diagnóstico de esquizofrenia que colaboraron contestando las pruebas, ya que sin su ayuda no se hubiera realizado este proyecto.

A mi padre José María León Vargas quien me enseñó mis primeras letras, a mi madre Delfina Salazar Rojas, quien con su apoyo y dedicación he logrado llegar hasta el día de hoy.

A mi novia y futura esposa, Dra. Jesica Sarai Bernal Garduño por su amor y apoyo.

A mis familiares que con su apoyo pude terminar mi especialidad, y que sin su apoyo no hubiera terminado mi especialidad.

A mis asesores Dr. Félix Armando Ambrosio y Dra. Cecilia Bautista por su enseñanza, apoyo y confianza para la realización de mi proyecto de investigación.

A todos mis compañeros, amigos y los que colaboraron con observaciones o a la realización de esta tesis, le agradezco infinitamente.

ABREVIATURAS

CIE-10: Clasificación internacional de las enfermedades, Trastornos mentales y del comportamiento.

HPFBA: Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

HAM-D: Escala Hamilton para Depresión.

HAM-A: Escala Hamilton para Ansiedad.

DE: Desviación Estándar.

GL: Grados de Libertad.

ANOVA: Análisis de Varianza

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS.

Gráfica 1	Distribución por grupo y sexo.	26
Gráfica 2	Edad por grupo.	26
Gráfica 3	Distribución por parentesco.	27
Gráfica 4	Distribución por grupo y escolaridad.	28
Gráfica 5	Distribución por grupo y ocupación.	29
Gráfica 6	Depresión y ansiedad por grupo.	30
Tabla 1	Ansiedad y depresión entre grupo de cuidadores familiares y grupo control.	30

RESUMEN

Antecedentes: La esquizofrenia es una enfermedad que deteriora social, familiar y laboralmente al individuo que la padece, siendo hasta el siglo XIX en que toma importancia su estudio, y que a partir de ahí, se han avanzado tanto en su tratamiento como en descubrir su etiología. En la actualidad la esquizofrenia es definida como un trastorno mental que puede expresarse a través de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado, así como síntomas negativos; esto asociado a una marcada disfunción social o laboral, con una persistencia de al menos 6 meses desde el inicio de los síntomas, sin embargo, la trascendencia en el tratamiento abarca también las situaciones que rodean al paciente con esquizofrenia, tal situación que nos compete es la del cuidador, en las que muchas de las veces es un familiar cercano, y que pocas veces tiene información acerca de esta enfermedad, lo que aunado a ello, se presenta en el cuidador primario datos de ansiedad, depresión, carga emocional, económica y la incertidumbre acerca de la evolución de esta patología.

Objetivos: Conocer datos actuales de la presencia de ansiedad y depresión en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia con primer cuadro psicótico comparado con un grupo control, así como conocer las diferencias socio-demográficas en cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia hospitalizados por primera vez.

Material y métodos: Se obtuvieron 2 grupos, conformados por 30 familiares cuidadores de paciente con diagnóstico de esquizofrenia hospitalizado por primera vez en HPFBA, los cuales se compararon con un grupo control igualmente de 30 participantes, pareados por edad y sexo. A los 2 grupos se realizaron encuestas con datos socio-demográficos, (edad, sexo, parentesco, escolaridad, ocupación), así como la aplicación de escalas de HAM-D y HAM-A; se utilizó el análisis de varianza (ANOVA), para establecer la diferencia entre las diferentes variables y los resultados de las escalas de HAM-D y HAM-A.

Resultados: Se obtuvo 2 grupos pareados por edad y sexo, siendo el grupo de familiares cuidadores y el grupo control que no contaba con familiar enfermo, observándose que el sexo predominante fue el femenino con un 70%, seguido del masculino con un 30%, con una edad promedio de 48.23 ± 12.4 años, siendo los padres los que mayormente fungían como cuidadores de pacientes atendidos por primera vez, presentar un primer cuadro psicótico en el HPFBA, se observó que la mayoría tenía estudios de secundaria y se dedicaban a labores del hogar. Por otra parte, al compararse ambos grupos con ANOVA, se observó que la depresión en ambos grupos fue de $F(1,33.1) = 73.34, p < 0.001$. Y para la ansiedad fue de $F(1,42.6) = 11.79, p < 0.001$.

Conclusiones: La importancia del abordaje y enfoque de nuestro estudio hacia el cuidador familiar del paciente esquizofrénico, es el de brindarle pautas en su manejo, debido a que en nuestro estudio, se observó que presentan mayor ansiedad y depresión que la población general, agregándose que el ser progenitor, de sexo femenino, con estudios de nivel medio, y dedicado a labores del hogar, incrementa el riesgo de presentar depresión y ansiedad, comparado con un grupo control, sin la presencia de un familiar con alteración mental. Por lo que el enfoque terapéutico brindado también al familiar cuidador, brindará mejoría y mayor rehabilitación en el paciente con esquizofrenia.

Palabras clave: ***cuidador primario, familiar, esquizofrenia, ansiedad, depresión.***

I. INTRODUCCION

A lo largo de la historia se encuentran descripciones sobre los síntomas que hoy día se suelen observar en pacientes con esquizofrenia. Los médicos griegos describieron delirios de grandeza, paranoia y deterioro de las funciones cognitivas y trastornos de la personalidad. Sin embargo, la esquizofrenia no se convirtió en una enfermedad digna de estudio y tratamiento hasta el siglo XIX. Emil Kraepelin (1856-1926) y Eugene Bleuler (1857-1873)¹⁹ fueron dos principales figuras que iniciaron el estudio de ella. Sin embargo, el estudio de la esquizofrenia y su tratamiento es un campo relativamente reciente, tomando en cuenta que todos los tratamientos otorgados hasta antes de la llegada de los psicofármacos, sólo permitía a los pacientes obtener un poco de mejoría o incluso únicamente el apoyo e interés genuino de sus médicos.²⁰

En las últimas décadas los psiquiatras han centrado esfuerzos en intentar evitar las recaídas de los pacientes esquizofrénicos, como una meta obligada tras el logro de la antes sólo imaginada remisión de los síntomas. Las recientes observaciones en la dinámica familiar de los enfermos mentales y la introducción del concepto de emoción expresada abrieron las puertas para que los profesionales de la salud mental ampliaran su campo de acción y realizaran intervenciones antes olvidadas o eludidas.²¹

La influencia sociocultural en México obliga a los psiquiatras mexicanos, a centrar sus esfuerzos en comprender la manera como los pacientes influyen en sus familias y como ésta a su vez impacta en el padecimiento. La figura y el papel de la familia y especialmente la madre, es sin lugar a duda, el eje básico que deben considerar los profesionales de la salud mental para manejar cuando uno de los integrantes padece esquizofrenia.

El desgaste y la presencia de ansiedad comórbida con depresión que padece el cuidador, así como el involucramiento emocional que hay cuasi inconscientemente en relación al enfermo, puede influir negativamente en la recuperación de los enfermos de esquizofrenia y debilitar más la estructura familiar, siendo entonces cuando hay que plantearnos la cuestión, en qué momento es importante intervenir sistemáticamente, y ver de una manera integradora el tratamiento de los padecimientos mentales, específicamente la esquizofrenia, que es la que nos involucra en esta ocasión.

La aparición de cualquier enfermedad mental hace difícil el manejo tanto para el familiar, como para el propio enfermo, además la propia sociedad y la cultura no lo permiten, debido a la mala información o incluso, información errónea acerca de los tratamientos, rehabilitación y diagnóstico de las enfermedades mentales.

II. MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES

a. Definición de esquizofrenia en la actualidad, epidemiología y criterios diagnósticos.

Actualmente se considera que la prevalencia de la esquizofrenia es del 1%.²² No podemos subestimar estas cifras si tomamos en cuenta que, de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000 había en el mundo 45 millones de personas mayores de 15 años de edad que en algún momento de su vida habían presentado un cuadro esquizofreniforme o un trastorno esquizofrénico franco.²³ Puesto que la esquizofrenia tiende a ser una enfermedad crónica, las tasas de incidencia son inferiores a las tasas de prevalencia y actualmente estas se estiman en aproximadamente 20 a 40 por cien mil habitantes por año.²⁴

El grupo de edad mayormente afectado se encuentra entre los 15 y los 35 años, siendo en promedio las mujeres, las que tienen un inicio tardío de la enfermedad.²⁵ También la edad de los padres tiene un impacto significativo en el riesgo de padecer esquizofrenia, no así con otras psicosis.²⁶

Se ha reportado que los pacientes ocupan alrededor del 50% de todas las camas disponibles en los hospitales psiquiátricos y constituyen el 16% de los enfermos mentales que reciben algún tipo de tratamiento.²⁷

Por lo general la esquizofrenia se considera de las enfermedades mentales, la más costosa y se estima que representa el 2.5% de gastos anuales en cuidados sanitarios en Estados Unidos.^{28, 29}

En la actualidad la esquizofrenia es definida como un trastorno mental que puede expresarse a través de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico así como síntomas negativos; esto asociado a una marcada disfunción social o laboral, con una persistencia de al menos 6 meses desde el inicio de los síntomas.³⁰

Resulta necesario hacer la observación que los pacientes actualmente se caracterizan más por la presencia de alucinaciones e ideas delirantes, que por las características que tanto Kraepelin (deterioro cognoscitivo) como Bleuler (desorganización del pensamiento) observaron con frecuencia en sus pacientes, creyendo que esta definía la enfermedad, describiendo también la presencia en décadas pasadas, la catatonia, la cual ha dejado de ser común, y se ha asociado ahora con mayor frecuencia a la manía, la depresión y a trastornos neurológicos. La flexibilidad cérica en los esquizofrénicos es un signo prácticamente extinto; incluso algunos han puesto en duda la relación de este fenómeno con la esquizofrenia, pues la catatonia no responde a los tratamientos convencionales para esta.³¹

Debido a que la presentación de la esquizofrenia casi siempre tiene lugar de forma muy característica, su diagnóstico ofrece poca dificultad a los clínicos. Por otro lado, tras la mejoría notable experimentada por muchos esquizofrénicos con el inicio del tratamiento, resulta difícil definir la remisión, en otras palabras, es fácil decir cuando un paciente tiene esquizofrenia, pero es difícil saber cuando deja de tener síntomas.

