

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE PARA REDUCIR SU SOBRECARGA

JOSÉ C. AZÓN-BELARRE¹, PATRICIA TRENC-ESPAÑOL², MARÍA IGUAZ-NAVARRO³, ANA GUAJARDO-IGUAZ³, PATRICIA BERGES-USÁN⁴ Y MARÍA GUERRERO-CALVO⁵

¹Profesor titular del Grado de Enfermería. Universidad San Jorge. Villanueva de Gállego (Zaragoza).

²Médico de Urgencias Hospitalarias. CSAR Cinco Villas. Ejea de los Caballeros (Zaragoza).

³Enfermera. Residencia de Salud Mental. Sádaba (Zaragoza).

⁴Auxiliar de clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial Cinco Villas. Ejea de los Caballeros (Zaragoza).

⁵Enfermera. Centro de Salud Mental Cinco Villas. Ejea de los Caballeros (Zaragoza).

RESUMEN

Introducción: desde que se iniciaron los primeros movimientos de reforma de la atención psiquiátrica, se comenzó a hacer partícipes a las familias de las personas enfermas del proceso de atención a sus familiares. Uno de los programas que se pusieron en marcha fueron los talleres de psicoeducación, que, desde su inicio, intentaron proporcionar información a los familiares sobre los procesos de la enfermedad para mejorar de esta forma la atención prestada por ellos en el día a día. Desde el Centro de Salud Mental y Centro de Rehabilitación Psicosocial Cinco Villas (Zaragoza), se lleva años poniendo en marcha diferentes talleres para familias. Se va a medir el grado de sobrecarga de los cuidadores.

Metodología: se trata de un estudio cuasiexperimental. Se realiza una intervención con familiares de personas diagnosticadas de trastorno mental grave.

Resultados: son principalmente las mujeres las que se hacen cargo del cuidado del familiar enfermo. Existe un grado de sobrecarga importante, que disminuye tras la intervención.

Palabras clave: trastorno mental grave, esquizofrenia, salud mental, cuidadores, sobrecarga.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la psiquiatría, varios han sido los momentos clave en los que se han fundamentado los cambios en los tratamientos y en la comprensión del enfermo hasta llegar al marco holístico en el que se basa la atención hoy en día: la liberación de los pacientes encadenados y el reconocimiento de la labor psicosocial del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza por parte de Pinel¹, los trabajos de Charcot primero² y Freud después³, la categorización de las enfermedades mentales por parte de Kraepelin⁴, el descubrimiento del primer antipsicótico en el Hospital Sainte Anne de París⁵ y la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos entre la década de 1970 y la de 1980⁶. Es a raíz de este momento, fundamentalmente, cuando se comienza a contemplar a la familia como elemento indispensable en el mantenimiento de la salud y el proceso terapéutico en general⁷⁻¹⁰. Este concepto varió significativamente la imagen que se tenía hasta entonces de la familia por parte de numerosos sectores de la profesión, que la contemplaba como culpable en algunos casos de la aparición de la enfermedad mental (concepto de madre esquizofrénica) y causante de la aparición de recaídas en casi todos los casos^{7,8,11}. Como decíamos, es a partir de este momento cuando se empieza a trabajar con la familia a través de los programas de psicoeducación, los cuales suelen complementar a los programas de psicoeducación de pacientes, momento también en el que se comienza a trabajar la consciencia de enfermedad y las limitaciones de los enfermos psicóticos. Los programas de psicoeducación familiar se convierten en uno de los pilares fundamentales en los que se basa la atención a la persona con trastorno mental grave (TMG)^{7,9-15}.

