

# Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana

Alejandra Caqueo Urízar y Serafín Lemos Giráldez\*  
Universidad de Tarapacá (Chile) y \* Universidad de Oviedo

Se describen los niveles de calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia. Participaron 49 pacientes y 70 familiares de pacientes atendidos por los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile. En pacientes se utilizó el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, el Cuestionario de Salud General y el Cuestionario de Función Familiar. Este último fue aplicado también a los cuidadores. A diferencia de lo encontrado en países desarrollados, los pacientes de esta muestra indican niveles adecuados de calidad de vida, con una fuerte relación con la percepción que éstos tienen de la funcionalidad familiar; lo cual confirma la importancia de la familia como red social de apoyo emocional. Sin embargo, la funcionalidad familiar difiere entre lo percibido por el paciente y por el cuidador. Los mejores puntajes fueron obtenidos en cuidadores que habían participado en un programa de intervención familiar psicoeducativa. Se concluye que existen diferencias entre los niveles de calidad de vida percibidos por pacientes de países desarrollados y aquellos en vías de desarrollo, siendo superiores en éstos a pesar de las limitaciones de recursos económicos, sanitarios y comunitarios. Futuras investigaciones deberían estudiar cuáles son las variables que hacen que estos niveles de calidad de vida difieran.

*Quality of life and family functioning in schizophrenia patients.* Quality of life and family functioning of patients with schizophrenia are described. A sample of 49 schizophrenic patients and their 70 relatives, treated at the Mental Health Services of Arica, Chile, were included in the study. The Quality of Life Questionnaire of Sevilla (CSCV), the General Health Questionnaire (GHQ-12) and the Family Function Questionnaire (APGAR) were used to assess the patients, the last one also administered to their caregivers. Contrary to the results found in researches done in developed countries, the patients of this sample indicated suitable levels of quality of life, to a great extent, related to the perception of their family functioning. This confirms the importance of the family as social network of emotional support. Nevertheless, perceived family functioning is different in patients and their caregivers. Higher scores were obtained in caregivers who participated in a family psychoeducational program. The conclusion reached was that there are differences in the levels of quality of life perceived by patients of developed countries and those of developing countries, being higher in the latter ones, despite limitations in economic, sanitary and community resources. Future research should study why the variables that explain these levels of quality of life differ.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a millones de personas en todo el mundo. De acuerdo con una revisión de un centenar de investigaciones epidemiológicas, este trastorno acontece en todas las poblaciones, con una prevalencia en un rango de 0,2 a 2% y una incidencia anual de aproximadamente 1 por 1.000 (American Psychiatric Association, 1994). En Chile, 5 de cada 1.000 personas mayores de 15 años presentan esquizofrenia (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Más allá de la sintomatología clínica de los pacientes (distorsiones en los procesos de pensamiento, de percepción y alteracio-

nes de la afectividad) (OMS, 2001), quienes padecen este trastorno sufren un enorme costo económico y social; en particular, un alto grado de estigmatización, siendo la esquizofrenia la condición que más a menudo se identifica con la enfermedad mental, y la afección considerada más seria por parte de la comunidad (De Toledo y Blay, 2004). Por ello, es previsible que la calidad de vida de los pacientes y el funcionamiento familiar resulten seriamente alterados.

## Calidad de vida

El grupo de calidad de vida de la OMS (Whoqol, 1992) la define como la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares o normas y preocupaciones. Ha sido considerado un concepto unificado para evaluar el impacto de la enfermedad en el diario vivir de las personas (Pinikahana, Hapell, Hope y Keks, 2002). Las di-

---

Fecha recepción: 12-5-08 • Fecha aceptación: 26-5-08

Correspondencia: Alejandra Caqueo Urízar

Universidad de Tarapacá

Arica (Chile)

E-mail: acaqueo@uta.cl

mensionaciones de este constructo son: salud física y emocional, bienestar psicológico y social, cumplimiento de las expectativas y objetivos personales, seguridad económica y capacidad funcional para desarrollar de forma normal las actividades de la vida diaria.