Al hablar de remisión en esquizofrenia, entramos en un terreno pedregoso pero necesario, pues el concepto va invariablemente vinculado al pronóstico. Recientemente se constituyó un grupo de expertos denominado “Remission in Schizophrenia Working Group” con el fin de elaborar criterios de remisión sintomática en los pacientes con esquizofrenia. Los autores justifican su objetivo argumentando que la oportunidad de dichos criterios se confirma por el conocimiento cada vez más preciso del curso clínico de la enfermedad, por las nuevas opciones terapéuticas y por las expectativas de futuro que tienen los individuos afectados.³²

b. La familia del paciente con esquizofrenia.

Desde 1958, Ronald D. Laing, psiquiatra y psicoanalista, emprendió investigaciones que involucraban a las familias de pacientes psicóticos. Parte de su trabajo fue publicado con la colaboración de Esterson bajo el título de “Cordura, Locura y Familia”. Siendo pioneros en investigar la manera en que tal condición patológica influye sobre la familia, a su vez, puede tener sobre su aparición y evolución.³³

Laing y Esterson encontraron que las primeras pacientes estudiadas, todas se encontraban insertadas en un ambiente familiar que las mantenía excesivamente confusas respecto a lo que sentían y a los que otras personas experimentaban en relación con ellas, encontrando ante estos resultados de trabajar con familias de esquizofrénicos, la importancia de evaluar el contexto familiar en el que se desenvuelve un paciente con esquizofrenia, lo cual permite entender mucho de los síntomas que se exhibe y hace posible incidir en áreas de conflicto específicas dentro de la dinámica familiar.³³

Por otro lado, Sullivan ya había observado que gran parte de los dinamismos de los pacientes con esquizofrenia encontraban su explicación y etiología en “la otra” persona involucrada en la relación, afirmando que parte de la esencia del fenómeno de la esquizofrenia radicaba en una confusión de las relaciones interpersonales.³⁴

A inicios de la década de 1960, Laing comenzó a trabajar con Batenson, antropólogo norteamericano, quien dedicó parte de su trabajo a estudiar el comportamiento de los esquizofrénicos. Batenson estableció el concepto de “Doble vínculo” para explicar desde un modelo sociológico el inicio de un cuadro de esquizofrenia, existiendo una distorsión de la comunicación, la cual juega un papel importante en la etiología y los síntomas clínicos de la esquizofrenia, según Batenson, el esquizofrénico es una 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 por Postel y Quetel).³⁵

Además de las graves dificultades en la comunicación generadas por el doble vínculo, también debemos destacar el hecho de que la comunicación entre los pacientes esquizofrénicos y sus familiares puede sufrir algún deterioro tanto al inicio del padecimiento como antes de este, debido a que, las distorsiones en la comunicación pueden no sólo estar relacionadas en la génesis de un trastorno psicótico, sino porque la misma enfermedad puede llevar a una interacción familiar defectuosa. Este hecho adquiere mayor importancia si tomamos en consideración que aún durante la fase prodrómica de la esquizofrenia la comunicación entre los miembros de la familia y el enfermo puede estar profundamente alterada. Una causa de ello sería la sintomatología depresiva que muchos esquizofrénicos exhiben al inicio de su enfermedad, aunada a una desconfianza como parte del inicio del proceso esquizofrénico, esta puede surgir mucho antes de que se establezca la enfermedad y puede crear dificultades en la relación de este con el resto de su familia, creándole confusión y conflictos, además de que la línea que divide entre la confianza y la desconfianza por las ideas delirantes, es aun, poco clara.³⁶

Jaques Lacan en un estudio sobre la familia, refiere a las “anomalías de la personalidad”³⁷ que tienden a estar presentes entre los familiares de los pacientes psicóticos, fenómeno que era comúnmente observado en la práctica habitual y era llamado por mucho psiquiatras “nido de paranoicos”³⁷, respecto a esto, Bleuler ya había observado en la década de 1940, que los parientes de los paranoicos, no pueden separarse hasta ahora del círculo hereditario esquizoide o esquizofrénico.³⁸

Lidz y Fleck, quienes dedicaron parte de sus investigaciones al estudio de las familias de pacientes esquizofrénicos, en su libro “Shizophrenia and the family” demostraron que estas familias tendían a mantener ciertas características, abriendo la posibilidad para que los psiquiatras realizaran intervenciones en toda una serie de conflictos familiares.³⁹

Por otra parte, Wicks y cols.⁴⁰ realizaron un estudio de seguimiento en una cohorte de 2 millones de niños suecos nacidos entre 1963 y 1983, la cual se comparó con un grupo de 1,151 individuos quienes, habían recibido el diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico, con lo que se establece una relación de indicadores de adversidad social. Los autores encontraron un incremento en el riesgo de desarrollar esquizofrenia en todos los indicadores investigados de

adversidad social, entre otros como: vivir en una habitación rentada, bajo nivel socioeconómico, vivir en un hogar uniparental, desempleo y necesidad de recibir beneficios de apoyos sociales. Entre mayor fue el número de factores adversos, más se incrementaba el riesgo de desarrollar esquizofrenia. Dicha investigación apoyaba la hipótesis de que además de la herencia hay una “causa social” de la esquizofrenia (en contra de la hipótesis de la “selección social” que postula que el bajo nivel socioeconómico de las familias es la consecuencia y no la causa del padecimiento).

En México, durante las últimas décadas la familia ha sufrido cambios dramáticos en su estructura, los cuales con toda seguridad influyen en la salud mental de sus miembros. En la clase baja, donde la ausencia de la figura paterna es común, las mujeres carecen con frecuencia de experiencias de intimidad y otros apoyos sociales que mitiguen el impacto del estrés. Además, el número de mujeres que trabajan fuera del hogar va en incremento, por lo mismo se limita el tiempo y el esfuerzo que ellas dedican a la crianza de sus hijos. Hay que considerar también que en México ha dejado de predominar la familia extensa para dar lugar a la familia nuclear; de acuerdo con algunos autores, la familia extendida ofrece beneficios que no se podrían obtener en una familia más pequeña, como es el apoyo ante situaciones de crisis y la ayuda inmediata que, en caso de fallecimiento de uno o ambos cónyuges, los abuelos o tíos ofrecen a los huérfanos.⁴¹

Además de las dificultades inherentes que puedan experimentar los miembros de una familia determinada, la presencia de un miembro con un trastorno mental incapacitante exige de los otros demandas que con toda seguridad tendrá un impacto en su salud mental. De acuerdo a Saucedo y Maldonado, la enfermedad crónica requiere otras formas de adaptación, en la 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.⁴² También, según estos autores, el hecho de que la esquizofrenia sea un padecimiento con un componente hereditario puede generar sentimientos negativos en algunos miembros, ya que se agrega el malestar de saber que un progenitor o la persona afectada lleva dentro de ellos la anormalidad.⁴²

Tras la aparición de los síntomas, es frecuente que los padres y los hermanos cursen con sentimientos de pérdida y depresión. Debido a la edad en que tiende a presentarse la esquizofrenia, la personalidad del individuo que la padece

generalmente ya se habrá desarrollado y la familia tuvo tiempo para considerarlo normal.

También hay que recordar que la emoción expresada es una característica que tiende a estar presente en los cuidadores de pacientes con trastornos mentales.⁴³ La emoción expresada ha sido relacionada por muchos investigadores con la recaída y la presencia de episodios iniciales de psicosis. El estudio formal de la emoción expresada nació en la década de los 70's y representó uno de los primeros intentos por comprender lo que sucedía en las familias de los pacientes con esquizofrenia, constituyendo el principal tema de investigación en la psiquiatría familiar. La presencia de la emoción expresada en las familias nació históricamente de forma paralela a la introducción de los psicofármacos, tras la restitución de los pacientes a sus hogares.⁴⁴

Se considera que una familia tiene niveles altos de emoción expresada cuando al menos uno de sus miembros presenta uno o más de las siguientes dimensiones: crítica (evaluación negativa de la conducta del enfermo), hostilidad (evaluación negativa del enfermo como persona) o sobre implicación emocional (sentimientos o actitudes por parte del familiar de desesperanza, autosacrificio y sobreprotección).⁴⁵

Brown junto con su equipo de investigadores, publicaron un estudio que correlacionó los niveles de emoción expresada y la recaída de los pacientes esquizofrénicos dentro de los 9 meses posteriores a su egreso hospitalario. Además describieron componentes de la emoción expresada como puntos importantes a valorar en las familias de pacientes esquizofrénicos.⁴⁶

Cook y Mc Farlane realizaron un estudio en el que compararon la emoción expresada en los familiares de 3 grupos de pacientes psiquiátricos, 2 de ellos conformados por pacientes que padecían esquizofrenia o trastornos del estado del ánimo y un grupo conformado por individuos que se encontraban en una fase prodrómica, encontrando que los niveles de emoción expresada fueron más altas en los grupos que tenían pacientes con un padecimiento psiquiátrico ya establecido que en el 3er grupo, por lo que se propone la identificación temprana de la emoción expresada en las familias de pacientes que cursan con síntomas prodrómicos o un episodio de psicosis con el fin de evitar que los niveles de ésta se eleven y agraven los síntomas del paciente.⁴⁷

No podemos perder de vista la salud mental de cada miembro de la familia, en especial de aquel que funge como cuidador. El desgaste emocional y psicológico es un síntoma que casi con toda seguridad estará presente en al menos un miembro de la familia en la que hay un esquizofrénico.⁴⁸

En 1992 se estudió los niveles de estrés presente en cuidadores de pacientes con esquizofrenia, en donde se encontró que el nivel de estrés que padecían los cuidadores tenía una relación significativa con comportamientos pasivos del enfermo, tales como dormir, ver la televisión y escuchar música; también ciertos síntomas expresados por los pacientes tales como lentitud en los movimientos, hiporreactividad y dificultad para comunicarse provocaban mayor estrés en los familiares. Otro hallazgo interesante reportado por estos investigadores es que los cuidadores que tenían poco tiempo de fungir como tales experimentaban mayor estrés ante los síntomas positivos de la enfermedad y los cuidadores que habían pasado varios años brindando cuidado eran más sensibles a los síntomas negativos del padecimiento.⁴⁹

