

Habilidades emocionales para el cuidado de enfermos esquizofrénicos

Emotional Abilities for Schizophrenic Patients' Care Givers

Lic. Laura A. Almaguer Mederos,^I Carmen T. Barroso Pérez,^{II} Armando J. Amaro Blanco,^{III} Alexis Lorenzo Ruiz^{IV}

I Licenciada en Psicología de la Salud. Policlínico Docente Camilo Cienfuegos. San Cristóbal. Provincia de Artemisa, Cuba.

II Máster en Psicología Clínica. Profesora auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Policlínico Comunitario Santa Cruz, San Cristóbal. Provincia de Artemisa, Cuba.

III Máster en Sexualidad. Profesor auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa. Filial Universitaria Municipal "Manuel Piti Fajardo", San Cristóbal. Provincia de Artemisa, Cuba.

IV Doctor en Psicología. Profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: determinar el nivel de desarrollo de las habilidades emocionales para el cuidado que poseen cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos

Métodos: estudio no experimental, descriptivo. La muestra, no probabilística, se conformó con 31 cuidadores del San Cristóbal, Artemisa. Se recolectó información mediante el método empírico: cuestionario Habilidades Emocionales para el Cuidado del enfermo Esquizofrénico (HECE). Los datos fueron analizados mediante el método estadístico, fundamentalmente, el análisis porcentual.

Resultados: existe un predominio de niveles de desarrollo insuficiente de las habilidades emocionales, expresándose en más de la mitad de los cuidadores. El indicador que mostró resultados más satisfactorios fue el reconocimiento de las propias emociones ante síntomas y comportamientos problemáticos del enfermo y las exigencias propias de la tarea de cuidar. El indicador más deficiente fue emitir respuestas ajustadas ante las emociones y sentimientos del enfermo esquizofrénico, con mayor porcentaje de insuficiencia en casi la mitad de la muestra. Los estados emocionales negativos fueron más representativos ante los síntomas y comportamientos problemáticos del enfermo, mientras que los positivos se asociaron al cumplimiento de las exigencias de la tarea de cuidar. Las principales estrategias de autocontrol emocional fueron la búsqueda de la distracción y la racionalización positiva. Los cuidadores pueden reconocer con frecuencia los estados

emocionales de los enfermos, y la estrategia más empleada por los mismos para conseguir el control del enfermo resultó ser el apoyo emocional.

Conclusiones: Estos resultados confirmaron la importancia de potenciar el desarrollo de habilidades emocionales en estos cuidadores.

Palabras clave: cuidadores principales, enfermos esquizofrénicos, habilidades emocionales para el cuidado.

ABSTRACT

Objective: to determine the development of the emotional abilities that has the care givers of schizophrenic patients.

Methods: a descriptive, non experimental study was done. The non probabilistic sample was formed by 31 care givers from San Cristobal, Artemisa. Through the empiric method, the questionnaire about emotional abilities for schizophrenic patients 'care givers (HECE), the information was gathered. Data was analyzed through the statistical method, mainly through the porcentual analysis.

Results: there is a predominance of insufficient developing levels of emotional abilities in more than the half of care givers. The indicator that showed better results was the recognition of the own emotions and problematic behaviors as well as the proper demands of the task of taking care. The more deficient indicator was the one related to issue adjust answers before the emotions and feelings of the schizophrenic patient with a major percentage of insufficiency in almost the half part of the sample. Negative emotions were the most representative symptoms considering the patient's problematic behaviors and symptoms, meanwhile the positive symptoms were related to the achievement of the demands in the task of taking care. The main strategies of self control were distraction and positive appliance of logic. The care givers can frequently recognize the emotional states of the patients and the strategy more used to obtain the patient's control was the same emotional support.

Conclusions: these results confirmed the importance of promoting the development of emotional abilities on these care givers.

