

Ansiedad en cuidadores informales en unidad de hospitalización domiciliaria de salud mental

Anxiety in informal caregivers in a mental health home hospitalization unit

Mónica Hernández Carabias, Jordi Torralbas Ortega, Alberto Granero Lázaro, Ángel Lorenzo Capilla, Rosa María Gabernet Florensa, Vicente de la Cruz Varo

Centro de Salud Mental. Parc Taulí Hospital Universitario. Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT. Universitat Autònoma de Barcelona. Sabadell, España.

Contacto: monica_eka93@hotmail.com

Fecha de recepción: 19 de marzo de 2020 / Fecha de aceptación: 17 de junio de 2020

Resumen

Introducción: El dispositivo de hospitalización domiciliaria en salud mental surge como alternativa a la hospitalización convencional, permitiendo a la persona con trastorno mental permanecer en su lugar de residencia habitual. La familia adquiere un papel primordial en el cuidado de la persona ingresada. Abordar las situaciones imprevisibles derivadas del cuidado en fase aguda puede provocar ansiedad en los cuidadores informales.

Objetivos: Determinar la efectividad de las intervenciones lideradas por enfermeras especialistas de salud mental para la reducción de ansiedad de familiares que cuidan a personas con trastorno mental en fase aguda en ingresos domiciliarios.

Método: Se realizó un estudio piloto de carácter exploratorio, con medidas pre- y postintervención, en la unidad de hospitalización domiciliaria de salud mental. Para valorar la ansiedad se utilizaron las escalas Hamilton y STAI, y para conocer la sobrecarga del cuidador se empleó el cuestionario Zarit.

Resultados: Participaron 12 cuidadoras y 4 cuidadores informales que mostraban niveles moderados y graves de ansiedad. Se vieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la ansiedad pre- y postintervención con las escalas empleadas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio han constatado la eficacia de los métodos de intervención utilizados por las enfermeras especialistas en salud mental en la reducción de los niveles de ansiedad de los cuidadores principales de personas con trastorno mental grave ingresadas en su domicilio.

Palabras clave: sobrecarga, ansiedad, cuidadores, hospitalización domiciliaria, salud mental, intervención en crisis.

Abstract

Introduction: The psychiatric hospital-based home care device emerges as an alternative to conventional hospitalization, allowing the person with a mental disorder to stay at their usual place of residence. The family plays a primary role in caring for the admitted person. Addressing unpredictable situations resulting from acute phase care can cause anxiety in informal carers.

Objectives: To determine the effectiveness of interventions led by mental health specialist nurses for reducing anxiety in family members caring for people with acute phase mental illness at home admissions.

Method: An exploratory, pre-experimental pilot study with pre and post-intervention measures was carried out in the Mental Health Home Hospitalization Unit of the Parc Taulí University Hospital. The Hamilton and STAI scales were used to assess anxiety, and the Zarit questionnaire was used to determine the carers burden.

Results: A total of 16 informal caregivers were included in the sample. Before the intervention, they showed moderate and severe levels of anxiety. Statistically significant differences regarding pre and post intervention anxiety were seen with the scales used.

Conclusions: The results obtained in this study have verified the effectiveness of the intervention methods used by mental health nurses to reduce the anxiety levels of the primary caregivers of people with severe mental disorder at their home.

Keywords: burden, anxiety, caregivers, psychiatric hospital-based home care, mental health, crisis intervention.

Introducción

La hospitalización domiciliar surge en el año 1947 en Nueva York, concretamente en el Hospital Guido Montefiore, en un primer momento con el objetivo de descongestionar las unidades de hospitalización y proporcionar una condición asistencial más beneficiosa para la persona con trastorno mental^{1,2}.

En la actualidad, esta modalidad asistencial se ha seguido desarrollando, tanto en Norteamérica como en Europa, dada la evolución de los sistemas sanitarios, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud.

La hospitalización domiciliar proporciona una atención sanitaria de intensidad y/o complejidad equiparable a la dispensada en la hospitalización convencional por el equipo de profesionales de la salud.

