

Alejandro Delgado Laredo y Ana M^a López Madrid

EL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por la Sra. Ana Palomino

Grado de Enfermería



Tarragona

8 de Junio de 2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN	3
2. MARCO TEORICO	5
3. OBJETIVOS.....	8
4. METODOLOGIA	9
5. RESULTADOS	11
5.1 PERFIL DEL CUIDADOR.....	12
5.2 PERFIL DEL PACIENTE	14
5.3 CALIDAD DE VIDA	15
5.4 FACTORES DE SOBRECARGA.....	15
5.5 PROBLEMÁTICA SOCIAL	17
5.6 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	18
5.7 ESCALAS DE VALORACIÓN.....	19
5.8 PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS	21
5.9 ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.....	23
6. CONCLUSIÓN.....	25
7. BIBLIOGRAFIA.....	27
8. ANEXOS.....	30
8.1 ANEXO 1: CRONOGRAMA.....	30
8.2 ANEXO 2: RELACIÓN DE BUSCADORES Y CRITERIOS DE SELECCIÓN	31
ANEXO 3: RELACIÓN DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS	32
9. AGRADECIMIENTOS.....	34

1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades mentales constituyen un problema de gran magnitud en la sociedad en la que vivimos por su elevada incidencia. "Una de cada cuatro personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida, siendo en la actualidad la causa del 40% de las patologías crónicas y del 30% de la discapacidad que se produce en nuestro país, datos que sin duda evidencian el gran impacto que tienen estas enfermedades tanto desde un punto de vista asistencial como humano".¹

La esquizofrenia, es una enfermedad mental que afecta al funcionamiento psicológico de la persona y a su contacto con la realidad. Aunque conocemos que tiene un fuerte componente biológico las causas son desconocidas. "En los estudios realizados en España, se estima una incidencia de 0,8 casos por diez mil habitantes por año, dato consistente con los estudios internacionales (OMS) para los países de Europa. La prevalencia estimada es de 3 por 1000 habitantes por año para los hombres y 2,86 por mil para las mujeres. La edad media de inicio de la enfermedad es de 24 años para los hombres y de 27 para las mujeres. Y la incidencia por sexos, 0,84 por 10.000 para los hombres y 0,79 por 10.000 para las mujeres." ²

Esta enfermedad tiene fuerte impacto no sólo en la salud de los pacientes y el bienestar, sino también en los cuidadores principales, familiares, vecinos y otras personas que conviven con el paciente. Esta carga aparece en varias dimensiones, incluyendo los efectos secundarios del tratamiento y el impacto sobre los cuidadores y las características del entorno del paciente.³

La familia desempeña un papel fundamental en el cuidado de las personas con enfermedad mental.⁴ El cuidado no sólo se basa en lo que realiza el cuidador, sino que también incluye otra vertiente intangible como las emociones y sentimientos que se derivan del cuidado.

Como futuros profesionales de enfermería, consideramos que en la práctica diaria con personas que padecen una patología mental, no podemos olvidar a la familia y/o cuidador principal como un pilar fundamental a la hora de llevar a cabo los cuidados. En numerosas ocasiones, esta figura (la del cuidador principal) es el canal a través del cual fluye la comunicación con el paciente con patología mental, y es por ello que representará un apoyo esencial a la hora de establecer los cuidados enfermeros.

La motivación principal que nos lleva a desarrollar el presente proyecto es que consideramos que el enfermo mental es el "gran olvidado"; es decir, cuando pensamos en los cuidados de enfermería mayoritariamente pensamos en el cuidado de una persona con una patología física, y a veces obviamos la existencia de este gran colectivo. Además, detrás de cada persona, se encuentra la figura del cuidador principal, a la cual debemos tener presente en todo momento, no sólo porque puede ser nuestro "aliado" a la hora de establecer los cuidados al paciente, sino que él/ella también requieren de cuidados holísticos por parte de los profesionales de enfermería, ya que es una persona susceptible de claudicación y que requiere de una gran atención.

Dentro del ámbito del paciente de salud mental nos centraremos en la esquizofrenia porque consideramos que, aparte de la incidencia descrita anteriormente, supone una gran carga emocional en el cuidador principal, debido a la falta de adhesión a la realidad por parte de la persona que la sufre. Se trata de una enfermedad emocionalmente impactante para la persona que la vive y su entorno, y es por ello que los cuidados de enfermería son esenciales para establecer el equilibrio y mejorar la calidad de vida de todas las personas que se ven inmersas en ella.

Por último, nos ha impulsado a centrarnos en la figura del cuidador principal "el hecho de que este tipo de trastornos constituyen el cuarto motivo de requerimiento de cuidados proporcionados por familiares y personal no profesional".⁵ Es por ello que nuestro proyecto se centrará en aspectos relacionados con el cuidador familiar o no profesional, y no sólo en la persona que padece la patología mental.

2. MARCO TEORICO

"El número de personas que padecen problemas psiquiátricos y sus consecuencias está aumentando de forma alarmante en el mundo, según el Informe sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. En los países desarrollados, incluida España, la prevalencia anual del trastorno mental oscila en torno al 20% de la población. Se estima, a escala mundial, que una de cuatro personas presentará alguna enfermedad mental a lo largo de su vida. A su vez, de las 10 principales causas de discapacidad a nivel mundial, 5 son problemas mentales: la depresión profunda, la esquizofrenia, los trastornos bipolares, la dependencia del alcohol y los trastornos obsesivo-compulsivos". ⁶

La esquizofrenia proviene del griego schizo: "división" o "escisión" y phrenos: "mente". Es una enfermedad mental grave y en algunos casos incapacitante, que trastorna la realidad y distorsiona el pensamiento o cognición del individuo que la padece. Es una de las enfermedades mentales más graves que ocasionan una gran alteración o distorsión en las relaciones sociales, familiares y laborales de las personas que la sufren. "La enfermedad afecta a casi todas las áreas del funcionamiento personal del individuo y necesitan cuidados a nivel físico, psicológico y social complejo". ⁶

Tras la reforma psiquiátrica, se produce una desinstitucionalización del paciente con enfermedad mental. Este hecho provoca que los cuidados principales pasen a formar parte del núcleo familiar. Por tanto, los cuidados profesionales fueron sustituidos por los cuidados informales, llevados a cabo por las familiares, sin el conocimiento, la información y las aptitudes necesarias. Es por ello que la familia se responsabiliza por falta de apoyo a involucrarse activamente en los cuidados del paciente, asumiendo casi su totalidad. "Esta labor supone un riesgo añadido de presentar algún trastorno emocional, físico o psiquiátrico. A pesar de que el curso de la enfermedad ya esté avanzado y se produzca una mejora en el comportamiento general del enfermo, sus ideas y sus estados de ánimo no siempre son estables. Esto provoca que la familia experimente miedo o temor relacionado con la aparición de una nueva crisis o descompensación de la enfermedad." ⁷ El abordaje de los cuidados es una gran responsabilidad que en la mayoría de los casos desemboca en una intensa sobrecarga que afecta a la calidad de vida del sistema familiar y más concretamente al cuidador principal.