Key words: care givers, schizophrenic patients emotional abilities for taking care.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a millones de personas en todo el mundo. De acuerdo con una revisión de un centenar de investigaciones epidemiológicas, este trastorno acontece en todas las poblaciones, con una prevalencia en un rango de 0,2 a 2 % y una incidencia anual de

aproximadamente 1 por 1000.(1) Esta enfermedad es, junto a la demencia un problema prioritario de la salud mental a nivel mundial. (2)

Los pacientes con esta enfermedad tienen dificultad para dar razón o cuenta de sus propias acciones, algunos van siendo incapaces, e incluso incompetentes para cuidar de sí mismos, para adoptar sus propias decisiones, y puede llegar el momento de tener que declarar legalmente su incompetencia, de modo que sean puestos bajo el cuidado de una persona. (3)

El cuidador es, *aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de las actividades vitales o de sus relaciones sociales.* (4)

En Cuba se ha reconocido la necesidad de brindar una atención integral tanto a enfermos esquizofrénicos como a sus cuidadores, constituyendo este objetivo uno de los lineamientos de trabajo para la Psicología de la Salud hasta el año 2015 en consonancia con las Proyecciones de la Salud Cubana, (5) a tal propósito responde la presente investigación.

Los estudios sobre cuidadores tanto en el contexto internacional como nacional se han desarrollado fundamentalmente en relación con la demencia por enfermedad de Alzheimer y abordando aspectos como la sobrecarga que presentan dichos cuidadores y su perfil sociodemográfico. En este sentido la esquizofrenia como enfermedad discapacitante y las habilidades para el cuidado constituyen temas nula o escasamente abordados.

En América Latina los principales trabajos investigativos e interventivos relativos a las habilidades para el cuidado han sido llevados a cabo en Colombia, específicamente por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional. Lucy Barrer 2007, entiende las habilidades para el cuidado como *el potencial de cuidado que tiene una persona adulta que asume el rol de cuidador principal de un familiar o persona significativa que se encuentra en situación de enfermedad crónica discapacitante.* (6) El presente estudio adopta esta definición, pero entendiendo las habilidades para el cuidado como un tipo de habilidades específicas, estrechamente vinculadas a la enfermedad discapacitante de que se trate.

La situación de cuidado demanda la puesta en práctica de funciones de las diferentes esferas de la personalidad (cognitiva, afectiva y conductual) del sujeto que asume el rol de cuidador; en este sentido, hacemos la propuesta de incluir dentro de las habilidades para el cuidado *las habilidades emocionales para el cuidado.*

El tema de las habilidades emocionales para el cuidado ha sido poco tratado según las revisiones realizadas, de modo que no contamos con estudios precedentes de esta naturaleza. Existen estudios que reconocen las alteraciones emocionales como problemas de salud frecuentes en los cuidadores, (7) y se hace referencia a algunas habilidades emocionales sin llegar a delimitarlas como tal. (8) Para la definición de esta variable nos basamos en los supuestos teóricos de la inteligencia emocional, contextualizándolos en este campo.

Las *habilidades emocionales para el cuidado* son recursos de carácter afectivo que el cuidador posee y pone en práctica en el afrontamiento de las demandas y presiones que implica la situación de cuidado. Esta variable comprende indicadores relativos a las dimensiones intrapersonal e interpersonal de las habilidades emocionales.

Indicadores de la dimensión intrapersonal relativa a las propias emociones y sentimientos del cuidador:

- Reconocer las emociones y sentimientos que le generan los síntomas y comportamientos problemáticos del paciente y las exigencias propias de la tarea de cuidar.
- Identificar la frecuencia e intensidad de tales emociones y sentimientos.
- Controlar tales emociones y sentimientos.

Indicadores de la dimensión interpersonal relativa a la conducta del cuidador respecto a las emociones y sentimientos del enfermo esquizofrénico:

- Reconocer las emociones y sentimientos del paciente.
- Emitir conductas ajustadas ante dichas emociones y sentimientos.

En la presente investigación nos propusimos *determinar el nivel desarrollo de las habilidades emocionales para el cuidado que poseen los cuidadores principales de enfermos esquizofrénicos*. El planteamiento de una manera distinta de entender las habilidades para el cuidado incluyendo las habilidades emocionales y el diseño de un instrumento que permite su exploración, aportan a nuestra investigación un apreciable valor teórico y metodológico.