El domicilio es el entorno natural de la persona; es donde el individuo se encuentra más seguro, residiendo normalmente junto al núcleo familiar. Son muchos los beneficios del cuidado en el hogar tanto para la familia como para la persona que recibe dichos cuidados. La familia proporciona los cuidados a la persona con trastorno mental ingresada en el domicilio supervisados por los profesionales de la salud, adquiriendo una mayor autonomía, contribuyendo de esta manera a una mayor satisfacción dada su participación activa.

En el ámbito de la salud mental, la hospitalización domiciliar comenzó a desarrollarse en los años 70 como alternativa a la hospitalización convencional, para personas con trastorno mental. Tuvo una gran acogida, dado que los cuidados se proporcionaban en el domicilio de la persona y en su entorno habitual. Un equipo sanitario del hospital de referencia se desplazaba para proporcionar en su hogar la asistencia sanitaria necesaria. Destacaban entre sus objetivos: la reducción del estigma social, la aceptación del trastorno y la facilitación de apoyo y soporte a las personas con trastorno mental y sus familias³.

La hospitalización domiciliar da la posibilidad de proveer de tratamiento en el domicilio a personas que experimentan algún tipo de trastorno mental en fase aguda. Un criterio indispensable para el ingreso en hospitalización domiciliar es disponer de un soporte familiar adecuado, así como su implicación y voluntad. Es posible identificar este soporte mediante una entrevista en la que se valora al paciente y a su familia;

en ella se tiene en cuenta la implicación, el nivel de conocimiento acerca del trastorno mental del familiar al que dar soporte y la disposición de tiempo y recursos para proporcionar los cuidados en el domicilio, entre otros⁴.

En la actualidad, la familia adquiere un papel fundamental en este nuevo modelo asistencial, son un elemento comunitario esencial de apoyo para el tratamiento y rehabilitación del paciente. La familia ha de ser dotada de herramientas para poder abordar en el domicilio las situaciones imprevisibles derivadas de la situación psicopatológica.

No obstante, la participación activa de las familias como soporte no ha sido fácil de lograr, debido en parte a las dificultades que implica asumir el cuidado y manejo de síntomas de una persona con trastorno mental, dado que anteriormente a la Reforma Psiquiátrica procedían de centros manicomiales, donde esos cuidados eran asumidos por cuidadores formales.

A partir de la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, las familias comenzaron a tener mayor participación y se comenzaron a constituir como objeto de estudios psicológicos, pasando a hacerse cargo de sus familiares con problemas mentales. Esto supuso un replanteamiento de la visión de la familia en la salud mental⁵.

En algunos estudios se describió una asociación entre niveles de carga elevados, síntomas depresivos y sentimientos de culpa, que generaron una fuente de estrés⁶. La edad de inicio del trastorno mental o la del cuidador o cuidadora también era un factor relevante que podía modular la respuesta al estrés, al igual que lo era el género u otro tipo de factores como la resiliencia^{9,10}.

Durante la hospitalización domiciliar, la unidad familiar sufre importantes modificaciones en los roles y patrones de conducta, debido a la necesidad de cuidados de uno de sus miembros. Dichos cambios pueden precipitar la aparición de crisis que afecten la estabilidad familiar y a la de sus componentes, especialmente la estabilidad del cuidador principal, que es sobre quien recae la mayor parte de la sobrecarga física y emocional de los cuidados del paciente con problemas mentales^{4,5}. En el caso de cuidadores de personas con trastorno mental, en comparación con otras afecciones crónicas, el nivel de sobrecarga es significativamente mayor, llegando a repercutir negativamente sobre su

salud^{6,7}, como, por ejemplo, la reducción de la calidad de vida y la salud física, así como el aumento de niveles de malestar psíquico (principalmente estrés y ansiedad), aislamiento social, disfunción familiar y el uso de servicios de salud⁶⁻⁸, dando lugar a lo que se conoce como síndrome del cuidador.

Las investigaciones han demostrado que trastornos como la ansiedad, la depresión y el insomnio entre quienes cuidan de personas con trastorno mental llegan a ser dos veces más altos que en la población general⁹. La salud de los cuidadores se ha visto gravemente comprometida por el hecho de prestar cuidados de alta intensidad^{8,11}.

