

## **SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR DEL ENFERMO MENTAL INGRESADO EN UNA UNIDAD DE SUBAGUDOS**

### **CAREGIVER'S OVERLOAD AS A RESULT OF THE ADMISSION OF MENTAL PATIENTS TO A SUBACUTE UNIT**

**Autoras:** María Rosario Andueza Doce, Pilar Galán Rodríguez de Isla (1),  
M<sup>a</sup> Begoña Benavides Espilla, M<sup>a</sup> Concepción Peralta Rodrigo (2)

**Dirección de contacto:** C.andueza.doce@kzguea.net

**Cómo citar este artículo:** Andueza Doce MR, Galán Rodríguez de Isla P, Benavides Espilla MB, Peralta Rodrigo MC. Sobrecarga emocional del cuidador del enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos. NURE Inv [Internet]. Nov-dic 2012 [citado día mes año]; 9(61):[aprox. 14 p.]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE61\\_original\\_sobrecarga.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE61_original_sobrecarga.pdf)

**Fecha recepción:** 11/10/2011

**Aceptado para su publicación:** 12/04/2012

#### **Resumen**

**Objetivos:** Conocer el nivel de sobrecarga emocional del cuidador principal informal de un enfermo mental ingresado en una unidad de subagudos; valorar la existencia de ansiedad y depresión en ese mismo cuidador, junto con el impacto que genera al cuidador el ingreso del paciente en una unidad de subagudos. **Método:** Estudio descriptivo transversal realizado a una muestra de 32 cuidadores principales de pacientes ingresados en la unidad de subagudos del Hospital Psiquiátrico de Zaldibar, durante el año 2010. Instrumentos de medida, la Escala de sobrecarga Zarit, y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. **Resultados:** El nivel de sobrecarga presentado por un 53% de estos cuidadores es intenso, unido a un estado de ánimo predominantemente ansioso, con una media de 5,34 en la Escala de Ansiedad y Depresión del Goldberg. Tras el ingreso, en un 69% de estos cuidadores la sobrecarga disminuye, y en un 59,5% mejora tanto la sintomatología ansiosa como depresiva. **Conclusiones:** La labor de cuidar recae sobre los padres principalmente, quienes manifiestan especialmente temor por el futuro de sus hijos y sienten que éstos dependen en gran medida de ellos, lo que les genera una gran sobrecarga.

#### **Palabras clave**

Salud mental, emoción expresada, familia, ansiedad y depresión.

#### **Abstract**

**Objective:** Knowing the level of emotional overload which the main informal caregiver of a mentally ill person has to undergo when admitted to a subacute unit, and valuing the existence of mood disorders (anxiety or depression) in the caregiver himself/herself, along with the impact for the caregiver of the patient admitted in a subacute unit. **Method:** A descriptive and transversal study carried out from a sample of 32 main caregivers of patients in the Unit of the Subacute in the Psychiatric Hospital of Zaldibar, during 2010, being the measure instruments for that purpose the Zarit Scales for Caregiver Burden and the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS). **Results:** The level of overload presented by a 53% of these caregivers is intense, coupled by a predominantly anxious mood with an average of 5.34 on the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS). After admission, 69% of these caregivers reduce the overload, and 59.5% improve in both anxiety and depression. **Conclusions:** The task of caring falls primarily on parents who expressed particularly fear for the future of their sons and daughters, and feel that they depend heavily on them which generate a lot of overload.

#### **Key words**

Salud mental, emoción expresada, familia, ansiedad y depresión.

**Centro de Trabajo:** (1) Enfermera de la red de salud mental de Bizkaia, (2) Médico psiquiatra de la red de salud mental de Bizkaia.

## INTRODUCCIÓN

La nueva estrategia de políticas sanitarias psiquiátricas aboga por la inserción del enfermo mental en la comunidad, dejando atrás otros procesos donde el enfermo era retirado de la sociedad e ingresado en instituciones mentales. Esta filosofía comunitaria tiene como consecuencia que sea la familia la que asuma, en muchos casos, la mayor parte de la responsabilidad del cuidado del enfermo (1).

