

Relación entre el trastorno
mental del paciente y el
síndrome del cansancio del
cuidador (SCC)

Carolina Echeverri Tamayo

Magister en Salud Familiar

Docente

Programa de Enfermería

Universidad Católica de Oriente

Subgerente Asistencial y Líder Comercial, en la Clínica

Pinares Mind & Health

Correo: caroeche87@gmail.com

 Orcid: 0000-0001-5849-2704

Paula Cristina Ríos Zapata


Magister en Psicología

Docente de tiempo completo

Programa de Psicología

Universidad Católica de Oriente

Correo: prios@uco.edu.co

 Orcid: 0000-0002-0094-1885

Relación entre el trastorno mental del paciente y el síndrome del cansancio cuidador (SCC)¹

Resumen

El objetivo del estudio fue identificar la relación entre el trastorno mental del paciente y el Síndrome del Cansancio del Cuidador (SCC), a través de una revisión documental, que permitió identificar los instrumentos más utilizados y caracterizar a las familias y cuidadores. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, de tipo observacional-retrospectivo y un diseño de revisión documental, con un alcance de coocurrencia de categorías de análisis delimitadas en: a) trastornos mentales, b) SCC, c) características familiares y psicológicas del cuidador y d) instrumentos utilizados para el diagnóstico del SCC. Las unidades de análisis fueron 93 artículos científicos, relacionados con las categorías de análisis, publicados desde el 2008 hasta el 2019. Las unidades de estudio elegidas fueron 50 documentos científicos, recuperados de 12 bases de datos entre ellas Redalyc, Dialnet, ProQuest, Google Académico, Scielo y ScienceDirect. Algunos de los resultados más significativos fueron que la sintomatología más frecuente del SCC comprende el estrés, la ansiedad y la depresión. El trastorno mental más frecuente en el paciente es el Alzheimer, y el trastorno más prevalente en el cuidador es la depresión. El rol del cuidador está

1 Relación entre el trastorno mental del paciente y el Síndrome del Cansancio del Cuidador (SCC), Estudio documental. Financiación propia de la investigadora principal, Carolina Echeverri Tamayo. Grupo de investigación: GIBPSICOS, Línea de investigación: Salud, Bienestar y Calidad de vida; de la Facultad de Ciencias Sociales y Grupo de investigación: Atención Primaria en Salud, Línea de investigación: Prevención de la enfermedad, de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Oriente.

normalmente asumido por mujeres, con un rango de edad entre 40-60 años que dedican entre 4 y 12 horas al día para el cuidado. La mayoría tiene baja formación y tienden a abandonar sus empleos para dedicarse al cuidado. El instrumento más utilizado para medir el SCC es la escala Zarit - Zarit. Sin embargo, se utilizan pruebas para medir patologías particulares como la depresión y la ansiedad.

Introducción

A lo largo de la historia de la enfermedad mental el papel de las familias ha cumplido un papel fundamental en su tratamiento; ellas son las principales afectadas cuando se presenta una descompensación del paciente; las familias se convierten en los cuidadores principales, se dedican inicialmente a manejarlos y hacen grandes intentos por estabilizarlos sin necesidad de requerir hospitalización. Durante este período sufren un desgaste mental, físico y hasta financiero que impacta en la dinámica familiar. Es así como al momento de realizar la hospitalización del paciente se reciben familias más enfermas de lo que realmente se puede dimensionar que requirieran también ser intervenidas. El desconocimiento frente a cómo se da el Síndrome de Cansancio del Cuidador (SCC) con relación específicamente a un trastorno mental del paciente y la falta de diagnóstico precoz de este por falta de información, es lo que lleva a investigar más a fondo qué tanto se conoce al respecto y cuáles acciones adicionales se pueden considerar para tener un mejor abordaje.

Según Cabada Ramos y Martínez Castillo (2017), el SCC se puede definir como una patología que tiene alteraciones en el cuidador de un paciente secundario al cuidado de este, el SCC, aparece en aquellas personas que se desempeñan como encargados principales de personas dependientes y se caracteriza por agotamiento físico y mental (p. 53).

Adicional a esto, es importante conocer cómo se ha diagnosticado el SCC y cuáles escalas son utilizadas o más efectivas para su evaluación. Y, a partir de esto, se puede llegar a una caracterización de los cuidadores, dándoles así un papel más protagónico dentro del cuidado.

Algunas de las más recientes investigaciones que se encontraron en el proceso de búsqueda, se dimensiona que realmente el cuidador de los pacientes y sus familiares juegan un papel muy importante y determinante dentro del proceso de

recuperación del paciente y en la adherencia al tratamiento, para así evitar que estos pacientes sean reincidentes con las hospitalizaciones en el transcurso de sus vidas. Se ha escrito sobre trastornos mentales y el manejo de los pacientes, pero poco se ha estudiado a sus familias, que terminan también padeciendo alguna enfermedad, ya sea física, psicológica o emocional. Por ejemplo, Freudenberger hacía referencia al burnout, como el estado físico y mental de trabajadores que se esforzaban tanto en sus labores, que algunos presentaban conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo y evitación con los clientes (1974, como se citó en Martínez Pérez, 2010, p. 44).

De igual manera, en los últimos años, en los países desarrollados ha aumentado la esperanza de vida de la población y a raíz de esto aumenta la vejez que presenta enfermedades crónicas que representan una necesidad de cuidado en algún momento, seguidas de un impacto en la estructura familiar como lo refieren Tirado Pedregosa et al., (2011).

Ahora bien, si es necesario un cuidador que es casi siempre un familiar o alguien cercano, como se ha observado en los estudios de Algado et al. (1997), Peinado y Garcés (1998), y Roig et al. (1998), focalizando la tarea, principalmente, en el cónyuge, hijos, hermanos u otros parientes próximos.

Dentro del proceso de enfermedad y la relevancia que tiene la familia y principalmente la figura del cuidador, se puede afirmar que este es la clave fundamental para mantener dentro de un control terapéutico al paciente, sin embargo, el cuidador se enfrenta a muchos riesgos. Por eso, a través de las diferentes investigaciones y autores, se retoman cuáles son algunas de las características de los cuidadores y la patología del SCC más conocido como el estado de agotamiento emocional y físico que sienten las personas que dedican gran parte de su tiempo al cuidado de otra que depende del cuidado de este.

Se identifican dos tipos de cuidadores: el cuidador formal y el informal, uno tiene una capacitación “cursos teóricos-prácticos de formación para brindar atención preventiva asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar, horario establecido y remuneración” (Hernández, 2006, p. 41); el otro, pudo haber sido elegido por gusto u obligación, sin límite de horario, ni reemplazos, toma las decisiones y no tiene capacitaciones.

En diversos estudios buscaban caracterizar al cuidador familiar de la persona con

trastorno mental, se encontró que la mayoría son mujeres casadas, en rango de edad de 40-60 años, nivel básico de escolaridad y con ocupación en labores del hogar. (Alonso et al., 2004; Espín, 2008; Cerquera et al., 2012 y Mera et al., 2017).

El agotamiento o la carga que puede experimentar el cuidador se ha vinculado no tanto con las tareas que este realiza, sino más bien con la percepción subjetiva que el cuidador va teniendo de ellas. Otro aspecto fundamental es la relación que se tenga con la persona enferma; si la relación es buena, esto puede mitigar el agotamiento del cuidar (Builes Correa y Bedoya Hernández, 2012). “El cuidador puede sentir cambios (emocionales, físicos y relacionales) y experimentar consecuencias negativas (ansiedad, agotamiento, trastornos psicósomáticos, comportamientos estereotipados)” (Reinares et al., 2004).