"En España y el Reino Unido más del 80% de las personas con esquizofrenia vive a cargo de cuidadores informales".⁶ "El término Familiar Cuidador Primario Informal (FCPI) se refiere a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo y guarda una relación familiar directa con el paciente, sean los padres, el cónyuge, los hijos o los hermanos; es informal porque no reciben capacitación para brindar los cuidados al paciente".⁸

Las consecuencias que se derivan de convivir con alguien que padece una enfermedad mental como la esquizofrenia y proporcionarle los cuidados diarios es lo que se denomina "carga del cuidador". "Numerosos estudios han investigado sobre el impacto y sobrecarga que genera el cuidar a un familiar con esquizofrenia, y todos llegan a la misma conclusión, alto impacto en cuidadores/as principales".⁹ El término sobrecarga es multidimensional y engloba diversos aspectos y variables, tanto clínicas derivadas de la propia patología y sus síntomas, como socio demográficos o sociales. Esta carga constituye una de las consecuencias más relevantes del trastorno. "Dillehay y Sandys (1990) definieron la carga del cuidador como un estado psicológico que se produce tras la combinación del trabajo físico, emocional, la presión social, y las restricciones económicas que surgen de cuidar al paciente".¹⁰

La mayoría de los autores, siguiendo el modelo de Hoening y Hamilton (1966), coinciden en dividir el concepto de carga en dos grandes tipos: carga objetiva y subjetiva. La carga objetiva engloba todas aquellas acciones o consecuencias cuantificables derivadas del cuidado directo del paciente como por ejemplo, alteraciones en la rutina diaria, restricción de la vida social y laboral del cuidador que derivan en problemas económicos, o incluso pueden repercutir en la salud del cuidador y en las relaciones familiares. La carga subjetiva, por otra parte, incluye los aspectos emocionales que experimenta el cuidador respecto al exceso de responsabilidad, la dependencia, la capacidad de adaptación o afrontamiento, u otros sentimientos como la pena, la culpa, la pérdida, la vergüenza, el miedo etc.

Todos estos aspectos repercuten en la calidad de vida, no sólo del paciente, sino del FCPI. "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. Las dimensiones 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".¹¹

Se trata de un concepto subjetivo que engloba diferentes aspectos de la persona, y que en este caso se ven alterados como consecuencia del cuidado al paciente esquizofrénico.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los principales aspectos del cuidador principal del paciente con esquizofrenia.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar las características específicas propias del cuidador principal del paciente con esquizofrenia.
- Identificar los factores de sobrecarga que repercuten directamente sobre la calidad de vida del cuidador principal.
- Conocer instrumentos para cuantificar la carga del cuidador.

4. METODOLOGIA

La metodología que hemos utilizado en el presente proyecto se basa en una revisión bibliográfica. Ésta tiene por objeto revisar la bibliografía publicada sobre el tema que vamos a estudiar y así poder evaluar los distintos aspectos sobre dicho proyecto con una descripción detallada. A través de la revisión bibliográfica obtendremos una serie de información proveniente de diferentes fuentes bibliográficas.

Uno de los pasos más importantes de nuestro proyecto es elaborar un plan de trabajo mediante un cronograma con el fin de planificar nuestro estudio y gestionar nuestras tareas con el objetivo de alcanzar el máximo rendimiento posible en cada una de las actividades propuestas. Cada actividad se llevara a cabo durante un tiempo determinado sujeto a modificación si fuese necesario. (*Anexo 1*)

Nuestra revisión bibliográfica se basa en la búsqueda en diferentes bases de datos, en los idiomas Español e Inglés. En cuanto a las estrategias de búsqueda de información nos centraremos en IBECS, I-Cercador Plus, Dialnet, Cochrane, Cuidatge, Cuiden, Mesh, Pubmed y Medes.

En cuanto los criterios de inclusión y exclusión en nuestra búsqueda con el fin de centrarnos más específicamente en el objeto de estudio. Se realiza una recopilación de artículos y una revisión detallada sobre qué artículos se centran en el tema de estudio. Posteriormente, con los artículos seleccionados se realiza un análisis exhaustivo sobre los datos obtenidos en cada uno de ellos.

TABLA 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
○ Artículos cualitativos, cuantitativos y revisiones bibliográficas.	○ Artículos publicados con fechas anteriores al 2004.
○ Artículos publicados en los últimos diez años, desde el 2004 hasta la actualidad.	○ Tipo de convivencia diferente al descrito con anterioridad: cuidadores no informales.
○ Artículos que hagan referencia a la población adulta.	○ Artículos escritos en lenguas diferentes a las mencionadas anteriormente.
○ Artículos que hagan referencia al cuidador principal primario.	
○ Artículos escritos en lengua castellana, catalana y/o inglesa.	
○ Artículos publicados en revistas de enfermería, medicina y en psicología.	

Elaborado por los autores

Para elaborar nuestra estrategia de búsqueda utilizaremos los operadores booleanos. Son un tipo de operadores que permiten combinar los distintos términos de la búsqueda. Utilizaremos el operador de intersección AND/OR que recupera todos los documentos que tienen dos o más términos simultáneamente. Una vez que establecidas las palabras claves y establecida la estrategia de búsqueda se lleva cabo en las distintas bases de datos.

Las palabras clave que se han seleccionado son: claudicación, sobrecarga, cuidador y esquizofrenia.