A raíz de la conferencia de Alma-Ata (1978), la OMS definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad". La Federación Mundial de la Salud Mental, añadió a la definición de la OMS que "la salud mental sería el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes". La enfermedad mental equivaldría a comportamientos desadaptados que no llegan a ningún resultado concreto, que están asociados a una pérdida de libertad del individuo que la padece y a un apartamiento de la realidad. Por todo ello, el enfermo mental tiene una serie de necesidades de atención y soporte para poder llevar a cabo una vida más independiente. Necesidades que habitualmente cubre el medio familiar. Al familiar cuidador, que dedica la mayor parte del tiempo (número de horas al día) al cuidado de ese enfermo, que a su vez es considerado por el resto de los miembros de la familia como el responsable de prestar dicho cuidado, que asume las principales tareas y no es remunerado económicamente, se le conoce como cuidador principal informal; a partir de ahora nos referiremos a éste como CPI (2-5).

El compromiso de cuidar que adquiere el CPI, por ser la mayoría de las veces algo inesperado, tener que ser compatibilizado con otros roles y, al ser prolongado en el tiempo al tratarse de patologías crónicas, conlleva una serie de costes emocionales, materiales y de salud en el cuidador. A este desgaste o mengua en la calidad de vida se le denomina sobrecarga (6-8).

El concepto de sobrecarga tiene en principio dos dimensiones: por un lado, la objetiva, que corresponde a la parte visible y verificable del cuidado, es decir, tiempo dedicado, esfuerzos físicos realizados, gastos económicos y por otro, la subjetiva, relacionada con actitudes, sentimientos generados ante la labor de cuidar y cómo se percibe el cuidado tanto en las dificultades como en las recompensas (9-10).

La sobrecarga subjetiva o emocional ha sido ampliamente estudiada sobre todo en patologías orgánicas como el Alzheimer o en gerontología (7-8,11-

16), siendo posterior los estudios que trataban de valorar esta sobrecarga con patologías mentales. Entre los estudios centrados en patología mental y que estudian la sobrecarga de la familia, están los que buscan relaciones entre la sobrecarga con diferentes variables clínicas y asistenciales, con la discapacidad funcional del paciente, con la implantación de diferentes programas de ayuda, o con la salud del cuidador (17-24).

Para valorar la sobrecarga que presentan los CPI existen diferentes escalas como la Social Behavior Assessment Schedule (SBAS), el Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC), el The Family Burden Interview Schedule (FBIS) o la Escala de Zarit (Caregiver Burden Interview). El hecho de habernos decantado por la Escala de Zarit (EZ) obedece a que se ciñe específicamente a la percepción subjetiva del cuidado, estar validada al castellano y ser la más utilizada para este fin (14,25-27).

La segunda escala utilizada, es la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (28), ya que estudios anteriores apuntaban a la estrecha relación que hay entre alteraciones del ánimo con la sobrecarga: *"la ansiedad, el estrés y la aparición de estados distímicos como la depresión mayor son las principales consecuencias emocionales y psicológicas de la sobrecarga del cuidador"* (29-30). Esta escala también está validada al español por Montón y colaboradores, siendo un instrumento útil para el cribado de ambas alteraciones de ánimo (31-33).

Partiendo de la base de la estrecha relación existente entre la actitud, acciones, y consiguiente sobrecarga emocional del CPI nos adentramos en este estudio, con la finalidad de conocer cómo es la vivencia de esta sobrecarga y contribuir a hacer más visible la realidad de estos cuidadores en el contexto de una unidad de subagudos.

Los objetivos del estudio son: conocer el grado de sobrecarga emocional del cuidador principal familiar del paciente enfermo mental, valorar la presencia de alteraciones del ánimo como ansiedad y depresión, y por último, describir el impacto que tiene el ingreso del paciente en la unidad de subagudos en el CPI.