En revisiones sobre la *calidad de vida* en pacientes con esquizofrenia (Bobes y González, 1997; Pinikahana et al., 2002) se ha encontrado que éstos sufren un estándar de vida significativamente más pobre que otros en su comunidad. Se ha observado además que una mayor severidad de los síntomas correlaciona con una baja *calidad de vida* (Rudnick, 2001). Por otra parte, la combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales, una ocupación y estrategias de afrontamiento orientados a la tarea mejoran los niveles de *calidad de vida* en estas personas (Bobes y González, 1997; Priebe, Warner, Hubshmid e Isolde, 1998; Araújo y Silva, 2006; Rüesch, Graf, Meyer, Rössler y Hell, 2004; Ritsner et al., 2003).

En relación con el sexo, se ha encontrado que los pacientes varones presentan peor *calidad de vida*, así como las personas mayores (Browne et al., 1996).

#### *Funcionamiento familiar*

El funcionamiento familiar es definido como el resultado de los esfuerzos familiares para conseguir un nivel de equilibrio, armonía y coherencia ante una situación de crisis familiar (McCubbin y McCubbin, 1993), y es un importante concepto que ayuda a la comprensión de los esfuerzos para manejar las situaciones creadas por las enfermedades mentales severas. Johnson (1998) señala que hay un número limitado de estudios en el campo de la salud mental que hayan evaluado las diferencias en el *funcionamiento familiar*, a partir de las categorías socioeconómicas y étnicas. En este sentido, es necesario además tener en cuenta los factores culturales de esta población (Gutiérrez, Caqueo y Ferrer, 2006).

Diversas investigaciones han constatado que la esquizofrenia tiene un impacto en la familia; sin embargo, la funcionalidad no difiere significativamente de la población general (Mojalefa, 2003; Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein y Bishop, 1986).

En una revisión de la literatura (Saunders, 2003) se encontró que las familias que viven con un miembro con una enfermedad crónica o severa constantemente se ajustan y adaptan a la enfermedad o a los cambios en la situación familiar. Una enfermedad crónica, como la esquizofrenia, puede dar lugar a un incremento en el malestar emocional y físico de la familia y un *funcionamiento familiar* deteriorado (Miller et al., 1986). La enfermedad mental severa afecta a todos los aspectos del *funcionamiento familiar*, encontrándose alterado tanto los roles como las relaciones familiares (Marsh, 1992). Estas alteraciones incluyen finanzas, empleo, vida social, salud física, relaciones maritales y familiares, y actividades de la vida diaria. Además, se pueden experimentar cambios en la identidad familiar.

Por otra parte, se ha observado que un buen *funcionamiento familiar* está asociado con el mayor uso de estrategias de afrontamiento, más apoyo social familiar, menos estrés psicológico familiar y pocos problemas conductuales del paciente (Saunders, 1999).

En un estudio que evaluó la percepción del *funcionamiento familiar* en pacientes e integrantes de la familia en tres grupos diagnósticos del DSM-IV (depresión mayor, depresión bipolar y esquizofrenia), los resultados señalaron que no hubo diferencias significativas en la percepción del *funcionamiento familiar* entre los tres grupos de familiares, mientras que sí hubo diferencias significativas en algunas dimensiones en el grupo de pacientes. La

*percepción del funcionamiento familiar* entre pacientes con esquizofrenia y sus familiares no obtuvo una correlación significativa. Los autores plantean que esta inconsistencia en los pacientes con esquizofrenia (algunos perciben el *funcionamiento familiar* de mejor forma que sus familiares y otros peor) se debe principalmente a las características del trastorno (Koyama, Akiyama, Miyake y Kurita, 2004).

La mayor parte de las investigaciones y publicaciones provienen de países desarrollados con características sociales, económicas y culturales distintas de los países en vías de desarrollo, existiendo la necesidad de conocer los alcances de dicho trastorno en otras poblaciones. Es, por ello, que esta investigación pretende evaluar la calidad de vida y el funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia que reciben atención en la ciudad de Arica, al extremo norte de Chile.

#### Método

##### *Participantes*

La muestra estudiada estuvo compuesta por 49 pacientes con esquizofrenia y 70 familiares, atendidos en los Servicios de Salud Mental de Arica, Chile.