Otro aspecto que no podemos dejar de lado cuando se trata de considerar el tratamiento de las familias de pacientes con esquizofrenia, es la presencia del estigma, el cual tiende a impactar negativamente en cada uno de los miembros, generando malestar psicológico y conflictuando aún más la dinámica familiar. Larson y cols. Incluyeron el concepto de estigma familiar tanto el prejuicio como la discriminación que experimentaban los individuos que cuentan con un familiar que padece un trastorno mental. Ellos argumentan que el psiquiatra puede asumir un papel crucial en las intervenciones anti-estigma, ayudando a los miembros de la familia a tomar conciencia del impacto negativo que la enfermedad provoca en ellos, buscando ambientes que proporcionen seguridad y soporte, y fomentando la participación de las familias en programas anti-estigmas.⁵⁰

Tras estas evidencias, las asociaciones psiquiátricas de todo el mundo han hecho esfuerzos por promover las intervenciones familiares dentro del tratamiento que se recomienda para los pacientes esquizofrénicos, por eso la Asociación Psiquiátrica Americana elaboró en el 2004, una guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia, las cuales aparecieron publicadas por primera vez en la revista

“American Journal of Psychiatry”, en la que incluye el abordaje de la familia como parte del manejo integral de los pacientes que padecen esquizofrenia.⁵¹

También la Asociación Psiquiátrica de América Latina ha elaborado guías para el tratamiento de la esquizofrenia, contemplando la intervención familiar como una modalidad a considerar. La importancia de este enfoque radica en que, según la OMS, 1 de cada 4 familias tiene al menos 1 miembro afectado por un trastorno mental.⁵²

Se menciona también que el familiar que se responsabiliza del paciente esquizofrénico, al ser un cuidador informal carece de información y capacitación en el cuidado de la enfermedad (en México, el 85% de los pacientes vive con su familia)²⁷, lo cual se traduce en un mayor nivel de estrés por el desgaste a largo plazo que ello conlleva. Darle suma importancia al cuidador en el proceso de la enfermedad, tratarlo como una persona a la que se le debe ayudar y enseñar a enfrentar con habilidad la solución de problemas relacionados con la convivencia diaria con el paciente esquizofrénico, ya que con las intervenciones familiares, la carga emocional percibida será menor, igualmente la emoción expresada disminuirá, contribuyendo a menores tasas de recaídas y a un menor número de hospitalizaciones del paciente esquizofrénico, así como el proporcionar una mayor información, nos conduce a una adherencia terapéutica alta del paciente con esquizofrenia.

Dentro de la guía también se toma importancia a la necesidad de reinserción social de la persona enferma, considerando los obstáculos de la estigmatización o discriminación de quienes sufren esta patología, agregando que al transformar estas creencias, se puede normalizar la vida de quienes padecen enfermedades mentales.⁵²

Al igual que en México, existen otros países que no cuentan con los recursos suficientes para solventar gastos en personal para aplicar tratamiento familiar para la esquizofrenia, por lo que se han realizado esfuerzos encaminados a evaluar la posibilidad de que dichas intervenciones sean realizadas por personal de salud que no requiera forzosamente la presencia de un médico o un psiquiatra a fin de reducir los altos niveles de emoción expresada.⁵³

En México, se ha iniciado un proyecto para el estudio, tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico, con objetivos tales como intervención psicoterapéutica familiar, orientada precisamente al familiar responsable, abarcando áreas tales como la social, sexual, de pareja, ocupacional, familiar y funcionalidad global, con lo que se pudo concluir que a mayor educación al cuidador, el paciente mejoraba psicosocialmente.⁵⁴ Reportando al final del estudio, que el porcentaje de recaídas de los pacientes se redujo considerablemente, llegando a obtener menor número de hospitalizaciones comparadas con un grupo control a lo largo del seguimiento.⁵⁵

Se sabe desde la década de los ochentas, que intervenciones familiares deben abarcar requisitos tales como contar con la colaboración de la familia, aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y su relación con el estrés, proporcionar a los familiares habilidades y recursos de afrontamiento de estrés, así como informarles sobre la importancia de detectar datos de recaídas y poder intervenir tempranamente, manteniendo la medicación y racionalización de las expectativas formadas.⁵⁶

c. Definición de cuidador primario e influencia en la génesis de ansiedad y depresión.

Toda carga es una situación diferente a una ocupación o quehacer diferente a lo que comúnmente se dedicaba y la reacción anímica que se le relaciona. En nuestra situación la familia es la que desarrolla el rol de cuidador de enfermos con alguna patología mental, en consecuencia se desarrolla un deseo desagradable y reacciones opuestas a las esperadas, ya que los pacientes no pueden realizar sus obligaciones personales o sociales y en consecuencia el cuidador las tiene que hacer por él, necesitando de una continua ayuda en su entorno, así como una frecuente contención de los errores de juicio y conducta que pudieran tener los enfermos¹. El cuidador no pertenece al mundo de la atención a la salud, ni se ha formado como tal, pero si es el responsable de cuidar a su enfermo dentro de su domicilio.

El cuidador puede sentir una experiencia en su vida para él nueva, y a la que no se había preparado, por lo tanto experimenta sentimientos nuevos que hasta cierto punto, puede poner en riesgo su salud mental.

Los efectos en lo físico y psicológico cuando se asiste y cuida a un enfermo mental por parte de los cuidadores informales o mejor dicho, los familiares, se ha venido estudiando desde la década de los cincuenta². Estudiándose desde un inicio la forma de alejar a los enfermos de los hospitales³, acuñándose el término de “cuidador” y posteriormente desarrollando las escalas específicas para calificar la carga que se pudiera desarrollar⁴⁻⁶.

Este compromiso que desarrolla el familiar, modifica todo en la vida del cuidador que funge como tal, alterando desde lo social, individual y familiar, impidiendo un crecimiento personal, así como repercutir en su situación económica y personal, aumentando la molestia que se relaciona con la enfermedad del paciente, definiéndose todo esto en los conceptos de carga objetiva y subjetiva⁷.

Se define como carga objetiva toda alteración que pudiera ser comprobable tanto por la observación como por métodos cuantificables, tanto la supervisión y asistencia del paciente, tales como la toma del medicamento, atención a la volición del paciente, su motivación a seguir adelante, la ayuda a la recuperación del propio cuidado del mismo paciente, tanto en lo personal como en lo social, así como la sustitución en aspectos que el paciente no pueda cumplir, limitándose esta comprobación, la medición de la carga y su relación con la enfermedad⁸.

Por otro lado, la carga subjetiva es la sensación que se desarrolla al realizar los quehaceres propios del cuidador y la situación que vive a tener un familiar que padezca una enfermedad limitante, siendo está relacionada con el mismo estrés que gira en torno a la relación paciente-cuidador, la familia misma y las interrogantes acerca de la salud del paciente, el tratamiento y el futuro del enfermo, estos estresores subjetivos, puede referirse a la valoración subjetiva del cuidador a la demandas del cuidado, pudiendo sentirse cansado emocionalmente, preocupado, tenso y desarrollar ansiedad y depresión, al igual que sentirse atrapado por su rol de cuidador y la pérdida de sus relaciones sociales, que incluye vínculos afectivos con el propio enfermo, siendo hasta ahora abordados por los puntos de vista, tales como la teoría del estrés, sistémica y de los roles⁷⁻⁹.

La importancia de hacer referencia a las actividades en la que el cuidador es responsable del desarrollo adecuado del enfermo a su cargo, ya que cuando esto se ve impedido o debilitado, es necesario la presencia de una tercer persona, siendo éste el familiar más cercano, y con el paso del tiempo, la familia se siente agobiada por tal situación, sintiéndose enfadados por ser ellos quienes tienen que colaborar en todas las actividades que debe realizar el enfermo y para lo cual no están preparados.

El estado anímico depresivo es un estado de molestia psicológica que se presenta más frecuentemente en el ser humano, la depresión como tal, es un diagnóstico clínico basado en los criterios del DSM-IV texto revisado, y que dentro de sus consecuencias, figura el suicidio, la autoestima baja como signo cardinal del trastorno, definición nacida del psicoanálisis¹⁰.

Dentro de las más recientes teorías psicodinámicas, los individuos más propensos a desarrollar estados depresivos, son los que a temprana infancia han tenido pérdidas objétales, han sido constantemente rechazados, han tenido más separaciones o desvinculaciones y el fallecimiento de sus padres, tienden a tener una autoestima baja, tendiente a ser validados y vinculados contantemente, por lo que son propensos a no sortear la frustración al ser abandonados, rechazados o criticados¹¹.

El desarrollo de alteraciones en el estado de ánimo, tal como ansiedad y depresión en el cuidador primario familiar es un problema de salud mental grave y poco abordado en la práctica clínica, estimándose en números, que el 20% de los cuidadores padecen depresión, que es más del doble de la media general¹⁰, sin embargo, no todos los que cuidan llegan a desarrollar depresión o ansiedad, sin embargo, está latente el desarrollo de la misma, debido a que el desempeño como cuidador familiar o de alguien cercano, lo predispone a asumir el rol de sustituto de las tareas del enfermo, dejando a un lado sus propias necesidades, llegando a tener sentimientos de afrontamiento a la crisis en forma deficitaria, desarrollando sentimientos de tristeza, tendencia a aislarse de los demás, astenia y adinamia, coraje y enojo, y paradójicamente culpa por presentarlos¹².

El principal impacto en el cuidador familiar de la carga desarrollada por cuidar a un paciente esquizofrénico, es cuando se rebasa los mecanismos de afrontamiento, y

el cuidador ya no puede irse adaptando poco a poco, con lo cual desarrolla sentimientos excesivos de tensión, cambios negativos en su bienestar físico y emocional, lo que lleva a que presente una crisis y un incremento de desarrollar un síndrome de desgaste, carga emocional excesiva y presentar en un inicio ansiedad y depresión¹³.

Se puede desarrollar de diversas maneras los estados de ansiedad y depresión, en los grados de presentación que tiende a individuarse, mostrando sentimientos de tristeza, alta emoción expresada, malestar familiar, malestares físicos, exacerbaciones de enfermedades pre-existentes en el cuidador, vacío existencial, irritabilidad, intolerancia a la frustración, astenia y adinamia^{13, 14}.