## MÉTODO

Estudio descriptivo transversal realizado a 32 cuidadores principales informales de pacientes que ingresaron en la Unidad de Subagudos del Hospital de Zaldibar (Bizkaia) durante el año 2010. El Hospital de Zaldibar está integrado en la Red de

Salud Mental de Bizkaia. Se trata de un hospital monográfico que cubre la demanda de subagudos y rehabilitación de una parte importante de la población bizkaína. El pabellón consta de 25 camas de subagudos y 19 de rehabilitación, con una estancia media por paciente de 77 días.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron que el Cuidador Principal Informal (CPI) fuera mayor de edad, que en él recayera la mayor responsabilidad del cuidado del paciente ingresado y, que la entrevista se realizara en los quince primeros días del ingreso para poder valorar el impacto que le genera en el CPI el ingreso del paciente en la unidad de subagudos. Los criterios de exclusión fueron que el paciente estuviera tutelado por el Instituto Tutelar de Bizkaia, o que el CPI padeciera alguna patología mental.

Para realizar la entrevista, el CPI era invitado a participar en la investigación por cualquiera de las

cuatro participantes del estudio, garantizando su anonimato y explicándole la finalidad del estudio. El consentimiento dado por éste fue verbal. La mayoría de los familiares seleccionados aceptaron, salvo en tres casos, de los cuales uno fue por la imposibilidad para concertar la entrevista en el tiempo asignado y los otros dos restantes por la negativa del paciente ingresado a que se accediera a su familiar. La entrevista se realizó en el mismo hospital, de forma confidencial y a solas con el entrevistado.

El cuestionario en su totalidad constaba de ítems de carácter sociodemográficos, la Escala de

Zarit (EZ) en su versión extensa, la escala de Goldberg (EADG) de ansiedad y depresión, y una serie de preguntas cerradas elaboradas ad hoc para comparar el efecto que tuvo el ingreso, tanto en la sobrecarga, como en el estado anímico del familiar (**Tabla 1**). El cuestionario era realizado en una sola entrevista al CPI.

**Tabla 1.** Variables del estudio.

Sexo del cuidador principal informal (CPI)
Parentesco del CPI
Nivel de escolarización del CPI
Lugar de residencia del CPI
Diagnóstico principal del paciente (esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad, trastornos por consumo de alcohol, trastornos por consumo de sustancias, otras psicosis, otros diagnósticos)
Segundo diagnóstico del paciente
Tipo de ingreso del paciente (voluntario, autorización judicial u orden judicial)
Numero de ingresos del paciente
Procedencia del ingreso (unidad de corta estancia, centro de salud mental, Hospitales de Día y consultas ambulatorias de Zaldibar, otros)
Escala de Zarit extensa
Escala de ansiedad y depresión de Goldberg
Sensación de sobrecarga tras el ingreso en subagudos (ha disminuido, es igual, o ha aumentado)
Sensación de ansiedad tras el ingreso en subagudos (ha disminuido, es igual, o ha aumentado)
Sensación de depresión tras el ingreso en subagudos (ha disminuido, es igual, o ha aumentado)

La EZ extensa (25-26) consta de 22 ítems, de los cuales 21 son preguntas sobre la percepción que tiene el CPI acerca del impacto que le genera el cuidar, de cómo es la relación con el paciente y de cuáles son los recursos de afrontamiento que utiliza. La pregunta 22, es una pregunta global sobre la percepción de sobrecarga. Cada uno de estos ítems tiene una puntuación que oscila entre 0 y 4, teniendo el 0 el significado de *nunca*, 1 *rara vez*, 2 *algunas veces*, 3 *bastantes veces* y 4 *casi siempre*. Los puntos de corte de la escala son los siguientes: menor o igual a 46 como *no sobrecarga*, de 47 a 55 *sobrecarga leve* y a partir de 56 indicaría *sobrecarga intensa* (34). La EZ es un instrumento que presenta una consistencia interna con valores alfa de Cronbach de entre 0.85-0.93 y un coeficiente de correlación intraclase del 0.71-0.85 (35).