La muestra de pacientes, en su mayoría, fueron varones (69.4%). El rango de edad fue de 19 y 74 años, con una media de  $40.10 \pm 13.74$  años. El nivel educativo en su mayoría correspondía a enseñanza media (59.2%) y en su minoría a la enseñanza básica (10.2%); el resto se distribuyó en un 12.2% en nivel superior y un 18.4% en nivel técnico. En cuanto al estado civil, un 83.7% estaba soltero, un 6.1% casado, un 6.1% separado y un 4.1% viudo. El diagnóstico más frecuente fue la esquizofrenia paranoide (51%). El primer episodio de esquizofrenia se presentó con una media de  $20.23 \pm 5.42$  años. Un 93.9% de los pacientes seguía tratamiento farmacológico y un 59.2% no había sido hospitalizado en los últimos tres años; mientras que un 16.3% había sido hospitalizado una vez y un 12.2% había sido hospitalizado dos veces en los últimos tres años. La media total fue de  $2.53 \pm 3.71$  años, en un rango de 0 a 20 años. En su mayoría, los pacientes no reportaron ocupación actual fuera de su hogar (65.3%) y un 40.8% no recibía pensión estatal.

En cuanto a la religión, 26 pacientes señalaron ser católicos, 14 profesaban otra religión y nueve señalaron no tener religión alguna.

Finalmente, en relación con la etnia, ocho de los pacientes indicaron ser Aymaras (indígenas dedicados al pastoreo y agricultura que se ubican en el extremo norte de Chile, en la franja precordillerana y altiplánica). La muestra de familiares estuvo formada por 45 mujeres y 25 varones, entre 16 y 86 años, con una media de edad de  $49.16 \pm 16.38$  años; de los cuales, según el parentesco, el 38.6% corresponde a los padres (18 madres y 9 padres), el 31.4% a hermanos o hermanas, el 17.1% a otros, el 10% a hijos o hijas y el 2.8% a esposos, esposas o parejas. Con respecto al estado civil de los familiares, el 37.1% está casado, el 37.1% está soltero, el 12.9% está separado y el 12.9% son viudos. La distribución porcentual del nivel educacional indica que un 35.7% alcanza la enseñanza media, un 30% la básica, un 17.1% el nivel técnico y un 17.1% el nivel superior. Además, el 52.9% no tiene ocupación fuera del hogar y el 61.4% pasa más de 10 horas al día junto al paciente, quienes en su mayoría corresponden a los padres (13 madres y 5 padres). Un 58.6% son de religión católica, el 27.1% pertenece a otra religión y un 14.3% no profesa ninguna. Además,

un 21.4% eran aymaras y mediaban  $23.37 \pm 15.32$  años conviviendo con el paciente. Por último, un 57.1% de los familiares no ha participado en talleres impartidos por el Servicio de Salud u otra institución.

Si bien la muestra preliminar del estudio contó con 103 pacientes, la muestra final quedó reducida, debido a situaciones que se muestran en la tabla 1.

*Instrumentos*

*Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, CSCV* (Giner et al., 1997).

Autoinforme desarrollado para evaluar la calidad de vida en pacientes con trastorno mental severo, diferenciando entre la evaluación sintomatológica y la evaluación de la calidad de vida. Consta de 59 ítems repartidos en 2 subescalas: la subescala de aspectos favorables (SAF) y la subescala de aspectos desfavorables (SAD), con 13 y 46 ítems, respectivamente, tipo Likert, con cinco categorías de respuestas ordinales que van de «completo desacuerdo» (1 punto) a «completo acuerdo» (5 puntos).

Este instrumento ha sido validado en Chile, presentando una elevada consistencia interna dentro de cada escala (*alpha* de Cronbach de 0,89 y de 0,95 en las dimensiones de aspectos desfavorables y favorables) (Alvarado y Muñoz, 2006).

*Cuestionario de salud general de Goldberg, GHQ-12* (Goldberg, 1978).

El GHQ-12 corresponde a una versión abreviada del original que, comparativamente con otras, ha demostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados (Jacobsen, Hasvold, Hoyer y Hansen, 1995; Goldberg y Hiller, 1979). Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en España y también ha sido objeto de adaptación y validación en Chile (García, 1999).

El GHQ-12 es un cuestionario autoadministrado, dirigido a la situación actual del encuestado, que fue elaborado con la intención de identificar la severidad de trastornos psiquiátricos menores. La consistencia interna del GHQ ofrece un coeficiente alfa de *Cronbach* de 0.89.