Las investigaciones demuestran la prevalencia de algunos trastornos mentales. Cada vez son identificados más pacientes con alguna alteración que cambia el significado previamente mencionado sobre salud mental, (Estadísticas en Salud Mental en Antioquia, 2019, como se citó en Álvarez Hincapié, 2019, párr. 13.); lo que demuestra la necesidad de hacer mayores intervenciones y estudios desde lo personal hasta lo comunitario para así entender las necesidades actuales y poder intervenir.

De la gravedad de los trastornos mentales se deriva la importancia de estudiar el SCC, sus conceptos y orígenes, por qué su relevancia y las necesidades actuales.

En Colombia existe una iniciativa del Ministerio de Salud y de Protección Social que se enfoca en el cuidado del cuidador donde manifiesta que, por lo menos, en el 80 % de los casos de enfermedad mental son las familias quienes asumen los cuidados de estos enfermos. El 65 % de los familiares que cuidan directamente al enfermo sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física o psíquica, llegando el 20 % a desarrollar un cuadro intenso conocido como burnout o síndrome del cuidador quemado (Palacios y Jiménez, 2008, citado en Ministerio de Salud y de Protección Social, 2016, p. 18-19).

El Concejo de Medellín también ha hecho esfuerzos para generar una política que apoye y acompañe a los cuidadores (2015, p.1).

Los cuidadores son el soporte, el apoyo y en quien se depositó todas las responsabilidades, son los encargados de la adherencia a los programas terapéuticos.

Saber que, si hay cuidadores cansados, habrá un paciente descompensado. Si bien es importante identificar las necesidades del paciente es fundamental conocer las necesidades del cuidador que es por lo general el menos atendido, ya que está en función del paciente, atento a sus requerimientos y olvida su propia vida a tal punto que los síntomas de sobrecarga no lo relacionan con su ocupación sino con enfermedades en general, de ahí la importancia de generar estrategias que permitan educar, capacitar al cuidador para el reconocimiento y acercamiento a la patología del SCC. Tener más conocimientos sobre el cuidador, capacitarlo y ayudarlo a identificar su vulnerabilidad ayudará a prevenir la descompensación del paciente, su propia enfermedad y las crisis familiares, a su vez minimizar aspectos que interrumpen la rutina normal del cuidado ayudarán a la mejoría y estabilidad del paciente.

En este sentido, entonces el objetivo principal de este estudio fue describir la relación entre el trastorno mental del paciente y el SCC en 50 documentos científicos publicados en los últimos 10 años.

Marco referencial

La teoría básica permite conocer un poco más a fondo las categorías que se analizaron durante todo el proceso de investigación, y se profundizó sobre cada una de ellas, no obstante, para el objetivo del presente escrito, solo se esbozarán algunos elementos generales de cada constructo.

Síndrome del Cansancio del Cuidador

Si bien la investigación tiene énfasis en el SCC, se hace necesario una revisión inicial de quién es un cuidador, cuáles son sus características y sus funciones más relevantes y por qué estas llegan a generar alteraciones en su estado físico y emocional.

Los cuidadores son personas, normalmente familiares de niños, jóvenes y adultos que dedican su tiempo y su esfuerzo a realizar un acompañamiento para desempeñar de la manera más cotidiana las actividades diarias de aquellos que por su limitación física y mental necesitan adaptar sus funciones para que sean más llevaderas.

Los cuidadores constituyen una pieza clave en la tríada terapéutica “equipo sanitario-enfermo-cuidador primario”, principalmente cuando la atención es dispensada en el domicilio del propio paciente (Bayés, 2003). Esto ha sido una de las razones por las cuales se ha aumentado el número de cuidadores informales, ya que cada vez más se realizan salidas tempranas para reincorporar a los pacientes lo más pronto posible a sus rutinas y no se presenten hospitalismos innecesarios.

Uno de los síntomas más frecuentes del SCC es el estrés, este está presente en todos los cuidadores pero cuando se convierte en un malestar es cuando comienza a afectar al cuidador y esto genera respuestas negativas, como ansiedad o tristeza, como consecuencia “pueden disparar respuestas fisiológicas o conductuales como no descansar lo suficiente, no tener una alimentación adecuada, descuidar el propio estado de salud, no acudiendo a los médicos por su propio estado de salud” (Crespo y López, 2006, p.32). Y diferentes síntomas que podrían combinarse dentro de espectro sintomático de ansiedad y depresión, al tener alguno de estos podría ya ser diagnosticado un cuidador con SCC, pero esta patología va a ser mucho más compleja. (Zambrano Cruz y Ceballos Cardona, 2007, p. 31)

Trastornos Mentales

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, versión 5 por sus siglas en inglés) define el trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (APA, 2014, p. 20). Se entiende así que los problemas mentales se diferencian de los trastornos mentales en la severidad de la sintomatología y el grado de la disfuncionalidad psicosocial que originan. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Dentro de la temática del SCC relacionada con los diferentes trastornos mentales se investigó de cerca sobre demencias, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, depresión, trastorno límite de personalidad, y dentro de estas, cada una de las características y qué tanto impacto tiene dentro de las familias, especialmente en el cuidador principal.

Demencias

Actualmente denominadas Trastornos Neurocognitivos Mayor y Leve, sin embargo, en los textos consultados y en algunos contextos de la salud, sigue siendo común el uso del término demencia.

Una de las demencias más encontradas en la literatura científica consultada, asociada al SCC, es la enfermedad de Alzheimer (EA), que según Donoso:

Es la principal causa de demencia entre los adultos (salvo en los japoneses, donde predomina la demencia vascular). Es una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria. Clínicamente se expresa como una demencia de comienzo insidioso y lentamente progresivo, que habitualmente se inicia con fallas de la memoria reciente y termina con un paciente postrado en cama, totalmente dependiente. (2003, p. 13).

Trastorno Afectivo Bipolar (TAB)

Este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Durante los episodios de manía, el paciente presenta un estado de ánimo exaltado o irritable, hiperactividad, verbosidad, autoestima elevada y una disminución de la necesidad de dormir. Se dispone de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo con los que atajar eficazmente las fases agudas del trastorno bipolar y prevenir las recidivas. Además, el apoyo psicosocial es un elemento esencial del tratamiento (OMS, 2018, p. 7-8).

Esquizofrenia

Según el CIE 10 La esquizofrenia F20 se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general, se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos (2000, p.70).

Depresión

Según la OMS (2018, párr., 2), la depresión es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave, se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Trastorno Límite de Personalidad (TLP)

Los trastornos de personalidad presentan un patrón inflexible, persistente y estable a lo largo del tiempo, de experiencias internas y comportamientos que suponen un malestar subjetivo o un deterioro de funcionamiento para las personas que los padecen, y se presentan generalmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Específicamente, el TLP o personalidad borderline, es un trastorno del que ha quedado patente la necesidad de incrementar las investigaciones al respecto, sobre todo de aspectos como la comorbilidad, el diagnóstico diferencial o la validación de instrumentos de medida (Fernández-Guerrero y Palacios-Vicario, 2017).

Según el DSM-5 (APA, 2014), el TLP puede estar asociado a autoagresión física deliberada en ausencia de intención de suicidio.