5. RESULTADOS

Tras realizar nuestra primera fase de búsqueda y selección de artículos, los resultados obtenidos fueron prácticamente nulos, debido a la escasez de resultados utilizando las palabras clave en los buscadores seleccionados. Éste hecho lleva a realizar una modificación en las palabras clave previamente seleccionadas, con el fin de sintetizar y afinar nuestra búsqueda. Las palabras clave utilizadas finalmente fueron "Esquizofrenia AND/OR Cuidador". Los artículos seleccionados que cumplían con los criterios de inclusión tras la selección de todos ellos fueron 19. Se adjuntan dos tablas que detallan los resultados de la búsqueda de los diferentes buscadores y la relación de artículos seleccionados. (Anexo 2 y anexo 3).

Una vez realizada la primera revisión de artículos decidimos utilizar la técnica de codificación y/o etiquetaje. Los diferentes artículos se basan en áreas concretas que hacen alusión al cuidador principal del paciente diagnosticado de esquizofrenia. Es por ello que se realizó una clasificación de los artículos utilizando las siguientes etiquetas o códigos:

TABLA 2. RELACIÓN DE ETIQUETAS Y CÓDIGOS		
Nº DE ETIQUETA	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
Etiqueta 1.	Perfil del Cuidador	CUI
Etiqueta 2.	Perfil del Paciente	PAC
Etiqueta 3.	Calidad de Vida	CDV
Etiqueta 4.	Factores de sobrecarga	FSO
Etiqueta 5.	Problemática Social	SOC
Etiqueta 6.	Funcionamiento Familiar	FAM
Etiqueta 7.	Escalas de Valoración	ESC
Etiqueta 8.	Programas Psicoeducativos	PPE
Etiqueta 9.	Rol del Profesional de Enfermería	ENF

Elaborado por los autores

Tras finalizar la fase de etiquetaje y codificación, la descripción de los resultados obtenidos de los artículos seleccionados es la siguiente:

5.1 PERFIL DEL CUIDADOR

En nuestro entorno, la familia es la fuente principal de cuidados que contribuye a la asistencia de las personas del entorno que precisan de algún cuidado o presentan algún grado de dependencia. Podemos definir como cuidador primario aquella persona del ámbito familiar que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo; es informal porque no reciben capacitación para brindar los cuidados al paciente.⁸

Los FPCI (los familiares cuidadores primarios informales) pueden sufrir alteraciones o variaciones que pueden desembocar en un estrés que es denominado "síndrome del cuidador" provocando que el cuidador se encuentre en una situación de riesgo por una sobrecarga física y emocional. Este síndrome puede desencadenar consecuencias negativas en su estado de ánimo dentro y fuera del núcleo familiar. La responsabilidad de cuidar a una persona con esquizofrenia provoca un gran impacto físico y psicológico en el cuidador principal y en el resto del núcleo familiar.⁸

Las alteraciones de salud que pueden sufrir los cuidadores pueden ir desde sentimientos de estrés hasta un trastorno como la depresión, trastornos del sueño, irritabilidad entre los familiares, etc. "Los cuidadores primarios tienen un 74% de desarrollar un trastorno emocional; el 58% de ellos presentan de uno a cuatro diagnósticos: los trastornos depresivos son los más predominantes con un 20,6% seguidos de los trastornos por el abuso de alcohol o estimulantes con 9,9% y los trastornos disociativos con un 7,6%".⁸ El diagnóstico psiquiátrico que destaca en las mujeres es la depresión mientras que en los hombres es por el abuso y la dependencia del alcohol.

Es importante el significado que la familia da a la enfermedad, ya que a raíz de este significado se verán influenciados los mecanismos de afrontamiento del propio cuidador. Cada persona elabora su propio significado a través de experiencias vividas, las creencias, el nivel de conocimiento y cultural, si este significado es negativo o dañino provocará un fracaso en el cuidado e influirá en las respuestas emocionales del cuidador lo que impedirá un correcto mecanismo de afrontamiento y a posteriori afectará al cuidado del paciente.

La conducta emocional y la actitud del cuidador hacia el paciente es lo que se denominada emoción expresada (EE). Esta actitud se centra en los aspectos negativos que pueden ser estresantes para el paciente y se centra en aquellos aspectos como la crítica, falta de calidez, hostilidad, etc. "La EE es el mejor predictor para las recaídas en pacientes con esquizofrenia, por lo tanto un alto EE en los

cuidadores induce angustia en los pacientes. La EE se asocia a altos niveles de carga, menos apoyo y a un deterioro de la salud de la familia".¹² Los cuidadores que presentan una menor EE tienden a tener mejores estrategias de afrontamiento y a menos recaídas del paciente y por el contrario aquellos cuidadores que tienden a tener grandes expectativas o posibilidades de cambio tienen niveles altos de EE.

Durante a la evolución de la patología, el cuidador puede adoptar diferentes actitudes porque puede estar experimentando nuevas necesidades de información y puede hacer cambiar la actitud inicial hacia el enfermo. Esto puede ser debido a las recidivas de la enfermedad, a la falta de apoyo, disponibilidad de recursos etc.

A continuación mostramos las diferentes actitudes que puede tener el cuidador hacia el paciente y las intervenciones de apoyo psicosocial al cuidador.⁶

TABLA 3. ACTITUDES DEL CUIDADOR HACIA EL PACIENTE E INTERVENCIONES PSICOSOCIALES	
ACTITUD DEL CUIDADOR	INTERVENCION DE APOYO PSICOSOCIAL AL CUIDADOR
Positiva	Relación terapéutica + reforzar mecanismos adaptativos de afrontamiento
Negativa	Relación terapéutica + análisis de los mecanismos no adaptativos de afrontamiento + técnicas de modificación de la conducta
Latente	Relación terapéutica + counselling + técnicas de prevención del estrés

Aznar Cabrerizo MI, et al.

Por lo que se refiere al perfil del cuidador, existen diferentes variables sociodemográficas que se relacionen con la sobrecarga y los mecanismos de afrontamiento del cuidador que son:¹³

- Edad
- Sexo
- Nivel educacional
- Situación laboral
- Relación con el paciente
- La convivencia con el paciente

- El grado de relación con el paciente
- Calidad de la relación con el paciente (perspectiva del cuidador).