Las enfermedades que habitualmente se engloban dentro del TMG son todas aquellas de perfil psicótico como la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos, la paranoia, el trastorno bipolar, el trastorno por ideas delirantes, etc.¹⁵. Dentro de los síntomas habituales de la enfermedad mental —y, en concreto, del TMG—,

están los síntomas positivos y los síntomas negativos. Los primeros comprenden las alucinaciones, los delirios y los trastornos del curso del pensamiento, y suelen ser síntomas que responden bien al tratamiento psicofarmacológico. Los segundos son más difíciles de tratar a nivel farmacológico y son síntomas susceptibles de rehabilitación psicosocial. Dentro de estos síntomas, mucho más difíciles de identificar por parte de la familia, encontramos la anhedonia, la apatía, la abulia, la falta de consciencia de enfermedad, la clinofilia, la falta de habilidades sociales, la baja autoestima, etc.¹⁵. Suelen ser síntomas que la familia relaciona más habitualmente con la pereza que con la enfermedad y que conllevan discusiones, enfados, reproches y lo que, en general, se llama *alta emoción expresada* (AEE). Dicho concepto aparece en gran medida en las recaídas e, incluso, en los primeros brotes psicóticos. Las familias con AEE son más vulnerables a que aparezca la enfermedad y a que la evolución sea peor. El desconocimiento del curso de la enfermedad, de los síntomas habituales y la comprensión de esta son otros de los problemas que con mayor frecuencia se identifican en las familias de los pacientes con TMG^{14,16-19}.

El formato de trabajo con las familias depende del equipo que lo ponga en marcha, y de factores internos como el tipo de pacientes que tienen (pacientes agudos, de larga estancia, etc.), de los profesionales de los que disponen, del número de pacientes, del lugar (hospitalización, centro de salud mental, centro de rehabilitación psicosocial, etc.) y de la voluntad de la familia en implicarse en los cuidados del familiar enfermo. Los programas varían desde programas ya creados como el modelo psicoeducativo de Anderson, la intervención cognitivo-conductual de Tarrier o la terapia familiar conductual de Falloon⁸, hasta programas creados por los profesionales y basados en conceptos teóricos comunes como el modelo de vulnerabilidad-estrés de la esquizofrenia²⁰.

Todos estos programas tienen en común que trabajan a nivel familiar. En algunos casos, se realiza



una intervención terapéutica en la familia^{10,11}. Por otra parte, aunque no se haga una intervención terapéutica estricta, el simple hecho de participar en un programa de psicoeducación en grupo mejora la carga familiar^{8,13,14,18}, además de disminuir el coste emocional^{7,13,16,17}, el físico y el social^{7,9}.

El aspecto de la comunicación en el seno familiar merece mención aparte, ya que muchos autores señalan que una inadecuada comunicación aumenta la AEE, causante de muchas recaídas y de que exista un clima de convivencia difícil en la familia. Los programas de psicoeducación mejoran notablemente los niveles de comunicación con el simple hecho de aumentar los conocimientos de los miembros sanos sobre la enfermedad^{12,16,17,20}.

En definitiva, el papel de la familia hay que contemplarlo como un agente comunitario fundamental en el mantenimiento de la salud de la persona con TMG^{7,8,14}.

A pesar de las mejoras en muchos aspectos de la salud de los familiares y de los pacientes, siguen existiendo reticencias importantes por parte de un sector de los propios profesionales, que niegan la efectividad de dichos programas¹⁴. Por otra parte, también existen resistencias por parte de las familias a participar en estos programas. En este caso, normalmente, se deben al miedo al estigma y a la vergüenza, aunque, en otros casos, también hay un cierto abandono o la idea equivocada de que el paciente controla sus síntomas y que no hay una verdadera enfermedad que lo incapacite^{9,13,17}.

Dada la escasa evidencia encontrada, se propone realizar el siguiente estudio, cuyos objetivos son:

1. Evaluar el grado de sobrecarga de los familiares de primer grado de las personas con TMG que acuden a un centro de salud mental.
2. Evaluar la eficacia de un programa de psicoeducación de familiares de personas con TMG.
3. Valorar el grado de implicación de los familiares en la evolución de la enfermedad del paciente.