Perfil del cuidador y la familia

La literatura científica diferencia dos tipos de cuidadores, el informal y el formal. El primero alude a un miembro de la red social del receptor del cuidado, que brinda atención de manera voluntaria y sin que medie remuneración económica, mientras que el segundo hace referencia a quienes no hacen parte de la familia de la persona enferma, que pueden estar capacitadas o no para ejercer dicho rol y que, a cambio, reciben una remuneración económica (Aparicio et al., 2008).

El cuidador es un familiar o persona cercana que asume la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo. Es quien representa una solución ante la necesidad de atender a la persona enferma, sin que se haya llegado, en muchos casos, a un

acuerdo explícito entre los miembros de la familia. La característica de cuidador primario se deriva del reconocimiento que la persona con trastorno mental u orgánico efectúe sobre una persona (familiar o amigo), quien asume la responsabilidad frente al proceso de recuperación. También pueden ser denominados cuidadores informales o primarios (Barrera et al., 2010).

Se encuentra evidencia de que los familiares cuidadores enfrentan una carga y estrés inevitable por el hecho de no tener tiempo para sí mismos. Bajo esta premisa, el rol de cuidador puede ser concebido como un riesgo ocupacional, colocando al cuidador en un lugar de peligro para el desarrollo de problemas emocionales, psicológicos y físicos. Estos incluyen elevada morbilidad, estrés crónico (burnout), conflictos familiares y falla para alcanzar las necesidades personales y emocionales (Schulz, 2008, como se citó en Steele Britton, 2010).

Las funciones que desempeñan los cuidadores dependen de la patología que presenta el paciente o del grado de discapacidad que tenga, estos llevan a cabo tareas cotidianas como el baño, la alimentación, la higiene, la supervisión del tratamiento, los trámites administrativos (legales, o médicos) y el acompañamiento de la vida diaria, estos cuidados podrían tener que utilizar la fuerza física (inmovilizaciones, o cambios de posición) si así es requerido en el paciente.

Instrumentos de evaluación del SCC

Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. Son muchos los instrumentos que sirven para este fin y variadas son también las formas que adquieren los test, su modo de presentación, el material con que están hechos, el objetivo que persiguen, etc.; es tan amplia la cantidad de instrumentos que existen que se encuentran clasificados en diversas categorías y todos ellos constituyen el arsenal tecnológico y metodológico con que cuenta la ciencia psicológica para realizar sus mediciones; estos instrumentos constituyen la base sobre la cual descansan los fundamentos de la exploración y el análisis del comportamiento del hombre, concebidos de tal forma desde que surge la necesidad de evaluar las diferencias humanas (González Janezza, 2007).

Para medir el SCC en integralidad o de forma particular en los elementos que lo componen, se han desarrollado un número significativo de instrumentos que han

sido ampliamente utilizados en las investigaciones al respecto. Dentro de ellos se destaca la Escala Zarit Zarit, al igual que otros instrumentos encontrados y que son significativos, como se evidencia en la Tabla 1.

Tabla 1

Instrumentos para medir el SCC y sus síntomas

Ítem	Instrumento	Autor	Años	Alfa de Cronbach
1	La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.	Adaptada por Martín Carrasco et al.	2010	0.91
2	Escala de Sobrecarga del Cuidador.	Zarit.	1996	0.91
3	Escala de Zarit Reducida en Cuidados Paliativos.	Gort et al.	2005	
4	Cuestionario de Evaluación de Repercusión Familiar (Involvement Evaluation Questionnaire - IEQ).	Van Wijngarden et al.	2000	0.77 - 0.90
5	Índice de Barthel (IB).	Barrero et al.	2005	0.90 - 0.92
6	Inventario para la Depresión de Beck. BDI (Beck Depression Inventory).	Vázquez C y Sanz J.	1991	0.78 y 0.92
7	El Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)).	Spielberger, Buela Casal y Agudelo.	2008	0.73 - 0.81 para la escala estado 0.79 - 0.82 para la escala rasgo
8	Cuestionario de Goldberg o EADG.	Goldberg.	1987	la escala de ansiedad y depresión 0.86; 0.81 para la subescala de ansiedad y 0.77 para la de depresión.
9	El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	Beck, Epstein, Brown & Steer	1988	0.83
10	El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) versión en español del STAI (State-Trait Anxiety Inventory).	Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970.	1970	0.83
11	La ECF15.	Reinares et al.	2004	
12	Cuestionario Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS II).	Validada Vilaplana, et al.	2007	0.85
13	Escala de desempeño psicosocial (Social Behaviour Assessment Schedule - SBAS).	Versión en español Otero et al.		0.7

14	Burden Assessment Schedule (BAS) que valora la carga que experimentan los cuidadores de pacientes con enfermedades mentales crónicas.	Chakrabarti.	2003	
15	La escala de Reajuste Social (en inglés; SRRS, Social Readjustment Rating Seale).	Holmes, Rahe.	1967	0.90
16	El Apgar-familiar.	Elaborado por Smilks-tein (Bellón, Delgado, Luna, 2016)	1978	0.84
17	Escala de calidad de vida, WHO-QOL-BREF.	OMS Bonicatto, Soria & Seghezzeo.	1997	
18	Personality Inventory for DSM-5 – Brief Form (PID – 5 – BF).	American Psychiatric Association (APA).	2013	entre 0.78 para Antagonismo - 0.86 para Psicoticismo, así como 0.95 para la escala total
19	Escala de Katz.	Trigás.	2010	Odds Ratio e intervalos de confianza del 95 %.
20	Perceived Familiar Burden Scale (PFBS),	Levene, Lancee, Seemas.	1996	
21	Maslach Burnout inventory (MBI),	Cuijperes, Stam Beltrán Aranda, Pando Moreno, Salazar Estrada, J.(2016).	2000-2016	0.658 toda la escala, agotamiento emocional 0.835, despersonalización 0.407, falta de realización 0.733.
22	Satisfaction with Life Scale (SWLS).	Diener, Emmons, Larsen, y Griffin; versión en español de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita.	1985 2000	0.79 - 0.89, para la versión original y de 0.84 para la versión en español.
23	World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. (WHODAS 2.0).	World Health Organization. (WHO); versión en español de Vázquez-Barquero et al.).	2001	0.97
24	Cuestionario familiar, FQ (The Family Questionnaire).	Adaptación española de Sepúlveda et al.	2014	0.81 para la Sobreimplicación emocional y de 0.84 para la de Crítica.
25	Cuestionario General de Salud (General Health Questionnaire, GHQ-28).	Goldberg y Williams.	1988	0.90
26	La Escala del Sentido del Cuidado (ESC).	Validada en por Fernández Capó, et al.	2006	0.8
27	Inventario de Emoción expresada, LEE (Level of Expressed Emotion).	Cole y Kazarian.	1988	0.84 en actitud hacia la enfermedad, 0.73 en intrusismo, 0.84 en hostilidad, y 0.72 en tolerancia hacia la enfermedad".

28	Inventario de la experiencia como cuidador, ECI-S.	Sepulveda.		0.58 - 0.79.
29	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).	Zigmond y Snaith.	1983	Escala de ansiedad de 0.87 y para la Escala de depresión de 0.84
30	Escala de impacto de los síntomas de los trastornos alimentarios, EDSISS.)	Sepúlveda et al.	2008	total, fue de 0.90, y para la subescala de impacto nutricional fue de 0.84, para la de culpa .88, para la de conductas desreguladas 0.78, y para la de aislamiento social 0.75.
31	Escala de acomodación a los síntomas de enfermedad, EAISA.	Sepúlveda, Kyriacou y Treasure,	2009	total, fue de 0.91, y en las diferentes escalas osciló entre 0.90 y 0.71 (evitación y modificación de las rutinas 0.83, búsqueda de seguridad 0.85, rituales con la comida 0.90, control de la familia 0.85, hacer la vista gorda 0.71.
32	Cuestionario sobre percepción de la enfermedad- The brief IPQ.	Broadbent, Petrie, Main y Weinman).	2006	

Nota. Creación de las autoras.