Es decisivo prestar más atención a las familias como personas que sufren en el cuidado de sus familiares y como elementos clave para la mejora de las personas con trastorno mental. La atención en salud mental se centra en el individuo, no atendiendo a la familia como elemento relacional en la génesis del trastorno y evolución de las personas con trastorno mental⁵. Son escasos los estudios centrados en la salud de los cuidadores en hospitalización domiciliaria en Salud Mental.

Por todo ello, nos planteamos como objetivo de este estudio determinar la efectividad de las intervenciones lideradas por enfermeras especialistas de salud mental para la reducción de ansiedad de familiares que cuidan a personas con trastorno mental en fase aguda en ingresos domiciliarios.

Material y Método

Estudio piloto de carácter exploratorio, preexperimental, con medidas pre- y postintervención, sin grupo control equivalente.

Población y Muestra

La población fueron familiares, cuidadoras principales, de las personas con trastorno mental ingresadas en hospitalización domiciliaria del área de salud mental (HDOMSM) del Consorci Corporació Parc Taulí Sabadell (CCSPT).

La muestra, seleccionada mediante un muestreo no probabilístico consecutivo, fueron cuidadoras principales que estuvieron dando soporte a sus familiares ingresados en dicha unidad durante el período de investigación. La recogida de datos se inició en octubre de 2019 y finalizó en diciembre del mismo año. Se

incluyó en el estudio a los cuidadores informales que atendieron a familiares con algún trastorno mental que estaban en el programa de HDOMSM de nuestro centro y que dieron su consentimiento para participar.

Los criterios de exclusión fueron: familiares de personas con ingresos previos en HDOMSM, familiares de personas que terminaron requiriendo un ingreso en la unidad de hospitalización de psiquiatría de agudos, cuidadores informales menores de 18 años y cuidadores informales que tuvieran dificultad para rellenar el cuaderno de recogida de datos.

Procedimiento

El equipo del dispositivo de HDOMSM estaba formado por 3 parejas, cada una de ellas constituidas por psiquiatra y enfermera especialista en salud mental.

El primer día de visita, la enfermera proporcionó a los familiares el consentimiento informado. Una vez leído y firmado, estando en conformidad con él, se les hizo entrega del cuaderno de recogida de datos previo a las intervenciones. Posteriormente a la realización de las intervenciones a cargo de la enfermera especialista en salud mental, se procedió a una segunda administración y recogida de los cuestionarios de estudio.

Intervención

Se realizaron un mínimo de 12 visitas en el domicilio de cada paciente, en las que se llevaron a cabo 8 sesiones impartidas por enfermeras especialistas en salud mental pertenecientes al dispositivo. Algunas de estas sesiones fueron impartidas de manera individual a los cuidadores informales y otras de manera conjunta con las personas ingresadas.

Las sesiones tenían una duración de 25 minutos y se abordaban los siguientes aspectos:

- 1.ª Sesión conjunta. Presentación. Introducción. Conocimiento acerca del trastorno mental: Síntomas prodromáticos. Detección precoz. Entrega de un folleto didáctico.
- 2.ª Sesión individual. Causas: Factores etiológicos y desencadenantes. Vulnerabilidad y hábitos de vida saludables.
- 3.ª Sesión conjunta. Tratamiento Psicofarmacológico. Adherencia al tratamiento. Preparación y explicación de la medicación que toma el paciente con la ayuda de un pastillero semanal.

- 4.ª Sesión individual. Refuerzo del afrontamiento. Determinar la carga psicológica que tiene el pronóstico del paciente para el familiar.
- 5.ª Sesión conjunta. Técnicas de reducción del estrés y de la ansiedad.
- 6.ª Sesión individual. Estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas.
- 7.ª Sesión individual. Higiene del sueño.
- 8.ª Sesión conjunta. Habilidades de comunicación. Buenas relaciones familiares. Emociones expresadas.

Tras cada sesión se pidió a los participantes que hicieran un pequeño resumen para facilitar la comprensión de los conceptos trabajados.

Variables e instrumentos de medida

La variable independiente elegida fue la intervención de la enfermera especialista en salud mental y se definió como una variable cualitativa dicotómica.

Como variables sociodemográficas se recogieron la edad, el sexo, nivel socioeconómico, el grado de parentesco familiar y la sobrecarga del cuidador (mediante la escala Zarit).