Hasta el momento no se sabe con exactitud qué es lo que origina mayor ansiedad y depresión en los cuidadores, pudiendo ser que en el cuidado del paciente con esquizofrenia es una tarea difícil, debido al sinnúmero de mitos acerca de la enfermedad, así como la estigmatización que esta conlleva.

Hasta el momento se sabe que al cuidar un paciente esquizofrénico que presenta exacerbación de la sintomatología positiva, tales como delirios y alteraciones en la sensopercepción, síntomas negativos como la abulia, aislamiento, conductas agresivas o suicidas, son las que originan mayor rechazo y sensación de carga al pensar por parte del cuidador que el mismo paciente las pudiera controlar, provocando esto una tensión contante en el cuidador, mismo que origina la ansiedad y depresión.

El cuidador familiar quien realiza la mayor parte de las actividades que suple a las que debería realizar el paciente, lo convierten en una “paciente oculto” que necesitará en un momento determinado ser manejado, diagnosticado y tratado en forma oportuna, debido a que pudiera llegar a precipitar una crisis que desestabilizará la dinámica familiar, ya de por sí anormal, afectando a cada uno de los integrantes de la familia, debido a que recae toda la responsabilidad, y que absorbe la mayor parte de los cuidados que precisa el paciente, el cuidador puede llegar a enfermar, y esté solicita menos atención médica que los demás¹⁵.

Por otra parte, se ha observado que al indagar propositivamente en busca de sintomatología temprana en el cuidador, se puede intervenir oportunamente con

psicoeducación y relegar a más integrantes de la familia, el cuidado del paciente, aminora la carga que experimenta el cuidador primario, quien es el que otorga la mayor asistencia y apoyo diario al enfermo, así como mantenerlo funcional en lo social, el cuidado personal y la vigilancia de las tomas de medicamento^{16, 17}.

Es importante saber distinguir y separar estos eventos que experimenta o realiza el cuidador diariamente, con la finalidad de percibir el desarrollo de ansiedad y depresión, saber la carga subjetiva y objetiva, las emociones y actitudes que adopta en el cuidado del paciente, a fin de saber si sus recursos son suficientes para satisfacer las demandas del rol que desempeña y evitar alteraciones en la salud mental y física, ya que se ha visto que los mayores índices de estrés no sólo afecta al cuidador, sino también a la familia en sí, llegando a presentar alteraciones en los patrones del sueño, trastornos de la alimentación, alta emoción expresada y violencia física contra el paciente y la familia en sí^{75, 76}.

El impacto de todos los estresores que se observa en el cuidador familiar y la familia del paciente, son regulados con estrategias de afrontamiento y apoyo social, a fin de disminuir las consecuencias negativas de la propia enfermedad mental, que en algún momento determinado, llega a afectar a toda la familia, incluyendo al cuidador, por lo que hay que apremiar al cuidador y la familia a buscar información, para incrementar su competencia de desempeño en la tareas asistenciales y de tipo emocional, a fin de disminuir los riesgos de desarrollar una sobrecarga al cuidador principal y la familia, evitando con la información, la capacitación y la psicoeducación, el desarrollo de trastornos depresivos, de ansiedad o cambios de personalidad y de conducta relacionados con la carga emocional, la preocupación por las secuelas físicas y la ambivalencia entre el sentido de responsabilidad u obligación y el vínculo afectivo que se tiene hacia el enfermo⁷².

El objetivo principal de este estudio consiste en sustentar que al promover la detección temprana de sintomatología depresiva y ansiosa, el psiquiatra tendrá más oportunidad de aliviar el malestar emocional del cuidador primario y coadyuvar en la rehabilitación del enfermo mental de forma integral.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es sabido que la presencia de trastornos afectivos tales como la ansiedad y la depresión se presenta más en cuidadores de pacientes con demencia de tipo Alzheimer, con cáncer o alguna otra enfermedad crónica degenerativa, por lo que es importante analizar el caso de cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Dado que en México el 85% de los pacientes esquizofrénicos viven con sus familias²⁷ y que los progenitores o un familiar cercano son quienes generalmente desempeña el papel del cuidador ⁵⁷, es necesario conocer la presencia de ansiedad y depresión, en familiares que son cuidadores primarios de pacientes psiquiátricos, específicamente esquizofrénicos quienes se presentan con primer brote psicótico, se pretende que este factor agudice los síntomas en estudio, se espera con este estudio, conocer datos estadísticos de estos trastornos en el cuidador primario del paciente esquizofrénico, y con ello sentar las bases para próximas investigaciones. Así como promover atención y cuidado especial al cuidador primario.

a. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Los familiares cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia de un primer brote psicótico presentaran mayor sintomatología de depresión y ansiedad que un grupo control?

IV. JUSTIFICACION

La esquizofrenia es un problema de salud que requiere una mayor apertura actual a la investigación científica, en aras de mejorar la calidad de vida de quien la padece, disminuir la comorbilidad y reducir los costos que acarrear la enfermedad.

Si de antemano sabemos que detrás de cada esquizofrénico existe una familia, cuyo sistema con frecuencia está amenazado con ser destruido, y en el que cada uno de los miembros puede llegar a sufrir de ansiedad y depresión, el problema adquiere dimensiones mayores.

Siendo propuesto por la Asociación Americana y la Asociación Psiquiátrica de América Latina en sus guías Clínicas para el Tratamiento de la esquizofrenia, la intervención familiar debe ser parte del manejo integral de los pacientes, sus cuidadores y su familia.^{51, 52}

El conocer la presencia de ansiedad y depresión en el cuidador primario de nuestro estudio, pudiera ayudar a implementar medidas de prevención y en dado caso dar tratamiento para disminuir sus trastornos emocionales y en consecuencia mejorar el funcionamiento psicosocial del cuidador.

Hasta el momento no se cuenta con estudios que describan los trastornos afectivos comparados contra un grupo control, así como datos socio-demográficos en los cuidadores primarios de pacientes esquizofrénicos de primera vez en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", dado que entre un 80% y 90% de estos pacientes dependen de familiares, por lo tanto el manejo conjunto podrá contribuir a la rehabilitación e inserción de los pacientes con esquizofrenia a su medio social y provocar menos deterioro en el sistema familiar.

La aportación del presente estudio es identificar la presencia de ansiedad y depresión en el cuidador familiar de paciente esquizofrénico de recién diagnóstico, y no la carga del cuidador, la cual se presenta después.

V. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

HIPOTESIS ALTERNA

- 1.- La ansiedad en el grupo de cuidadores es mayor que el grupo control.
- 2.- La depresión en el grupo de cuidadores es mayor que en el grupo control.

HIPOTESIS NULA

- 1.- La ansiedad en el grupo de cuidadores debe ser igual que el grupo control.
- 2.- La depresión en el grupo control debe ser igual que el grupo control.

VI. OBJETIVOS

a. GENERALES

1. Conocer datos actuales de presencia de ansiedad y depresión en familiares cuidadores primarios de pacientes esquizofrénicos hospitalizados en HPFBA, comparado contra un grupo control.

b. PARTICULARES

1. Conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes esquizofrénicos hospitalizados en HPFBA comparados contra un grupo control de no cuidadores.
2. Describir las características socio-demográficas de un grupo de cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia hospitalizados por primera vez.
3. Describir la relación entre presencia de ansiedad y depresión en el cuidador comparado con un grupo control no cuidador.
4. Describir la relación entre los trastornos afectivos y la presencia de un paciente esquizofrénico hospitalizado por primera vez.
5. Determinar la relación existente entre la comorbilidad ansiedad y depresión en los cuidadores primarios de paciente con esquizofrenia hospitalizado por primera vez.
6. Realizar comparaciones de género entre la presencia de ansiedad y depresión entre el grupo de cuidadores primarios versus grupo control.
7. Comparar las diferencias socio-demográficas en cuanto a presencia de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con esquizofrenia hospitalizados por primera vez.

VII. MATERIAL Y METODOS

a. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, comparativo y observacional⁵⁸.

b. SUJETOS DE ESTUDIO

La investigación incluyó cuidadores primarios familiares de pacientes esquizofrénicos hospitalizados por primera vez en HPFBA. Siendo obtenida la muestra en el área de urgencias. Y el grupo control se obtuvo con individuos pareados por edad y sexo con respecto al grupo de estudio y que no fuera cuidador de ningún tipo de enfermo, que aceptaron aplicación de la encuesta, todos mayores de edad.

TIPO DE LA MUESTRA

Por cuota, se obtuvieron 30 cuidadores primarios y 30 individuos del grupo control, siendo 60 el total de la muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Todos los cuidadores primarios de pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el HPFBA por primera vez y que bajo consentimiento informado, contestaron los reactivos. Al igual que el grupo control, pareados por edad y sexo, los dos grupos se constituyen con personas mayores de edad.

CRITERIOS DE INCLUSION

Cuidadores primarios que acepten contestar los cuestionarios especificados para la realización de este estudio, aceptación y firma del consentimiento informado. Al igual con el grupo control pareado por edad y sexo respecto al otro grupo, todos mayores de 18 años, en los dos grupos.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Que no acepten participar en él estudio, que no acepten firmar el consentimiento informado y no acepten contestar los formatos para obtener la información. Igualmente con el grupo control.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Cuestionarios no completados y/o sin firmar la hoja de consentimiento informado para los dos grupos.

c. PROCEDIMIENTO

1) Ubicación de la realización de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la Secretaría de Salud en la Delegación Tlalpan, al sur de la Ciudad de México, donde se captó a los cuidadores primarios, de pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia y hospitalizados por primera vez, durante el periodo de marzo y abril del 2010. El grupo control con el cual se comparó, se captó en la calle, invitándoles a participar en él estudio dentro del área de urgencias del mismo hospital, en donde se les aplicó las pruebas, previa firma del consentimiento informado, si cumplían con los criterios de inclusión.

En el grupo de estudio se utilizó para corroborar el diagnóstico de esquizofrenia en el paciente, los criterios del CIE-10 en su décima edición.

d. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES, TIPOS DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

1. Edad:

Cantidad de años que una persona ha vivido, la cual debe corresponder al intervalo de 18 a 90 años. A través de una encuesta, preguntar a la persona su edad para luego registrar esta información y analizarla, se considera variable cuantitativa.

2. Sexo:

Definido como género, nominado en este estudio como femenino o masculino. Catalogada como variable cualitativa.