Metodología

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, de tipo Observacional-retrospectivo. Con un diseño de revisión documental y un alcance descriptivo (frecuencias) y relacional (coocurrencia) de las categorías de análisis. Como unidades de análisis se seleccionaron 93 textos científicos publicados del 2008 a la fecha, en español (por decisión de los autores), lo que direccionó y limitó la búsqueda a estudios en contextos de Latinoamérica y países de habla hispana. Seleccionados de las bases de datos de acuerdo a su relación con alguna de las categorías de análisis. Y las Unidades de estudio fueron cincuenta textos científicos extraídos de doce bases de dato científicas de acceso libres, con estudios en España y Latinoamérica. El muestreo fue intencional, no probabilístico, se utilizaron textos extraídos de bases de datos científicas especializadas, que contuvieran resultados de investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas. Siguiendo los criterios de inclusión se eligieron documentos científicos de base de datos como Redalyc, Dialnet, ProQuest, Google académico, Scielo y ScienceDirect.

Las cuatro categorías de análisis seleccionadas como parte del diseño de la investigación fueron SCC, Trastornos Mentales, Perfil del cuidador y la familia e Instrumentos para evaluar el SCC.

Para realizar la búsqueda de los datos se utilizaron dos instrumentos, una rejilla de revisión de artículos, herramienta diseñada para sistematizar la información que emerge de la revisión documental y una ficha bibliográfica: versión crítica, adecuada por Villada et al. (2016), a partir de la versión original de la Universidad Católica de Oriente.

Resultados

Análisis Descriptivos

Análisis Descriptivos de las Unidades de estudio.

Se revisaron 93 textos científicos de 12 bases de datos científicas de los cuales se extrajeron 50 textos que fueron elegidos como las unidades de estudio, como se ve en la Tabla 2. De dichos textos se extrajo la información para el análisis del presente estudio. Siendo Google Académico, la base de datos con más artículos, con el 11.22 % de los textos consultados, seguida de Redalyc con el 9.18 %, Scielo, con un 8.16 %, Researchgate, Dialnet, ProQuest y ScienceDirect, cada una con un 4,8 % de los textos consultados y otras, con un 6.12 %. (Ver Figura 1. Bases de datos y artículos encontrados).

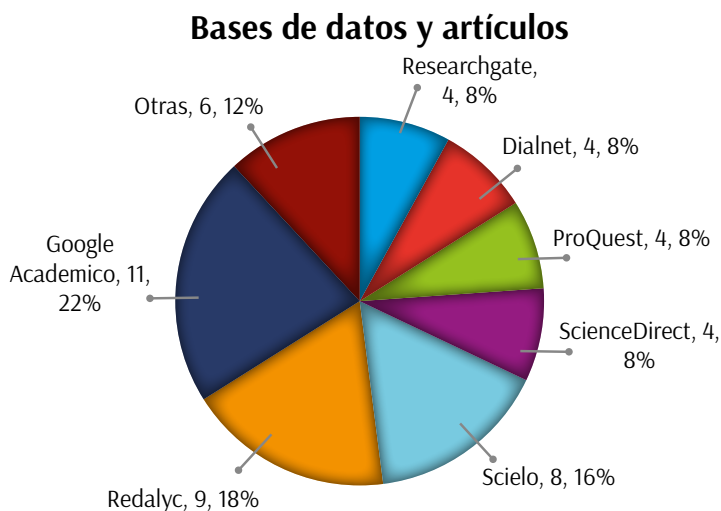
Tabla 2

Distribución de las unidades de análisis y unidades de estudio

Criterios	Número
Unidades De Análisis	93 textos científicos.
Unidades De Estudio	50 textos científicos.
Fuentes	12 bases de datos.
Palabras Claves	4 síndrome Del Cansancio Del Cuidador, Trastornos Mentales. Cansancio y Cuidador.

Figura 1

Bases de datos consultadas y artículos encontrados.



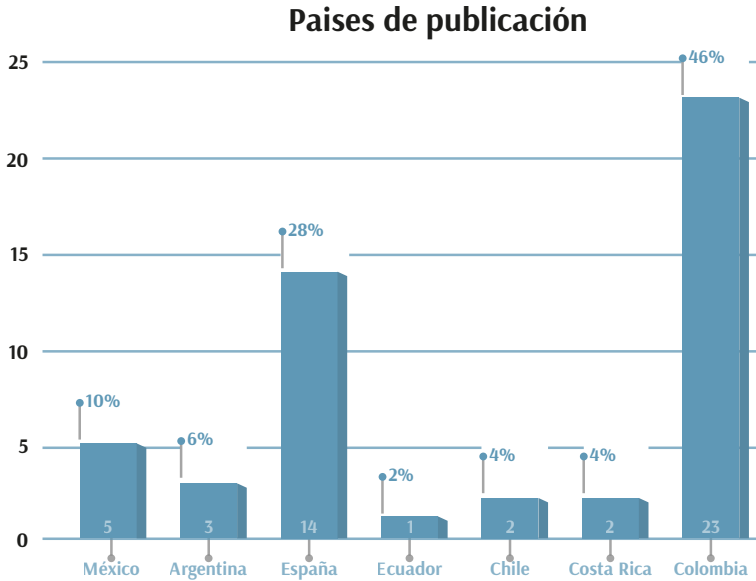
Nota. Creación de las autoras.

De acuerdo a los países donde se realizaron los estudios revisados, se evidencia que en Colombia se ha estado investigando cada vez más sobre el SCC, sin embargo, también se resalta el papel que tiene España dentro de las investigaciones, lo que da cuenta de la importancia que se da en este país a los cuidadores en especial a los del paciente psiquiátrico. De los 50 artículos, 14 (28 %) fueron escritos en España; 23 (46 %) en Colombia; 3 (6 %) en Argentina; 2 (4 %) en Chile; 2 (4 %) en Costa Rica; 5 (10 %) en México y 1 (2 %) en Ecuador (Ver Figura 2).

Por otro lado, la evidencia muestra que durante los años 2011-2013 incrementaron los estudios con relación a los 3 años anteriores, siendo esto un indicio de una necesidad de investigar más a fondo sobre el SCC. Y los 3 años siguientes presenta un descenso, pero posteriormente se recupera volviendo a presentar diferentes estudios sobre el SCC. (Ver Figura 3).

Figura 2.

Número de investigaciones por país.



Nota. Fuente creación de las autoras.