MATERIALES Y MÉTODO

Se trata de un estudio no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal, desarrollado en el período de enero a mayo del 2012. Del total de cuidadores de pacientes esquizofrénicos del municipio San Cristóbal, correspondiente a 186 sujetos según estadísticas del Centro Comunitario de Salud Mental, se seleccionó una muestra no probabilística, intencional de sujetos tipo de 31 cuidadores de esquizofrénicos atendiendo a los siguientes criterios muestrales:

Criterios de inclusión:

Relativos al *cuidador*:

- Reconocerse como el cuidador informal principal del enfermo esquizofrénico.
- Llevar más de un año en el desempeño del rol de cuidador del enfermo esquizofrénico.
- Residir en zonas urbanas del municipio.
- Tener disposición a participar en la investigación.

Relativos al receptor del *cuidado*:

- Funcionar bajo niveles de discapacidad seria o muy seria – según las pautas de valoración psiquiátrica de discapacidades establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las áreas específicas de funcionamiento que abarca - que fundamenten la necesidad de un cuidador.

- Ser mayor de 20 años de edad

Criterios de exclusión:

Relativos al cuidador:

- Presencia de algún trastorno mental o discapacidad.
- Ser responsable del cuidado de otra persona discapacitada.

Relativos al receptor del cuidado:

- Presentar además otro tipo de discapacidad.
- Que esté transitando por una crisis en los momentos de la aplicación del estudio.

La comprobación del cumplimiento de dichos criterios se llevó a cabo mediante la realización de una breve entrevista semi-estructurada, y apoyándonos en información ofrecida por la trabajadora social del Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM), los médicos y enfermeras de la familia y líderes formales e informales de la comunidad.

La muestra estuvo constituida por cuidadores de pacientes con esquizofrenia paranoide por ser esta la tipología más frecuente en la población; pacientes con otras tipologías no fueron suficientes para la selección de una muestra homogénea, además de no cumplir con los criterios muestrales establecidos.

Entre las características del grupo de estudio se pudo apreciar en cuanto a los enfermos que el 54.8 % de ellos perteneció al sexo masculino, y el 77.4 % se encontraban entre la juventud y la edad media de la vida. El 90.3 % llevaba más de 5 años de enfermo y solo el 9.7 % llevaba de enfermo entre uno y 5 años.

En cuanto a los cuidadores se pudo apreciar que el 90.3 % perteneció al sexo femenino, predominantemente adultas mayores con una relación de parentesco de primer grado de consanguinidad – fundamentalmente madres-, y el 51.6 % llevaba más de 15 años en el ejercicio del rol de cuidador. Más de la mitad de la muestra poseía niveles de instrucción entre primario y secundario, y el 61.3 % no poseía vínculo laboral. El 80.6 % vivía de manera permanente con el enfermo, el 93.5 % asumió la tarea de cuidar de forma voluntaria y el 90.3 % refirió buenas relaciones afectivas con el enfermo antes de asumir el rol de cuidador.

Técnicas y procedimientos

En el presente estudio se siguieron los principios éticos propios para la investigación con seres humanos. Los sujetos ofrecieron su consentimiento para la participación. Fueron informados sobre los objetivos del trabajo, sus derechos como participantes y de las garantías de confidencialidad y manejo de la información solo por personal autorizado con fines propiamente investigativos.

