



FACULTAD DE ENFERMERÍA



TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Esquizofrenia y rol familiar. Factores
influyentes e intervenciones sanitarias.**

**Schizophrenia and family role. Influencing
factors and health interventions.**

Para acceder al título de:

Grado en enfermería

Autora: Ana Ruiz López

Directora: Sara Martínez de Castro

Curso académico: 2022-2023

AVISO RESPONSABILIDAD UC

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Motivo de elección del TFG	3
Metodología	3
Capítulo I. Esquizofrenia y las relaciones familiares.....	5
1.1 Descripción de la enfermedad y tratamiento	5
1.2 La relación paciente - familia.....	6
1.2.1 Emoción expresada	7
1.2.2 La dinámica familiar	7
1.2.3 Los cuidadores.....	8
1.3 La sobrecarga del cuidador	9
Capítulo II. Recursos e intervenciones profesionales con los familiares.....	12
2.1 Atención primaria y captación.....	12
2.2 Psicoeducación	14
2.3 Servicios de apoyo	16
2.4 Intervenciones de enfermería	17
Resultados y conclusiones	21
Bibliografía	23
Anexos	28

Resumen

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico crónico que altera la percepción de la realidad, las emociones y el comportamiento de quien la padece. Gracias a los fármacos antipsicóticos, estos pacientes dejaron de estar institucionalizados en centros psiquiátricos y pasaron a llevar un tratamiento ambulatorio integrado en la sociedad, y a convivir con sus familias. De este modo, el cuidado pasa a ser responsabilidad de los familiares que carecen de conocimientos sobre la enfermedad y experiencia previa. En este contexto, la persona cuidadora puede padecer un deterioro físico y mental, así como una pérdida de bienestar que también puede desencadenar un empeoramiento de la calidad de los cuidados proporcionados.

Por otro lado, la familia influye en el transcurso de la esquizofrenia, de una forma tanto positiva como negativa. Esto hace necesario que los profesionales de la salud proporcionen estrategias y recursos que mejoren no solo el pronóstico y cuidado de los de los pacientes; sino que también eviten el deterioro de los cuidadores.

En España, existen variedad de intervenciones y servicios para ayudar a los familiares, pero la realidad es que el estigma existente y los sentimientos de dejar abandonados a estos pacientes, provocan que sean pocos quienes lo soliciten.

Palabras clave según DeCS y MeSH: esquizofrenia, familia, emoción expresada, carga del cuidador y psicoterapia.

Abstract

Schizophrenia is a chronic psychiatric disorder that alters the sufferer's perception of reality, as well as their emotions and behavior. Thanks to antipsychotic medication, patients are no longer institutionalized in psychiatric centers and are now treated on an ambulatory basis, being able to live with their families and integrate into society. Thus, care becomes the responsibility of the patients' relatives, who have scarce knowledge of the disease and no previous experience. Given this context, the caregiver of a dependent person can undergo a physical and mental deterioration, as well as a loss of well-being that can result in a deterioration of the quality of care provided.

Furthermore, the family influences the progression of schizophrenia both positively and negatively, which is why it is necessary to provide strategies to relatives, so they can provide care in the best possible way for the patient, improve its prognosis and prevent the deterioration of caregivers

In Spain, there is a variety of interventions and services to help the relatives of these patients, although few request them due to the existing stigma and the fear of feeling that their relative is being left out.

Keywords according to DeCS and MeSH: schizophrenia, relatives, expressed emotion, caregiver burden and psychotherapy.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico severo que altera la percepción, el pensamiento, las emociones y el comportamiento (1). Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, esta enfermedad afecta a nivel mundial a 24 millones de personas (2) y en España la prevalencia en hombres es del 4.5% y en mujeres del 2.9% (3). Además, los pacientes con este trastorno son en su mayoría consumidores de drogas, siendo las sustancias legales más prevalentes el tabaco (90%) y el alcohol (40%), y las ilegales el cannabis (40%) y la cocaína (35%) (4).

Los síntomas de esta enfermedad tienen características e intensidad diferentes en cada persona que lo padece. Pueden producir una distorsión de la realidad mediante alucinaciones y delirios, y/o, además provocar comportamientos inusuales, problemas de concentración, memoria, falta de comunicación efectiva y escasez de interés en las actividades diarias. Pero lo más relevante, es el deterioro en el funcionamiento social, académico o laboral que genera que puede incluso provocar aislamiento (5).

En cuanto al tratamiento de la esquizofrenia, a mitad del siglo pasado, se produjo un gran avance, con la introducción de los fármacos antipsicóticos, que, pese a que continúan sin curar la enfermedad, ayudan a atenuar los efectos que limitan la vida diaria de los pacientes. Este cambio unido al movimiento de desinstitucionalización de la asistencia del enfermo mental provoca una mayor inclusión social e implicación de los pacientes en el entorno diario. De este modo, el núcleo familiar pasa a ser el sistema de apoyo más importante de cualquier persona, especialmente ante procesos agudos, o por una patología crónica limitante como son las enfermedades mentales. El cuidado principal ahora pasa a estar a cargo de los familiares sin haber recibido una formación previa, lo que va a causar una sobrecarga objetiva o subjetiva con consecuencias físicas, mentales, económicas o de otras etiologías (6). Por eso, el cuidado de estos pacientes debe ser abordado por los profesionales, ya sea con terapias conductuales, ingresos programados de pacientes o grupos de ayuda entre iguales (7).

Aunque mayoritariamente las intervenciones vayan dirigidas al cuidador principal por ser quienes sufren más las consecuencias de hacerse cargo de un familiar enfermo; existen otros responsables y cada uno de ellos tiene labores y responsabilidades. Independientemente del tipo de cuidador, las intervenciones tienen como objetivo, más allá de liberar la sobrecarga, mejorar el afrontamiento de la situación de la mejor manera posible para que puedan proporcionar los cuidados de una manera óptima (7).

Desde los primeros casos de la enfermedad y hasta la actualidad, se ha intentado encontrar una relación entre la familia y el transcurso de la esquizofrenia. Los estudios concluyen que esta relación existe, y se le ha denominado *emoción expresada* para referirse a un estilo de comunicación donde predomine la hostilidad, la sobre implicación y el criticismo. La presencia de estas características supone una alta emoción expresada, y en consecuencia un indicador para recaídas y empeoramiento de la patología (6).

El sufrimiento y la carga familiar que genera una enfermedad mental como la esquizofrenia tiene la misma relevancia que la enfermedad en sí misma y por tanto los cuidadores necesitan información por parte de los profesionales y ayuda por parte de las instituciones para gestionar y compatibilizar su vida con el cuidado (6).

Motivo de elección del TFG

La elección del tema de este TFG surge tras mi experiencia en la unidad de hospitalización psiquiátrica de media estancia de Liencres. Allí pude ver a los familiares de pacientes con esquizofrenia con impotencia ante no saber cómo cuidar ni ayudar a sus seres queridos. Además, percibí que muchos de ellos se han ido desgastando física y mentalmente ante el cuidado tras años de evolución de la enfermedad, lo que modifica su visión sobre el paciente pasando a ser percibidos como una carga para el cuidador. Esta situación requiere por parte de los profesionales ayudas a las familias con el manejo y educación acerca de la enfermedad; pero me llamó la atención la escasez de recursos para su aplicación en Cantabria.

El objetivo de este TFG surge para profundizar en la importancia de la influencia de la familia en el curso de la enfermedad del paciente con esquizofrenia, así como conocer las intervenciones que pueden beneficiar tanto al entorno como al paciente.

Metodología

Objetivo principal:

- Profundizar en la relación de los cuidadores con un paciente con esquizofrenia.

Objetivos secundarios:

- Describir la esquizofrenia.
- Definir la importancia de las relaciones familiares en los pacientes con esquizofrenia.
- Exponer los tipos de cuidadores y sus funciones.
- Explicar la sobrecarga familiar y sus repercusiones.
- Describir los servicios de ayuda para los familiares.
- Conocer las intervenciones de enfermería para aliviar la sobrecarga y evitar recaídas.

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos:

- PubMed, se ha utilizado por el gran número de artículos médicos que alberga y para realizar una descripción de la enfermedad y sus consecuencias.
- Cuiden, por otro lado, engloba artículos más focalizados en el cuidado o en intervenciones a realizar.
- Además, el buscador Google académico, seleccionado por mostrar gran variedad de artículos que puede que no se incluyan en las anteriores bases de datos y que son relevantes para el caso.