Figura 3

Años de las publicaciones agrupados

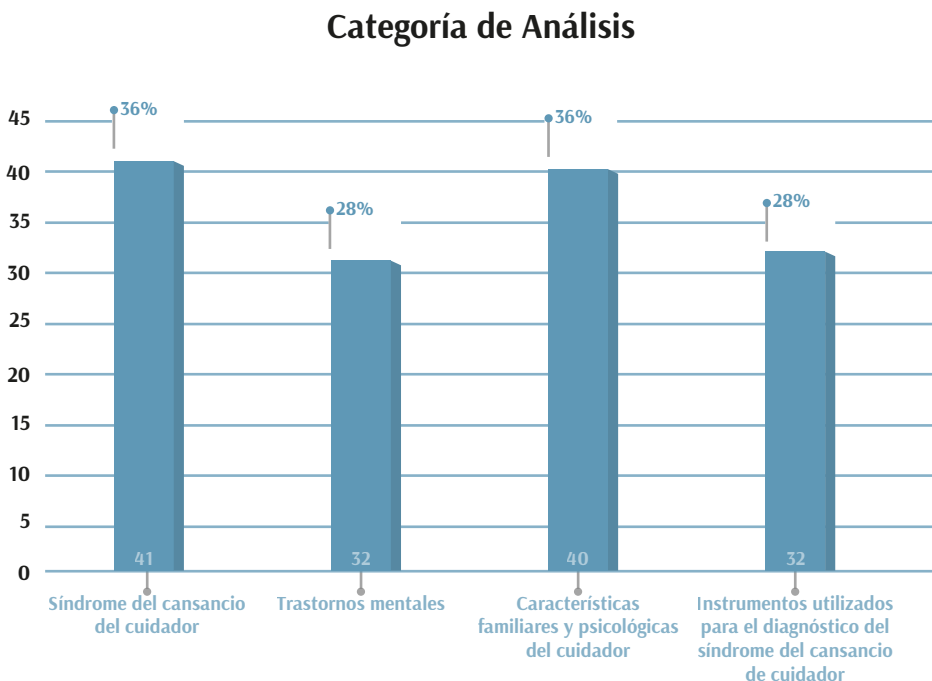


Nota. Creación de las autoras.

Análisis Descriptivos de las Categorías de análisis

Dentro de los 50 textos se puede evidenciar que 41 artículos hablan del SCC y que paralelamente a este es indispensable hablar de las características familiares y psicológicas del cuidador que aparecen en 40 textos, y que siempre será necesario encontrar instrumentos para su diagnóstico, en este caso se encontraron 32 artículos que permiten guiar a los equipos de salud y a las familias con herramientas fáciles y confiables. Se resalta que para haber un cuidador con SCC no es necesario tener un trastorno mental, se encuentran 32 artículos donde se habla de estos trastornos mentales, ya que son de vital importancia pues son un factor de riesgo para padecer el SCC (Ver Figura 4).

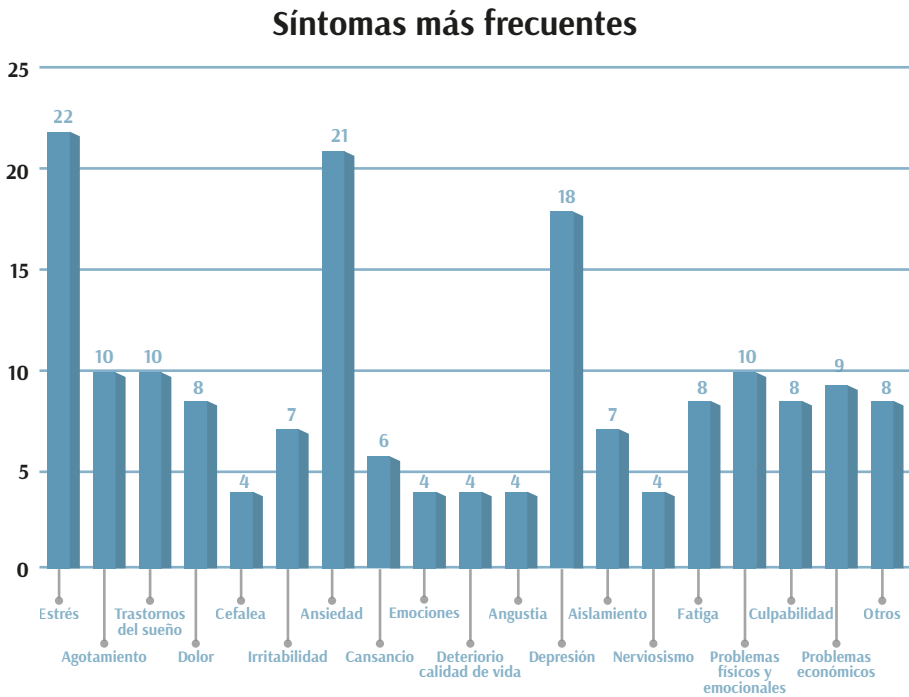
Figura 4
Estadísticos descriptivos de las categorías de análisis



Nota. Creación de las autoras.

Por otro lado, como se evidencia en la Figura 5, la sintomatología de los cuidadores cuando presentan SCC es muy extensa, y todo depende de las características psicológicas y familiares del cuidador, sin embargo, se hace evidente que el estrés es el síntoma más frecuente y que es habitual escuchar a los cuidadores manifestarlo, continuando con ansiedad como consecuencia del estrés. La revisión de los textos evidencia también que la depresión es un síntoma muy frecuente provocando así que el cuidador pase a ser paciente.

Figura 5
Sintomatología más frecuente del SCC



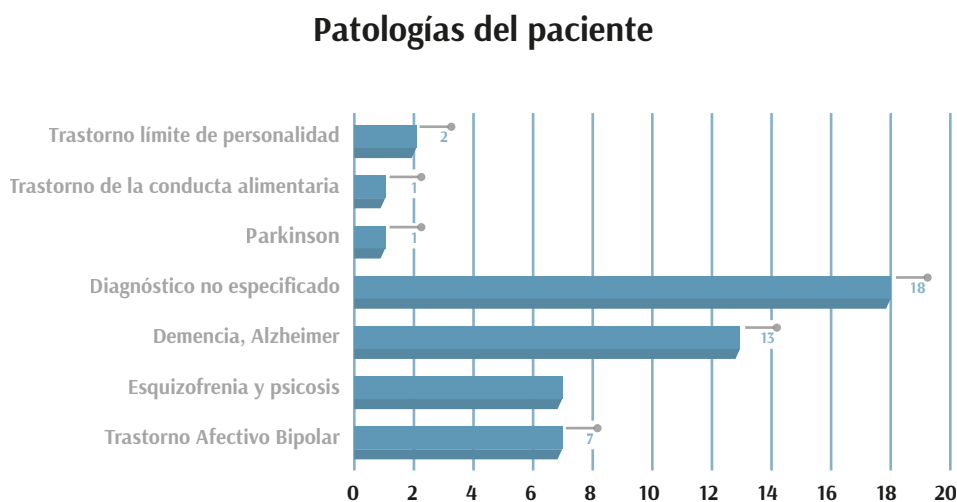
Nota. Creación de las autoras.

Más síntomas mencionados en los estudios permiten comprobar que el SCC no es una patología tan sencilla, que realmente tiene efectos físicos y emocionales en quien lo está padeciendo.

Respecto a las patologías más frecuentes en los pacientes que requieren de cuidados se puede evidenciar que las demencias, entre ellas la Demencia tipo Alzheimer, son de gran peso y que estas son patologías con un grado de discapacidad y dependencia significativa. (Ver Figura 6).