La EADG (28) contiene dos subescalas con nueve preguntas en cada una de ellas: la subescala de ansiedad que va desde la 1 a la 9, y la subescala de depresión que va desde la 10 a la 18. Las cuatro primeras preguntas de cada subescala (preguntas 1-4) y (preguntas 10-13), actúan a modo de precondición para determinar si se debe intentar contestar el resto de preguntas, siendo la condición en la subescala de ansiedad que haya dos o más preguntas afirmativas para seguir preguntando, y en la subescala de depresión basta con que se dé una pregunta afirmativa para proseguir con la escala. El punto de corte para detectar un trastorno del ánimo se sitúa en mayor a 4 para la subescala de ansiedad y en mayor a 3 para la de depresión; dando mayor gravedad al problema cuanto mayor sean las puntuaciones, siendo el máximo de 9 para ambas subescalas. La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82%, siempre que se sigan los puntos de corte anteriormente mencionados (32).

Al final del cuestionario, para poder valorar el impacto que les generó al CPI el ingreso del familiar en la unidad de subagudos se les realizó 3 preguntas, en las cuales el CPI debía responder si la sensación de sobrecarga emocional había disminuido, era igual que al ingreso o había aumentando tras el ingreso del paciente. Lo mismo con la sensación de ansiedad, y con la sensación de depresión siempre a elegir entre esas 3 únicas posibilidades: disminuido, igual que al ingreso o aumentado.

La descripción de las variables se realizó mediante media y desviación estándar en las variables cuantitativas y mediante porcentajes en las cualitativas. Las comparaciones entre grupos se efectuaron mediante el test de Mann-Whitney, en las variables

cuantitativas y mediante el test de Chi Cuadrado, para las cualitativas. El análisis estadístico se efectuó mediante el programa informático SPSS versión 15.0 y se consideró estadísticamente significativo el resultado de una p inferior a 0.05.

## RESULTADOS

Se analizaron un total de 32 cuidadores principales informales. Dentro de las variables sociodemográficas, del total, 15 (46,9%) eran mujeres y 17 (54,1%) hombres. La edad media de las mujeres fue de 44,33 años y la de los hombres 54,12. En relación a su nivel escolar 4 (12,5%) no poseían el graduado escolar, 20 (62,5%) si lo tenían y en 3 (9,4%) el nivel de escolarización fue de universitario. Un total de 19 CPI (59,4%) vivían en un entorno urbano y 7 (21,9%), pertenecían a un ámbito rural.

En la distribución con respecto al diagnóstico principal del paciente 16 (50%) padecían esquizofrenia, 7 (21,9%) trastornos afectivos, 5 (15,6%) dependencia alcohólica, 3 (9,4%) otros diagnósticos y 1 (3,1%) trastorno de la personalidad.

En relación al segundo diagnóstico 5 (28,1%) padecían trastornos por consumo de sustancias,

2 (6,3%) trastornos por consumo de alcohol, 1 (3,1%) trastornos afectivos, 3 (9,4%) otros diagnósticos y 17 pacientes (53,1%) no tenían segundo diagnóstico.

En relación a la variable parentesco del cuidador del paciente, encontramos que en 11 pacientes (34,37%) los cuidadores principales fueron los padres, en 7 casos (21,9%) los hermanos, en 5 pacientes (15,6%) el cónyuge y en 4 casos (12,9%) los hijos.

En la Escala de Zarit se obtuvieron los siguientes resultados: una puntuación media de 52,47 (D.T. 18,70), indicativa de sobrecarga, siendo la puntuación mínima de 16 y la máxima de 88. En relación a los puntos de corte se encontraron 10 familiares (31,1%) con puntuación menor de 46 indicativa de no sobrecarga; 5 (15,6%) entre 47 y 55 indicativa de sobrecarga leve y 17 familiares (53,1%) con puntuación mayor de 56, indicativa de sobrecarga intensa.

La relación de los 22 ítems y sus puntuaciones (media y la suma de puntos totales de cada ítem) aparecen recogidas en la **Tabla 2**. Cabe reseñar que los ítems más puntuados son los 7,22, 8 y 5, que

hacen referencia al temor por el futuro que le espera a su familiar, al sentimiento de gran sobrecarga por tenerle que cuidar, y que sienten que hay una gran dependencia por parte del paciente demandante de estos cuidados, por lo que frecuentemente se sienten enfadados en su presencia. En cuanto a los menos puntuados, están el 21, 20 y el 4. Los dos pri-

meros nos informan de que el familiar, C.P.I, tiene la sensación de estar brindando al enfermo toda la dedicación posible, expresando por tanto que no cree que pueda actuar mejor de lo que lo hace, ni tampoco prestar más cuidados. El ítem 4 hace referencia a sentirse avergonzados por la conducta del familiar, a lo que la mayoría respondió que rara vez.