3. Grado máximo de estudios:

El grado académicamente alcanzado que auto- reporten los participantes en el estudio, siendo categorizada como analfabeta, sabe leer y escribir, primaria, secundaria, preparatoria licenciatura. Catalogada como variable cualitativa.

4. Ocupación:

Trabajo o quehacer, Ocupación que auto reporten los cuidadores familiares participantes del estudio. Es una variable cuantitativa, categorizada como desempleado, campesino, empleado, comerciante y al hogar.

5. Parentesco:

Se define como la relación de consanguinidad, adopción o afinidad con el paciente, categorizada como padres, esposo, hermano e hijo. Es una variable cualitativa

6. Preocupación por su familiar:

Nominativa, en el estudio sólo se reportó como si o no, le preocupaba la salud de su paciente.

e. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Las escalas de Hamilton para ansiedad y depresión, son sencillas y fáciles de realizar, en base a un puntaje obtenido, estas sólo reportan como positivo y negativo la existencia de un trastorno afectivo o no, o si existen suficientes datos para sospecharlo. Son escalas, en las cuales existen diferentes preguntas, se contestan afirmando o negando la existencia, así como la intensidad en que se presentan y el grado que exhiben, contando con 17 preguntas para la escala de depresión y 14 para la ansiedad, mismas que se contestan como ya se había señalado.

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad.⁶⁶

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Aunque puede utilizarse sin entrenamiento previo, éste es muy recomendable. En caso de no estar habituado en su manejo es importante que sea la misma persona la que lo aplique antes y después del tratamiento, para evitar en lo posible interpretaciones subjetivas.⁶⁶

Puntuación total para la escala de Hamilton para ansiedad (HAM-A)

PUNTUACION	GRAVEDAD DEL CUADRO
MENOS DE 18	NORMAL
18 – 24	LEVE
25 - 29	MODERADA
MAS DE 30	SEVERA

Puntuación total para la escala de Hamilton para depresión (HAM-D)

PUNTUACION	GRAVEDAD DEL CUADRO
0 - 7	NORMAL
8 - 12	LEVE
13 - 17	MODERADA
18 - 29	GRAVE
30 - 52	SEVERA

En un estudio de revisión en cuanto a la sensibilidad y especificidad de la escala de Hamilton para la depresión y ansiedad, se realizó una búsqueda de diversos trabajos, en los que se encontró que la escala de Hamilton podría ser un estándar para la detección y severidad de la depresión y la ansiedad en personas a quienes se les aplicaba la escala, las cuales podrían corroborarse mediante las características clínicas del DSM-IV, en un estudio realizado en el 2002, se obtuvo resultados en cuanto a la correlación con la enfermedad y los criterios del DSM-IV, una sensibilidad de 0.78, especificidad de 0.75 y en otro estudio en el 2000, se obtuvo una sensibilidad de 0.88 y especificidad de 0.86, con un valor predictivo positivo de 0.84 y un valor predictivo negativo de 0.89.¹⁸

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna⁵⁹ (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi^{59, 60} ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck.⁶¹ ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos⁶² (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton^{63, 64} ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

f. PRUEBAS ESTADISTICAS

Para determinar la relación existente entre cada una de las variables descritas entre ellas mismas y los resultados con las escalas de Hamilton, se utilizó el análisis de varianza (ANOVA). Se correlacionaron las variables de interés (Edad, sexo, grado máximo de estudios, y resultados de HAM-A y HAM-D).

VIII. CONSIDERACIONES ETICAS

Al ser un estudio observacional que no involucra tratamientos, puede considerarse una investigación con riesgo mínimo.

El estudio se apegó en todo el tiempo que duró, a la declaración de Helsinki ⁶⁵ que considera la autonomía de los participantes así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad. Siendo aprobada esta investigación por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” el 25 de Enero del año en curso, se procedió a la realización del levantamiento de las Encuestas y Escalas.

Al cuidador primario que se detectó con riesgo durante la prueba, se canalizó al mismo servicio de urgencias, para realizar una consulta con el fin de canalizar posteriormente a la consulta externa y establecer un tratamiento adecuado para su mejoría.

Al momento de realizar la encuesta y realizar las escalas, se pidió su participación, previa autorización bajo consentimiento informado, y se le garantizó la total y absoluta confidencialidad de los datos aportados, tal como el resguardo y manejo de los mismos, siguiendo la normatividad del manejo del expediente clínico según la Norma Oficial Técnica Mexicana 025.

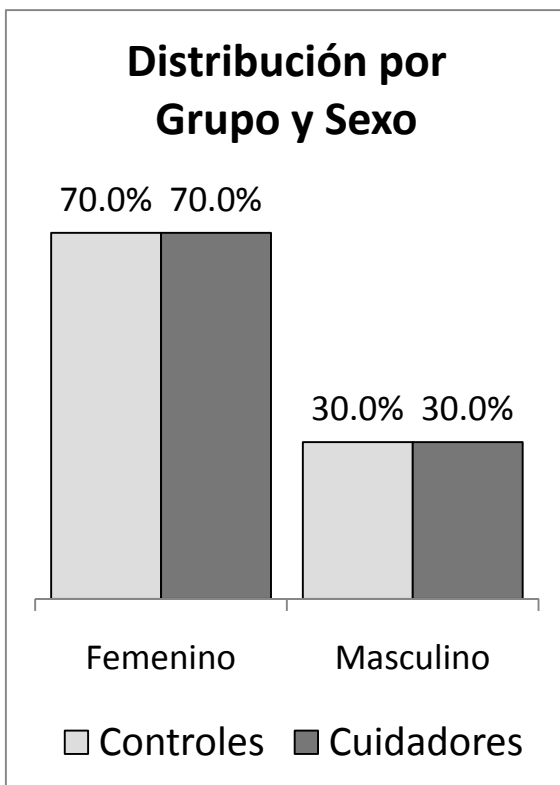
IX. RESULTADOS

a. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

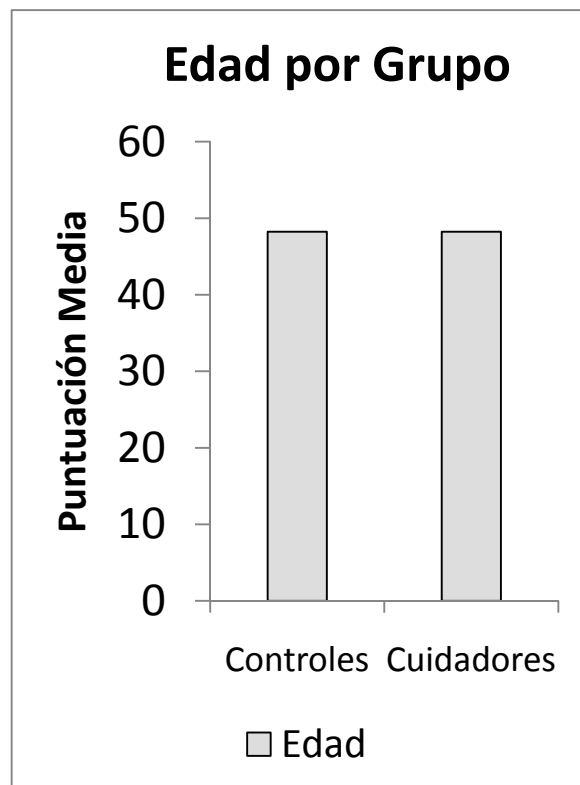
Se realizaron las encuestas a los 60 participantes, divididos en 2 grupos, 30 participantes integraron el grupo de estudio el cual consistía en cuidadores familiares primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con primer brote psicótico que acudieron por primera vez al hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y que habían sido internados y 30 el grupo control compuesto por personas que no tenían familiar psiquiátrico que cuidar, ni de ningún tipo.

El sexo femenino predominó en ambos grupos (70%) que el masculino (30%). La edad promedio observada en ambos grupos fue de 48 años (D.E. 12.4, Min= 26, Max= 78), tal como se muestra en las siguientes gráficas (1, 2):

GRÁFICA 1



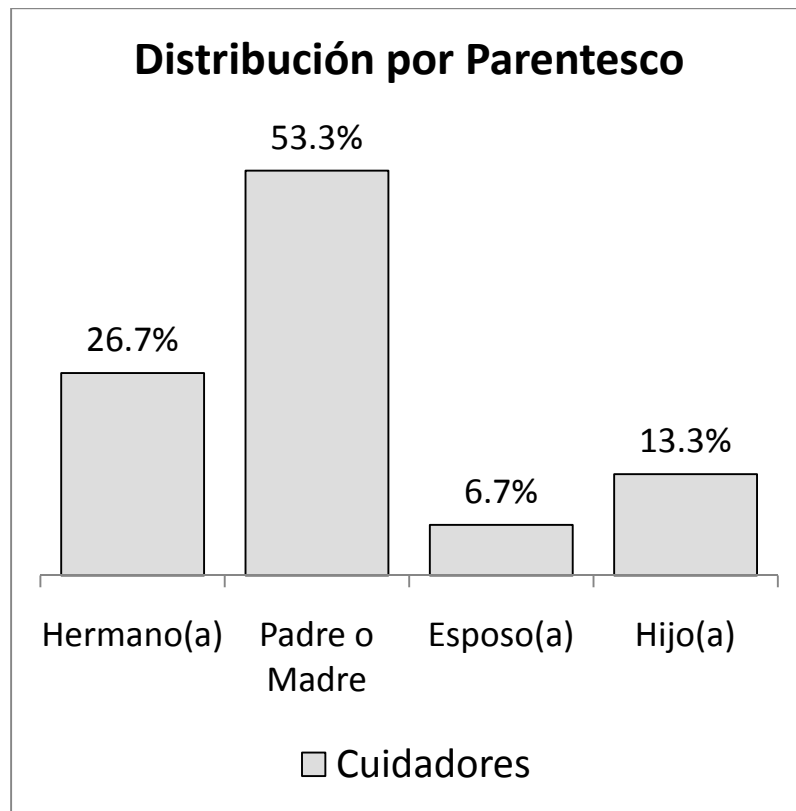
GRÁFICA 2



Gráficos que corroboran que los grupos fueron pareados adecuadamente por edad y sexo (gráfico 1 y gráfico 2)