Para la evaluación de las habilidades emocionales para el cuidado se aplicó el cuestionario *Habilidades Emocionales para el Cuidado del enfermo Esquizofrénico (HECE)* (Anexo 1). Este

instrumento fue sometido previamente a criterio de reconocidos especialistas en Psicología y Psiquiatría (5) mediante la aplicación de un cuestionario confeccionado partiendo de los siguientes criterios:

- Razonable y comprensible: Se refiere fundamentalmente a la comprensión de los diferentes ítems a evaluar, en relación con la categoría que pretende medirse con cada uno de ellos.
- Suposiciones Básicas Justificadas e Intuitivamente Razonables: Se refiere a si existe justificación para la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento, lo cuales a su vez responde a determinadas categorías.
- Componentes Claramente Definidos: Se refiere a si cada ítem responde claramente a una categoría.
- Derivable de Datos Factibles a Obtener: Se refiere a la consideración del experto de la posibilidad de obtener información del fenómeno de estudio a partir de la respuesta al instrumento.
- Calificación e interpretación adecuada del instrumento.

Se obtuvieron buenas valoraciones de los especialistas (Anexo 2) y sobre la base de las sugerencias recibidas se realizaron modificaciones al cuestionario para su versión actual. Posteriormente se efectuó una aplicación a 10 sujetos que cumplieran con las características de la muestra, verificando que el instrumento es comprensible, su aplicación dura aproximadamente 20 minutos; los sujetos expresaron valoraciones positivas respecto al cuestionario. El instrumento no ha sido sometido a un proceso exhaustivo de validación, lo que constituye una limitación.

Descripción del cuestionario *Habilidades Emocionales para el Cuidado del enfermo Esquizofrénico (HECE)*

El instrumento posee un total de 6 preguntas en las que se abordan las dimensiones intrapersonal e interpersonal mediante indicadores específicos.

Habilidades intrapersonales:

- Reconocer las emociones y sentimientos que le generan al cuidador los síntomas y comportamientos problemáticos del paciente y las exigencias de la tarea de cuidar; explorada en la pregunta 1. Esta pregunta posee una estructura cerrada y un total de 16 incisos.

Inciso **a** explora las emociones que los cuidadores presentan ante alteraciones del pensamiento del paciente.

Inciso **b** explora las emociones que los cuidadores presentan ante las alteraciones de sensopercepción del paciente.

Inciso **c** explora las emociones que presentan los cuidadores ante las alteraciones de la esfera afectiva del paciente.

Inciso **d** explora las emociones de los cuidadores ante las alteraciones de la conducta motriz del enfermo, por defecto, tanto en la fase de acción implícita como explícita.

Inciso **e** explora las emociones de los cuidadores ante las alteraciones de conducta motriz afectada por exceso, tanto en la fase de acción implícita como explícita.

Inciso **f** explora las emociones de los cuidadores ante las alteraciones de las necesidades y los hábitos de vida.

Inciso **g** explora las emociones de los cuidadores ante las alteraciones del leguaje, por exceso, en el

paciente.

Inciso **h** explora las emociones de los cuidadores ante alteraciones del lenguaje, por defecto, en el paciente.

Inciso **i** explora las emociones de los cuidadores ante las alteraciones de la conducta social del enfermo.

Inciso **j** explora las emociones de los cuidadores ante las conductas suicidas del paciente.

Inciso **k** explora las emociones de los cuidadores ante la tarea de supervisar la medicación del paciente esquizofrénico.

Inciso **l** explora las emociones de los cuidadores ante la tarea de supervisar los hábitos de vida del paciente

Inciso **m** explora las emociones de los cuidadores ante la tarea de garantizar la seguridad personal del paciente.

Inciso **n** explora las emociones de los cuidadores ante la tarea de supervisar el comportamiento social del paciente esquizofrénico.

Inciso **ñ** explora las emociones de los cuidadores ante la tarea de responder o asumir las consecuencias de la conducta del paciente esquizofrénico.

Inciso **o** explora las emociones de los cuidadores ante la tarea de acompañar al paciente esquizofrénico a procedimientos médicos (consultas, ingresos).

- Identificar la intensidad de tales emociones y sentimientos es explorada en la pregunta 2, de estructura cerrada de escala tipo likert.
- Identificar la frecuencia de tales emociones y sentimientos, explorada en la pregunta 3, de estructura cerrada de escala tipo likert.
- Controlar tales emociones y sentimientos, explorados en la pregunta 4, compuesta por una primera parte de estructura cerrada y 4 opciones de frecuencia con la que se consigue el control emocional para que el sujeto seleccione, y un inciso (4.1) de estructura abierta para que el sujeto describa sus estrategias de control emocional.