METODOLOGÍA

El presente es un estudio cuantitativo, transversal, en el que se van a evaluar los conocimientos y el grado de sobrecarga familiar de los participantes antes y después de su participación en un programa de psicoeducación de familiares de personas con TMG de noviembre de 2016 a abril de 2017.

La primera fase del programa consiste en la captación de los participantes. Se hizo una reunión con los diferentes miembros del equipo multidisciplinario (psiquiatras, psicólogos, enfermeros especialistas y trabajadora social) para explicar qué perfil de paciente es el que se busca, de manera que podamos invitar a su familia a participar. Una vez hecha la reunión, se abrió un plazo de dos semanas para que los diferentes profesionales propusieran participantes y se evaluara entre cada profesional y el coordinador la conveniencia y adecuación de que la familia propuesta participase. Una vez decidida la inclusión del paciente en el programa, es el propio profesional que lo ha propuesto, y que mejor conoce al paciente, quien invita a la familia a la primera reunión informativa.

Se decidió formar dos grupos distintos, debido a la diferencia que hay entre el perfil de unos pacientes y otros. Por una parte, se agrupó a un perfil de paciente joven, de hasta 35-40 años, con poco deterioro cognitivo y que entraría dentro de lo que se puede denominar *intervención temprana*. Por otra parte, se agrupó un perfil de paciente mayor de 40 años, con cierto deterioro y con un trastorno más cronificado.

Tras la primera reunión informativa, que se dedicó también a rellenar las dos escalas que se iban a utilizar (el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, y el cuestionario de la función familiar o Apgar familiar), se les entregó una hoja con la temporalización del programa, en la que se incluyó la fecha de cada sesión, el tema que se iba a tratar y el profesional que lo iba a desarrollar. También debían firmar este primer día un compromiso de

confidencialidad y su consentimiento para participar en el estudio.

La temporalización del programa fue de noviembre de 2016 a abril de 2017, con sesiones cada 14 días, de 15:15 h a 16:30 h, intercalando el grupo I con el grupo II. A lo largo del programa, se hizo frente a diferentes temas relacionados con el TMG y, para ello, se tuvo en cuenta la participación de todos los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinario. El único profesional que estuvo presente en todas las sesiones fue el coordinador del grupo, es decir, el enfermero de la unidad.

La metodología de trabajo fue la siguiente: el profesional al que le toca exponer cada día presenta el tema que se va a tratar con soporte PowerPoint y durante un tiempo máximo de 15 minutos, de forma que el tiempo restante se utilice para resolver dudas, debatir o compartir experiencias entre los diferentes miembros del grupo con un estilo poco intervencionista por parte del coordinador.

La última sesión se destinó a rellenar de nuevo los test para su análisis. Asimismo, se les citará para otra sesión cuatro semanas después con el objetivo de que se hagan reuniones mensuales durante un tiempo no definido. En estas sesiones, se resolverán dudas, se aportarán nuevos datos, etc.

En cuanto a la recogida de datos, se utilizaron, como ya hemos dicho, dos cuestionarios para evaluar la función familiar y la sobrecarga del cuidador. El cuestionario de la función familiar Apgar familiar consta de cinco preguntas con tres opciones posibles de respuesta predeterminadas, que puntúan 0, 1 o 2. Se considera que la familia es normofuncional con una puntuación entre 7 y 10; disfuncional leve con una puntuación entre 3 y 6; y disfuncional grave con una puntuación entre 0 y 2. Por otra parte, el cuestionario para valorar la sobrecarga del cuidador de Zarit consta de 22 preguntas con cinco respuestas posibles, que puntúan entre 1 y 5. Los puntos de corte son: 22-46, no hay sobrecarga; 47-55, sobrecarga leve; 56-110, sobrecarga intensa.

MUESTRA

Fueron invitados a participar en el grupo y en el proyecto todos los familiares de primer grado de referencia hasta un máximo de dos personas por paciente que tuvieran un familiar diagnosticado de cualquier tipo de TMG y que, de mutuo acuerdo entre todos los componentes del equipo multidisciplinario, se considerara que eran susceptibles de obtener un beneficio con la realización del programa de psicoeducación.