Vilaplana et al. en su estudio llamado Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II) en 2007 expone que de los 205 cuidadores entrevistados, 163 eran mujeres y 42 hombres, con una media de edad situada en los 58,66 años. La mayoría de ellos había realizado un mínimo de estudios primarios (85,9%), no trabajaban fuera del hogar (65,4%), eran los progenitores de los pacientes de los que se hacían cargo (63,4%), convivían con ellos (77,6%), pasaban con ellos más de 4 horas diarias (70,7%) y referían tener con los pacientes una relación buena o muy buena (69,7%).¹³

Otro estudio paralelo, elaborado por Grandón et al. llamado Adaptación y validación de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS) en la población chilena en 2011 revela que de los 150 entrevistados, el 81,3% son mujeres con una edad media de 57,8 años. Un 46% están casados y con una educación media incompleta, con una media de escolaridad de 8,9%. El 50,7% son amas de casa y posee una relación parental con el paciente. La mayoría de ellas convive con el paciente 84,7% y refiere tener buena o muy buena relación con él 67,3%. El predominio de la mujeres como cuidadoras es habitual en todos los trastornos, no sólo pacientes con patologías mentales.¹⁴

5.2 PERFIL DEL PACIENTE

En cuanto al perfil del paciente, un 68% son hombres, con una edad media de 42,9 años. En su mayoría son solteros 76,7% con una educación media incompleta, con una media de escolaridad de 10,62 años. Un gran porcentaje está en desempleo o recibe una pensión asistencial 73,3%. La media de años de la enfermedad es de 19,5%. *"Existen estudios que indican que el género masculino se asocia a un mayor nivel de carga del cuidador, sin embargo, no existe relación entre los años de evolución de la enfermedad ni la edad propia del paciente."*^{4,14}

5.3 CALIDAD DE VIDA

La carga que experimenta el cuidador principal tiene una repercusión importante en su calidad de vida. Ésta calidad de vida percibida está principalmente marcada por aspectos psicosociales, principalmente la sensación de apoyo social ante la enfermedad. No sólo la sensación de apoyo y aceptación de la sociedad en general sino la importancia de la familia como red social de apoyo emocional. Existen otros factores que afectan a la calidad de vida. Se ha observado que mayor severidad de los síntomas correlaciona con una baja calidad de vida (Rudnick, 2001). Por otro lado, un adecuado tratamiento farmacológico y social, juntamente con estrategias de afrontamiento eficaces mejoran los niveles de calidad de vida.

Caqueo Urizar et.al (2009) y Gutiérrez-Maldonado et.al (2012)^{11,15,16} comparan la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores en países desarrollados y en vías de desarrollo. Ambos estudios confirman que la calidad de vida percibida en los países desarrollados es peor, aunque tengan más recursos económicos, sanitarios y comunitarios. La posible explicación radica en que en los países desarrollados vivimos en una sociedad competitiva y con expectativas ambiciosas, totalmente opuestas al entorno modesto y conformista de los países menos favorecidos económicamente.

La variable principal que afecta directamente a la calidad de vida del cuidador es la carga emocional que padece como consecuencia de su papel de cuidador. Los factores como la falta de apoyo social y laboral, el curso de la enfermedad, y las interrupciones en la vida familiar repercuten considerablemente en la calidad de vida del cuidador.¹⁶

5.4 FACTORES DE SOBRECARGA

Son múltiples los factores que afectan directamente a los niveles de sobrecarga del cuidador. Unos son atribuibles a la enfermedad y al paciente, y otros dependen del perfil del cuidador. En cualquier caso, poder detectar éstos factores precipitantes es crucial para hacer una predicción del nivel de carga que se puede estar produciendo a nivel familiar, y actuar en consecuencia a través de ayuda profesional y programas psicoeducativos.¹⁴

La mayoría de autores sitúan el contexto social y cultural de los pacientes y el cuidador como el punto central de los factores de sobrecarga.^{8,9,17,18} Un mayor nivel cultural y de educación hace que exista mayor conocimiento sobre la enfermedad, y por tanto, influye en la existencia de mayores estrategias de afrontamiento y control de estrés. Es por ello, que un nivel cultural alto parece condicionar una menor sobrecarga.

En cuanto al contexto social, cuando el paciente tiene una mayor ocupación social, mayor integración y contactos sociales favorables se percibe menor sobrecarga en el núcleo familiar. El contexto social del cuidador principal también se ve afectado. En muchas ocasiones, su situación laboral cambia debido a las horas de dedicación que requiere el cuidado de una persona con trastorno mental, al igual que su tiempo libre y de ocio. La disminución de relaciones sociales del cuidador afecta directamente al nivel de sobrecarga que sufre, aumentándola considerablemente.

Otro factor muy mencionado en la bibliografía es el nivel económico familiar, que se ve disminuido debido a la afectación de la capacidad laboral del paciente en muchas ocasiones y a la dificultad que tiene el cuidador principal en encontrar trabajo fuera de casa cuando no tiene que cuidar del familiar. La angustia emocional es un gran predictor de la carga del cuidador, y viene determinada por la aparición y relación entre los diferentes factores de sobrecarga. No se trata de factores aislados, sino de un bucle en el que coexisten todos ellos y que según el grado en el que aparezcan, desembocan en la angustia emocional y sobrecarga del cuidador.⁹

En numerosos estudios se han sometido a cuestión posibles factores de sobrecarga como la edad y el sexo del paciente y/o del cuidador.¹⁸ Las diferencias entre los resultados obtenidos y las contradicciones entre autores confirman que estos posibles factores no son determinantes, y por tanto, no repercuten directamente en la carga del cuidador. Fernández Campos (2010), sin embargo, expone que la edad es un claro predictor del nivel de carga subjetivo experimentado por los cuidadores, juntamente con otras dos variables como el criticismo y la actitud positiva del cuidador.¹⁹

Otro factor cuestionado es la severidad de la sintomatología. La sintomatología negativa favorece un incremento en los niveles de sobrecarga. Sin embargo, la percepción de los síntomas que son valorados por el cuidador está asociada al nivel de conocimientos sobre la enfermedad y la capacidad de afrontamiento que posee el cuidador. Es por ello, que muchos autores la engloban dentro del nivel cultural del cuidador principal.^{4,15}