Tras haber obtenido los resultados, se han realizado dos filtros de búsqueda aplicando los siguientes criterios de inclusión:

- Idioma inglés y español
- Artículos publicados desde 2010 hasta la actualidad

Limitación:

Tras haber realizado la búsqueda se observó que la mayor parte de los artículos actuales provenían de revistas latinoamericanas y que los artículos publicados en España eran en su mayoría de la década de 1990.

Capítulo I. Esquizofrenia y las relaciones familiares.

1.1 Descripción de la enfermedad y tratamiento

La concepción de la esquizofrenia ha variado a lo largo de la historia, y ha tenido diferentes terminologías. Las primeras descripciones a mediados del siglo XIX se refieren a un trastorno con síntomas que cursan con alteraciones de la realidad y ocasionan un deterioro de la vida social en la adultez temprana o adolescencia. A su vez, Emil Kraepelin en 1896 utilizó el término de *dementia praecox* para describir la patología que consistía en un inicio temprano, posterior evolución hasta el deterioro y todo esto con ausencia de psicosis manícodepresiva (8). Además, la dividió en tres grupos atendiendo a los síntomas predominantes: catatónica (afecta a las alteraciones motoras), paranoide (predominan alucinaciones y delirios) y hebefrénica (mantiene un comportamiento y discurso desorganizados), esta clasificación fue precursora de posteriores clasificaciones (8).

Finalmente, en 1911 E. Bleuler acuñó el término *esquizofrenia*, pero es partir del siglo XIX, con el inicio de la psiquiatría moderna, cuando comienza a estudiarse esta enfermedad de la manera que conocemos hoy en día. No obstante, dado que se sigue estudiando al respecto, en función de los descubrimientos, las definiciones y categorías se mantienen en constante cambio (8). A lo largo de los años, un aspecto relevante que se ha seguido estudiando es la búsqueda de una causa del origen de esta enfermedad. Se han establecido numerosas teorías acerca de posibles factores de riesgo predisponentes para su desarrollo, siendo algunos ejemplos factores de riesgo durante el embarazo (toxoplasmosis, rubéola, niveles de vitamina D); complicaciones en el parto (preeclampsia, incompatibilidad de Rh); enfermedades autoinmunes (hepatitis autoinmune, artritis reumatoide); además de convulsiones febriles y epilepsias en los niños. De estas estas, el factor de riesgo individual más importante hasta el momento es la historia familiar de enfermedad (hermano o progenitores) (1).

La esquizofrenia es una enfermedad caracterizada no sólo por los síntomas clásicos de la psicosis como alucinaciones y delirios, sino también por la alteración del lenguaje, reducción de la capacidad para manifestar emociones, desorganización del pensamiento entre otros (1). Aparece en la adolescencia y tiende a cronificarse generando una incapacidad mental y provocando dependencia. El diagnóstico no es totalmente preciso, ya que no existen pruebas clínicas concluyentes más allá de la sintomatología. En cuanto a su tratamiento, no es curativo, sino que la farmacología actual se basa en disminuir la clínica (1).

Es necesario y relevante analizar la sintomatología para poder establecer el tratamiento adecuado del paciente. Según esto, se puede establecer una clasificación de los tipos de esquizofrenia (9). Desde 1994 y hasta el 2013, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV (DSM-IV), la esquizofrenia se diferenciaba en paranoide, catatónica, desorganizada, indeterminada y residual (9). Pero las características de los síntomas demasiado concretas y excluyentes así como un diagnóstico en muchas ocasiones poco preciso, ha provocado que en su última publicación (DSM-V), esta clasificación desaparezca y simplemente se limiten a diferenciar entre presencia o ausencia de síntomas catatónicos.

La aparición de esta enfermedad (primer brote) se produce de media a los 25 años en España. En el inicio, tiene un desarrollo lento y gradual con una fase prodrómica que puede durar semanas o meses. Pero con el tiempo se deteriorando las capacidades mentales del paciente y la sintomatología se cronifica comprendiendo períodos de reagudizaciones con otros de mayor

estabilidad (10). Según el nuevo manual, se deben presentar al menos durante un mínimo de un mes, uno de los siguientes síntomas (11):

- Delirios, alteración de la realidad, ideas falsas o creencia de ser observado o perseguido.
- Alucinaciones, alteración de la percepción como escuchar voces o ver cosas que no se encuentran realmente ahí.
- Discurso desorganizado, incapacidad para ordenar los pensamientos y de transmitirlos, con carencia de lógica.

A parte de uno de esos tres síntomas, estos deben estar unidos a su vez a comportamiento muy desorganizado/catatónico y/o síntomas negativos como por ejemplo pérdida de motivación o desinterés de la vida social (11).

Teniendo en cuenta que la clasificación actual solo distingue entre ausencia o presencia de síntomas catatónicos, se puede realizar una clasificación para poder diferenciar claramente dos tipos de enfermos, analizándolo desde el punto de vista neurológico y basado principalmente en la sintomatología positiva o negativa (12):

- Esquizofrenia tipo I: en ella abundan síntomas positivos. Estos se caracterizan por ser en los que hay más actividad en el paciente. Incluye delirios y alucinaciones. La causa de esta es una hiperactividad dopaminérgica en las regiones subcorticales.
- Esquizofrenia tipo II: en esta se presentan los síntomas negativos: por ejemplo, aplanamiento afectivo, apatía o anhedonia. Esto es debido a un menor dinamismo por el descenso en la actividad dopaminérgica de las regiones prefrontales.

En cuanto al tratamiento farmacológico destacan los antipsicóticos iniciado en los años 50 del siglo pasado. Su acción dopaminérgica ha ido mejorando, pudiéndose distinguir tres tipos (13):

- En primer lugar, se encuentran los antipsicóticos de primera generación como por ejemplo el haloperidol o la loxapina. Estos son bastante efectivos para tratar los síntomas positivos, pero tienen numerosos efectos secundarios como sensación de sedación o contracciones musculares involuntarias.
- Posteriormente, surgen los de segunda generación como la clozapina, donde las investigaciones realizadas se centraban en minimizar los efectos extrapiramidales y los cuales además resultaron ser más efectivos en los síntomas positivos.
- Pese a los avances ya realizados, se continúa progresando en busca de regular la capacidad de los neurotransmisores y modular el impacto en los receptores neuronales aparecen así los de tercera generación como la lurasidona y la cariprazina.

1.2 La relación paciente - familia

El rol de la familia es esencial, para asegurar el cumplimiento de un plan de tratamiento efectivo e individualizado. Esto se debe a que la familia es el mayor sistema de apoyo para cualquier persona que padece una patología, y especialmente cuando se trata de enfermedades mentales como la esquizofrenia. El hecho de tener un familia enfermo puede producir en las familias y especialmente sobre el cuidador principal, una sobrecarga emocional y psicológica y sentimientos de sufrimiento y malestar que por un lado pueden llegar a ocasionar trastornos de estrés y ansiedad, incluso pueden llegar a generar percepciones negativas sobre el paciente; y

por otro lado además repercuten en la dinámica habitual y en las relaciones (14). Estas tensiones psicológicas que se generan provocan malestar en el entorno, lo que favorecen la reagudización de la enfermedad y el aumento de la incapacidad y la dependencia (8).

En la década de los 1950, el desarrollo de los antipsicóticos como tratamiento farmacológico para la esquizofrenia, unido al cambio del modelo asistencial hacia la desinstitucionalización, provocó que las personas con esta patología mental dejaran de estar en un régimen de hospitalización permanente. La asistencia consiste en un seguimiento ambulatorio domiciliario apoyado y supervisado por sus familiares. Este hecho implica que el principal cuidado de estos pacientes pasa de ser de profesionales cualificados a familiares con responsabilidad, pero sin formación específica (15).

1.2.1 Emoción expresada

En el contexto de la desinstitucionalización de los pacientes y teniendo en cuenta sus consecuencias en los ambientes familiares, los psiquiatras británicos G.W. Brown y J.L. Birley desarrollan una definición de estilo de comunicación intrafamiliar, la emoción expresada (15). Este entorno familiar y las condiciones de vida en el domicilio han sido ampliamente estudiados, evidenciándose su influencia ante un empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica de la esquizofrenia (16). Más concretamente, varios de ellos aseguran que la baja emoción expresada facilita la recuperación del paciente. En contraposición, las emociones alteradas de los familiares (actitudes, comportamientos o predisposiciones negativas), constituyen un factor predictivo positivo sobre el empeoramiento de la función social y familiar y la recaída de los pacientes (16)(17).