**Tabla 2.** Escala de sobrecarga de Zarit: media de las puntuaciones y suma de valores de los ítems.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT	Media	Suma
1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1,72	55
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familia ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	2,59	83
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	2,38	76
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	1,56	50
5. ¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?	3,06	98
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familiar?	2,44	78
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	3,16	101
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?	3,06	98
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	2,88	92
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por tener que cuidar a su familiar?	2,53	81
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	2,25	72
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	2,41	77
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a su casa, a causa de su familiar?	2,19	70
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?	2,78	89
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	2,13	68
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	2,06	66
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	2,56	82
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	2,41	77
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	2,44	78
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	1,47	47
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	1,19	38
22. En general ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	3,06	98

En relación a los datos de la Escala de Ansiedad de Goldberg, se obtuvo una puntuación media de 5,34 (D.T. 2,65). De los 32 familiares, 20 (62%) pasaban el punto de corte de la escala que detecta ansiedad. En el apartado de depresión de esta escala se obtuvo una media de 3,78 (D.T. 3,05) y 12 pasaron el punto de corte (38%). En la **Tabla 3** se expresan los porcentajes de las puntuaciones.

Tras el ingreso del enfermo en subagudos, de los 32 familiares 22 (68,8%) afirmaron que había disminuido la sensación de sobrecarga, mientras que otros 5 (15,6%) manifestaron que su situación era similar a la que presentaban antes del ingreso. Con referencia a la EADG, 19 familiares (59,4%) afirmaron que tanto la sensación de angustia como la de depresión habían disminuido, en 4 familiares (12,5%) la

sensación era la misma que antes del ingreso y en un familiar (3,1%) la sensación de angustia y depresión aumentó tras el ingreso hospitalario.

Se intentó analizar la relación posible de la puntuación total de la escala de Zarit con alguna de las variables, como el sexo (¿Puntuaban más hombres o mujeres?); el diagnóstico (¿Había algún diagnóstico en el que la familia se encontrara más sobrecargada?); tipo de ingreso (¿Puntuaban más los ingresos voluntarios o involuntarios?); número de ingreso (¿Puntuaban más en la escala de Zarit los ingresos o en los reingresos?). Los resultados fueron que en nuestra muestra no había una relación estadística significativa entre las variables dependientes y la independiente, con unos valores de p de 0.564; 0.167; 0.367 y 0.475 respectivamente.

**Tabla 3.** Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg: número de positivos y porcentaje.

ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG	Nº	%
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	24	87%
2. ¿Ha estado preocupado por algo?	30	93,8%
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	23	71,9%
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	21	65,6%
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	22	68,8%
6. ¿Ha tenido dolor de cabeza o de nuca?	12	37,5%
7. ¿Ha tenido temblores, hormigueos, mareos, sudores o diarrea?	11	34,4%
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	11	34,4%
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	10	31,3%
ESCALA DE DEPRESIÓN DE GOLDBERG	Nº	%
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	25	78,1%
2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	17	53,1%
3. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?	12	37,5%
4. ¿Se ha sentido desesperanzado?	12	37,5%
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	12	37,5%
6. ¿Ha perdido peso?	6	18,8%
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	6	18,8%
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	9	28,1%
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	9	28,1%

## DISCUSIÓN

El cuidador principal informal es un familiar cercano al paciente. En un 34,9% está compuesto por padres, en un 21,9% por hermanos -la mitad de los cuidadores-, frente a la otra mitad compuesta por cónyuge, hijos y otros cuidadores, datos que concuerdan con los recogidos por Castilla y cols. en lo referente al parentesco (17). En cuanto al género y a la media de edad ya observamos más discrepancias, así en el estudio realizado un 46,9% de los CPI estaba conformado por mujeres con una media de 44,3 años, y un 54,1% por hombres con una media de 54,1 años, datos que contrasta con otros estudios similares en los que el CPI era predominantemente femenino y con una media de edad ligeramente superior, entre los 53 y 63 años (19-23). Diferencias significativas en cuanto al género y edad del cuidador pero a las que no podemos establecer ninguna causa clara, sino simplemente concluir que el perfil del cuidador del enfermo psiquiátrico en la unidad de subagudos estudiada es más diversificado que el podemos encontrar en otros estudios similares o inclusive en patología orgánica (12.29).