5.5 PROBLEMÁTICA SOCIAL

El apoyo social es una problemática actual que sufren tanto los pacientes como los cuidadores informales, quienes carecen de apoyo social son vulnerables a un impacto sobre su bienestar físico y emocional. Las redes sociales sirven para que los seres humanos nos encontremos en un estado de bienestar y poder superar acontecimientos o situaciones estresantes.¹⁵

El apoyo de la red social (amigos, familiares, vecinos, compañeros, etc) durante el proceso de la enfermedad mental como es la esquizofrenia implica una fuente principal de soporte tanto para el paciente como al entrono más próximo. El hecho de tener un red de apoyo aumenta la capacidad de los individuos hacer frente a los acontecimientos de vida diaria.¹⁵

Existen ciertas variables sociodemográficas que parece modular la formación de dichos contactos, el autor Kimura en 1999 realizó un estudio que expone que "el sexo femenino tiende a tener mayores redes sociales que los hombres, además las redes sociales disminuyen con la edad y a presentar menores habilidades sociales lo que está asociado a un mayor deterioro cognitivo." ¹⁵

Los avances en el tratamiento de la sintomatología psicótica de la esquizofrenia no siempre han ido acompañados de una mejora de la calidad de vida de los pacientes (Bystritsky et al., 2001), lo que muestra la necesidad de tener en cuenta el apoyo psicosocial. "Los síntomas en los pacientes crónicos es el deterioro social por lo que se asocia a un alta disfunción social deteriorando su calidad de vida. Se muestran hallazgos que los síntomas negativos de la esquizofrenia son los mejores predictores del deterioro social." ¹⁵

Los cuidadores informales en su entorno más próximo se desenvuelven de manera correcta pero que en la dinámica externa a la familia surgen las dificultades sobretodo en los ambientes sociales y comunitarios. El estigma social se ve reflejado en los cuidadores ya que contribuye a un aislamiento social y a quedar reclusos en sus hogares provocando una limitación de las actividades sociales.⁹

Se crea la necesidad de concienciar a las familias sobre la importancia de promover y mantener un contacto continuo con el ambiente social ya que este tipo de apoyo suele ser de gran beneficio para su el bienestar físico y emocional. Asimismo, es necesario replantearse el recurso social como medida positiva y como amortiguador de la sobrecarga familiar.¹⁵

El cuidar a un paciente con esquizofrenia ya sea dicha evolución crónica o de aparición más reciente puede alterar el rol familiar creando un fuerte conflicto o inclusive contradicciones o ambivalencias. La esquizofrenia tiene un gran impacto en la familia, pudiendo desorganizar la dinámica familiar y en consecuencia provocar un deterioro familiar.¹⁵

5.6 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). Según el autor Sander en 2003 encontró que las familias que viven con un miembro con una enfermedad crónica o severa se ajustan y se adaptan a la enfermedad o a los cambios en la situación familiar. La esquizofrenia altera la dinámica familiar en diferentes aspectos; cambio en los roles familiares, afecta a la vida social e inclusive en la salud del cuidador. Este hecho puede verse reflejado debido al desgaste de la propia enfermedad. Muela y Godoy establecieron que existe algún parámetro familiar que puede causar recidivas en el paciente e influye en el curso de la enfermedad más que al origen de la patología en sí misma.

El cuidado de un miembro de la familia con un trastorno mental grave, ya sea de larga evolución o aparición más reciente, implica aumento de la presión sobre la familia, dando lugar a un buen número de conflictos y ambivalencias.²⁰ Un buen funcionamiento familiar se asocia con más apoyo social, menos estrés familiar y con un mayor uso de estrategias de funcionamiento. Se puede realizar un paralelismo con la calidad de vida, lo cual si una familia tiene una fuerte unión familiar presentará mayores índices de calidad de vida.

Caqueo y Lemos (2008) exponen que "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."¹¹ Los cuidadores que trabajan fuera del ámbito del hogar implica una mejoría en el funcionamiento familiar, repartándose las tareas o las actividades que supone cuidar a un enfermo mental y mejora la sobrecarga familiar.

5.7 ESCALAS DE VALORACIÓN

Existen multitud de escalas para cuantificar aspectos relacionados con la carga del cuidador y la repercusión que tienen sobre el mismo el cuidado de un paciente enfermo de salud mental. Entre ellas se pueden nombrar la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988), el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV; Giner et al., 1997), la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS; Kay, Fiszbein y Opler, 1987), la Escala de Funcionamiento Social (SFS; Birchwood y Cochrane, 1990) o la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit, Reeve y Bach-Peterson, 1980). Todas ellas nos darían datos aislados de aspectos concretos que influyen en la carga del cuidador, pero no una visión generalizada y real de todo lo que conlleva cuidar de un paciente diagnosticado de esquizofrenia. La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit es considerada la más completa de ellas, pero no es específica para enfermedades o trastornos de salud mental, y por ello, hay áreas muy importantes de la enfermedad que no están incluidas.

Existen varias escalas como la Caregiver Burden Interview (CBI) y la General Health Questionnaire-28 items (CGHQ-28), o la Knowledge About Schizophrenia Inventory (KASI) entre otras muchas, que aunque irían más encaminadas hacia el concepto de carga familiar y más concretas al campo de la salud mental, están en desuso en nuestro país por falta de validación o traducción al castellano.

Existen pocos instrumentos actualmente en la bibliografía que valoren la carga del cuidador de personas con esquizofrenia en cuanto a ser específicas para ésta patología. De entre ellos, podemos destacar por su adecuación al ámbito de la patología mental y en éste caso de la esquizofrenia, cuatro escalas: el Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS); el Experience of Caregiving Inventory (ECI), el Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) y el The family Burden Interview Schedule-Short Form (FBIS-SF). Tras revisar las cuatro escalas seleccionadas podemos concluir que:

- El SBAS y el ECI no tienen en cuenta una dimensión global de todos los factores de sobrecarga. No analizan la ayuda de la que dispone el informante en su labor de cuidador o las repercusiones que la enfermedad del familiar tiene sobre su propia salud. Tampoco cuantifican las horas de dedicación invertidas o una valoración global de los aspectos positivos y negativos derivados del cuidado de un familiar con trastorno mental. En definitiva, se

podría decir que son escalas incompletas para hacer una valoración integral de la carga del cuidador. Otro hándicap importante es que ni el SBAS ni el ECI están validados al castellano.