Por tanto, según varios estudios, las características más importantes de un estilo de comunicación familiar con alta emoción expresada son (16) (18):

- El criticismo. Es la valoración del entorno a base de comentarios críticos mayoritariamente desfavorables sobre la conducta o personalidad del paciente.
- La hostilidad se refiere a un criticismo generalizado, al entender la patología y no los sentimientos del paciente, que provoca un rechazo como persona.
- La sobre implicación emocional. Es el componente con mayor prevalencia. Se caracteriza por la respuesta emocional familiar hacia el paciente inadecuada y exagerada, con incapacidad para establecer un límite en la relación.

1.2.2 La dinámica familiar

La relación bidireccional que existe entre los pacientes con esquizofrenia y su familia se conoce como dinámica familiar (19). Corresponde a uno de los aspectos más importantes tanto en el acercamiento terapéutico como en la evaluación de la patología mental crónica; y se encuentra en constante cambio debido a las variaciones continuas de las emociones de cada miembro de la familia. Además, existen algunas situaciones que provocan una interferencia en esa dinámica familiar como (20):

- La constante búsqueda del bienestar del enfermo
- La desatención personal del resto de miembros

- Los comportamientos agresivos que puede tener el paciente
- El propio estrés de la situación.
- La inestabilidad familiar en el momento del diagnóstico

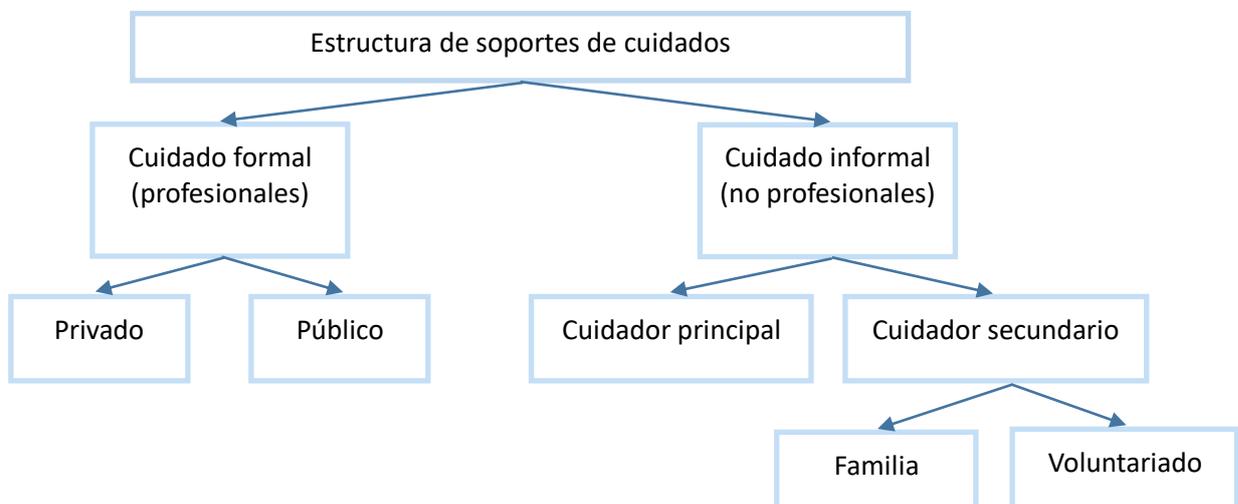
Todas estas situaciones generan angustia, culpa y miedo, que, junto con la falta de conocimiento sobre el abordaje de la enfermedad, ocasiona tensión en la dinámica familiar y aislamiento de las relaciones sociales del cuidador (19).

Por todo ello, todos los miembros de la familia necesitan mucho apoyo y asesoramiento durante todo el proceso de enfermedad, para favorecer que puedan cuidar de la mejor manera sin que repercuta en su autocuidado personal (19).

1.2.3 Los cuidadores

Un cuidador trata de velar por la seguridad de la persona y suplirle en la realización de las actividades diarias como el cuidado de la casa, la realización de gestiones o el control de la medicación. Esta responsabilidad en el cuidado no es asumida de igual manera ni con la misma responsabilidad por todos los miembros de un núcleo familiar. Esta diferenciación provoca una clasificación sobre los diferentes tipos de cuidadores (6) (Figura 1).

Figura 1: Estructura de los soportes de cuidado



Fuente: elaboración propia

En función del grado de conocimientos y la profesionalización de la asistencia, se pueden distinguir el cuidador formal y el informal (6). El primero corresponde a un profesional de la salud contratado directamente por la familia, o bien asignado desde las instituciones públicas. Corresponde a una persona ajena al núcleo familiar, que posee una formación y que recibe una remuneración por su asistencia (7).

En cambio, el informal se caracteriza por pertenecer a la red social del paciente y por realizar su función sin recibir compensación económica (6). Se pueden distinguir claramente dos figuras distintas: el cuidador principal y el cuidador secundario.

El primero dedica al cuidado la mayor parte de su tiempo, durante un mínimo de 6 semanas consecutivas. En la mayoría de los casos, se trata de un familiar, principalmente de sexo femenino, de avanzada edad y/o en desempleo, es percibido por el resto como el responsable

de la persona dependiente (6). Además, el cuidador principal puede proporcionar tres formas diferentes de apoyo (6):

- Instrumental, para realizar labores de la vida diaria.
- Informativo, para asesorar y aconsejar en la solución de problemas.
- Emocional para facilitar la expresión de las emociones.

En cambio, el cuidador secundario, generalmente se encarga de la asistencia en situaciones concretas: cuando la persona principal no puede desempeñar su papel y/o bien necesite ayuda en el desempeño de las actividades delegadas por éste, como, por ejemplo, realizar gestiones o conseguir medicamentos (8). Pero no sólo puede ser la familia, sino también asociaciones, voluntarios o grupos de apoyo.

1.3 La sobrecarga del cuidador

Los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia se encargan de prestar una asistencia continua y sin descansos en su vida diaria. Además, los cuidados se intensifican en los períodos de recaídas o reagudizaciones de la enfermedad, donde toda la familia adquiere una gran importancia no solo en la asistencia, sino en la identificación de síntomas prodrómicos para solicitar ayudas antes de que se establezca la crisis psicótica (21). Todo ello genera un impacto en todos los miembros de la familia, y en la convivencia con el paciente con enfermedad mental tanto a nivel psicológico, financiero como social (21).

Cuando un familiar se establece como cuidador principal de un paciente con patología mental, asume una responsabilidad que puede definirse como *la carga del cuidador*. Esta asistencia sobrevenida y no remunerada, con elevada dedicación y escasos descansos, tiene consecuencias físicas y mentales a largo plazo, lo que termina afectando no solo al cuidador, sino también a la calidad de su asistencia, a la relación con el paciente y a la estabilidad del núcleo familiar (22)(23). Esta responsabilidad asumida por los familiares puede clasificarse en (6):

La carga objetiva. Implica cualquier alteración observable y verificable de la vida del cuidador causada por el cuidado de la persona con esquizofrenia. Se origina principalmente en las labores de control, supervisión o ayuda (6).

La carga subjetiva corresponde a las preocupaciones, sentimientos, actitudes o reacciones emocionales. Puede estar relacionada con el hecho en sí mismo de que su familiar sufra una enfermedad y/o bien con la sensación de soportar una obligación de llevar a cabo las tareas del cuidador (6).

Algunas repercusiones negativas sobre la salud de las personas cuidadoras que genera la carga familiar son los siguientes (22):

- Consecuencias sobre la salud. Malestar, aumento de cefaleas, lumbalgias y trastornos intestinales, menor descanso nocturno y menor productividad. Además, al estar más centrados exclusivamente en el paciente, acuden menos al médico para tratar sus propios problemas.
- Consecuencias emocionales. Presentan mayores niveles de ansiedad, depresión e ira, además de más estrés y preocupaciones acerca del futuro. Estos síntomas se ven acentuados ante la presencia de otros factores como la carencia de recursos económicos, la falta de apoyo social, el sentimiento de culpa y/o los conflictos con el paciente.

- Consecuencias sobre las relaciones sociales. Reflejadas en la dificultad por parte de los cuidadores para establecer o mantener relaciones sociales muchas veces debido a una dedicación exclusiva y a una dependencia emocional hacia el paciente.
- Consecuencias sobre las relaciones familiares. Pueden aparecer conflictos del cuidador principal con el resto de los familiares en cuanto a la forma de tratar al enfermo. Además, se pueden generar sentimientos de soledad debido a la falta de apoyo del resto del entorno.
- Consecuencias económicas. En ocasiones y para proporcionar el mejor cuidado posible, los familiares reducen las horas de trabajo o bien lo abandonan para no dejar a la persona sola. Esto ocasiona un descenso y una reestructuración de la economía familiar.