Figura 6

Trastornos mentales más frecuentes en el paciente psiquiátrico

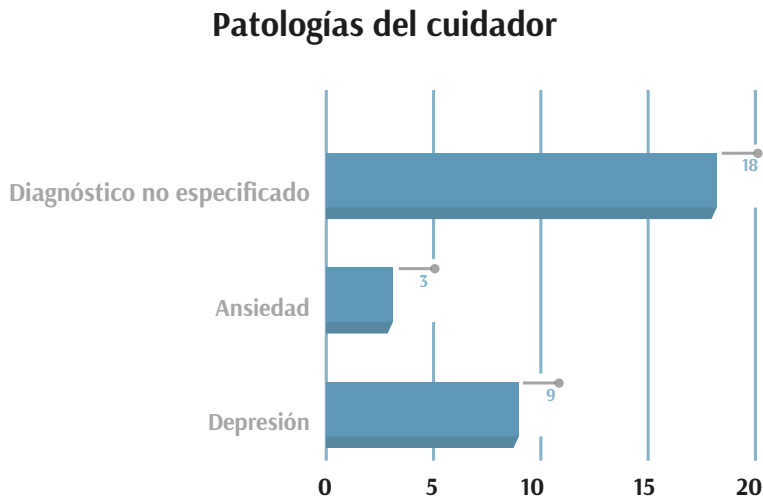


Nota. Creación de las autoras.

Cabe también mencionar, que en 9 de los textos se encuentra la depresión como una de las patologías más frecuentes en los cuidadores, seguida de la ansiedad, que aparece en 3. Con esta información se puede pensar en la creación de estrategias para hacer intervenciones y capacitaciones, que estén encaminadas principalmente a evitarlas.

En 19 de los textos aparecen los diagnósticos no especificados, indicando que, aunque no se especifiquen claramente en los relatos, tiene de fondo una necesidad de más investigaciones que permitan identificarlos mejor (Ver Figura 7).

Figura 7
Patologías más frecuentes en los cuidadores



Con base en la categoría de características del cuidador, en 40 textos se analizó el género, la edad, el tiempo del cuidado, el estado laboral, la escolaridad, características de personalidad, habilidades, entre otras, como se especifica en la Tabla 3.

Tabla 3.
Características familiares y psicológicas del cuidador

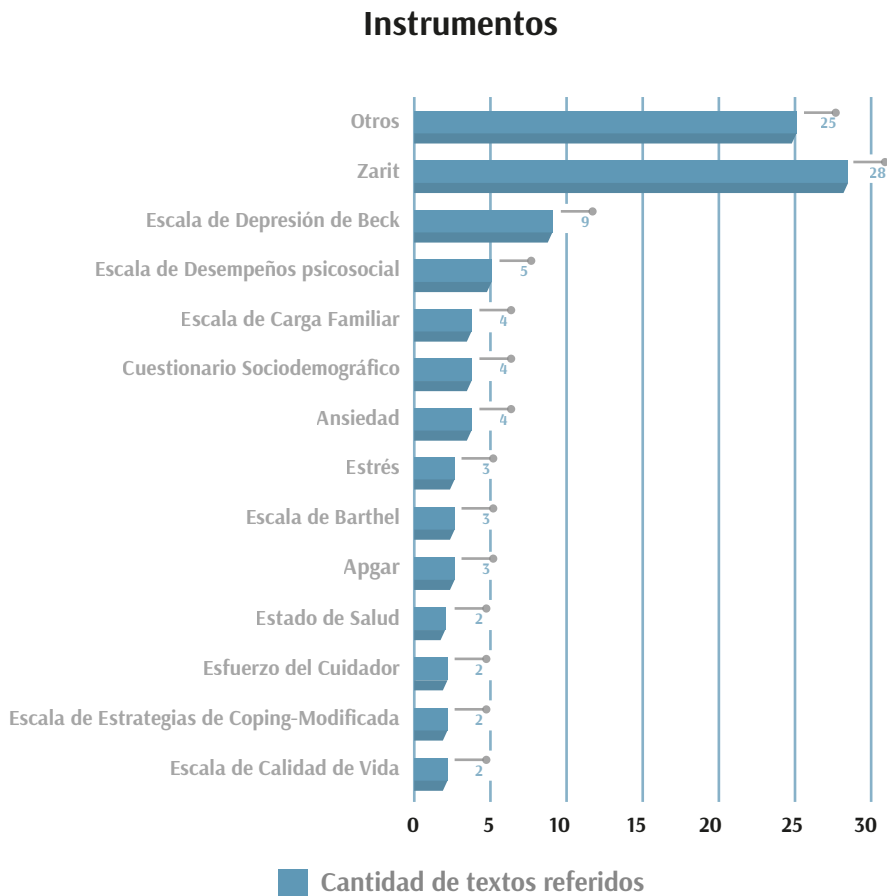
Características de los cuidadores	De los 40 textos	Menciona
Genero	37	A las mujeres como las cuidadoras principales.
Edad	29	Se encuentra que los cuidadores tienen una edad que oscila entre 18 y 69 años, con una media de 50.8 años (DE = 10.79).
Tiempo que cuida	7	El tiempo en horas que dedican al cuidado es en promedio 8,4 horas al día. (DE= 4.19).
Estado laboral	9	La mayoría de los cuidadores no tienen la posibilidad de tener un empleo remunerado ya que el tiempo con el que cuentan es dedicado a la persona cuidada. Además, muchos cuidadores terminan abandonando sus empleos para cumplir con el cuidado.

Escolaridad	8	El nivel de escolaridad indica que no es un nivel alto, tiende a ser más bajo, a tener estudios incompletos, o tener como labor cotidiana las labores del hogar. Bertel de la hoz, por ejemplo, en su estudio, menciona que el 76 % (191) de los cuidadores contaban con primaria, 15 % (38) con secundaria, 2 % (4) con preparatoria y 7 % (19) con licenciatura. (2019).
Características de personalidad, habilidades y competencias del cuidador	6	Alto grado de compromiso y afecto, sin límite de horario, debe ser un cuidador con habilidades para tener paciencia y cualidades en todo su hacer de cuidar ya que también tiene una característica muy importante es que es una actividad no remunerada. No disponen de capacitación y no tienen unas normas preestablecidas. Adicionalmente se involucra que los cuidadores tienen un compromiso religioso que hace que también se sientan comprometidas por el cuidado del paciente. Las principales razones que manifiestan para cuidar son: el cariño, la obligación, el altruismo, la reciprocidad, la gratitud, sentimientos de culpa del pasado y el evitar la censura de la familia, amigos y conocidos en caso de que no se cuidara el familiar en casa.
Roles	37	Principalmente el rol del cuidador está a cargo de miembros de la familia, quienes adquieren por gusto u obligación esta función. En su mayoría recaen madres, después esposas, hermanas cuñadas, hijas y nueras. Y se resalta que en mayor proporción son amas de casa. Los parientes que asumen menos el rol del cuidador son los hermanos la mayoría de las veces por falta de tolerancia, sin embargo, en algunos casos cuando se presentan podrían suplir la función de padres (a nivel económico o de roles).

Nota. Creación de las autoras.

Con relación a los instrumentos que se utilizan para evaluar y diagnosticar SCC, se evidencia en los textos que hay una variada batería de herramientas desarrolladas por la disciplina psicológica y psicométrica, sin embargo sobresale la Escala Zarit como la más utilizada, nombrada en 28 de los artículos, caracterizada por ser la que mayor confiabilidad tiene para diagnosticar SCC, y adicional a ella, es común utilizar test o cuestionarios para evaluar las dos patologías más frecuentes del cuidador: la depresión y la ansiedad. (Ver Figura 8).

Figura 8.
Instrumentos más utilizados para diagnosticar el SCC



Nota. Creación de las autoras.

Análisis de Coocurrencia de las categorías de análisis

De los 50 artículos analizados, en 21 se encuentra la categoría de trastornos mentales, y dentro de estos se evidencian que hay diferentes instrumentos que se utilizan como herramienta para evaluar trastornos mentales.