Se observó que la distribución por parentesco en el grupo de cuidadores familiares fue de un 53.3% perteneciente a los padres del paciente esquizofrénico, seguido de un 26.7% eran hermanos, así como un 13.3% eran hijos y por último un 6.7% era el esposo (a), tal como se observa en la siguiente gráfica (3):

GRÁFICA 3



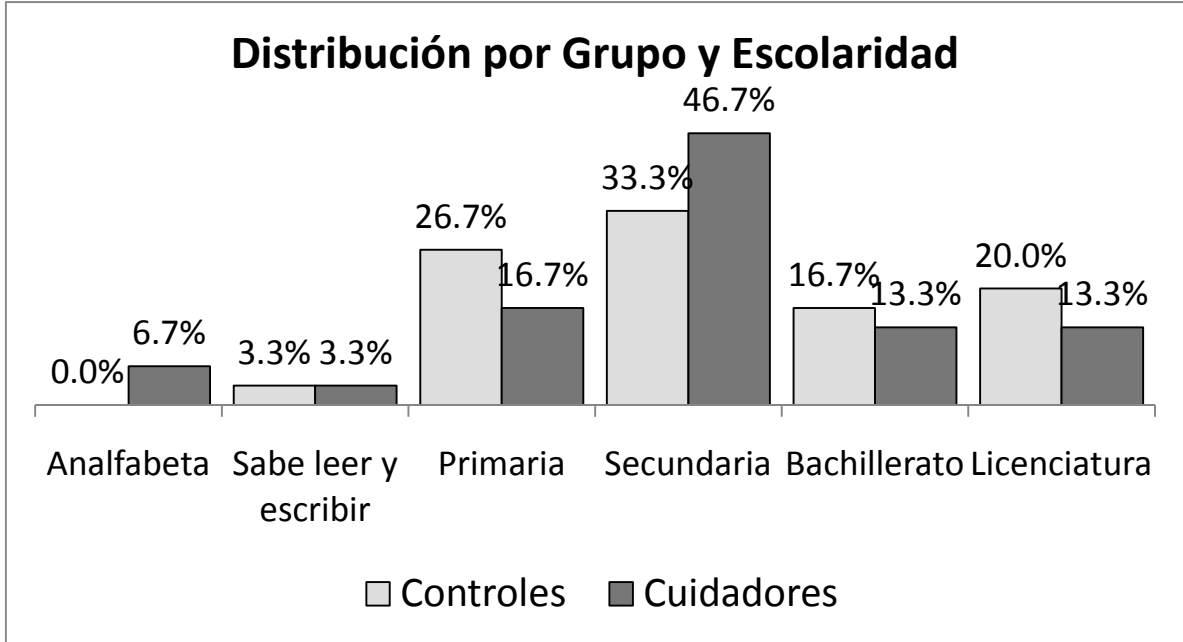
Se observó también que la distribución por grupo y su nivel de escolaridad fue de la siguiente manera:

Para el grupo de cuidadores familiares el 46.7% tenía estudios de secundaria, el 16.7% primaria, 13.3% con nivel de bachillerato, al igual que un 13.3% para nivel licenciatura, sin embargo se observó un 6.7% que es analfabeta, y un 3.3% sólo sabía leer y escribir.

Por otra parte, en el grupo control se observó un 33.3% con nivel de secundaria, seguido de un 26.7% con nivel primaria, 20% con nivel licenciatura, seguido de un 16.7% con nivel bachillerato y por último un 3.3% sólo sabía leer y escribir.

Como se puede observar en la siguiente gráfica (4):

GRÁFICA 4



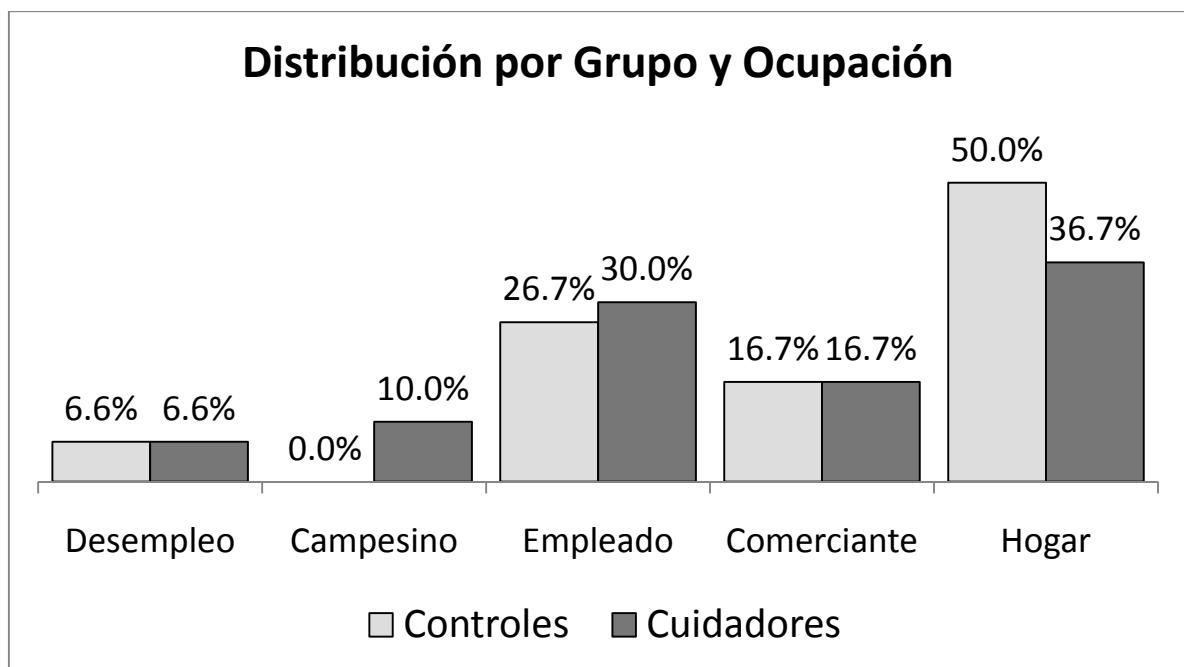
En cuanto a la distribución observada por grupos y ocupación.

En el grupo de cuidadores el 36.7% se dedicaba a labores del hogar, 30% era empleado, 16.7% se dedicaba al comercio, un 10% a labores del campo y un 6.6% en ese momento se encontraba desempleado.

En el grupo control el 50% se dedicaba a labores del hogar, un 26.7% era empleado, un 16.7% se dedicaba al comercio, y un 6.6% en ese momento se encontraba desempleado.

Tal como se observa en la siguiente grafica (5):

GRÁFICA 5



Los resultados de la ANOVA para depresión en ambos grupos fue de $F(1,33.1) = 73.34, p < 0.001$. Y los resultados de la ANOVA para ansiedad en ambos grupos fue de $F(1,42.6) = 11.79, p < 0.001$ (ver tabla 1, gráfica 6).

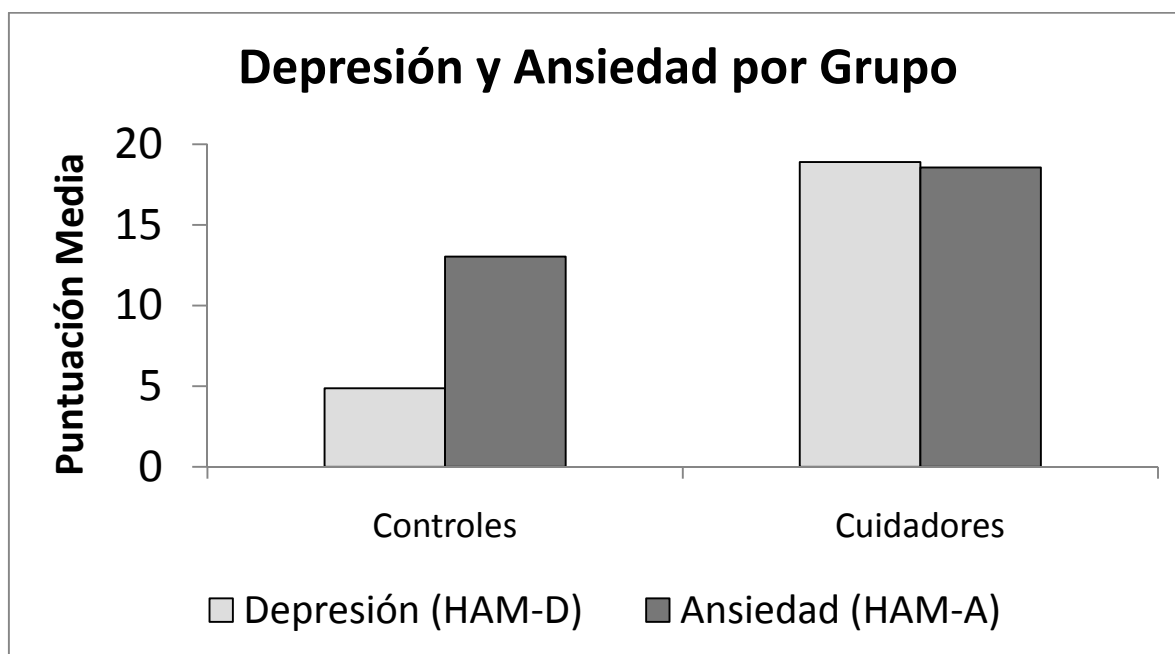
b. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE GRUPO DE CUIDADORES FAMILIARES Y GRUPO CONTROL.

TABLA 1

Variable	Grupo	N	Desviación		Mínimo	Máximo	Significancia
			Media	Estándar			
Depresión (HAM-D)	Controles	30	4.9	2.3	2	10	F(1,33.1)=73.34, P <0.001
	Cuidadores	30	18.9	8.5	1	32	
	Total	60	11.9	9.4	1	32	
Ansiedad (HAM-A)	Controles	30	13.0	3.9	7	20	F(1,42.6)=11.79, P <0.001
	Cuidadores	30	18.6	7.9	3	34	
	Total	60	15.8	6.8	3	34	

ANOVA simple, con corrección de Welch para varianzas desiguales

GRÁFICA 6



X. DISCUSION

En la investigación realizada las observaciones hechas al grupo conformado por cuidadores familiares de pacientes esquizofrénicos, se detectó que el sexo predominante fue el femenino, con una edad promedio de 48 años, siendo los padres los que frecuentemente cuidaban al paciente esquizofrénico, así como la mayoría de los participantes, tienen una escolaridad predominante de secundaria, y teniendo como ocupación las labores del hogar.