- El IEQ está validado al castellano en su versión europea por el grupo EPILSON.¹³ Sin embargo, sólo tiene en cuenta la dimensión objetiva de la carga familiar, pero no la subjetiva, como la preocupación o los sentimientos del cuidador. Tampoco tiene en cuenta los costes generados por los cuidados.
- El FBIS-SF subsana casi todas aquellas limitaciones que tienen las escalas anteriores. Su versión traducida al castellano es la Entrevista de Carga Familiar Objetiva y subjetiva (ECFOS-II). La versión española no sólo es la traducción literal del FBIS-SF, sino que es más completa y añade varios ítems relevantes a los costes que genera el cuidado. Además, incluye la dimensión subjetiva, que en el IEQ está totalmente ausente. El ECFOS-II es una entrevista que puede ser heteroaplicada o autoaplicada. Su duración es de 30 minutos aproximadamente, y está dirigida a familiares de primer grado que cuidan y viven con personas adultas (entre 18 y 64 años) afectadas de un trastorno mental severo.

Vilaplana, et al. (2007) concluye en su estudio que “el ECFOS-II se muestra como un instrumento válido y fiable en su versión castellana para evaluar la carga familiar existente en los cuidadores de personas con esquizofrenia”.¹³ Además, hace un desglose de las 8 áreas en las que se divide el ECFOS-II, dividiéndolas en carga objetiva y carga subjetiva.

TABLA 4. SECCIONES O ÁREAS DEL ECFOS-II	
Sección A	Asistencia en Actividades de la Vida Cotidiana
Sección B	Supervisión de Comportamientos Alterados
Sección C	Gastos Económicos
Sección D	Impacto en la rutina diaria del cuidador y pérdida de oportunidades sociolaborales y personales a lo largo de su vida
Sección E	Preocupaciones generales
Sección F	Ayuda
Sección G	Repercusiones en la salud
Sección I	Evaluación del nivel de carga global

Elaborado por los autores

5.8 PROGRAMAS PSICOEDUCATIVOS

La sobrecarga que genera el cuidado continuado de una persona con esquizofrenia hace que surjan nuevas necesidades de cuidado hacia el cuidador informal. El cuidador debe recibir un soporte por parte de los profesionales del ámbito sanitario mediante diversos programas e intervenciones psicosociales. La importancia del apoyo de las distintas redes repercute directamente en el bienestar del cuidador y de su entorno.

La gran mayoría de los estudios revisados a lo largo de los diferentes artículos hacen hincapié en las intervenciones de soporte a los cuidadores, basadas en programas con orientación psicoeducativa. El objetivo principal de los programas educativos es educar y formar a los cuidadores a comprender los síntomas, causas, tratamiento y el manejo de estrategias que forman parte de la propia enfermedad. Para ello, se les debe ofrecer una información ajustada a las necesidades de cada cuidador con el objeto de enseñarles a detectar posibles cambios en el paciente.

Un estudio elaborado por el Centro de Salud Mental (CSM) de Badalona junto con una red pública de servicios sanitarios de Salud Mental en 2008 llevaron a cabo una experiencia de la aplicación de los grupos multifamiliares de McFarlane ¹⁷ en el que se realizó una evaluación de la intervención comparando los resultados del grupo que recibió la intervención frente a otro grupo, de características clínicas y sociodemográficas similares, que recibió el tratamiento convencional.

Los hallazgos fueron que "las intervenciones multifamiliares mejoran el conocimiento sobre la esquizofrenia y redujo la carga de los familiares. Aquellos pacientes que no han recibido ningún tipo de intervención educativa (ni ellos ni sus cuidadores) muestran mayor inestabilidad clínica y exacerbaciones." ¹⁸

La importancia de tener en cuenta la interacción de las variables tanto en de los familiares como cuidadores mejora la sobrecarga y el funcionamiento familiar. "Los estudios demuestran los beneficios de brindar un tratamiento integrado y de apoyo psicoeducativo a los familiares reducen sus malestares emocionales y físicos, así como la carga familiar. En la clínica, corresponde considerar el rol del FCPI ya que ejerce un papel primordial en el cuidado del paciente con esquizofrenia y sus necesidades deben ser analizadas por el alto riesgo psicopatológico que representan." ⁸

Los grupos multifamiliares pueden tener un efecto positivo sobre la carga familiar, el modelo de McFarlane incluye cuatro componentes básicos ¹⁷:

- Desarrollo de colaboración con la familia.
- Información sobre la enfermedad mental.
- Recursos disponibles.
- Enseñar a la familia a cubrir sus propias .

La literatura indica que los mejores resultados se obtienen después de tres meses de tratamiento pero que estos resultados tienden a desaparecer después de unos meses sin llevar a cabo una terapia de mantenimiento. En la actualidad no existe evidencia científica sobre cuál es el mejor tratamiento que se les ofrece a la cuidadores, unos apoyan la terapia individualista y otros las terapias grupales. ¹⁰

Los programas psicoeducativos disminuyen el nivel de carga en los cuidadores, ya que tienen un efecto positivo sobre la carga familiar reduciendo las recidivas del cuidador y mejorando considerablemente la calidad de vida del cuidador y por consiguiente la del enfermo mental. Por ellos, creemos que desde enfermería se debe hacer hincapié en éste tipo de programas y ser considerados dentro del plan terapéutico de la patología mental.

5.9 ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

A menudo, la práctica enfermera se centra en la atención al paciente esquizofrénico. Atender sus necesidades y tratar su patología y signos propios de la enfermedad. Afortunadamente, ésta visión centrada en el paciente está siendo ampliada a un cuidado holístico con enfoque psicosocial, en el que el cuidador y la familia se incluyen también dentro de los cuidados que proporciona el profesional de enfermería.