Habilidades interpersonales:

Reconocer emociones y sentimientos en el paciente, explorada en la pregunta 5, de estructura cerrada en la que se ofrecen 4 opciones de frecuencia con las que el sujeto consigue identificar los estados emocionales del paciente.

- Emitir respuestas ajustadas a las emociones y sentimientos del paciente, explorada en la pregunta 6, de estructura abierta en la que el sujeto debe describir sus conductas ante diferentes estados emocionales del paciente esquizofrénico.

Cada pregunta se califica de manera independiente, y teniendo en cuenta la integración de estos resultados se llega a la interpretación final del instrumento.

Interpretación del instrumento:

- Desarrollo suficiente de habilidades emocionales para el cuidado: Cuando el sujeto posee las habilidades intrapersonales (medidas en las preguntas de la 1 a la 4) y las habilidades interpersonales (medidas en las preguntas de la 5 a la 6).

- Desarrollo insuficiente de habilidades emocionales para el cuidado: Cuando el sujeto posee desarrollo solo una de las habilidades o ninguna de estas.

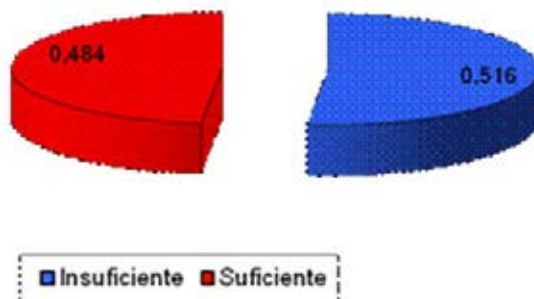
El modo de administración fue heteroaplicado. La interpretación del mismo se realizó por niveles de desarrollo suficiente, medianamente suficiente e insuficiente, que se determinan a partir de puntos de corte establecidos en la guía de calificación del instrumento.

Para el análisis de los resultados se apeló a la estadística descriptiva, específicamente a procedimientos porcentuales.

RESULTADOS

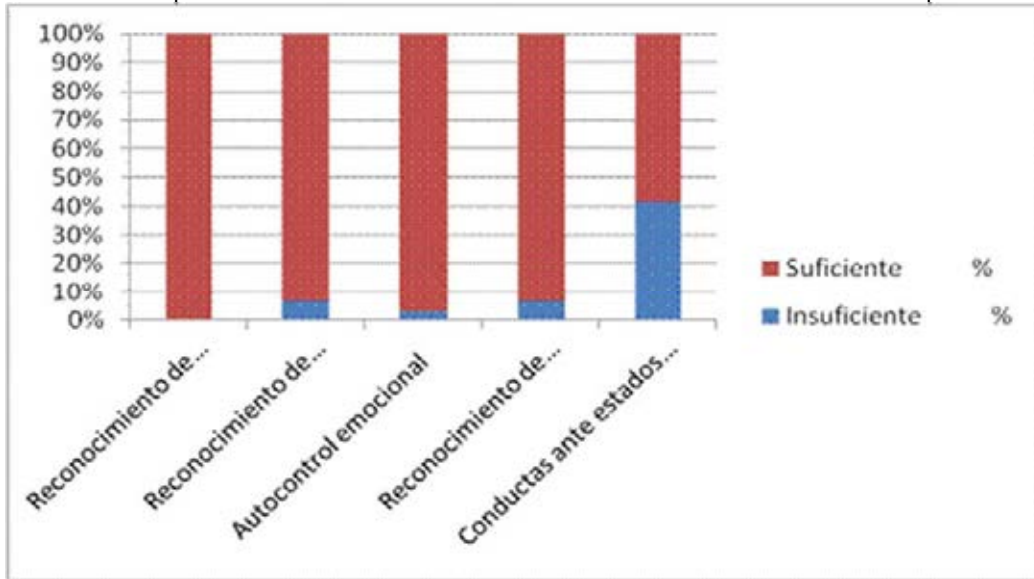
Las habilidades emocionales para el cuidado que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos se comportaron de la siguiente manera.