*Cuestionario de función familiar APGAR-Familiar* (Smilks-tein, 1978).

El APGAR-familiar fue diseñado para ser autoadministrado o aplicado en entrevistas y explorar el impacto de la *función familiar* en la salud de sus miembros, y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria puede considerarse un recurso para sus integrantes,

o si, por el contrario, influye empeorando la situación. La versión original adoptó el acrónimo APGAR para referirse a los cinco componentes de la función familiar: *adaptability* (adaptabilidad), *partnership* (cooperación), *growth* (desarrollo), *affection* (afectividad) y *resolve* (capacidad resolutoria) (Badia et al., 1999). Cabe destacar que se adaptó la versión española a Chile para facilitar su comprensión, mediante una prueba piloto con 20 pacientes al azar en un centro de Atención Primaria (Bellón et al., 1996).

En cuanto a su fiabilidad, este instrumento presentó un *alpha* de Cronbach de 0.84. En el presente estudio, este instrumento fue aplicado tanto a pacientes como a familiares.

*Procedimiento*

Los pacientes usuarios de los Servicios de Salud Mental fueron invitados a participar en la investigación, en cooperación con los profesionales que trabajan en dichos centros. El único criterio de exclusión fue que el paciente se encontrara descompensado.

La muestra de familiares se seleccionó utilizando los siguientes criterios de exclusión: presencia de un cuadro de base orgánica; de trastorno por abuso de sustancias; de trastorno psiquiátrico, y de trastorno de tipo sensorial o cognitivo. Previa aplicación de los instrumentos, los encuestados fueron informados sobre los objetivos de la investigación, la voluntariedad de su participación, la confidencialidad de los datos y, en caso de participar, se solicitó su consentimiento firmado. El criterio de inclusión en este estudio permitía participar a los usuarios de los Servicios de Salud Mental diagnosticados con esquizofrenia, a los principales cuidadores del usuario, a los familiares directos y/o de segundo orden, y a aquellos que vivían en el mismo domicilio del usuario y compartían actividades de la vida diaria. A continuación, se recogieron los datos generales y se aplicaron los cuestionarios. La aplicación se efectuó en el domicilio de los usuarios y, en caso de existir dificultades para responder los cuestionarios, éstos fueron leídos por el encuestador.

Resultados

En relación con la descripción estadística de los instrumentos aplicados a pacientes se encontró que en el *Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida*, éstos obtuvieron un promedio de 108.80 (*DT*= 37.25; Rango= 1 - 230) en la Subescala de Aspectos Desfavorables (SAD) y de 47.49 (*DT*= 12.10; Rango= 1 - 65) en la Subescala de Aspectos Favorables (SAF).

En cuanto a la *Salud general medida con el Cuestionario de Salud General GHQ-12*, los pacientes puntuaron una media de 6.18 (*DT*= 3.75; Rango= 0 - 18) en el factor Salud General y una media de 5.47 (*DT*= 3.72; Rango= 0 - 18) en el factor Funcionamiento Social Adecuado.

Los resultados referentes a la *Percepción del funcionamiento familiar*, medido con el APGAR-familiar, mostraron una media de 7.20 (*DT*= 2.52; Rango= 0 - 10). Mediante el análisis de las categorías del cuestionario se observó que un 63.30% correspondió a la categoría familia funcional, mientras que un 36.70% correspondió a familia disfuncional, de los cuales un 6.10% se ubicó en disfuncionalidad familiar grave y un 30.6% en disfunción familiar leve.

Por otro lado, las correlaciones entre instrumentos aplicados en pacientes fueron altamente significativas (tabla 2). Se observa que la *percepción de funcionamiento familiar* presenta una correlación significativa con las subescalas favorable y desfavorable de la *ca-*

Tabla 1  
Selección preliminar y muestra final

	Servicio de Salud Mental Norte		Servicio de Salud Mental Sur	
	Paciente	Familiar	Paciente	Familiar
Muestra preliminar	39	31	64	39
No acepta participar	5		12	
No se pudo establecer el contacto*	8		18	
Condiciones que no le permiten participar**	3		9	
Participa en el estudio	24	31	25	39

\* No corresponde la dirección, no contesta, no vive ahí, no está en la ciudad, etc.