Cabe destacar que no todo es negativo en el cuidado de un paciente, si el cuidador posee los apoyos adecuados y los recursos necesarios, se pueden extraer beneficios positivos del cuidado como mejorar la resiliencia, la satisfacción personal, el aumento de la empatía, el estrechamiento de relaciones o incremento de la habilidad de manejo de situaciones complicadas (24).

En cuanto a las consecuencias psicológicas de la sobrecarga, un estudio encontrado recoge que uno de cada dos familiares de pacientes con esquizofrenia tiene factores de riesgo de presentar alguna clase de trastorno psiquiátrico (25). Para poder comprobar la influencia de la sobrecarga en la salud de los cuidadores, se realizó un estudio (26) encontrando que el 58.5% de ellos presentaron algún trastorno psiquiátrico, destacando la depresión como el más prevalente, sobre todo en mujeres; seguido del abuso alcohol con mayor frecuencia en los. Por otro lado, se halló que también padecían problemas de salud físicos siendo las más repetidas las del aparato digestivo con una prevalencia del 15.3% del total de participantes en el estudio.

Este riesgo se relaciona directamente con (26):

- Las características del paciente y proceso de enfermedad. El sexo, la edad, la intensidad de los síntomas, la duración de la enfermedad, el número de hospitalizaciones y el grado de discapacidad asociado a la enfermedad
- El entorno del cuidador, características del cuidador, nivel de sobrecarga, así como la dinámica y características de la familia.
- La relación afectiva entre el paciente y el cuidador, también la emoción expresada.
- Otros factores externos como las leyes sociosanitarias insuficientes que no proporcionan ayuda a estas familias, las políticas de empleo que dificulten la conciliación laboral con el cuidado, la escasez de disponibilidad de redes de soporte social disponibles y la falta de recursos de apoyo familiar en los servicios de salud mental.

En cuanto a las características del paciente, durante el curso de la esquizofrenia, existen diferentes momentos que incrementan el riesgo de sobrecarga en los cuidadores y que requieren mayor ayuda, y son las siguientes (27):

1. Primera crisis psicótica. Los familiares de un estudio coinciden en que la mayoría de los cambios se dieron en la adolescencia y atribuían ciertos comportamientos inusuales (pródromos) a esta etapa vital (28). Al aparecer los síntomas por primera vez, los familiares y amigos desconocen lo sucedido, y por tanto los recursos de asistencia. A este hecho hay que añadir el estigma social que existe sobre las enfermedades mentales, que repercute en un manejo más dificultoso y una demora en el tratamiento profesional. La

consecuencia de todo ello es que el paciente no recibe la atención necesaria en una etapa temprana, sino cuando ya se ha establecido la crisis psicótica (27).

2. Crisis familiar ante el diagnóstico y en el proceso de aceptación de la enfermedad. El diagnóstico de la enfermedad produce un impacto en los familiares que genera estrés, dificultad de aceptación e incluso rechazo. Dado que además no poseen formación ni capacitación previa, posteriormente se producen cambios en el núcleo de convivencia y en la dinámica familiar cotidiana (27).
3. Recaídas subsecuentes y las continuas crisis. La recaída psicótica sucede en aproximadamente el 50% de los pacientes que se encuentran en remisión. Se produce mayoritariamente debido al abandono de la toma de medicación, y tiene especial incidencia en tratamientos únicamente farmacológicos y no asociados a la terapia psicosocial (14). Se puede describir como *“un deterioro en el estado clínico caracterizado por la exacerbación de síntomas psicóticos que conlleva la rehospitalización del paciente o un importante cambio en el tratamiento antipsicótico”* (28). Se detecta con la aparición de alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento o comportamientos extraños. Como ya se ha comentado, el mejor predictor de recaídas es la elevada emoción expresada familiar, teniendo hasta cuatro veces más probabilidades de recaer que un paciente con una baja emoción expresada. (26).

Capítulo II. Recursos e intervenciones profesionales con los familiares.

Muchos síntomas de la esquizofrenia son desconocidos para la población general y su aparición puede no ser asociada a esta patología. En la mayoría de los casos, debutan en la adolescencia o a principios de la edad adulta, cuando las personas comienzan a independizarse. Por este motivo, en ocasiones no hay nadie cercano que detecte la existencia de comportamientos inusuales (29). Si sumado a esto el entorno cercano del paciente no ha conocido ningún caso de patología mental previo, desconocen dónde acudir para obtener la ayuda necesaria y por tanto se retrasa el establecimiento del diagnóstico y el comienzo del tratamiento (29).

A lo largo de los años, muchas investigaciones han puesto de manifiesto que la inclusión de los familiares de pacientes con esquizofrenia en los programas de intervención reduce el número de recaídas y hospitalizaciones (30). Otros beneficios documentados son: la disminución de la sintomatología positiva y negativa de la enfermedad, mejora del funcionamiento social y laboral; o bien dentro de la familia, disminución del estrés familiar (30).

Como ya se ha descrito anteriormente, y desde la aparición de los fármacos antipsicóticos, la familia se ha convertido en el soporte principal de las personas afectadas por un problema psiquiátrico (29). Por ello, es necesario enseñarles a cuidar a las personas con esquizofrenia de la mejor manera posible, facilitando conocimientos de la enfermedad, tratamiento y abordaje de los conflictos y problemas que puedan surgir en los momentos de crisis (30).

La ayuda a los cuidadores puede ser realizada por profesionales o por iguales. A continuación, se desarrollarán aquellas llevadas a cabo por el personal de enfermería; dado que se ha demostrado que, independientemente del contenido específico, estas terapias mejoran el afrontamiento, las actitudes y el conocimiento del cuidador (31). Los destinatarios pueden ser sólo pacientes, sólo familia o ambos a la vez. En este tipo de intervenciones se tratan la etiología, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento de la esquizofrenia y qué pueden hacer los familiares para ayudar (31). Pero antes de plantear unas actividades es necesario conocer mejor el estado y situación de los cuidadores, por lo que es conveniente realizar una captación y valoración personal de cada cuidador personal individualmente, para poder decidir cuáles son las mejores actividades para cada persona.

Antes de llevar a cabo cualquier intervención que se va a plantear, es importante tener en cuenta que los pacientes con esta patología suelen cursar con una larga evolución, con bajo funcionamiento social, trastorno de la conducta, gran número de recaídas y predominio de síntomas negativos, lo que dificulta en ocasiones el trato con la persona, así como la posibilidad de comunicarse y/o hacer terapia psicológica (12).

2.1 Atención primaria y captación

Desde atención primaria, el equipo realiza intervenciones para mejorar la salud física y mental de los cuidadores de los pacientes con esquizofrenia, centrándose en los problemas de salud existentes y/o los derivados del cuidado como por ejemplo depresión, ansiedad, dolores gastrointestinales o malestar general. Para facilitar a los cuidadores la atención sanitaria, dentro de lo posible, es importante agrupar las citas médicas, de enfermería, analíticas o pruebas, tanto

del cuidador como del paciente, de este modo se reduce la visita a los centros sanitarios y no se genera más carga para el cuidador (22).

Para ello, es importante realizar la detección y captación de personas cuidadoras ya que, en muchas ocasiones, solicitan ayuda cuando se encuentran en una situación límite con problemas físicos incapacitantes y con difícil retorno, como ansiedad, depresión grave (32). En esos casos, los familiares pueden necesitar atención especializadas en las Unidades de Salud Mental (22). Algunos ejemplos de situaciones donde intentar una captación son: acudir para la renovación de la receta electrónica o consultas por procesos agudos que puedan estar relacionados con la sobrecarga, citas rutinarias de control, preguntar a otros trabajadores del centro de salud sobre los responsables de los pacientes de la consulta; o bien a través del entorno del cuidador, cuando por un empeoramiento de su situación, se recomienda que impulsen la decisión a recibir ayuda profesional (32).