El total de la población invitada fue de 30 familias, de las que, tras las renunciadas e imposibilidad de acudir por otros motivos, quedaron 10 familias por grupo.

La principal limitación está relacionada con la obtención de la muestra, debido a que es difícil para los familiares asumir la enfermedad mental de su familiar, de manera que pasan años hasta que aceptan participar en un grupo de estas características. Solemos encontrarnos con que un gran número de las personas que invitamos a participar lo rechazan en un primer momento, y suele haber un grupo considerable que abandona a lo largo del programa.

La hipótesis es si una intervención multidisciplinaria en familias de pacientes diagnosticados de TMG disminuye la sobrecarga familiar.

RESULTADOS

Se trata de una muestra en la que el 26 % son hombres, y el 74 %, mujeres. De ellos, un 60,9 % no tienen estudios o tienen estudios primarios y solo un 17 % tiene estudios universitarios. La media de edad de la muestra es de 56 años.

Respecto a la sobrecarga de las familias, los resultados demuestran que un 52,1 % de los familiares presentaban una sobrecarga moderada o intensa en el cuestionario de Zarit. Asimismo, en el Apgar familiar, un 63,6 % de las personas que rellenaron el cuestionario presentaban una sobrecarga grave.



Respecto a la eficacia del programa, no existe relación estadísticamente significativa entre las escalas Apgar 1 y Apgar 2. Sin embargo, sí aparece relación cuasisignificativa entre las escalas Zarit 1 y Zarit 2 debido al valor 0,081 de la distribución de chi cuadrado (χ^2) de Pearson (tabla 1).

Por otra parte, existe relación cuasisignificativa entre los test Apgar 1 y Zarit 2, debido al valor de 0,096 de la distribución de χ^2 de Pearson (tabla 2).

No se han encontrado diferencias entre sexos en la sobrecarga de las familias medida a través de la escala Apgar ($\chi^2 = 0,000$; nivel de significación estadística [$p = 1$] (tabla 3).

No se observa una mayor sobrecarga en familiares de pacientes consumidores de tóxicos ($\chi^2 = 0,000$; $p = 1$) (tabla 4).

No se ha encontrado relación entre el test 2 de Apgar y el sexo femenino (tabla 5).

DISCUSIÓN

Encontramos una muestra formada por una mayoría de mujeres (74 %), que son las que tradicionalmente asumen la tarea del cuidado del familiar enfermo. Un resultado similar al nuestro lo obtuvo el estudio de Leal *et al.*, en el que el porcentaje de mujeres era de un 69 %¹⁸. Una cifra mayor se obtuvo en el estudio de Jaen Varas *et al.*, en cuya muestra había un 84 % de mujeres²¹. Mayor todavía es la muestra del estudio de Franco Cid y Alvaro Cavieres, en el que el porcentaje de mujeres es del 88 %²².

En nuestro estudio, se obtuvo que un 52,1 % de los familiares que participaron en el ensayo presentaban sobrecarga moderada o grave al comienzo del programa según el test diagnóstico de Zarit. Asimismo, el 63,6 % presentaba sobrecarga moderada según el test de Apgar familiar. Franco Cid y Alvaro Cavieres obtienen un resultado similar, con un 54 %

Tabla 1. Relación estadística entre Zarit 1 y Zarit 2. Pruebas de χ^2

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. de Monte Carlo (2 caras)		Sig. de Monte Carlo (1 cara)			
				Sig.	IC del 99 %		Sig.	IC del 99 %	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
χ^2 de Pearson	5,029 ^a	2	0,081	0,171 ^b	0,161	0,181			
Razón de verosimilitud	5,327	2	0,070	0,171 ^b	0,161	0,181			
Prueba exacta de Fisher	3,482			0,171 ^b	0,161	0,181			
Asociación lineal por lineal	3,539 ^c	1	0,060	0,080 ^b	0,073	0,087	0,080 ^b	0,073	0,087
Número de casos válidos	16								

^a 5 casillas (83,3 %) han esperado un recuento menor de 5. El recuento mínimo esperado es 0,63.