\*\* Se fatiga, no puede hablar, no entiende, hospitalizado, en asilo, etc.

alidad de vida, del mismo modo que con el factor de salud general. Esto indica que a mayor funcionalidad familiar percibida, mayor es la calidad de vida y mejor percepción de la salud general del paciente.

Se aprecia una correlación significativa entre la salud general, factor salud general y factor funcionamiento social adecuado, y la calidad de vida, subescalas de aspectos favorables y desfavorables; por lo que una alta calidad de vida va de la mano con una menor severidad del trastorno.

Por otra parte, y también en relación con la percepción del funcionamiento familiar, se encontró que quienes tenían una ocupación laboral fuera del hogar (Media= 8.35, DT= 1.80) obtuvieron puntuaciones más altas que quienes no la tenían (Media= 6.59, DT= 2.66) ( $F= 5.96$ ;  $gl= 1$ ;  $p<0.05$ ).

En el análisis por variables ordinales del paciente (edad, nivel educacional, años con la enfermedad, número de hospitalizaciones en los últimos tres años y número de hospitalizaciones en total) no se encontraron correlaciones significativas con los cuestionarios aplicados.

La media observada en percepción del funcionamiento familiar en los cuidadores fue 7.59 (DT= 2.37; Rango= 0 - 10). De acuerdo con las categorías indicadas por el instrumento, se observa que del total de familiares, un 71.40% se encuentra en la categoría de familia funcional y un 28.60% se encuentra en el nivel de disfunción, de los cuales un 5.70% corresponde a disfunción grave y un 22.90% a disfunción leve.

Al realizar una comparación y relación entre cuestionarios aplicados a cuidadores y variables sociodemográficas y clínicas se consideraron las siguientes variables nominales: sexo, estado civil, religión, etnia, ocupación, participación en talleres y parentesco. Y las siguientes variables nominales de los pacientes: diagnóstico y tratamiento farmacológico del paciente. Así, en la percepción del funcionamiento familiar de los cuidadores se obtienen puntuaciones más altas en quienes habían participado en talleres (Media= 2.83; DT= 0.37), que en quienes no lo habían hecho (Media= 2.53, DT= 0.67).

En las comparaciones realizadas entre las variables de los familiares (edad, nivel educacional, años de convivencia y horas al día juntos) y de los pacientes (edad, años de duración de la enfermedad, número de hospitalizaciones en los últimos tres años y número total de hospitalizaciones) con las medidas de Salud General y Funcionamiento Social Adecuado (GHQ-Familiar) y la puntuación total del Cuestionario de Función Familiar (APGAR familiar), no se obtuvieron correlaciones estadísticamente significati-

vas, con excepción de los años de duración de la enfermedad y la puntuación total del APGAR-Familiar ( $r= -0.267$ ;  $p= 0.47$ ), lo que indica que a mayor duración del trastorno peor salud y funcionamiento familiar.

## Discusión

En relación con la calidad de vida, a diferencia de otros estudios, no se encontraron niveles bajos en los pacientes con esquizofrenia que conformaron esta muestra (Aráujo y Silva, 2006; Rüesch et al., 2004; Browne et al., 1996; Bobes y González, 1997). Queda planteada la pregunta del cómo estos pacientes con escasos recursos económicos, sanitarios y comunitarios puedan estar experimentando adecuados niveles de calidad de vida. ¿Cuáles serían las variables que existen en esta región específica que, a diferencia de lo que pudiese encontrarse en países desarrollados, hacen que los niveles de calidad de vida sean diferentes? Cabe pensar que las condiciones socioculturales de esta región, donde existe un ritmo de vida poco competitivo, con expectativas más modestas, menor ambición y menos necesidades creadas en sus habitantes, menor carestía de la vida, clima agradable y fácil acceso a apoyo religioso, marcan una diferencia notable si se comparan con las grandes ciudades de donde se derivan los otros estudios.

El interés de los resultados pone en evidencia la importancia del contexto social en el que se encuentra inserto el paciente y cómo dicho medio puede intervenir en el curso del trastorno.