Posteriormente, tras haber realizado la captación de los cuidadores, es necesario realizar una valoración para definir bien el perfil del cuidador principal y concretar así el nivel de ayuda que requieren. Para ello es necesario conocer (22):

- Género, las mujeres se suelen ver más afectadas que los hombres, por lo que necesitan más apoyo.
- Edad, los cuidadores de edad más avanzadas, tienen mayores limitaciones y más problemas de salud.
- Situación económica, un menor nivel de recursos, implica una mayor carga por no poder disponer por ejemplo de un cuidador externo siempre que se quiera. Esto puede causar mayor frustración u otras consecuencias psicológicas.
- Parentesco con el paciente, la pareja o cónyuge presentan mayores alteraciones psicológicas que otros familiares. Por otro lado, las hijas son quienes más cargas asumen.
- Otras cargas o responsabilidades que puedan incrementar la sobrecarga del cuidador, como por ejemplo más personas a su cargo o distancia de su vivienda a la del enfermo.
- Antecedentes de salud previos al cuidado para hacer un seguimiento y objetivar posteriormente los problemas derivados del cuidado. Entre los problemas más comunes se encuentran dolor de cabeza, ansiedad o automedicación.
- Valoración de la capacidad para prestar cuidados, ya que es diferente en cada cuidador, se debe diferenciar entre:
 - Capacidad cognitiva: valorar la capacidad para seguir instrucciones, dificultades del aprendizaje, incapacidad para recordar, falta de interés y comportamientos inapropiados. Si existiera sospecha de limitaciones cognitivas, realizar la escala de Pfeiffer (Anexo 1).
 - Capacidad funcional: valorar la presencia de limitaciones funcionales que puedan dificultar o impedir las tareas de cuidado. Se puede valorar la capacidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se utiliza la escala de Lawton (Anexo 2).
 - Conocimientos: Es necesario conocer si existe un déficit de conocimiento acerca de la enfermedad o carencia de información para llevar a cabo el cuidado, en cuyo caso sería necesario adaptar la formación a las necesidades de cada cuidador.

- Valoración de la sobrecarga objetiva y subjetiva, así como el malestar emocional.
 - En el caso de la objetiva, se pregunta acerca del tipo de cuidado (horarios de cuidado y actividades) y el tiempo desde que se ha comenzado a llevar a cabo, además de si se posee ayuda dentro del entorno y la repercusión económica que ocasiona.
 - En la carga subjetiva, es necesario saber acerca de los sentimientos y las actitudes relacionadas con llevar a cabo el cuidado principal. Para poder medirla de una manera cuantificable, se puede proporcionar la escala de Zarit (Anexo 3).
 - El malestar emocional es necesario valorarlo para comprobar el punto de partida en el momento de la consulta. Se define como la sensación subjetiva de una persona sobre la pérdida de bienestar mental que provoca una dificultad para desenvolverse en su vida diaria con normalidad (32). Los síntomas son muy variados y pueden relacionarse con cualquier aspecto tanto de la persona (percepción negativa de su cuerpo, desánimo, llorar sin motivo, náuseas, pérdida de peso) como de su familia (labilidad emocional, irascibilidad, desánimo).

Tras haber realizado una valoración al cuidador, y teniendo en cuenta sus conocimientos, recursos y aptitudes, ya se posee una referencia para poder evaluar en el futuro la mejora o el empeoramiento de su situación; y, además, se pueden realizar intervenciones individuales adaptadas a sus necesidades.

2.2 Psicoeducación

El termino psicoeducación hace referencia a un conjunto de técnicas educativas para mejorar la adherencia al tratamiento, evitar recaídas y aumentar la funcionalidad de los pacientes con enfermedad mental en su día a día. Esta intervención pretende brindar conocimientos tanto a familiares como a pacientes y surge en 1972 para intentar controlar los factores ambientales y psicosociales asociados al curso de la esquizofrenia, complementado a la farmacoterapia (31). En un principio, sólo se realizaba con los familiares con una alta emoción expresada, aunque con el tiempo y buscando una mejora de los resultados, se decide incluir también a los pacientes, convirtiéndose así en uno de los factores más importantes de ayuda a las familias (31).

En cuanto a su forma de aplicación actualmente puede ser realizada de forma individual con el paciente, con la familia o combinada con ambos. Además, también se puede realizar de forma grupal con pacientes o con familias. De este modo, en base en a quién van dirigidas, las intervenciones se pueden distinguir entre (33):

- Psicoeducación individual: dirigida a que el paciente comprenda la enfermedad, su curso y su pronóstico y dando estrategias para hacer frente a la patología. Aunque esta forma de terapia sea beneficiosa tanto para el paciente como para su entorno, se han establecido limitaciones o contraindicaciones en su aplicación, evitando estos momentos de crisis que presenten graves trastornos del pensamiento, alucinaciones visuales o auditivas, exaltación afectiva o riesgo suicida. Por todo ello, se recomienda aplicar la psicoterapia en un momento de estabilización y de capacidad para participar en las actividades.

- Psicoeducación familiar: al igual que la psicoeducación individual, estas intervenciones tratan de explicar el curso y el pronóstico de la esquizofrenia, aunque a diferencia de la anterior, se abordan también las actitudes y conductas de los familiares que influyen tanto en la evolución favorable de la enfermedad con la disminución de síntomas, como en la carga familiar.

En este último tipo de intervención psicoeducativa, existen modalidades en función de su finalidad (22):

- Informativa: conocer la enfermedad, síntomas, tratamiento, expectativas de recuperación afectación de la enfermedad a su día a día.
 - Formativa: aprender a manejar la enfermedad de manera efectiva, con estrategias para cuidar al paciente o ayudarlo en la realización de sus actividades diarias.
 - Apoyo emocional: intervención para mejorar el malestar psicológico de los cuidadores y ayudar a reducir el estigma asociado a la esquizofrenia, aumentando forma indirecta la empatía y comprensión hacia el paciente.
- Psicoeducación mixta: se centra en trabajar de manera conjunta la parte individual, junto con la centrada en las personas que conforman el núcleo cercano del paciente.

Las sesiones de la psicoeducación son impartidas por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales u otro profesional de la salud. Por lo general, de inicia en el seguimiento ambulatorio de los pacientes que no se encuentren en un episodio agudo. Puntualmente, también puede comenzar durante la hospitalización en algunos casos como brotes leves o que hayan remitido rápidamente. En cuanto al número de sesiones y su periodicidad, existe variación según las necesidades de cada persona. (31).

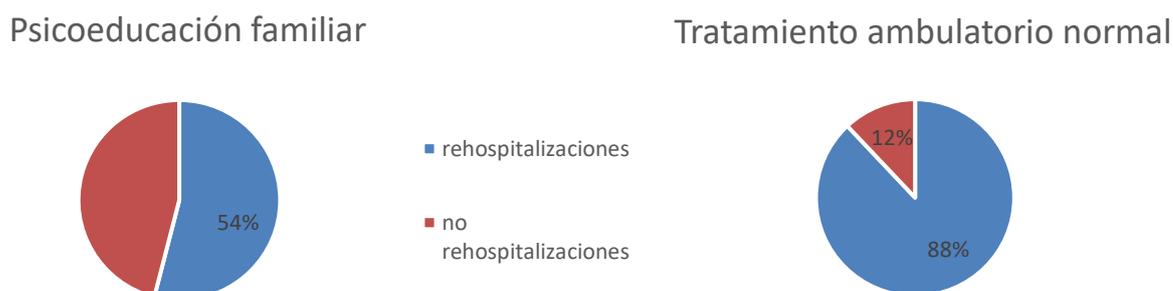
El contenido de las sesiones comprende los siguientes temas (31):

- Los aspectos clínicos fundamentales de la enfermedad como la definición, pronóstico, causas, recaídas y epidemiología.
- El tratamiento, la importancia de la adherencia el tratamiento, riesgos y beneficios de los fármacos y medidas de terapia no farmacológicas.
- La influencia de la comunidad, estigma, habilidades para la vida social, centros de apoyo y servicios.
- El rol de la familia en el transcurso de la enfermedad, solución de conflictos, habilidades comunicativas y emociones expresadas.

En cuanto a la efectividad de esta intervención, se demuestra que tiene mayores beneficios respecto a realizar simplemente tratamiento farmacológico (31).

Además, se ha encontrado un estudio (31) que recoge que, en un seguimiento de 7 años, las familias y pacientes que habían recibido psicoeducación registraron un menor número de reingresos frente al tratamiento ambulatorio normal (Gráfico 1).

Gráfico 1: rehospitalizaciones en casos con psicoeducación frente a tratamiento ambulatorio normal.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de un estudio (31).

Por otro lado, en cuanto a la adherencia farmacológica, un metaanálisis (31) demuestra que es mayor en quienes recibieron psicoeducación en comparación con un tratamiento ambulatorio normal. En un período de tiempo de 12 meses, se evaluó la adherencia al tratamiento en un grupo experimental (psicoterapia) frente a un grupo control (tratamiento ambulatorio normal), los resultados demostraron que el grupo con psicoterapia mantuvo una mayor adherencia al tratamiento, estableciendo a esta como factor protector (el riesgo relativo en los casos con psicoterapia fue de 0.48; y un IC95%: 0.31-0.75).