Una de las finalidades del estudio era ver las tendencias del grupo de cuidadores familiares de paciente esquizofrénico comparado con un grupo control, en las que las características socio-demográficas observadas, nos indica que los pacientes esquizofrénicos viven con sus padres o uno de los progenitores (53.3% de los participantes del grupo de cuidadores eran los padres), un 26.7% pertenecía a los hermanos, seguido de la pareja o esposo(a) con un 6.7%, y observándose un 13.3% que pertenecía a los hijos, quienes eran los cuidadores de sus padres esquizofrénicos, siendo similares estas características a las ya observadas por Valencia y col., en México⁶⁷.

Enfocándonos en los resultados observados de las escalas de Hamilton, tanto para ansiedad, como para depresión, se puede mencionar que estos trastornos del ánimo generalmente van unidos, ya que del grupo de cuidadores familiares en nuestro estudio, resultó que el 96.66% tenían algún grado de depresión, y del mismo grupo, el 70% tenía también ansiedad, concordando estos hallazgos con lo mencionado por otros autores, que una proporción importante de cuidadores de pacientes con esquizofrenia en su primer cuadro psicótico exhiben síntomas tales como ansiedad, depresión y molestias físicas⁶⁷.

En toda la literatura encontrada, se refiere que las mujeres tiene una tendencia a negar o subestimar la sintomatología afectiva que cursan, se espera que el inicio de la presencia de sintomatología física que se describe en la escala de Hamilton, las apremie para buscar ayuda médica de primer nivel y que no se detecte el verdadero origen de la sintomatología física, como lo mencionado por Andersen y cols³².

Se sabe que a nivel mundial, la presencia de somatización empieza a ocupar un lugar importante dentro de la sintomatología psiquiátrica, apoyada por los hallazgos realizados por Valencia y cols⁶⁷, en un estudio realizado a cuidadores de pacientes con esquizofrenia, en donde se menciona que las mujeres son las mayormente afectadas, el cual concuerda con nuestra investigación en que el sexo predominante fue precisamente el femenino (70%), siendo esto apoyado por lo encontrado en otro estudio, donde se menciona que “las mujeres tienden a enfermarse más por las tensiones acumuladas, que por las situaciones que vive en ese momento⁶⁸”.

Una variable no contemplada en este estudio, fue la situación económica por la que atraviesa el cuidador que se agrega a la carga afectiva y otras variables, tales como las expectativas familiares, el rechazo social y la marginación que giran en el entorno familiar, lo llevan a tener un difícil acceso a la atención médica y psiquiátrica efectiva, lo que precipita, tal y como se observó en nuestro estudio, a tener diversos grados de depresión y ansiedad, así como afecciones médicas menores⁶⁷.

Una importante observación en la realización de la correlación ANOVA, es la presencia de un alto grado de depresión presente en el cuidador familiar, comparado con el grupo control $F(1,33.1) = 73.34$ $p < 0.001$ y que concomitantemente cursaban también con mayor ansiedad en comparación con el grupo control $F(1,42.6) = 11.79$ $p < 0.001$, lo que nos hace pensar que el cuidador familiar curse categóricamente con un trastorno mixto ansioso-depresivo, que agregándose la carga económica y otros aspectos de la dinámica familiar, se vayan agravando conforme pasa el tiempo, haciéndose más grave su padecimiento afectivo, convirtiéndose ya en una carga emocional, misma que influye en la rehabilitación del paciente esquizofrénico⁴⁵.

En nuestro estudio ya se había mencionado que las mujeres, progenitoras y dedicadas al hogar, predominaban, siendo las cuidadoras y responsables del tratamiento y seguimiento del paciente esquizofrénico con primer cuadro psicótico, sin embargo, la literatura menciona que estos factores, predisponen a una mayor expresión emocional, debido a un mayor involucramiento emocional que tiene la mujer en la dinámica familiar, ocasionando que sea más vulnerable a reflejar los problemas de la misma dinámica familiar y genere hostilidad hacia el paciente esquizofrénico, lo que traduce en mayor sintomatología afectiva en el mismo

cuidador⁶⁸. Siendo observable otra línea de estudio el abordaje de la expresión emocional y la carga económica del cuidador en nuestro hospital.

Un factor importante observado en nuestro estudio, fue que las mujeres en edad productiva (48.23 ± 12.3 años) y dedicadas al hogar, mostraran mayores resultados de depresión y ansiedad, esto toma más relevancia, ya que son las progenitoras del paciente además de cuidadoras, siendo comparado por lo encontrado por Dyck y cols. Quienes reportaron mayor desgaste emocional en cuidadores femeninos, siendo la diferencia más marcada en la depresión y síntomas de somatización⁶⁹.

Igualmente en nuestro estudio, se observó que las madres de pacientes con esquizofrenia con primer cuadro psicótico, obtuvieron más datos de sintomatología depresiva y ansiosa, comparada con lo reportado para la comunidad en general (sin ser cuidadora de paciente mental) en la población mexicana⁷⁰, tal como se observo con nuestro grupo control, el cual obtuvo como media 4.9 de la suma total de la escala de Hamilton para depresión y una media de 13 para el puntaje total en la escala de ansiedad.

Comparativamente contra el grupo control, solo se observó que un 10% de las personas incluidas, presentaban datos de depresión leve ($N= 3$), así como un 23.33% ansiedad leve ($N= 7$), comparado con el 96.66% y 70% de depresión y ansiedad, respectivamente, en el grupo de cuidadores, infiriendo que es más alto la propensión a desarrollar trastornos afectivos cuando existe la presencia de un familiar con algún trastorno mental, y siendo específicamente mayor cuando esta es esquizofrenia en su primer brote psicótico, debido a la falta de información existente acerca de la enfermedad^{71,73}.

Se menciona por último que, tomando en consideración los resultados observados, se puede inferir que esta situación presente en cualquier individuo con un familiar esquizofrénico en su primer brote psicótico, lo predispone y vuelve vulnerable a mayor sintomatología afectiva y desgaste del cuidador, paulatinamente desarrollando carga emocional⁷⁴, lo cual nos indica a poner mayor atención en esta parte que debe darse inicialmente a los cuidadores de pacientes esquizofrénicos atendidos en el HPFBA.

XI. LIMITACIONES

Como se podrá observar, el tamaño de la muestra obtenida es pequeña, así como la inclusión de otros familiares cuidadores diferentes de los progenitores, lo que nos condujo a obtener pequeñas muestras al dividir el total en subgrupos tales como padres, hermanos, hijos, esposos, obteniendo a pesar de ello, la significancia estadística al ser sometidas a correlaciones entre ellas y el grupo control.

En nuestro estudio tampoco se agregaron otras variables, que dentro de la bibliografía, nos indican que son de suma importancia para el conocimiento de presencia de ansiedad y depresión en el cuidador primario en paciente esquizofrénico con primer brote psicótico, tales como aspecto económico por el que actualmente se vive, estado emocional anterior a los pródromos del primer brote psicótico, dinámica familiar previa, para establecer lineamientos y guías de tratamiento en el cuidado inicial de un paciente con esquizofrenia, esto dirigido a los cuidadores familiares de paciente esquizofrénico con primer brote psicótico. Aunque se demostró que la existencia de un familiar esquizofrénico con primer brote psicótico, la presencia de depresión y ansiedad se incrementa, no se incluyó una escala, que pudiera medir la calidad de vida del familiar cuidador, ni tampoco otras áreas de psicopatología que pudiera presentar el cuidador, como el nivel de economía, dinámica familiar del cuidador, entre otras.

XII. CONCLUSIONES

El tratamiento y rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos requiere de un abordaje integral, no sólo encaminado a la mejoría de la calidad de vida del paciente, sino también se debe abordar la situación y el abordaje del familiar cuidador, la dinámica familiar y el entorno social.

La importancia del abordaje y enfoque de nuestro estudio hacia el cuidador familiar del paciente esquizofrénico con primer brote psicótico, es el de brindarle pautas en su manejo, debido a que en nuestro estudio, se observó que presentan mayor presencia de ansiedad y depresión que la población general, agregándose que el ser progenitor, de sexo femenino, con estudios de nivel medio, y dedicado a labores del hogar, incrementa el riesgo de presentar depresión y ansiedad, comparado con un grupo control, sin la presencia de un familiar con alteración mental.

Es importante durante la valoración de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia con primer brote psicótico, evaluar el estado emocional del cuidador familiar, lo que nos repercutirá en la mejoría y menor recaída del paciente esquizofrénico, al mejorar la calidad de vida, dar tratamiento oportuno y cuidado al familiar encargado del paciente, así como manejar la dinámica del cuidador-enfermo, que progresivamente tiende a mejorar.

La depresión y la ansiedad son componentes de la psicopatología que se reporta con mayor frecuencia a nivel mundial, sin embargo, pocas veces nos enfocamos cuando estas no son detectadas en los cuidadores familiares en forma temprana, y que en nuestro estudio se observó que en comparación con la población general que no está al cuidado de un enfermo mental, tiende a presentar más depresión y ansiedad.