La variable dependiente fue la ansiedad del cuidador como variable cuantitativa discreta recogida mediante la escala Hamilton y STAI.

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), permite la evaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad-Estado) y como rasgo latente (Ansiedad-Rasgo). Esta escala se puede utilizar tanto en adolescentes como en adultos. Consta de dos partes, la primera parte (Ansiedad-Estado) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda parte (Ansiedad-Rasgo) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. La adaptación española del cuestionario se realizó en 1982. La escala Ansiedad-Rasgo, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala Ansiedad-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. El cuestionario tiene una buena con-

sistencia interna en la adaptación española, entre 0,9 y 0,93 en la ansiedad/estado y entre 0,84 y 0,87 en ansiedad/rasgo¹².

La Escala de Hamilton para la Ansiedad valora los signos y síntomas ansiosos, dando como resultado la frecuencia e intensidad del proceso ansioso somático o psíquico. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento de la persona durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más de 30 minutos. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Los puntos de corte recomendados son: 0-5 ausencia de ansiedad; 6-14 ansiedad leve; >15 ansiedad moderada/grave. Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86 en las diversas subescalas y puntuación total). Con un adecuado entrenamiento en su utilización, la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r=0,74-0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r=0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r=0,64$)¹³.

Escala Zarit de sobrecarga del cuidador se utiliza para la medida del nivel de sobrecarga del cuidador, presenta una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 85,3% (en los puntos de corte de 46-47) y una sensibilidad de 87,7% y especificidad de 94,2% para discriminar entre sobrecarga leve e intensa. La escala de Zarit es una herramienta fiable, fácil de utilizar y de amplio uso internacional validada al castellano por Martin *et al.*¹⁴. Consta de 22 ítems que se responden en escala de Likert de cinco puntos: nunca=0, rara vez=1, algunas veces=2, muchas veces=3, casi siempre=4 (8). La puntuación <46 expresa la ausencia de sobrecarga, 46-47 a 55-56 sobrecarga leve y >56 sobrecarga intensa¹⁵.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos de las respuestas de familiares, mediante frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión (principalmente media y desviación estándar) en las cuantitativas. Para el análisis inferencial se aplicaron técnicas no paramétricas (Prueba de Wilcoxon), al no cumplirse

las normas de aplicación de las técnicas paramétricas. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas en p inferior o igual a 0,05.

Todos los análisis del presente estudio se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS en su versión 25.0.

Aspectos éticos

Este trabajo se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki. Siendo aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del CCSPT. Todos los participantes fueron informados de forma verbal y escrita del carácter voluntario y confidencial del procedimiento y de su finalidad.

Resultados

De los 18 cuidadores informales de personas ingresadas en HDOMS M incluidos en el estudio, 2 fueron excluidos dada su dificultad para rellenar el cuaderno de datos. De los 16 que realizaron el estudio, el 75 % fueron mujeres. El rango de edad de los participantes oscilaba entre 22 años y 78 años, siendo la edad media de 57,5 años (DE= 15,7). En cuanto al nivel sociode-

mográfico, el 43,8 % poseía un nivel medio, seguido por nivel alto (25 %). Todos los participantes eran familiares directos de las personas ingresadas, siendo principalmente las madres y los padres en un 68,8 % ($n = 11$), las abuelas y los abuelos o hermanas y hermanos en un 25,1 % ($n = 4$) y las hijas e hijos en un 6,3 % ($n = 1$).

Respecto a los antecedentes previos de ansiedad de las cuidadoras principales, un 37,5 % referían haber padecido algún episodio de ansiedad a lo largo de su vida sin tener relación con el ingreso actual de su familiar.

En la Tabla 1 se describen los principales resultados obtenidos en la administración de las diferentes escalas, en los momentos pre- y postintervención. Hay una disminución de la ansiedad desde el comienzo del ingreso a los días posteriores a la intervención medida con la escala Hamilton, siendo la media de la diferencia de 5,2 puntos (DE 3; IC95 % 3,1-7,3). Algo similar ocurre al comparar la escala STAI Estado pre- y postintervenciones, objetivándose diferencias estadísticamente significativas con una media de diferencia de 12,4 puntos (DE 2,5; IC95 % 8,6-16,2).