^b Se basa en 10000 tablas de muestras con una semilla de inicio 720651825.

^c El estadístico estandarizado es 1,881.

χ^2 : chí cuadrado; gl: grados de libertad; IC: intervalo de confianza; Sig.: significación.

Tabla 2. Relación estadística entre Apgar 1 y Zarit 2. Pruebas de χ^2 ^c

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 caras)	Sig. exacta (1 cara)	Probabilidad en el punto
χ^2 de Pearson	0,096 ^a	1	0,756	1,000	0,657	
Corrección de continuidad ^b	$\chi^2 = 0,000$	1	$p = 1,000$			
Razón de verosimilitud	0,095	1	0,759	1,000	0,657	
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,657	
Asociación lineal por lineal	0,090 ^d	1	0,765	1,000	0,657	0,514
Número de casos válidos	15					

^a 2 casillas (50,0 %) han esperado un recuento menor de 5. El recuento mínimo esperado es 0,80.

^b Solo se ha calculado para una tabla de 2 x 2.

^c Para la tabulación cruzada 2 x 2, se proporcionan resultados exactos, en lugar de resultados de Monte Carlo.

^d El estadístico estandarizado es -0,300.

χ^2 : chi cuadrado; gl: grados de libertad; p: nivel de significación estadística; Sig.: significación.

Tabla 3. Diferencias entre sexos en la sobrecarga a través de Apgar. Pruebas de χ^2

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 caras)	Sig. exacta (1 cara)
Corrección de continuidad ^a	$\chi^2 = 0,000$	$p = 1$	1,000		
Razón de verosimilitud	0,033	1	0,856	1,000	0,631
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,631
Número de casos válidos	22				

^a Solo se ha calculado para una tabla de 2 x 2.

χ^2 : chi cuadrado; gl: grados de libertad; p: nivel de significación estadística; Sig.: significación.

de cuidadores con sobrecarga²². Sin embargo, nuestro dato es significativamente inferior al del estudio de Leal *et al.*¹⁸, cuya muestra presentaba un 91 % de cuidadores con niveles elevados de sobrecarga según el Zarit. Datos similares a este último obtienen Lauber

*et al.*²³, con un 85 %. Por otro lado, Jaen Varas *et al.* observan que no hay sobrecarga en su muestra²¹.

Tras el estudio, se demostró una disminución de la sobrecarga presentada. Este dato concuerda con el estudio de Hurtado *et al.*¹³, en el que se registró

Tabla 4. Diferencias entre familiares de consumidores de tóxicos a través de Apgar. Pruebas de χ^2

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 caras)	Sig. exacta (1 cara)
Corrección de continuidad ^a	$\chi^2 = 0,000$	$p = 1$	1,000		
Razón de verosimilitud	0,037	1	0,848	1,000	0,620
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,620
Número de casos válidos	22				

^a Solo se ha calculado para una tabla de 2x2.

χ^2 : chi cuadrado; gl: grados de libertad; p : nivel de significación estadística; Sig.: significación.

Tabla 5. Relación entre Apgar 2 y el sexo

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Sig. exacta (2 caras)	Sig. exacta (1 cara)
χ^2 de Pearson	0,097 ^a	1	0,755	1,000	0,635
Corrección de continuidad ^b	$\chi^2 = 0,000$	$p = 1$	1,000		
Razón de verosimilitud	0,100	1	0,752	1,000	0,635
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,635
Número de casos válidos	16				

^a 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor de 5. El recuento mínimo esperado es 1,25.

^b Solo se ha calculado para una tabla de 2x2.