Cuando un cuidador presenta depresión y ansiedad, muchas veces se pasa por alto, debido a la dedicación que este ofrece al paciente esquizofrénico que acude por primera vez al hospital, no solicita ayuda temprano, lo que podría traducirse en recaídas o agravamientos provocándole mayor desesperanza, así como el deterioro progresivo de la salud física y mental, por lo que se deben realizar acciones que estén encaminadas a prevenir estos trastornos.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GUBMAN GD, TESSLER RC, WILLIS G. Living with the mentally ill: factors affecting household complaints. *Schizophr Bull* 1987; 13: 727-736.
2. TREUDLEY MB. Mental illness and family routines. *Ment Hygiene* 1946; 15: 407-418.
3. CLAUSEN JA, YARROW MR. The impact of mental illness on the family. *J Soc Issues* 1955; 11: 3-64.
4. PLATT S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 1985; 15: 383-393.
5. SCHENE AH, TESSLER RC, GAMACHE GM. Instruments measuring family or caregiver burden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29: 228-240.
6. FADDEN G, BEBBINGTON P Y KUIPERS L. The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 285-292.
7. SCHENE AH. Objective and Subjective dimensions of family burden. Towards an integrative framework for research. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25: 289-297.
8. SCHENE AH, VAN WIJNGAARDEN B Y KOETER MWJ. Family Caregiving in Schizophrenia : Domains and Distress. *Schizophr Bull* 1998; 24: 609-618.
9. SZMUKLER GI, BURGESS P, HERRMAN H, HENSON A, COLUSA S, BLOCH S. Caring for relatives with serious mental illness : the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 137-148.
10. RIBAS J Y COLS. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev psiquiatría fac med Brana*, 2000;27(3):131-4
11. GONZALEZ F. Y COLS. Sobrecarga del cuidador de personas con lesiones neurológicas. *Rev hosp JMRM*, 2004;9(4):1-12
12. MORALES PJA Y COLS. Problemas de salud de los cuidadores de enfermos discapacitados. *Centro de salud Totana*, 2000;12:714-18

13. FAMILY CAREGIVER ALLIANCE. La depresión entre los cuidadores: una crisis de salud desconocida, 2003: 1-2, encontrado en www.caregiver.org/factsheet.html
14. GÓMEZ BUSTOS F. Y COLS. Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en 3 ámbitos diferentes: domicilio, centro de día y residencia de validos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2005; 34(3): 141-149
15. MESA MP. El cuidador crucial. Detección y medición de necesidades. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2005:30-5
16. PEREZ TRULLEN JM y cols. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognocitivo (demencia). *Atención primaria*, 2000;18 (4):82-98
17. VALLES MN y cols. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Atención primaria*, 2006;22
18. BAGBY M. Y COLS. The hamiton depression rating scale: has the gold standart become a lead weight? *Am J Psychiatry*, 2004; 161(12): 2163-2177
19. SADOCK BJ, SADOCK VA. Sinopsis de psiquiatría. Lippincott Williams & Wilkins. 10 Ed. 2009; 467-97
20. GABARRABE J. La noche oscura del ser, una historia de la esquizofrenia. Fondo de Cultura Económica, México. 1996.
21. VALLINA O. LEMOS S. Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 2000; 12: 671-81
22. JABLENSKY A. ET AL. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization Tencountry study. *Psychological medicine*, 1992. Suppl 20:1-97
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: informe sobre la salud en el mundo 2001, salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas. Suiza, 2001.
24. SULLIVAN H. La entrevista psiquiátrica, Ed psique. Argentina, 1977.
25. RIECHER-ROSSLER A. HAFBER H: Gender aspects in Schizophrenia: bridging the border between and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*, 2000; Suppl 407: 58-62

26. MALASPINA D. Et al. Advancing paternal age and the risk of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 2001; 58: 361-7
27. VALENCIA M. y cols. Descripción de la conducta de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Salud Mental, 1987; 10: 81-9
28. MCGUIRE T. Measuring the economic cost of Schizophrenia. Schizophr Bull, 1991; 17: 375-88
29. RUPP A. KEITH S. The costs of Schizophrenia: assessing the burden. Psychiatr Clin North Am, 1993; 16: 413-23
30. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta ed, texto revisado. España, 2002.
31. TAYLOR M. FINK M. Catatonia in psychiatric classification: A home of its own. Am J Psychiatr, 2003; 160: 1233-41
32. ANDERSEN N. Et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry, 2005; 162: 441-9
33. LAING R. ESTERSON A. Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos. Fondo de Cultura Económica, México, 2006.
34. SULLIVAN H. Estudios clínicos de psiquiatría. Ed Psique. Argentina, 1974.
35. POSTEL J. QUETEL C. Nueva historia de la psiquiatría. Fondo de Cultura Económica, México, 2000.
36. CONRAD K. La esquizofrenia incipiente, ensayo de un análisis gestáltico del delirio. Fundación archivos de neurobiología. Madrid, 1997.
37. LACAN J. La familia. Editorial Argonauta. España, 1978.
38. BLEULER E. Afectividad, sugestibilidad, paranoia. Ediciones Morata. Madrid, 1942.
39. LIDZ T. Schizophrenia and the family. International Universities Press, New York, 1985.
40. WICKS S. Et al. Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: A national cohort study. Am J Psychiatry, 2005; 162: 1652-7
41. DE LA FUENTE R. Y cols. La salud mental en México. Instituto Nacional de Psiquiatría. Fondo de cultura económica. México, 1997.

42. SAUCEDA J. MALDONADO J. La familia: su dinámica y tratamiento. Organización Panamericana de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Washington, DC. 2003.
43. VAN OS J. Et al. High expressed emotion: Marker for a Caring Family? *Comprehensive Psychiatry*, 2001; 42: 504-7
44. HUEY L. Et al. Families and Schizophrenia: The view from advocacy. *Psychiatr Clin N Am*, 2007; 30: 549-66
45. VALLINA O. LEMOS S. Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 2000; 12: 671-81
46. BROWN G. Et al. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry*, 1972; 121: 241-58
47. COOK W. McFARLANE W. Family expressed emotion prior to onset of psychosis. *Fam Process*, 2007; 46:185-97
48. TELLES-VARGAS J. LOPEZ A. Aspectos neurocognoscitivos de la esquizofrenia. Nuevo milenio editores, Bogotá, 2002
49. OLDRIDGE M. HUGHES I. Psychological well-being in families with a member suffering from Schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1992; 161: 249-51
50. FALLON I. PEDERSON J. Family management in the prevention of morbidity of Schizophrenia: the adjustment of the family unit. *Br J Psychiatry*, 1985; 147: 156-63
51. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA. Guías clínicas para el tratamiento de la esquizofrenia, 2da Ed. 2005. Ars Médica, México.
52. ASOCIACION PSIQUIATRICA DE AMERICA LATINA. Guía de la asociación psiquiátrica de América latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. México, 2007.
53. RIEBSCHLEGER J. Et al. How are the experiences and needs of families of individuals with mental illness, reflected in medical education guidelines? *Academic psychiatry*, 2008; 32: 119-26
54. DIAZ-MARTINEZ R. Y cols. El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico. Un modelo del instituto mexicano de psiquiatría. *Salud Mental*, 1996; 19: 1-7

55. DIAZ-MARTINEZ R. Y cols. El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del instituto mexicano de psiquiatría, seguimiento a 2 años. Salud Mental, 1999; 104-13
56. MUELA J. GODOY J. Programas de intervención familiar en esquizofrenia. Psicothema, 2001; 13: 1-6
57. VALENCIA M. Y cols. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. Salud Mental, 2003; 26: 1-18
58. FEINSTEIN A. Clinical epidemiology: the architecture of clinical research. Saunders company, 1985. Philadelphia.
59. MAIER W. BULLER R. Y cols. The Hamilton anxiety scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J Affect Disor, 1988; 14: 61-8
60. LIPMAN RS. Differentiating anxiety and depression in anxiety disorders: use of rating scales. Psychopharmacol bull, 1982; 18:69-82
61. BECK AT. STEER RA. Relationships between the beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious, 1991; 5: 213-23
62. KOBAK KA. E t al. Development and validation of a computer administered version of the Hamilton anxiety scales. Psychological assessment, 1993; 5:487-92
63. CLARK DA. Et al. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression scales with anxious out patients, J of Anxiety disorders, 1991; 5: 213-25
64. FISKIND JH. Et al. Taking the measure of anxiety and depression: validity of the reconstructed Hamilton scales. J Neru Ment disorder, 1987; 175: 474-9
65. World Medical Association: Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 2000. 284: 3043-45
66. KELLNER R, KELLY AV, SHEFFIELD BF. The assessment of changes in anxiety in a drug trial: a comparison of methods. Br J Psychiatry, 1968; 114: 863-9.

67. VALENCIA M. Y COLS. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 2003; 26: 1-18
68. RASCON-GASCA M. Y COLS. La violencia doméstica en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Gac Méd Méx*, 2003; 139: 371-6
69. DYCK D. ET AL. Predictors of burden and infectious illness in Schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 1999; 61: 411-9
70. BELLO M. y cols. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 2005; 47 (suple 1): 4-11
71. MEDINA-MORA ME y cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Ment*, 2003;26(4):1-16
72. REMICK RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ*, 2007;167:1253-60
73. ESPINA A. GONZALEZ P. Intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Salud Ment*, 2006;26:51-8
74. RASCON GML. Relación entre la emoción expresada por el familiar responsable y la conducta sintomática de pacientes con esquizofrenia, incluyendo el funcionamiento social. *Salud Ment*, 2008;31(3):205-12
75. MERINO H. Familia y esquizofrenia: Una revisión desde el punto de vista de la interacción familiar. *Anales Psicología*. 2008;6(1):11-20
76. Asociación Argentina de ayuda a la persona que padece esquizofrenia y su familia. "La familia frente a la esquizofrenia". Buenos Aires; Boletín APEF, 2008.

XIV. APENDICE

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA _____

NOMBRE: _____

Mediante esta carta, autorizo el uso de la información obtenida en los test y cuestionario realizado, misma información que servirá para la realización del protocolo de estudio de **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE UN GRUPO DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y UN GRUPO CONTROL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO « FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ » COMPARADO CON UN GRUPO CONTROL**. Dicha información que proporcione, será de carácter confidencial, y su uso es meramente de carácter medico y de investigación, de acuerdo con los lineamientos éticos y bioéticos en la realización de estudios de investigación. Acepto libremente contestar y proporcionar información personal, y formar parte de esta línea de investigación.

FIRMA

FIRMA TESTIGO

CUESTIONARIO

La siguiente información será manejada de manera confidencial y en ningún momento será usada para otros fines que no sean de la investigación estadística que se pretende.

Nombre completo:

Edad:

Sexo:

Grado máximo de estudios:

Ocupación:

Parentesco con el paciente:

Le preocupa la enfermedad de su familiar: si no

Nombre del paciente:

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

I

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

5.1. Escala de Hamilton para la Depresión
(Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente</p> <p>1. Débil</p> <p>2. Grave</p> <p>3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay</p> <p>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)</p> <p>2. Preocupado por su salud</p> <p>3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.</p> <p>4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso</p> <p>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual</p> <p>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana</p> <p>1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana</p> <p>2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo</p> <p>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</p> <p>2. Niega que esté enfermo</p>

7.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonias palpebrales	0	1	2	3	4