2.3 Servicios de apoyo

Para suplir de una forma temporal las funciones de los cuidadores, los profesionales pueden solicitar o facilitar el acceso a apoyos formales por parte del sector social. Estos servicios se consideran un complemento que facilita la continuidad asistencial y el cuidado del paciente en el domicilio, retrasando así los ingresos o su institucionalización (22). Estos “servicios de respiro” tratan de proporcionar tiempo libre al familiar para que pueda trabajar, descansar o realizar actividades lúdicas, y de este modo mejorar también la calidad del cuidado. En España, los servicios más utilizados son los siguientes (13):

- Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS): ofrecen una atención diurna los pacientes estables. Su objetivo es mantener o mejorar autonomía personal, y capacidades de autocuidado. Ejemplo de ellos son proporcionar actividades de ocio, habilidades de resolución de problemas, la expresión de emociones o favorecer la integración social en la comunidad.
- Taller protegido: centro de trabajo para pacientes con diferentes grados de minusvalía psíquica. Su objetivo es mejorar su situación laboral y favorecer la relación con el entorno. Durante unas horas al día durante 5 días a la semana, como en cualquier otro trabajo, se realizan proyectos o trabajos tanto de forma individual como grupal.
- Hospital de día psiquiátrico: se trata de un dispositivo asistencial intermedio entre la hospitalización completa y el seguimiento ambulatorio. Se realizan acciones para minimizar el estigma social y mejorar el cuadro clínico activo, buscando la remisión de síntomas o bien, abordando las secuelas y las consecuencias de la esquizofrenia (34).

- Hospitalización completa temporal: se solicita en el caso de reagudización de la sintomatología, y ante la imposibilidad o necesidad del cuidador para que proporcione cuidados de calidad. Se trata de residencias o centros adaptados para acoger a pacientes con patología mental. La desventaja de este recurso es que es mayoritariamente utilizado de una forma privada, ya que por el sistema público puede existir demora debido al elevado número de solicitudes y la escasa disponibilidad de plazas.

Pese que se ha demostrado que estos servicios de apoyo disminuyen la carga y suponen un alivio para el cuidador (34), ocasionalmente se plantean como la última solución ante situaciones críticas por no ser utilizados adecuadamente. El desconocimiento familiar, creencias de abandono del paciente, sentimientos de culpa o falta de recursos económicos son algunos de los motivos principales para el retraso de su utilización (2).

Además de los servicios de apoyo formales mencionados, también existen otros informales. Los profesionales sanitarios pueden facilitar el contacto con diferentes organizaciones comunitarias que ayuden a los cuidadores (35):

- Voluntariado: organizaciones, personas o asociaciones sin ánimo de lucro que proporcionan apoyo al cuidador porque permanecen tiempo con el paciente que el familiar utiliza para descansar. Algunos ejemplos son ascasam, solidarios, confederación salud mental, asociación en lucha por la salud mental y los cambios sociales. Los programas en los que más participan los voluntarios con los pacientes son en actividades de ocio y tiempo libre (64%), actividades de sensibilización (36%) y actividades formativas (29%) (36).
- Grupos de ayuda mutua de personas que comparten la misma problemática sentimientos o dificultades. En ellos también puede participar un profesional sanitario como coordinador y para aportar los conocimientos y su punto de vista. Su presencia depende de quién organice la reunión o de lo que se quiera tratar. En estas reuniones se produce un acompañamiento y asesoramiento desde la propia experiencia, además de una puesta en común de las situaciones vividas. La participación es libre y voluntaria, pero para que exista un beneficio común es necesario un intercambio mutuo de vivencias y conocimientos. En cuanto a la frecuencia de las reuniones, es recomendable realizarlas una vez a la semana o cada 15 días, de forma que se puedan establecer relaciones con el resto de los miembros, pero sin que la frecuencia sea demasiado exigente para los asistentes. En cuando al número de asistentes no deben superar las 20 porque de lo contrario un número mayor interfiere en la unidad grupal y la reciprocidad.

2.4 Intervenciones de enfermería

Siguiendo la guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario (22), se eligen las siguientes actividades por tres motivos principales: no necesitan mucha formación previa, son de fácil aplicación en una consulta de enfermería y además, a corto plazo proporcionan resultados que son observables por el cuidador, y eso les motiva para continuar las intervenciones.

Objetivo general: Ayudar a los cuidadores a disminuir la sobrecarga y a mejorar su estado general para poder afrontar su situación personal.

Duración: 30 minutos – 1 hora

Frecuencia: Cada 7 o 10 días para analizar la situación actual, identificar cambios respecto a las anteriores sesiones y plantear nuevos objetivos de cara a futuras consultas.

Lugar: Consulta de enfermería.

Metodología: Pueden realizarse de forma individual o grupal, dependiendo de las necesidades del cuidador, de su disponibilidad de horarios y de su predisposición a realizar las intervenciones de forma grupal.

A continuación, se detallan diferentes contenidos para abordar en las sesiones:

Mejorar la autoestima

Objetivo: Que el cuidador valore positivamente las actividades que realiza personalmente para sentirse bien

Contenido: La autoestima personal es el grado en el que cada uno se valora a sí mismo. En el caso de los cuidadores, dependiendo de la personalidad y de las circunstancias personales, el dedicar gran parte de su tiempo al cuidado, puede afectar negativamente al estado de ánimo, autocuidado, autopercepción, auto dedicación y comportamiento.

Así pues, para que la carga del cuidado no termine provocando una depresión al cuidador u otra afectación mental, es importante percibir el entorno de una forma realista, viendo tanto las carencias como los logros personales.

Procedimiento:

1. Reconocer aspectos positivos, cualidades y logros propios o del resto del grupo. Ser conscientes de los aspectos positivos de uno mismo, de las mejoras que se han realizado personalmente, cosas que se hacen bien.
2. Verbalizar aspectos positivos de uno mismo o los observados en alguno los miembros del grupo. Expresar lo que quieren cambiar, lo que ya han cambiado o cómo lo han conseguido; de este modo el resto de los participantes pueden usarlo como referencia.
3. Reforzar positivamente por el resto del grupo o por el profesional los aspectos que se han expresado. Además, animar y ayudar acerca de lo que se desea cambiar.

Modificación de pensamientos erróneos

Objetivos: Aprender a manejar y modificar pensamientos disfuncionales

Contenido: En el caso de los cuidadores, los pensamientos y actitudes disfuncionales son factor de riesgo para el padecimiento de trastornos mentales como ansiedad y depresión, además

actúan como barreras para proporcionar un buen cuidado. Algunos ejemplos de este tipo de pensamiento son:

- Pensar que sólo él debe cuidar al familiar para no “molestar” al resto de los miembros, o sentirse culpable cuando ha delegado ese cuidado en otra persona.
- Creer que la persona enferma realiza cosas para enfadarle o que le pide ayuda sólo por molestar.
- Considerar que el resto de los familiares no se involucra lo suficiente y sentirse molesto cuando no realizan lo que espera.

Procedimiento:

1. Control de la tensión y el nerviosismo: detectar señales de tensión (opresión en el pecho, nudo en el estómago, tensión en la mandíbula), para conseguir controlar la tensión mediante la respiración con el objetivo de disminuir la ansiedad y tomar decisiones desde una perspectiva más relajada.
2. Manejar los pensamientos, erróneos, disfuncionales o irracionales: es necesario identificar estos pensamientos obsesivos, recurrentes o que no se corresponden con la realidad objetiva; para conocer la relación entre pensamiento y emoción (por ejemplo, al recibir una mala noticia, o sentirse frustrado cuando no se cumplen las expectativas).
3. Ayudar a reconocer los pensamientos erróneos: es necesario saber analizar los motivos del enfadado o frustración en el papel de cuidador. Para esto es necesario que cada cuidador principal, analice las situaciones que considera como fuentes de tensión e identifique los pensamientos erróneos que estas situaciones generan.
4. Transformar los pensamientos: por último, pasado el momento de estrés y tomando un punto de vista objetivo, se debe cuestionar los pensamientos, analizando si la idea se ha dado en el contexto de sobrecarga o si de verdad lo piensa, en cuyo caso la solución del problema no será la misma.

Realizar actividades gratificantes

Objetivo: Incrementar el tiempo dedicado a actividades gratificantes y de ocio personal.