Con respecto a la EZ, el resultado encontrado en el CPI de pacientes psiquiátricos es de 53% de sobrecarga intensa, siendo similar con lo que recogen otros estudios de pacientes mentales que oscilan entre el 50 y el 57% de sobrecarga intensa. Si nos centramos dentro de la escala, en aquellos ítems que puntúan más encontramos que ya en otros estudios de patología orgánica apuntaban a que los cuidadores refieren miedo, temor por el futuro que les pueda esperar al paciente (14.36), aunque no sabemos si este miedo se puede dar en cuidadores de edad más avanzada donde no vean claro su relevo para ese rol de cuidador u obedece, como apunta este estudio cualitativo (36) a la incertidumbre del propio proceso de la enfermedad.

La dependencia en la prestación de los cuidados también se apunta como un factor generador de estrés en el estudio, sin embargo somos conscientes de la falta de recogida de una mayor información sobre cómo es esa relación de dependencia, por ejemplo: si hay más familiares implicados en ese cuidado, el número de horas destinadas al cuidado de ese paciente, tiempo en años que lleva ejerciendo este papel de CPI, datos que nos darían un valor más real de lo que supone esa dependencia y posible soledad en la que se encuentra el cuidador al realizar esta función.

Los ítems menos puntuados son los que hacen referencia, dentro del concepto de carga subjetiva (9), al sentimiento de autoeficacia del cuidado prestado y a la vergüenza que experimentan por el comportamiento del enfermo. La dimensión de la autoeficacia en el cuidado lo recogen tanto los ítems 21, como el 20, (¿siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?, ¿cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?), por lo que el hecho de que en ambos ítems se recojan puntuaciones bajas, da coherencia, sentido a que no es esta dimensión dentro del cuidado la que más le preocupe al cuidador, sin embargo respecto a la vergüenza que puedan experimentar por el comportamiento del enfermo, podemos decir que en nuestro estudio no hemos recogido como variable la existencia de alteraciones del comportamiento en el paciente o de conductas disruptivas que nos pudieran dar más información de porqué no se da ese sentimiento de vergüenza, ya que hay estudios tanto en patología orgánica como psiquiátrica que concluyen que las alteraciones del comportamiento provocan una mayor sobrecarga (8.14.16.37)

Los resultados de la EADG fueron que un 62% de los CPI presentaban ansiedad y un 38% depresión. En relación a la subescala de ansiedad son las dos primeras preguntas las que más puntúan, es decir, las referentes a que predomina un estado de preocupación y nerviosismo que podría estar en consonancia con lo recogido en la EZ en que los cuidadores expresaban temor por el futuro de los pacientes; y en la subescala de depresión la poca energía que refiere sentir el CPI.

Podemos afirmar por tanto que hay una afectación de la esfera psíquica en nuestros CPI como aparece también en otras bibliografías (38-40), aunque una vez más tenemos que precisar que no podemos relacionar este estado anímico con una mayor o menor prolongación del cuidado en el tiempo, con la discapacidad funcional en el autocuidado de la persona atendida o con el uso por parte del CPI de recursos sociales.

El impacto que el ingreso hospitalario produce sobre el cuidador principal es importante. Reduciendo en un 68% de los cuidadores la sobrecarga que sienten, y hasta en un 59 % la ansiedad y la depresión, datos que corroboran lo ya concluido por Gort y cols. en los que el cuidador ante el ingreso "delega" en el equipo de profesionales y "se libera" de su carga (27).

Para terminar, cabe destacar, las limitaciones propias de nuestro estudio, por ser una muestra pequeña y en la que no se han recogido todas las variables como por ejemplo, si el paciente trabaja o si el CPI tiene otras responsabilidades a su cargo (trabajar fuera, cuidar de menores), si convive con el paciente o si la relación previa a diagnosticarse la enfermedad era satisfactoria o no, datos todos éstos que aportarían más consistencia a lo ya recogido.