Por otro lado, la calidad de vida presentó una fuerte relación con la funcionalidad familiar percibida por el paciente; así, aquellos que presentan una mejor calidad de vida experimentan una mayor percepción de funcionalidad familiar, lo cual confirma la importancia que tiene la familia como red social de apoyo emocional de las necesidades del individuo.

Finalmente, los pacientes que tenían una ocupación laboral fuera del hogar también presentaron mejores niveles de funcionalidad familiar percibida. Esta condición posibilita que interactúen en espacios sociales distintos de la familia, generando además ingresos económicos que permiten reducir el gasto asociado al trastorno, ya que las dificultades financieras son el problema más frecuente de apoyo en los dominios de sobrecarga familiar (Shibre et al., 2002; Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar y Kavanagh, 2005; Caqueo-Urizar y Gutiérrez-Maldonado, 2006).

En cuanto a la percepción del funcionamiento familiar por parte de los cuidadores, los hallazgos muestran que, al igual que Koyama y colaboradores (2004), no hubo una relación entre el funcionamiento familiar percibido por el paciente y por el cuidador.

La cantidad de años con el trastorno repercute en la funcionalidad familiar percibida, dado que el curso del trastorno va generando un desgaste en la organización familiar. Por otro lado, aquellos familiares que han participado en talleres psicosociales impartidos por el Servicio de Salud Mental presentaron mejores niveles de funcionamiento familiar que quienes no lo hicieron. Esto se puede explicar por el hecho de que el taller funciona como un espacio de apoyo profesional práctico, cubriendo necesidades específicas de los familiares, e implica además una instancia social de apoyo informal, dado el encuentro con otros cuya situación es similar. El apoyo social ha demostrado ser un importante amortiguador de la sobrecarga familiar, en otro estudio realizado en Chile (Grandón, Jenaro y Lemos, 2008), junto a las características clínicas de los pacientes con esquizofrenia y las características de la personalidad de los cuidadores.

Tabla 2

Análisis de correlaciones entre cuestionarios de pacientes: GHQ-12, CSCV y APGAR-familiar

	GHQ funciona- miento social adecuado	CSCV- SAF	CSCV-SAD	APGAR
GHQ Salud General	$r = ,542^{**}$	$r = -,484^{**}$	$r = ,616^{**}$	$r = -,454^{**}$
GHQ funcionamiento social adecuado		$r = -,571^{**}$	$r = ,552^{**}$	$r = -,117^{**}$
CSCV- SAF			$r = -,601^{**}$	$r = ,551^{**}$
CSCV-SAD				$r = -,500^{**}$

\*\*  $p= 0.001$

### Conclusiones

No se encontró deterioro en calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia de esta muestra, ni diferencias por características sociodemográficas y clínicas. Sin embargo, se observó que la calidad de vida está relacionada con la funcionalidad familiar percibida por el paciente.

La ocupación laboral del paciente, los aspectos favorables en su calidad de vida y su percepción de salud general son las variables que conforman el modelo más significativo que mejor explica la varianza del funcionamiento familiar.

En relación con la percepción del funcionamiento familiar por parte del cuidador no hay consistencia, al igual que en otras investigaciones, entre los resultados obtenidos en pacientes y cuidadores, debido posiblemente a las características del trastorno.

El funcionamiento familiar del cuidador disminuye con el número de años con los que el paciente ha estado con el trastorno, lo que probablemente responde a un alto nivel de sobrecarga experimentado por el cuidador o familiar.

Los familiares que participan en talleres perciben mayor funcionalidad familiar, ya que esta instancia provee apoyo profesional e informal al ser un espacio social con otros cuyas condiciones son

similares (Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Urizar, 2007), de donde se deriva la necesidad de facilitar la participación de los cuidadores en programas psicoeducativos, como parte integral del tratamiento del paciente.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran: 1) la recolección de datos se llevó a cabo en los hogares cuyas características son heterogéneas, dificultando el control de variables ambientales que pudieran incidir en los resultados obtenidos; 2) todas las medidas fueron obtenidas mediante autoinformes y no con métodos observacionales más objetivos; y 3) la extensión de la batería de cuestionarios aplicada pudo causar fatiga e influir en la disposición del paciente.