Gráfico 1. Comportamiento de las habilidades emocionales para el cuidado que poseen los cuidadores de enfermos esquizofrénicos



En este gráfico se refleja mayor porcentaje de sujetos con habilidades emocionales insuficientemente desarrolladas respecto a los presentaron niveles suficientes de desarrollo. Un análisis del comportamiento de los indicadores que constituyen esta variable puede aportar más información, como se puede apreciar en el siguiente gráfico.

Gráfico 2. Comportamiento de los indicadores de la variable habilidades emocionales para el cuidado



El indicador que mostró mayor insuficiencia fue el relativo a emitir respuestas ajustadas ante las emociones y sentimientos del enfermo esquizofrénico. Mayor información se obtiene analizando el comportamiento de los indicadores por las dimensiones intrapersonal e interpersonal.

Es necesario aclarar que el predominio de indicadores con nivel suficiente de desarrollo no resulta incompatible con los resultados reflejados en el gráfico anterior, en que se aprecia mayor porcentaje de cuidadores con desarrollo insuficiente de las habilidades emocionales para el cuidado; esto se explica porque para que las habilidades emocionales para el cuidado lleguen a ser consideradas con un desarrollo suficiente se hace necesario que los cuidadores posean la totalidad de habilidades evaluadas, cuando carecen de alguna de ellas no son clasificados como tal, por tanto aunque hallan muchos indicadores suficientes, el porcentaje de insuficiencia se expresa en los resultados generales de la muestra.

También es importante agregar que poseer un desarrollo insuficiente de estas habilidades no significa que se trata de un desarrollo nulo, sino que deben ser potenciadas para un mejor ejercicio de la tarea de cuidar; pues aunque un cuidador sepa reconocer muy bien sus emociones y las del enfermo que cuida, su labor se torna insuficiente si no tiene estrategias adecuadas de autocontrol o para el manejo emocional del enfermo.

Comportamiento de los indicadores de habilidades emocionales intrapersonales

En el indicador *reconocimiento de las emociones y sentimientos que generan los síntomas y comportamientos problemáticos de enfermo y las exigencias propias de la tarea de cuidar*, se pudo apreciar una tendencia a reconocer más reacciones emocionales ante los síntomas y comportamientos problemáticos del enfermo (72.2 % de las selecciones), que ante las propias exigencias de la tarea de cuidar (solo el 27.8% de las selecciones). Los estados emocionales que más sobresalieron fueron la preocupación y la tristeza.

Los estados emocionales específicos que más se asociaron a los síntomas y comportamientos problemáticos fueron: tristeza (88.4 %), lástima por el enfermo (85.9 %), enojo y agobio (ambas con 82.4 %), desaliento (80.0 %), vergüenza (78.6 %), impotencia (78.3 %), lástima de sí (77.6 %), gracia (75.0 %), miedo (72.9 %) y preocupación (64.7 %).

Los estados emocionales que más se asociaron a las exigencias propias de la tarea de cuidar fueron: satisfacción (92.9 %), alegría (84.6 %) y la indiferencia (66.7 %).

En cuanto al reconocimiento de los cuidadores sobre la frecuencia y la intensidad de la vivencia de estados emocionales asociados tanto a los síntomas y comportamientos problemáticos del enfermo como a las propias exigencias de la tarea de cuidar, se pudo apreciar una alta frecuencia de ocurrencia (casi siempre y siempre) de los estados emocionales: preocupación, tristeza, impotencia, agobio, lástima por el enfermo y miedo. Mientras que los estados emocionales vivenciados con menos frecuencia (casi nunca y nunca) fueron: indiferencia, gracia, lástima de sí, vergüenza, alegría, satisfacción y enojo.