Aznar Cabrerizo et.al (2004) afirma que “la atención hacia el cuidador depende de la mirada del profesional sobre el cuidador” y que “una actitud de apoyo al cuidador y atención a sus necesidades sería el primer paso para llevar este rol a la práctica clínica”. Aznar describe y analiza la visión que el profesional tiene sobre el cuidador y la divide en 4 modelos dependientes que fueron postulados por Twigg y Atkin en 1994.⁶

TABLA 5. MODELOS DE VISIÓN DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADOR PRINCIPAL DE TWIGG Y ATKIN	
<i>“Superceded Carer”</i>	Ve al cuidador como familiar de la persona enferma. Atención al cuidador independiente de la atención al paciente. Persigue la independencia del enfermo y el bienestar del cuidador.
<i>“Carers as Coclients”</i>	Ve al cuidador como un cliente. Práctica de enfermería centrada en una atención global del cuidador.
<i>“Carer as Resource”</i>	Ve al cuidador como un recurso. Práctica profesional centrada únicamente en el paciente. Atención prestada a las necesidades y bienestar del cuidador nula.
<i>“Carer as Co-worker”</i>	Ve al cuidador como un profesional más. Atención centrada en el paciente pero también prestada al cuidador, proporcionándole instrumentos y habilidades de cuidados necesarios para desempeñar mejor el cuidado del familiar.

Elaborado por los autores

Frecuentemente se pone menos énfasis en la atención a los cuidadores durante los periodos más crónicos de la enfermedad, siendo más presente el apoyo en las fases agudas. Se recomienda atender a las necesidades de los cuidadores a largo plazo, estableciendo un rol de enfermería basado en la empatía, el calor humano y la ayuda.

El rol de enfermería debe basarse en una estrategia educativa, es decir, en un proceso dinámico, planificado, orientado y dirigido a un grupo de personas con el propósito de proporcionarles conocimientos y habilidades necesarias para enfrentar una situación de su vida, en éste caso, el cuidado de una persona que padece esquizofrenia. La psicoeducación es un factor más en la prevención de recaídas. Es responsabilidad de los profesionales sanitarios asistir a los cuidadores principales.^{21,22}

6. CONCLUSIÓN

Desde la reforma psiquiátrica, la familia es el pilar fundamental en el cuidado de la persona diagnosticada de una enfermedad mental. El diagnóstico de esquizofrenia supone un gran impacto en la estructura familiar, y la evolución de dicha enfermedad repercute en la calidad de vida de las personas de su entorno, principalmente del cuidador principal primario.

El cuidador principal del paciente diagnosticado de esquizofrenia en la mayoría de los casos es una persona del núcleo familiar (progenitores o hijos), y debe ser considerado como un sujeto activo en el plan terapéutico de la esquizofrenia. La familia necesita formación y apoyo para el cuidado del paciente así como para comprender el proceso de la enfermedad (síntomas, causas, tratamiento y el manejo de estrategias de afrontamiento).

El contexto social, cultural y económico son los principales factores que influyen en la carga del cuidador principal. Estos factores afectan a la calidad de vida del cuidador principal e incrementan el estrés y el agotamiento físico y psicológico, favoreciendo la aparición de problemas de salud en el cuidador como la depresión. Los programas psicoeducativos son una herramienta a través de la cual las familias pueden resolver todas sus dudas sobre el cuidado del paciente, y descargar las emociones a través del intercambio de experiencias e información. Está demostrado que estos programas contribuyen al bienestar familiar, ya que disminuyen considerablemente las hospitalizaciones y estabilizan el trascurso de los síntomas y crisis agudas. Además evita el riesgo de aislamiento social relacionado con la disminución de redes de apoyo social.

La Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS-II) se considera una herramienta fiable y validada para cuantificar los niveles de carga que padece el cuidador principal. Desde la Atención Primaria y Comunitaria se debe atender y apoyar al cuidador principal cuando se diagnostica a un paciente de esquizofrenia. Los profesionales de enfermería deben basarse en la prevención de la sobrecarga y evitar el riesgo de claudicación del cuidador principal, haciendo una detección precoz y seguimiento ante la sospecha de sobrecarga, utilizando el ECFOS-II como herramienta y proporcionando ayuda y atención profesional. El abordaje debe ser integral y personalizado para cada caso en concreto porque cada cuidador tiene unas necesidades específicas.

Para concluir, queremos proponer una línea de investigación encaminada a evaluar la actuación de enfermería en el ámbito de Atención Primaria y Comunitaria, centrada en la aplicación del ECFOS-II como herramienta de valoración de la carga del cuidador principal. Además, conocer las intervenciones que se realizan en función de los niveles de carga y los programas psicoeducativos establecidos en Cataluña.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Honorato J. et al. Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes. INESME 2011;7.
2. Aragón Moyano F. Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería. Scielo 2014;8(1)
3. Millier A, et al. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. J Psychiatr Res. 2014; 54:85-93
4. Bengoechea Seco R, et al. Influencia de la sintomatología y del nivel de funcionamiento en esquizofrenia sobre la carga del cuidador. Informaciones Psiquiátricas 2012; 210(4): 341-351.
5. Navarro Gómez N. Esquizofrenia e intervención familiar en España: Una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. Psy, Soc, & Educ 2013; 5 (2):140.
6. Aznar Cabrerizo MI, et al. Necesidades psicosociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería. Enfermería Clínica 2004;14(5):286-293
7. Sánchez Muñoz I, et al. Experiencias de familiares convivientes con personas con esquizofrenia ante descompensación psicótica. Rev Paraninfo Digital 2014; 20
8. Rascón ML, et al. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. Revista de Investigación Clínica 2010; 62(6):509-515
9. Montiel López FJ, et al. Percepción de educación sanitaria en personas cuidadoras de familiares con esquizofrenia. Rev Paraninfo Digital, 2013; 19
10. Caqueo-Úrizar A, et al. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. Psicothema 2014; 26(2): 235-243.