Se encontró que en 25 se habla sobre trastornos mentales y dentro del manejo de estos se exponen las características familiares y psicológicas del cuidador. En 26 se refieren a diferentes trastornos mentales, y a su vez se plantea la relación que tiene con SCC. En 27 se estudian las características psicológicas y familiares de los cuidadores y dentro de estos se encuentran diferentes escalas que permiten medir algunas particularidades que presentan los cuidadores.

En 28 se evidencian el significado y las características del SCC y cuáles han sido los diferentes instrumentos que permiten el diagnóstico de este.

En 33 artículos (el resultado más significativo) se relatan el significado y las características del SCC y se pudo identificar cuáles eran las características familiares y psicológicas de los cuidadores. (Ver [Tabla 4. Doble coocurrencia entre las categorías de análisis](#). Y la [Tabla 5. Coocurrencia múltiple de las categorías de análisis](#)).

Tabla 4

Doble coocurrencia entre las categorías de análisis

Categoría de análisis	Trastornos mentales	Síndrome del cansancio del cuidador	Características familiares y psicológicas del cuidador	Instrumentos
Trastornos mentales		26	25	21
Síndrome del cansancio del cuidador	26		33	28
Características familiares y psicológicas del cuidador	25	33		27
Instrumentos	21	28	27	

Nota. Creación de las autoras.

Tabla 5
Coocurrencia múltiple de las categorías de análisis

Coocurrencia de tres variables	Coocurrencia de cuatro variables	Variables
	16	Síndrome del cansancio del cuidador. Trastornos mentales. Características familiares y psicológicas del cuidador. Instrumentos utilizados para el diagnóstico del síndrome del cansancio de cuidador.
6		Síndrome del cansancio del cuidador Trastornos mentales. Características familiares y psicológicas del cuidador.
2		Síndrome del cansancio del cuidador. Trastornos mentales. Instrumentos utilizados para el diagnóstico del síndrome del cansancio de cuidador.
8		Síndrome del cansancio del cuidador. Características familiares y psicológicas del cuidador. Instrumentos utilizados para el diagnóstico del síndrome del cansancio de cuidador.
1		Trastornos mentales. Características familiares y psicológicas del cuidador. Instrumentos utilizados para el diagnóstico del síndrome del cansancio de cuidador.

Nota. Creación de las autoras.

Lo más relevante de la doble coocurrencia con las cuatro categorías son 16 textos que equivalen al 32 %, donde hay una relación directa entre SCC, trastornos mentales, características familiares y psicológicas del cuidador y los instrumentos utilizados para el diagnóstico del SCC.

Hay 8 artículos que presentan múltiple coocurrencia con 3 categorías que equivalen al 16 %, queriendo decir que hay una relación directa entre SCC, características

familiares y psicológicas del cuidador e Instrumentos utilizados para el diagnóstico del SCC.

Hay 6 que presentan múltiple coocurrencia con 3 categorías que equivalen al 12 %, con una relación directa entre SCC, trastornos mentales y Características familiares y psicológicas del cuidador. Dos presentan múltiple coocurrencia con 3 categorías, que equivalen al 4 %, queriendo decir que hay una relación directa entre SCC, trastornos mentales e instrumentos utilizados para el diagnóstico de este síndrome. Uno presenta múltiple coocurrencia con 3 categorías, que equivale al 2 %, con una relación directa entre trastornos mentales, características familiares y psicológicas del cuidador e Instrumentos utilizados para el diagnóstico del SCC.

Limitaciones y Fortalezas.

En el presente estudio se presentaron dos limitaciones metodológicas y una limitación de las investigadoras. Las dos limitaciones metodológicas fueron, en primer lugar, el número de unidades de estudio, se redujo a 50 únicamente, lo que limita la posibilidad de generalización y de elaborar mayores relaciones entre las categorías, y una segunda limitación que tiene que ver con el instrumento de recolección de información utilizado, que fue la ficha bibliográfica, de revisión crítica diseñada y utilizada por el programa de Psicología de la Universidad Católica de Oriente, y no se utilizó un instrumento validado y estandarizado internacionalmente para evaluar el rigor científico de las unidades de análisis. Y por parte de las investigadoras se presentó como limitación la elección de artículos científicos solo en español, lo que redujo los hallazgos a Latinoamérica y España.

No obstante, la investigación y su diseño metodológico se desarrollaron con todos los criterios del rigor científico, siguiendo los principios éticos en investigación documental, lo que permitió explorar el tema en el contexto como punto de partida de futuras investigaciones más experimentales y arrojó datos pertinentes para continuar desarrollando la temática para brindar al personal de salud estrategias que involucran a los cuidadores en sus planes de acción con el fin de preservar su salud mental y garantizar la adherencia terapéutica de los pacientes a quienes cuidan.

Conclusiones

Se hace claridad que las conclusiones son con base en los 50 artículos consultados y no se tiene la pretensión de generalizar. En este sentido se destaca lo siguiente:

Se evidencia un número significativo de estudios hechos en Colombia, seguido de España y una menor proporción en Ecuador.

La importancia de estudiar el fenómeno del SCC y las características del cuidador, categorías que aparecieron en 40 artículos equivalentes al 36 % cada una. La sintomatología más frecuente del SCC es estrés, ansiedad y depresión.

El trastorno más frecuente en el paciente es el Alzheimer y el trastorno más frecuente en el cuidador es la depresión.

No se evidenció preocupación por el cuidador, los estudios se siguen centrando en el paciente.

El instrumento más utilizado para el SCC es la escala Zarit, sin embargo, se utilizan pruebas para medir patologías particulares como la depresión y la ansiedad.

Al analizar la relación entre el SCC con un trastorno mental en el paciente, a través la revisión documental, se evidencia una relación significativa entre patologías como Alzheimer, esquizofrenia, psicosis, trastorno afectivo bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y Parkinson.

Es importante tener en cuenta los trastornos mentales más relacionados con el SCC, para brindar apoyo, preparación, información y desarrollar estrategias de afrontamiento en el cuidador para minimizar los riesgos de adquirir la patología.

Un número significativo de textos hablaban de la relación que tiene el SCC con el Alzheimer, la demencia y la psicosis, siendo estas tres las que más generan deterioro cognitivo en el paciente. Se hizo referencia que los cuidadores tuvieron una mayor carga por la sintomatología que presentaron estos pacientes, ya que a medida que la enfermedad avanzaba los cuidados se volvieron más específicos, aumentando la dependencia a sus cuidadores, propiciando el inicio de síntomas que desencadenaron SCC.

Se evidenciaron las características de los cuidadores, en su mayoría son del núcleo familiar del paciente, el porcentaje más alto lo tuvieron las cuidadoras de género femenino con un rango de edad entre 40-60 años. Siempre en los diferentes roles

que se tenían, intervenían las mujeres (esposas, hijas, madres, nueras, cuñadas), principalmente madres cuidando a sus hijos. También se notó la relación significativa de las hijas que cuidan a la madre en las enfermedades más degenerativas por la edad, dedican entre 4 y 12 horas al día para el cuidado. Y se observó al hombre en un rol pasivo como cuidador y más ligado a ser el proveedor económico.

La relación que se encontró con respecto a la educación de los cuidadores, evidencia que el nivel educativo de la gran parte de los cuidadores es baja, y que respecto a su rol no recibieron ningún tipo de entrenamiento; lo cual genera la necesidad de capacitación y educación de los cuidadores, enseñar estrategias de afrontamiento en los diferentes ámbitos de la vida y también permite educar sobre los síntomas y signos del SCC y cómo poderlo evitar, así se tendrán menos cuidadores enfermos y menos pacientes descompensados.