Escalas	Pre X (DE)	Post X (DE)	Z	p
Hamilton	19,2 (5,5)	14,0 (2,5)	-3,1	0,002
STAI E	33,4 (3,8)	21,0 (6,6)	3,5	0,001
STAI R	25,4 (5,3)	25,1 (4,9)	-1,6	0,102
Zarit	41,9 (8,9)	30,9 (5,0)	-3,3	0,001

Tabla 1

Por otro lado, no se observaron diferencias significativas en relación a la ansiedad-rasgo, medida con la escala STAI, de la población estudiada al ingreso y tras las intervenciones realizadas por el equipo ($p = 0,102$).

La sobrecarga de los familiares medida mediante la escala Zarit, al inicio del ingreso y tras la intervención del equipo de atención domiciliar de salud mental se modificó de forma significativa, como se aprecia en la Tabla 1, con una media de la diferencia de 11 puntos (DE 3,9; IC95 % 7,1-14,8).

Discusión

Este estudio se ha centrado únicamente en la ansiedad y sobrecarga del cuidador o cuidadora, como forma de valorar las consecuencias del ingreso domiciliario de las personas con un trastorno mental que precisan especial cuidado. Otras variables pueden ser consideradas para favorecer su cuidado, como las variables protectoras o las desencadenantes, que también deberían ser analizadas en futuras investigaciones de esta línea abierta tras los prometedores resultados obteni-

dos en este estudio piloto, con muestras de adecuado tamaño y diseños de mayor calidad metodológica.

Es esencial conocer la vivencia de las cuidadoras principales en el ingreso de un familiar con trastorno mental en su hogar, así como ver si este mismo les generaba ansiedad y valorar si las intervenciones realizadas por el equipo de HDOMSM del CCSPT producían el efecto esperado.

Según nuestros resultados, y paralelamente a estudios previos¹³⁻¹⁶, las mujeres son las encargadas de realizar el cuidado familiar. Es importante destacar que este colectivo es también el más afectado por trastornos de ansiedad¹⁷. De manera inicial, la HDOMSM genera ansiedad en los cuidadores principales, debido a la novedad, a la asunción del nuevo rol. Sin embargo, como así se extrae de la evolución decreciente del estado de ansiedad, siendo al ingreso moderada/grave y al final de la intervención leve.

La mayor ansiedad de las cuidadoras y los síntomas depresivos tienen relación con una peor calidad de vida y una mayor carga, como se afirma en otros estudios⁶⁻⁸. Los cuidadores con mayor ansiedad parecen mostrar una calidad de vida más pobre en los dominios físico, psicológico y ambiental, así como la carga total y la carga en las relaciones sociales⁸.

En la bibliografía se constata que un tercio de los cuidadores de personas con trastorno mental tenían morbilidad psicológica y reportan más niveles de carga^{7,18}. Otro estudio llevado a cabo en Turquía observó que la depresión es un factor independiente de predicción de la carga, pudiendo causar una interrupción en el funcionamiento social y laboral, aumentando la carga¹⁰.

Observamos que, en este caso, la población estudiada no tenía sensación de sobrecarga al inicio, estando por debajo del punto de corte establecido por la escala con la que ha sido medida (Zarit). Aun así, la puntuación en la escala ha disminuido de forma significativa tras la intervención, descendiendo aún más la percepción de sobrecarga familiar en los cuidadores. Esta disminución puede asociarse a que los familiares se han sentido acompañados y asesorados por el equipo de salud mental, por la regularidad de las visitas y por la disponibilidad de los mismos ante cualquier posible imprevisto. Intervenciones sobre la carga familiar vienen a referir que el asesoramiento de las familias

para afrontar la nueva situación provoca un efecto beneficioso sobre el curso del trastorno mental.

Las cuidadoras informales en salud mental son un elemento básico de apoyo del proceso de recuperación de personas con trastorno mental ingresadas en sus domicilios. El hecho de ser los encargados de proporcionar soporte diario y la responsabilidad que ello conlleva hace que la ansiedad de los mismos aumente. Por ello, se ha de trabajar en los domicilios de forma paralela tanto con la persona con trastorno mental como con su cuidador, proporcionándole la ayuda y las herramientas necesarias para poder gestionar la nueva situación.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio han constatado la eficacia de los métodos de intervención utilizados por las enfermeras especialistas en salud mental. Estas cobran un papel primordial en esta nueva alternativa de dispositivo donde predomina un enfoque asistencial.