χ^2 : chi cuadrado; gl: grados de libertad; p : nivel de significación estadística; Sig.: significación.

una disminución de 5,5 puntos de media en la carga familiar medida con el cuestionario GHQ-28 (General Health Questionnaire-28 items). En el estudio de Leal *et al.*¹⁸, obtuvieron como resultado una disminución de un 11,1% de pacientes que puntuaban dentro de lo que la escala de Zarit considera como sobrecarga.

CONCLUSIONES

Las mujeres son las que tradicionalmente asumen la tarea del cuidado del familiar enfermo en nuestra sociedad. Sería bueno conocer el comportamiento en este aspecto en otro tipo de culturas.

Existe una sobrecarga moderada o grave en un grupo importante de participantes al comienzo del programa. Se reduce la sobrecarga familiar derivada del hecho de tener que cuidar de un familiar con enfermedad mental. Ello repercute en una disminución de los niveles de ansiedad de la familia.

Por otra parte, es llamativa la importante tasa de abandono que existe en las familias de los pacientes con TMG. Como intervención de futuro, cabría realizar un estudio para valorar las causas de dicho abandono.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. París: JA Brosson; 1809.
2. Charcot JM. *Histeria*. Jaén: Ediciones del Lunar; 2003.
3. Freud S. *Obras completas de Sigmund Freud*. Madrid: Amorrortu; 2000.
4. Kraepelin E. *La demencia precoz*. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2008.
5. Medrano J. Las bodas de diamante de la clorpromazina. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012;116(32):851-66.
6. Grupo de trabajo del Observatorio de Salud Mental de la AEN. Análisis de los recursos de salud mental en España. El proceso de desinstitucionalización. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2005;93(25):55-8.
7. Valencia M, Rascón ML, Quiroga H. Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*. 2003;26(5):1-18.
8. Vallina O, Lemos S. Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*. 2000;12(4):671-81.
9. Inglott R, Touriño R, Baena E, Fernández J. Intervención familiar en la esquizofrenia: su diseminación en un área de salud. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2004;(92):9-23.
10. Arévalo J. Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estud Psicol*. 1990;(43-44):169-94.
11. Vallina O, Lemos S. Tratamientos psicológicos para la esquizofrenia. *Psicothema*. 2001;13(3):345-64.
12. Cassidy E, Hill S, O'Callaghan E. Eficacia de una intervención psicoeducativa en la mejora del conocimiento de los familiares sobre la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones. *Eur Psychiatry Ed Esp*. 2002;9:117-22.
13. Hurtado G, Roger M, Alcoverro O, López N. Una experiencia con grupos multifamiliares en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(2):120-2.
14. De la Higuera J. Psicoeducación familiar en la esquizofrenia: de los datos empíricos a la realidad clínica. *Apuntes Psicol*. 2005;23(3):275-92.
15. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.
16. Belloso JJ, García B, de Prado E. Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2000;20(73):23-40.
17. Muela JA, Godoy JF. Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia. *Psicothema*. 2001;13(1):1-6.
18. Leal I, Sales R, Ibáñez 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 Psiquiatr*. 2008;36(2):63-9.
19. Godoy J, Muela JA, Sánchez-Barrera MB, Sánchez-Huete JR, Pérez M, Marí P. Marcadores de vulnerabilidad/factores de protección en la prevención de la Esquizofrenia. *Psicol Conduct*. 1995;1(3):35-46.
20. Chuaqui J. Esquizofrenia, género, deberes sociales y participación en la familia. *Ciencias Sociales Online*. 2006;3(2):58-70.
21. Jaen Varas D, Callisaya Quispecahuana EW, Quisbert Gutiérrez HF. Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del hospital de psiquiatría "Dr. José M.ª Alvarado". *Rev Med La Paz*. 2012;18(2):21-6.
22. Franco Cid L, Alvaro Cavieles F. Efecto del programa psicoeducativo ProFamille en el grado de sobrecarga y síntomas psíquicos en familiares cuidadores de personas enfermas de esquizofrenia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2013;51(2):102-9.
23. Lauber C, Eichenberger A, Luginbühl P, Keller C, Rossler W. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2003;18(6):285-9.