11. Caqueo Urízar A, Lemos Giráldez S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema* 2008; 20(4): 577-582.
12. Dorian M, et al. Acceptance and Expressed Emotion in Mexican American Caregivers of Relatives with Schizophrenia. *Family Process*. 2008; 47(2)
13. Vilaplana M, et al. Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II). Validación en población española del ECFOS-II. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(0):00-00
14. Grandón Pamela F, et al. Adaptación y validación de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS) en población chilena. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2011; 49(4):320-330
15. Gutiérrez-Maldonado J, et al. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores.. *Psicothema* 2012; 24(2):255-262.
16. Caqueo-Urizar A, et al. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 11(7):84
17. Hurtado Ruiz G, et al. Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(2):120-122
18. Leal MI, et al. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(2):63-69
19. Fernández Campos, MI. Variables que influyen en la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia. *Rev Presencia* 2010;6(12)
20. Montero I, et al. Intervención familiar en la esquizofrenia: efecto a largo plazo en los cuidadores principales Family intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers. I. *Actas Esp Psiquiatr* 2006;34(2):169-174

21. Montero Gutiérrez MI, et al. Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2010;7(3)
22. Otaduy Zubia M. Psicoeducación a familias de pacientes con esquizofrenia en una unidad de hospitalización breve. Metas de enfermería 2007;10(6):50-53

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1: CRONOGRAMA

DESCRIPCIÓN:	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	X	X	X			X		
SELECCIÓN DE ARTÍCULOS		X	X					
ANÁLISIS DE LOS ARTÍCULOS: DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.			X	X	X			
REDACIÓN DEL ARTICULO						X	X	
PRESENTACIÓN Y DEFENSA DEL PROYECTO FINAL								X

Elaborado por los autores

8.2 ANEXO 2: RELACIÓN DE BUSCADORES Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

BUSCADOR FECHA DE BÚSQUEDA	PALABRAS CLAVE	FILTROS	RESULTADOS	ARTÍCULOS EXCLUIDOS MOTIVO DE EXCLUSIÓN	ARTÍCULOS INCLUIDOS
IBECS (14/12/2015)	Esquiz\$ AND Cuidador	Sin filtro de fecha Español / Inglés	17	10 artículos excluidos: No forman parte de la temática de estudio	7
I-CERCADOR PLUS (01/01/2015)	Esquizofrenia AND Cuidador	Últimos 10 años Español / Inglés	16	14 artículos excluidos: - No forman parte de la temática de estudio (6) - Incluidos con anterioridad (2) - Barrera idiomática - Portugués (1) - Artículos no localizados (5)	2
DIALNET (12/01/2015)	Esquizofrenia AND Cuidador	Últimos 10 Años Español / Inglés	17	15 artículos excluidos: - No forman parte de la temática de estudio (8) - Incluidos con anterioridad (7)	2
CUIDATGE (12/01/2015)	Esquizofrenia AND Cuidador	Sin filtro de fecha Sin filtro de idioma	2	2 artículos excluidos: - No forman parte de la temática de estudio (1) - Incluidos con anterioridad (1)	0
CUIDEN (12/01/2015)	Esquizofrenia AND Cuidador	Sin filtro de fecha Sin filtro de idioma	29	25 artículos excluidos: - No forman parte de la temática de estudio (15) - Incluidos con anterioridad (3) - Barrera idiomática - Portugués (7)	4
COCHRANE (17/01/2015)	Esquizofrenia AND Cuidador	Últimos 10 Años Sin filtro de idioma	48	48 artículos excluidos: - No forman parte de la temática de estudio (48)	0
MEDES (17/01/2015)	Esquizofrenia AND Cuidador / Esquizofrenia OR Cuidador	Sin filtro de fecha Sin filtro de idioma	9	7 artículos excluidos: - No forman parte de la temática de estudio (5) - Incluidos con anterioridad (2)	2
MESH (17/01/2015)	Esquizofrenia AND Cuidador / Esquiz\$ AND Cuidador	Últimos 10 Años Español / Inglés	0	-	0
PUBMED (24/01/2015)	Schizophrenia AND Caregiver	10 years Free Full text English Humans	74	72 artículos excluidos: - No forman parte de la temática de estudio (71) - Incluidos con anterioridad (1)	2
TOTAL:					19 ARTÍCULOS

Elaborado por los autores

ANEXO 3: RELACIÓN DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS

ARTICULOS SELECCIONADOS (ordenados por fecha de publicación)		
AUTOR	AÑO	TÍTULO
Aznar Cabrerizo I, et al.	2004	Necesidades psicosociales de los cuidadores informales de las personas con esquizofrenia: exploración del rol del profesional de enfermería.
Montero I, et al.	2006	Family intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers.
Vilaplana M, et al.	2007	Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II).
Otaduy Zubia M.	2007	Psicoeducación a familias de pacientes con esquizofrenia en una unidad de hospitalización breve.
Dorian M, et al.	2008	Acceptance and expressed emotion in mexican american caregivers of relatives with schizophrenia.
Leal M.I, et al.	2008	Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo.
Hurtado Ruiz G, et al.	2008	Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia.
Caqueo Urízar A, Lemos Giráldez S.	2008	Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana.
Caqueo-Urízar A, et al.	2009	Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review.

Fernández Campos, MI.	2010	Variables que influyen en la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia.
Rascón ML, et al.	2010	Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México.
Montero Gutiérrez MI, et al.	2010	Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia.
Grandón P, et al.	2011	Adaptación y validación de la Entrevista de Carga familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS) en población chilena.
Bengoechea Seco R, et al.	2012	Influencia de la sintomatología y del nivel de funcionamiento en esquizofrenia sobre la carga del cuidador.
Gutiérrez-Maldonado J, et al.	2012	Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores.
Montiel López FJ, et al.	2013	Percepción de educación sanitaria en personas cuidadoras de familiares con esquizofrenia.
Caqueo-Urizar A, et al.	2014	An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients.
Millier A, et al.	2014	Humanistic burden in schizophrenia: a literature review.
Sánchez Muñoz I, et al.	2014	Experiencias de familiares convivientes con personas con esquizofrenia ante descompensación psicótica.

Elaborado por los autores

9. AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a Ana Palomino, coordinadora del proyecto, agradecerle de manera especial y su confianza y sobre todo su capacidad para guiar nuestras ideas, no solamente en el desarrollo del proyecto, sino también en nuestra primera formación como investigadores.

Indudablemente y para acabar, nuestro más profundo y sincero agradecimiento a nuestras familias y amigos por su comprensión, motivación y soporte en los momentos más difíciles.

A todos ellos se debe la realización de este trabajo.

Gracias.