Se pone en valor su trabajo en el cuidado, no solo de las personas con trastorno mental, sino de los familiares que deben ejercer el papel de cuidadores principales durante la hospitalización domiciliaria. Sus diversas acciones, centradas en la educación para la salud, técnicas de relajación, de resolución de problemas y adquisición de estrategias de manejo, junto con una información veraz y una adquisición de conocimientos y habilidades, se han convertido en una nueva forma de abordar su ansiedad, contribuyendo a un empoderamiento de los familiares. Preservando la calidad de vida de las cuidadoras informales estamos favoreciendo indirectamente la mejora de salud de las personas con trastorno mental, su adherencia al tratamiento y adquiriendo una mayor concienciación sobre el mismo.

Bibliografía

1. Cotta RM, Suárez-Varela MM, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Ricós JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2001 [cited 2018 Nov 1];10(1):45-55. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000700007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Valdivieso, Bernardo; Soriano, Elisa; Faubel, Raquel; Bahamontes A. Protocolos organizativos y generales. Hospitalización a domicilio. In [cited 2018 Dec 28]. p. 1-20. Available from: https://appsx.humv.es/hosp_dom/docs/sect1/cap1.pdf
3. Megías del Rosal F, Aguilar García-Iturrospe EJ, Silvestre Pascual F. Hospitalización domiciliaria : salud mental. Escuela Valen-

- ciana de estudios de la salud; 2004. Available from: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=36421b2f-c7fb-4c8f-8d2c-1c4d4f409b45&groupId=10128
4. Sosa R. Los cuidados informales en la hospitalización a domicilio. [Internet]. 2004 [cited 2018 Dec 28]. Available from: https://appsx.humv.es/hosp_dom/docs/sect6/cap1.pdf
 5. Ribé Buitrón J.M. El cuidador principal del paciente con esquizofrenia [tesis doctoral]. Barcelona, 2014 [cited 2018 Dec 28]. Available from: www.url.es
 6. Ampalam P, Gunturu S, Padma V. A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2012 [cited 2018 Dec 29];54(3):239–43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23226847>
 7. Souza ALR, Guimarães RA, de Araújo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 9];17(1):353. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29070012>
 8. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, et al. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord* [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 29];9(3):262–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17430301>
 9. Jeyagurunathan A, Sagayadevan V, Abdin E, Zhang Y, Chang S, Shafie S, et al. Psychological status and quality of life among primary caregivers of individuals with mental illness: a hospital based study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 9];15(1):106. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28526049>
 10. Cicek E, Cicek IE, Kayhan F, Uguz F, Kaya N. Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 29];35(3):253–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23453525>
 11. Fernández P, Palacios L, Martínez Rodríguez S, Marqués NO, Carrasco Zabaleta M, Solabarrieta Eizaguirre J, et al. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga [Internet]. Vol. 23, *Psicothema*. 2011 [cited 2018 Dec 29]. Available from: www.psicothema.com
 12. Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G. Metaanálisis de comparación de grupos y metaanálisis de generalización de la fiabilidad del cuestionario State-Trait anxiety inventory (STAI). *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2014;88 (1):101–12. Available from: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 13. Del Pilar M, López De La Parra M, Cabrera DM, Muñoz Suarez MA, Anzaldúa AD, Francisco J, et al. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Vol. 37, Artículo original *Salud Mental*. 2014.
 14. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P. Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.
 15. Gloria M, Carrillo C, Vian ÓH, Catases MC, Galcerán GP, Vian BH. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria [Internet]. 2013 [cited 2018 Dec 29]. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n3/comunicacion4.pdf>
 16. Piñeiro I, Rodríguez S, Albite A, Freire C, Ferradás M del M. Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *Eur J Heal Res*. 2017;3(3):185
 17. Maset J. Percepción y hábitos de la población española en torno al estrés. 2017. Available from: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/estudio-cinfasalud-estrés>
 18. Kate N, Grover S, Kulhara P, Nehra R. Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 7];6(5):380–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24011684>