Futuras investigaciones deberían centrar su estudio en las características socioculturales que favorecen o potencian la calidad de vida de los pacientes; conociendo estas variables se esperaría lograr una mejor intervención y, por ende, un mejor curso del trastorno.

### Agradecimientos

Esta investigación ha sido apoyada por la Universidad de Tarapacá a través de un Proyecto Mayor n° 3730-08

Los autores agradecen la colaboración de Jaime Escobar Lillo y Nicolás Martínez Mestre en el desarrollo de este artículo.

### Referencias

- Alvarado, R., y Muñoz, K. (2006). Estudio psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la calidad de vida en personas con trastornos mentales severos, en una muestra chilena. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44(4), 249-257.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Araújo, L., y Silva, E. (2006). The quality of life of people with schizophrenia living in community in Rio de Janeiro, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 347-356.
- Badía, X., Salameo, M., y Alonso, J. (1999). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac.
- Bellón, J.A., Delgado, A., Luna del Castillo, J., y cols. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18, 289-296.
- Bobes, J., y González, M.P. (1997). Quality of life in schizophrenia. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (Eds.): *Quality of life in mental disorders* (pp. 165-178). New York: John Wiley & Sons.
- Browne, S.R., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C., y O'Callaghan, E. (1996). Quality of life in schizophrenia: Relationship to socio-demographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 118-124.
- Caqueo-Urizar, A., y Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15, 719-724.
- De Toledo, E., y Blay, L. (2004). Community perception of mental disorders. A systematic review of Latin American and Caribbean studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 955-961.
- García, C. (1999). Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg. Adaptación Cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 88-97.
- Giner, J., Ibáñez, E., Baca, E., y cols. (1997). Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 25, 1-23.
- Goldberg, D.P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.
- Goldberg, D.P., y Hiller, V.F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psicología Médica*, 1, 139-45.
- Grandón, P., Jenaro, C., y Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158, 335-343.
- Gutiérrez, J., Caqueo, A., y Ferrer, M. (2006). Esquizotipia en familiares de pacientes con esquizofrenia en una muestra latinoamericana. *Psicothema*, 18(3), 433-438.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., y Kavanagh, D. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 899-904.
- Gutiérrez-Maldonado, J., y Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Quality Life Research*, 16(5), 739-747.
- Jacobsen, B.K., Hasvold, T., Hoyer, G., y Hansen, V. (1995). The general health questionnaire. How many items are really necessary in population surveys. *Psicología Médica*, 25(5), 957-61.
- Johnson, E. (1998). The effect of family functioning and family sense of competence on people with mental illness. *Family Relations*, 47(4), 443-451.
- Koyama, A., Akiyama, T., Miyake, Y., y Kurita, H. (2004). Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 495-500.
- Marsh, D. (1992). *Families and mental illness: New directions in professional practice*. New York: Praeger.
- McCubbin, M., y McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. En C. Danielson, B. Hamel-Bissell y P. Winstead-Fry. (Eds.): *Families, health and illness: Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Miller, I., Kabacoff R., Keitner G., Epstein N., y Bishop D. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 302-312.
- Minoletti, A., y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud*, 18(4-5), 346-358.
- Mojalefa, S.R. (2003). The impact of schizophrenia on family functioning: A social work perspective. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 63(8), 3005.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. *Informe Sobre la Salud en el Mundo*, Ginebra, Suiza.
- Pinikahana, J., Hapell, B., Hope, J., y Keks, N. (2002). Quality of life in schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 103-111.
- Priebe, S., Warner, R., Hubsehm, T., e Isolde, E. (1998). Employment, attitudes towards work and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 469-477.
- Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E., y Modai, I. (2003). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life Research*, 12, 1-9.
- Rudnick, A. (2001). The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry*, 64(4), 304-308.
- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P.C., Rössler, W., y Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 686-694.
- Saunders, J. (1999). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 20, 95-113.
- Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- Shibre, T., Kebede, D., Alem, A., Negash, A., Deyassa, N., Fekadu, A., Fekadu, D., Jacobsson, L., y Kullgren, G. (2002). Schizophrenia: Illness impact on family members in a traditional society - rural Ethiopia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 27-34.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. *Family Practice*, 6, 12-31.
- Whoqol (1992). World Health Organization: Meeting on Quality of Life. Geneva: WHO (MNH/PSF/92.2).