Aún con todo, el estudio da luz de la vulnerabilidad en la que se encuentran estos CPI, y de lo conveniente de tener una visión más integral en la prestación de los cuidados, no centrándonos exclusivamente en el paciente ingresado.

## CONCLUSIONES

De los familiares-cuidadores entrevistados, el cuidado mayoritariamente recae en los padres, seguido de hermanos. El nivel de sobrecarga que presenta este cuidador es de media a intensa. Los ítems más puntuados han sido el temor por el futuro que le espera a su familiar, y el de dependencia del enfermo con respecto a ellos.

El porcentaje de CPI que padecen ansiedad y depresión, a causa del estrés crónico que supone el cuidado del paciente psiquiátrico es alto: 62% de familias con ansiedad y 38% con depresión.

En lo referente al estado de ánimo del cuidador destaca la sintomatología ansiosa, en la que sobresale nuevamente el rasgo de preocupación; en la sintomatología depresiva en cambio, la falta de energía.

La sensación de sobrecarga en nuestra muestra se ha comportado independientemente de otros factores como el sexo, el diagnóstico o el tipo de ingreso del paciente.

El ingreso hospitalario supone una disminución de la sensación de sobrecarga para la mayoría de estas familias.

Con todo lo expuesto y a modo de conclusión final debe destacarse el sufrimiento que han expresado estos familiares-cuidadores de enfermos mentales y la necesidad, por tanto, de hacer más visible su papel, además de la conveniencia de hacerles partícipes en las estrategias de atención sanitaria, para que se valore su implicación como elemento favorecedor de la inserción del enfermo mental en la comunidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. 2007.
2. Roig MV, Abengozar MC, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*. 1998;14:215-227.
3. Lopez Gil MJ, Orueta Sanchez R, Gomez-Caro S, Sanchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno F. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2(7):332-334.
4. Wilson, H.S. Family caregiving for a relative with Alzheimer's Demencia: coping with Negative Choices. *Nursing Research*. 1989;38(2):94-98.
5. Perlick D.A., Hohenstein J.M., Clarkin J.F., Kaczynski R., Rosenheck R.A. Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord*. 2005;7:126-135.
6. Rojas González M. Cuidar al que cuida: claves para el bienestar del que cuida a un ser querido. Aguilar. Ediciones- Grupo Santillana, Madrid, 2006.
7. Vazquez Cabrera C, Carod Artal FJ. Sobrecarga y estado anímico en cuidadores de sujetos discapacitados por lesión neurológica. Comunicaciones del First Internacional Congreso on neuropsychology in Internet.
8. Artaso B, Goñi A, Biurrun A. Cuidadores informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev Esp Gerontol*. 2003;38:212-218.
9. Montorio I, Fernandez MI, Lopez A, Sanchez M. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de la psicología*. 1998;14:229-248.
10. Schene AH. Objective and subjective dimension of family burden. Toward an integrative framework for research. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 1990;25:289-297.
11. Alpuche Ramirez VJ, Ramos del Rio B, Rojas Russell ME, Figueroa Lopez CG. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud*. 2008;18(2):237-245.