Contenido: En el caso de los cuidadores, este tipo de actividad les permite evadirse temporalmente de su situación para poder volver con una actitud más positiva y sin tanto estrés.

Procedimiento:

1. Pedir al cuidador que realice una lista de actividades gratificantes, satisfactorias y realistas; y a ser posible, que no requieran un gran gasto de esfuerzo y dinero para poder realizarlas con mayor frecuencia.
2. Llevar un registro de las actividades realizadas y de las pendientes. Se procurará realizar una o dos al día y se apuntará el estado de ánimo percibido tras finalizar cada una de

ellas. Se evaluará qué actividades quedan pendientes y se puede comprobar la efectividad de las realizadas hasta el momento comparándolas con otras.

3. Revisar y actualizar semanalmente la lista de actividades. Una vez a la semana, se deberá revisar la lista y añadir o eliminar actividades en función del grado de satisfacción o la dificultad que entraña realizarlas.
4. Relacionar actividades y estado de ánimo. Evaluación y análisis mensual de resultados y efectividad de las actividades realizadas. Así se identifican las más efectivas y que por tanto deben estar presentes en mayor medida y cuáles son algo menos beneficiosas o requieren un mayor esfuerzo debiendo ser realizadas por tanto con menor frecuencia. En este punto, además, es necesario analizar si el estado de ánimo y el bienestar emocional mejoran o no.

Resultados y conclusiones

Varios estudios avalan la importancia de la relación de las características del paciente con esquizofrenia y de su entorno en la evolución de la enfermedad (16). Lo primero hace referencia a la capacidad de afrontar su propia patología y de mejorar lo máximo posible su vida diaria, ya sea aceptando la ayuda de los demás, tomando un papel activo, o implicándose en las terapias. En cambio, la segunda parte se refiere a la utilización de los recursos disponibles por parte de los familiares para cuidar a los pacientes, y de las relaciones familiares que se establecen en estas situaciones (1). Teniendo esto en cuenta, se ha demostrado que, altos niveles de hostilidad, criticismo y sobre implicación, corresponden a una alta emoción expresada, y se encuentra directamente relacionado con el aumento de riesgo de recaídas (15).

Teniendo en cuenta que la esquizofrenia es una enfermedad mental de curso crónico, pero con reagudizaciones, que no posee tratamiento curativo, sino sintomático y que es incapacitante para la persona que la padece, estos pacientes necesitan a una persona que sea responsable de su cuidado (6). Por un lado, están los cuidadores formales (privados o públicos) y por el otro los informales (principal o secundario). No son excluyentes unos de otros, y en cuanto a estos últimos, suelen corresponder a familiares cercanos, principalmente mujeres (67.2%) (37).

Ese continuo cuidado y la constante responsabilidad se denomina *sobrecarga del cuidador* y termina generando en el familiar responsable consecuencias negativas sobre la salud física, psicológica, social, familiar y económica. Una revisión bibliográfica muestra que el 62.3% de los cuidadores principales, conviven en el domicilio con el enfermo. Pasar la mayor parte de su tiempo cuidando sin poder disfrutar de actividades de ocio, implica un empeoramiento y un aumento de la sobrecarga y un empeoramiento en la calidad de los cuidados prestados (20), incluso se ha constatado que uno de cada dos familiares tiene riesgo de presentar algún trastorno psiquiátrico (25). Por todos estos motivos, son necesarias estrategias desde los servicios sanitarios que disminuyan esta sobrecarga.

Desde enfermería se pueden plantear varios tipos de intervenciones, la primera de ellas es captar desde atención primaria con una entrevista completa a los cuidadores. De este modo de tiene una referencia del punto de partida a partir del cual llevar un seguimiento de su situación para minimizar las repercusiones negativas que pueda tener en su estado de salud del familiar y en el cuidado del paciente. Otra posible intervención es la psicoeducación a pacientes, a familiares o a ambos en conjunto. Con ella se pretende educar por un lado a los pacientes para que conozcan su enfermedad y que sean capaces de reconocer situaciones de ayuda; y por el otro a sus cuidadores para que puedan desempeñar su labor de una manera óptima. De cualquiera de las maneras, los contenidos son siempre en los mismos términos: enfermedad, tratamiento, síntomas prodrómicos o bien recursos de ayuda (31).

Es importante que los profesionales sanitarios, incluida la enfermería, faciliten información a los familiares acerca de los servicios de apoyo y su utilización, de modo que les permita tener un tiempo de respiro y puedan centrarse en ellos mismos sin estar pendientes constantemente del paciente. La mayoría de ellos, incluso el de voluntariado, son públicos y están disponibles para todo el que necesite momentos de liberar la sobrecarga (excepto el ingreso hospitalario del paciente de forma temporal) (13).

El estigma existente hoy en día sobre la esquizofrenia continúa siendo muy prevalente y esto retrasa y limita la ayuda que pueden recibir tanto pacientes con esquizofrenia como sus familias. Además, la disponibilidad de recursos de ayuda en nuestro país se encuentra reducida, debido a la falta de formación y de interés que existe acerca de la salud mental entre los profesionales sanitarios, así como en la población general. Además, los familiares infrutilizan los servicios disponibles por sentir que abandonan a sus familiares, lo cual termina perjudicando a cuidadores y a pacientes. En esta línea se concluye que tras realizar esta revisión bibliográfica, resulta llamativo que la gran mayoría de artículos consultados proceden de Latinoamérica, donde este campo se encuentra en continua investigación, encontrándose en contraposición escasas publicaciones en España.

Bibliografía

1. Gejman Pablo V, Sanders Alan R. La etiología de la esquizofrenia. Medicina (B. Aires). [Internet]. 2012 [Consultado 1 febrero 2023]; 72 (3): 227-234. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0025-76802012000300007
2. Paniagua C, Villa R, Pérez J, Sánchez S. Esquizofrenia [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2022 [Consultado 1 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia#:~:text=A%20escala%20mundial%2C%20la%20esquizofrenia,como%20muchos%20otros%20trastornos%20mentales>.
3. Subdirección General de Información Sanitaria. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. [Internet]. BDCAP Series 2. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021 [Consultado 1 febrero 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
4. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Ros Cucurull E, Casas M. Protocolos de intervención patología dual. [Internet]. Barcelona: Hospital Universitario Vall d'Hebron; 2016 [Consultado 5 febrero 2023]. Disponible en: <https://patologiadual.es/wp-content/uploads/2019/02/4-pdual-esquizofrenia.pdf>
5. Montano L, Nieto T, Mayorga N. Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. Rev. Vang. Psicol. [Internet]. 2013 [Consultado 5 febrero 2023]; 4 (1): 86-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815165>
6. Gulayín, M. E. Carga en cuidadores familiares de personas con esquizofrenia: una revisión bibliográfica. Vertex Revista Argentina De Psiquiatría. [Internet]. 2022 [Consultado 6 febrero 2023]; 33 (155): 50-65. Disponible en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/135>
7. Quesada Rojas, M. Factores asociados a la calidad de vida del cuidador informal de pacientes terminales: impacto de la información sanitaria. [Internet]. Tesis doctoral, Universidad de Murcia. 2018 [Consultado 6 febrero 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154877>
8. Novella E J, Huertas R. El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la Conciencia Moderna: Una Aproximación a la Historia de la Esquizofrenia. Clínica y Salud. [Internet]. 2010 [Consultado 10 febrero 2023]; 21(3): 205-219. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300002
9. Asociación americana de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4 [Internet]. Barcelona: Masson S.A.; 1995 [Consultado 10 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
10. Líceá Amador, A. G, Robles Saavedra, D, Diaz Garfia, C. X, & Juárez Chávez, J. Trastorno psiquiátrico- esquizofrenia. TEPEXI Boletín Científico De La Escuela Superior Tepeji

Del Río. [Internet]. 2019 [Consultado 10 febrero 2023]; 6(11): 34-39. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/tepexi/article/view/3832>