Hay más cuidadores con SCC cuidando pacientes con depresión, esto se debe a las características de los pacientes con depresión, que se descompensan en cualquier momento desestabilizando una dinámica familiar, genera más incertidumbre sobre el cómo actuar y cómo se manejan este tipo de pacientes. Situación contraria de los pacientes con TAB o esquizofrenia, menos cuidadores con este síndrome, estos pacientes inicialmente presentan crisis aguda y a partir de esta se genera un diagnóstico, en esta circunstancia la adaptación, la aceptación y el aprendizaje se hace durante el debut de la enfermedad, por lo tanto, las crisis o descompensaciones son algo que conocen, saben la dinámica y el qué esperar de la enfermedad.

Siguen siendo necesarias las estrategias dentro de los diferentes centros de salud mental que permitan ser diferentes en su modelo de atención, no solo centrado en el paciente, sino también en el cuidador y su familia, creando programas efectivos para estos donde se puedan sentir apoyados y tenidos en cuenta como parte fundamental del proceso de enfermedad de un paciente; al igual contar con un espacio para capacitaciones y entrenamientos. Es claro que se requiere investigar más sobre el tema, a pesar de que se ha hecho, falta mostrar más efectividad en las estrategias, de igual forma se cuenta con instrumentos de fácil acceso y diligenciamiento que permitirían crear un plan de trabajo para las familias y cuidadores.

Aún más importante, es necesario capacitar al personal de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos entre otros) en cómo identificar sintomatología de cuidadores que tengan un riesgo de presentar SCC, porque son estos los que tienen un

contacto directo y permitirían un diagnóstico temprano, logrando así iniciar un tratamiento adecuado y evitar descompensaciones en los pacientes cuidados y en las dinámicas familiares.

Respecto al tema de familia, el papel que cumplen dentro de los procesos demostró que forman un vínculo muy fuerte con cada una de las etapas durante las descompensaciones o el afrontamiento de una enfermedad mental; los cambios de rutinas, estilos de vida, los efectos físicos y psicológicos que tuvieron las familias son eventos que se presentaron ante una situación casi siempre inesperada, pero que como familia logran hacer un ajuste que les permite tener una vida más llevadera. El acompañamiento de las familias a los cuidadores debe ser un tema para tener presente pues así se fortalecen, se cuida al paciente y se evita que se enferme el cuidador.

Para concluir, existe una relación directa entre el trastorno mental y el SCC, se evidencia que los cuidadores son vulnerables ante las circunstancias que viven con el paciente y su enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Algado Ferrer, M., Garrigós Moneris, J. y Basterra Pérez, A. (1997). Familia y enfermedad de Alzheimer. Una perspectiva cualitativa. *Anales de Psicología*, 13(1), 19-29.
- Alonso, A., Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R. y Riera, M. (2004). Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Atención Primaria*, 33 (2), 61-68.
- Álvarez Hincapié, M. (13 de abril del 2019). Mejora atención de Salud Mental en Antioquia. Periódico El Mundo.Com. Recuperado en mayo 30 de 2019. Disponible en <https://www.elmundo.com/noticia/Mejora-atencion-de-salud-mental-en-Antioquia/376284>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. 5ta. Edición. España: Editorial Médica Panamericana.
- Aparicio, M., Sánchez, M., Díaz, J., Cuellar, I., Castellanos, B., Fernández, M. y de Tena, A. (2008). La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales. *Ibarra*

– Ecuador.

- Barrera Ortiz, L., Pinto Afanador, N., Sánchez Herrera, B., Carrillo G, G.M. y Charro Díaz, L. Cuidando a los Cuidadores. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia. 2010. p. 24-5.
- Bayés, R. (2003). Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en sitio web: <http://www.feadh.org/valhad/pn022.htm>
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., y Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18, 226-239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Builes Correa, M. y Bedoya Hernández, M. (2012). Cuidado y autocuidado en familias con un miembro con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar (TAB), pertenecientes al Grupo Psicoeducativo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42 (1) 81-96.
- Cabada Ramos, E. y Martínez Castillo, V. (2017). Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*, 27 (1): 53-59, <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2436>"
- Cerquera, A. M., Pabón, D. K. y Uribe, D. M. (2012). Nivel de depresión experimentada por una muestra de cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicología desde el Caribe*, 29 (2), 360-384.
- Consejo de Medellín, (noviembre 3 de 2015). Acuerdo 27 “Por medio del cual se establece una Política Pública para cuidadoras y cuidadores familiares y voluntarios de personas con dependencia de cuidado y conformación de Redes Barriales de Cuidado en el Municipio de Medellín”. *Gaceta Oficial*, (4340), 3 - 5. Medellín
- Crespo López, M. y López Martínez, J. (2006) El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “como mantener su bienestar”. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Donoso, A. (2003). La enfermedad de Alzheimer. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 41 (2), 13-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>

- Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000300008&script=sci_arttext
- Fernández-Guerrero, M. J. y Palacios-Vicario, B. (2017). El trastorno de personalidad límite en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clínica y Salud*, 28,147-153. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.002>
- González Janezza, F, (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Ciudad de la Habana, Cuba. Ciencias Médicas.
- Hernández, Z. (2006). Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. *Índex de Enfermería*, 15 (52-53), 40-44.
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 13 (112), 42-80. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5257/525752962004> Recuperado el 25 de noviembre de 2019.
- Mera, G., Cardona, J., Benitez, J., Delgado, G., Benítez, W. y Villalba, J. (2017). Sobrecarga y experiencia de cuidadores familiares de personas diagnosticadas con Esquizofrenia, una mirada desde la Enfermería. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772017000200069&lng=en <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.2.6>
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2016). Manual de cuidado al cuidador de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. pp. 1 - 47. Recuperado en mayo 30 de 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Manual-cuidado-al-cuidador.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección social (2018). Política Nacional de Salud Mental. Resolución 4886 de 2018.
- Peinado Portero, A. I. y Garcés de Los Fayos Ruiz, E. J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14 (1), 83-93.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Arán, A., Torrent C, Comes, M., Sánchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., y Benabarre, A. (2004). Evaluación de la carga familiar: una propuesta de escala autoaplicada derivada de la escala

- de desempeño psicosocial. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Bar-
na*. 31, 7–13.
- Roig, M. V., Abengózar, M. C. y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores
principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 14 (2), 215-227.
- Steele Britton, H. (2010). Prevalencia del síndrome de sobrecarga del cuidador en
cuidadores informales de pacientes del Hospital Diurno del Hospital Na-
cional Psiquiátrico durante los meses de octubre y noviembre de 2009.
(Tesis especialización en Psiquiatría). Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica.
- Schulz R, Beach S.R. (2008). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver
health effects study. *JAMA*. 1999;282: 2215-2219.
- Tirado Pedregosa, G., López-Saez López Teruel, A., Capilla Díaz, C., Correa Brenes,
A. y Geidel Domínguez, B. (Abril, 2011). La Valoración en el Síndrome del
cuidador. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 19 (3), 102-106.
- Villada, J., Sánchez, J. P. y Vallejo, J. (2016). Ficha Bibliográfica: Versión Crítica.
Universidad Católica de Oriente
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: cla-
sificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Mé-
dica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Zambrano Cruz, R. y Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador.
Revista Colombiana de Psiquiatría, 36 (1), 26-39.