12. Compean Gonzalez JM, Silerio vazquez J, Castillo Diaz R, Parra Domínguez ML. Perfil y sobrecarga del cuidador primario del paciente adulto mayor con afectaciones neurológicas. *Revista Conaived*. 2008;13(1):17-21
13. Reguiero A, Perez Vazquez A, Gomara Villaona S, Ferreiro Cruz C. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en Atención primaria. *Aten Primaria* 2007;39:185-88.
14. Gort A, Mingot M, Gomez X, Soler T, Torres G, Sacristán O, Miguelsanz S, Nicolas F, Perez A, De Miguel M, Cabau J. Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2007;22:957-962.
15. Navarro Arquelladas MA. Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pecientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. *NURE Inv*. 2011 Mar-Abr;8(51). Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE51\\_original\\_apocuid.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE51_original_apocuid.pdf)
16. Gómez Ramos MJ, González Valverde FM. El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. *Rev Geriatr Gerontol*. 2004;39(3):154-9.
17. Castilla A, López M, Chavarría V, Sanjuan M, Canut P, Martinez M, Martinez JM, Cáceres JL. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1998;68(18):621-642.
18. Maurin J, Barmann C. Burden of mental illness on the family : a critical reviews. *Arch Psychiat Nurs*. 1990 april;4(2):97-107.
19. Martinez A, Nadal S, Beperet M, Mendioroz P. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *Anales Sis San Navarra*. 2000;23(1)101-110.
20. Leal MI, Sales R, Ibañez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Esp Psiquiatric*. 2008;36(2):63-69.
21. Steele Britton H. Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009 [tesis]. Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio San José; 2010.
22. Fernández Campos MI. Variables que influyen en la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia. *Rev Paraninfo Digital*. 2009;7. [Citado 2012 feb 21]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/084d.php>
23. Algora Gayán MJ. El cuidador del enfermo esquizofrénico: Sobrecarga y estado de salud. [Citado 2012 feb 21]. Disponible en: <http://anesm.net/descargas/1%20El%20cuidador%20del%20enfermo%20esquizofrenicosobrecarga%20y%20estado%20de%20salud.pdf>
24. Ferré Grau Carme. Dimensiones del cuidado familiar en la depresión: Un estudio etnográfico. *Index Enferm*. 2008 Sep [citado 2012 feb 21]; 17(3):178-182. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300006&lng=es); <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962008000300006>
25. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20:646-655.
26. Martín M, Salvado I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P et al. Adaptacion para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (caregiver burden interview) de Zarit. *Rev gerontol*. 1996;6:338-346.
27. Gort A, Mazarisco S, Balleste J, Barbera J, Gomez X, de Miguel M. Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación de cuidados paliativos. *Med Clín*. 2003;121:132-133.
28. Goldberg D.P, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*. 1979;9:139-145.
29. Turro Garriga O, Soler Cors O, Garre Olmo J, Lopez Pousa S, Vilalta Franch J, Montserrat Vila S. Distribución factorial de la carga en cuidadores con enfermedad de Alzheimer. *Rev neurol*. 2008;46:582-588.
30. Turro Garriga O. Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador Alzheimer. *Real Invest Demec*. 2007;35:30-37.
31. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988; 297:897-899.
32. Montón C, Perez-Echevarria MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Godberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993;12:345-349.

33. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Rosselló L, Gimeno Ruiz de Porras D, Allué Torra B, Palou Vall I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *Semer-gen*. 1999;25(3):209-225.
34. Alvarez L, Gonzalez A, Muñoz P. El cuestionario de Zarit de sobrecarga del cuidador. Como administrarlo e interpretarlo. *Gac Sanit*. 2008. 22: 618-619.
35. Hayo Breinbauer K, Hugo Vazquez V, Sebastian Mayanz S, Claudia Guerra, Teresa Millan K. Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Med Chile*. 2009;137: 657-665.
36. Gil García E, Escudero Carretero M, Prieto Rodríguez M A, Frías Osuna A. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enfermería Clínica*. 2005;15(4):220-6.
37. Salmerón Álvarez M, Alonso Vigil P. Factores asociados a la institucionalización de pacientes con demencia y sobrecarga del cuidador. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 60:129-47.
38. Gálvez J, Ras E, Hospital I, Vila A. Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión. *Aten Primaria*. 1996;18:17-31.
39. López MJ, Orueta R, Gomez-Caro S, Sánchez A, Carmona J, Alonso FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam*. 2009;2(7):332-334.
40. Moral MS, Juan J, López MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria*. 2003;32:77-87.
41. Andueza Doce MR, Galán Rodríguez de Isla P. Poster Salud mental del cuidador. I Certamen de investigación en enfermería; 2011 jun 16; Bilbao.
42. Andueza Doce MR, Galán Rodríguez de la Isla P, Benavides B, Peralta MC. Poster Sobrecarga del cuidador del enfermo mental. VII Congreso nacional sociosanitario; 2011 oct 26-28. Vitoria.