11. Asociación americana de psiquiatría. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4 [Internet]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014 [Consultado 10 febrero 2023]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
12. Salavera Bordas C, Puyuelo Sanclemente M. Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. [Internet]. 2010 [Consultado 18 febrero 2023]; 30 (2): 74-93. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-aspectos-semanticos-pragmaticos-personas-con-S0214460310701200>
13. Bermeo Méndez J, Ocaña Servín H, Vázquez Álvarez N.M, Tlatoa Ramírez H.M, Tratamiento de la esquizofrenia en el primer episodio psicótico. Revisión de la literatura. Revista de medicina e investigación. [Internet]. 2015 [Consultado 18 febrero 2023]; 3 (1): 11-16. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-tratamiento-esquizofrenia-el-primer-episodio-S2214310615000242>
14. Vispe Astola A, Hernández González M, Ruiz-Flores Bistuer M, Valdecasas Campelo JG. De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2015 [Consultado 18 febrero 2023]; 35 (128), 731-748. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000400003
15. García Ramos P.R, Moreno Pérez A, Freund Llovera N, Lahera Forteza G. Factores asociados a la Emoción Expresada familiar en la Esquizofrenia: implicaciones terapéuticas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2012 [Consultado 18 febrero 2023]; 32 (116): 739-756. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000400005
16. Ma CF, Chan SKW, Chung YL, Ng SM, Hui CLM, Suen YN, Chen EYH. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression. Psychol Med. [Internet]. 2021 [Consultado 20 febrero 2023]; 51(3):365-375. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33568244/>
17. Casanova-Rodas L, Rascón-Gasca ML, Alcántara-Chabelas H, Soriano-Rodríguez A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Salud Ment. [Internet]. 2014 [Consultado 22 febrero 2023]; 37(5):443-8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011
18. Schlosser DA, Zinberg JL, Loewy RL, Casey-Cannon S, O'Brien MP, Bearden CE, Vinogradov S, Cannon TD. Predicting the longitudinal effects of the family environment on prodromal symptoms and functioning in patients at-risk for psychosis. Schizophr Res. [Internet]. 2010 [Consultado 22 febrero 2023]; 118(1-3): 69-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20171848/>
19. Demari Sánchez G, Aguirre Londoño M, Yela Lozano N, Viveros Echevarría E. Sobre la dinámica familiar: revisión documental. Cultura, Educación y Sociedad. [Internet].

- 2015 [Consultado 22 febrero 2023]; 6 (2): 117-138. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7823294>
20. Martínez Cardona MC, Estrada González C, Vélez Velásquez AI, Muñoz Avendaño N, López Peláez J, Bermeo de Rubio M, Toconas Morea VR. Relaciones de familia en pacientes con esquizofrenia. Archivos Venezolanos de Farmacología y terapéutica. [Internet]. 2020 [Consultado 2 marzo 2023]; 39 (5): 643-650. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_5_2020/20_relaciones.pdf
21. Benavente Velarde GJ. Eficacia de un programa de intervención psicoeducativo sobre la emoción expresada en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. [Internet]. Tesis doctoral, Universidad Católica de San Pablo, 2017 [Consultado 2 marzo 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/UCSP/15535/1/BENAVENTE_VELARDE_GUI_EFL.pdf
22. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat. Guía de atención a las personas cuidadoras familiares en el ámbito sanitario [Internet]. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat; 2014 [Consultado 2 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.san.gva.es/documents/d/assistencia-sanitaria/guiapersonascuidadorascastellano-pdf>
23. Edoya Cardona EY. Carga familiar y emoción expresada por cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Apuntes De Psicología. [Internet]. 2020 [Consultado 2 marzo 2023]; 37(3), 255–263. Disponible en: <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/828>
24. Fernández-Lansac V, Crespo M, Cáceres R, Rodríguez M. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. Revista española de Geriátría y Gerontología. [Internet]. 2012 [Consultado 2 marzo 2023]; 47(3): 102-109. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-resiliencia-cuidadores-personas-con-demencia-S0211139X11003568>
25. Rascón ML, Caraveo J, Valencia M. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. Rev Inv Clin. [Internet]. 2010 [Consultado 7 marzo 2023]; 62(6): 509-515. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn106c.pdf>
26. Cruz Ortiz M, Pérez Rodríguez MC, Villegas Moreno EL, Flores Robaina N, Hernández Ibarra E, Reyes Laris P. Carga objetiva y subjetiva en personas con enfermedad mental: evidencias empíricas. Pensando Psicología. [Internet]. 2013 [Consultado 7 marzo 2023]; 9(16): 77-88. Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/619>
27. Rascón ML, Valecia M, Domínguez T, Alcántara H, Casanova L. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. Salud Mental. [Internet]. 2014 [Consultado 7 marzo 2023]; 37(3): 239-246. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000300008
28. Ribé JM, Salamero M, Pérez Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics,

- caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International journal of psychiatry in clinical practice*. [Internet]. 2018 [Consultado 7 marzo 2023]; 22(1): 25-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28799427/>
29. Glynn SM. Intervenciones familiares en esquizofrenia: Esperanzas y dificultades a lo largo de 30 años. *RET*. [Internet]. 2013 [Consultado 10 marzo 2023]; 70: 15-23. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5504970>
 30. Mayoral F, Berrozpe A, De la Higuera J, Martínez-Jambrina JJ, Luna JD, Torres González F. Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. [Internet]. 2015 [Consultado 10 marzo 2023]; 8(2): 83-91. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-articulo-eficacia-un-programa-intervencion-familiar-S1888989113001249>
 31. Zapata Ospina JP, Rangel Martínez Villalba AM, García Valecia J. Psicoeducación en esquizofrenia. *Rev Colomb Psiquir*. [Internet]. 2015 [Consultado 10 marzo 2023]; 44 (3): 143-149. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-psicoeducacion-esquizofrenia-S0034745015000396>
 32. Salazar J. Sempere E. Malestar emocional: manual práctico para una respuesta en atención primaria [Internet]. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2012 [Consultado 18 marzo 2023]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Malestareemocionalmanualpractico.pdf>
 33. González-Pinto AM, Barbeito S, Vega P. Abordaje integral del trastorno bipolar. En: 11º Congreso de Psiquiatría. *Interpsiquis* [Internet]. Marzo 2010 [Consultado 18 marzo 2023]. Disponible en: <http://www.bipolars.org/wp-content/uploads/2011/11/1-Abordaje-integral-TB.pdf>
 34. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico [Internet]. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad; 2020 [Consultado 18 marzo 2023]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/psiquiatrico.htm#Toc457807406>
 35. Ledesma I, Rincón J, Pol P, Sánchez P, Dolader R. La vida del grupo de apoyo a la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. [Internet]. 2016 [Consultado 18 marzo 2023]; 36(129): 245-251. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352016000100018
 36. Confección Salud Mental España. El voluntariado en salud mental España, Informe 2021 [Internet]. Madrid: Confederación Salud Mental España [Consultado 23 marzo 2023]; 2022. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/voluntariado-confederacion-salud-mental-2021/>
 37. Cantillo CP, Perdomo AY, Ramírez CA. Características y experiencias de los cuidadores familiares en el contexto de la salud mental. *Rev. Peru. Med. Exp. Salud Publica*. [Internet]. 2022 [Consultado 23 marzo 2023]; 39(2): 185-192. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342022000200185&script=sci_arttext

38. Guijarro JAC. Cuestionario de Pfeiffer [Internet]. Opimec portal; 2014 [Consultado 23 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.opimec.org/documentos/2997/atencion-a-pacientes-pluripatologicos-proceso-asistencial-integrado/6553/comentarios/>
39. Sociedad Vasco Navarra riojana de anestesia reanimación y terapia del dolor. Escala Lawton [Internet]. SVNARTD; 2019 [Consultado 23 marzo 2023]. Disponible en: <https://www.svnartd.es/publicaciones-y-documentos/evaluacion-preoperatoria-del-paciente-fragil/attachment/escala-lawton>
40. Breinbauer H, Vázquez H, Mayanz S, Guerra C, Milán T. Validación de Chile en la escala de Sobrecarga del cuidador Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. Méd. Chile. 2009 [Consultado 23 marzo 2023]; 137(5): 657-665. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009

Anexos

Anexo 1 - Escala de Pfeiffer (38) para medir el deterioro cognitivo

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		
Puntuación Total.....		

Anexo 2- Escala de Lawton (39) de actividades instrumentales e la vida diaria

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

Item	Aspecto a evaluar	Puntos
1	Capacidad para usar el teléfono:	
	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
	- No es capaz de usar el teléfono	0
2	Hacer compras:	
	- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0
	- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0
3	Preparación de la comida:	
	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
	- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
	- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
4	Cuidado de la casa:	
	- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
	- No participa en ninguna labor de la casa	0
5	Lavado de la ropa:	
	- Lava por sí solo toda su ropa	1
	- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
6	Uso de medios de transporte:	
	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
	- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
	- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
	- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
	- No viaja	0

Anexo 3- Escala de Zarit (40) para valorar la sobrecarga del cuidador

Anexo 1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.