Los estados emocionales reconocidos como más intensos fueron: preocupación (67.7 %), tristeza (54.8 %), enojo (43.5 %) y lástima por el enfermo (40.7 %). Mientras que los estados emocionales de menor intensidad fueron: gracia (100 %), indiferencia (100 %) y alegría (61.9 %).

Respecto a la capacidad que poseen los cuidadores para poder controlar los propios estados emocionales negativos asociados tanto a los síntomas y comportamientos problemáticos del enfermo como a las exigencias propias de la tarea de cuidar, se pudo apreciar una tendencia a conseguir el control emocional con una alta frecuencia (siempre o casi siempre).

Las estrategias para el autocontrol más empleadas por los cuidadores fueron:

- Búsqueda de distracción (54.8 %), relativa a la intención de encontrar alivio de los estados emocionales vivenciados negativamente en la realización de actividades de disfrute: sujeto 7: "Salgo a caminar, a conversar con mis amigas del barrio, escucho música", sujeto 27: "Me concentro en mi música, hago artesanías."

- Racionalizaciones positivas (38.7 %), relativa a la esfera cognitiva del sujeto, consiste en apelar a pensamientos y reflexiones con el objetivo de disminuir el malestar asociado a estados emocionales vivenciados como negativos: sujeto 14: "Pienso en su enfermedad, que no es así porque quiere y yo tengo que ser fuerte para ayudarlo"; sujeto 25: "Pienso en que tengo que controlarme y seguir adelante, que esto es lo que me ha tocado y tengo que enfrentarlo, ella es mi hija y yo soy lo único que tiene."

También los cuidadores reconocieron otras estrategias como:

- Estrategias de control emocional (32.3 %), relativas a la esfera afectiva del sujeto, consiste en apelar a diversas estrategias (relajación mediante respiración, desvío de la rabia...) con el objetivo de disminuir el malestar asociado a estados emocionales vivenciados como negativos: sujeto 15: "Respiro profundo, trato de

relajarme, contar hasta diez y a veces hasta mil”, sujeto 27: “Trato de relajarme pero no es fácil, a veces me tranco en el baño con una almohada y grito fuerte y eso me desahoga.”

- Uso de psicofármacos y sustancias relajantes (29.0 %), se presenta en aquellos sujetos que poseen pocas estrategias de control emocional o las que poseen ya no le son suficientes por lo cual se apoyan en este tipo de recursos: sujeto 22: “A veces tengo que tomar clordiazepóxido”, sujeto 24: “Me hago un cocimiento de tilo y me tomo un cuartico de meprobamato.”

- Intentar encontrar y erradicar la causa del malestar (16.1 %): sujeto 10: “Como esto es constante a veces uno se siente mal y no sabe ni porqué, si es por algo que pasó con el enfermo o si es por algo que uno mismo piensa, cuando me siento mal lo que hago es pensar y encontrar la causa para poder solucionarlo.”

- La supresión de los propios estados emocionales es una estrategia empleada solo por el 6.5 % de los cuidadores: sujeto 3: “Yo casi nunca me siento mal, y si me siento mal pues no me doy cuenta, y cuando no es así lo es hago es tragar en seco y seguir.”

Comportamiento de los indicadores de las habilidades emocionales interpersonales

Se pudo apreciar que los cuidadores suelen identificar los estados emocionales que presentan los enfermos con una alta frecuencia (casi siempre y siempre); sin embargo en este indicador se expresa el mayor porcentaje de insuficiencia (41.5 %).

Las *estrategias para el manejo emocional del enfermo* empleadas más frecuentemente por los cuidadores fueron:

- El apoyo emocional al enfermo (57.1 %), consiste en le acompañamiento del enfermo, ofrecerle señales de comprensión y afecto. Sujeto 11: “Cuando se siente mal trato no dejarlo solo, converso con él, estoy con él.”

- La distracción del enfermo (39.3 %), consiste en acudir a la realización de actividades con el fin de ayudarlo a superar sus estados emocionales. Sujeto 13: “Yo trato de ponerlo a hacer alguna actividad de la casa como barrer el patio o que haga algo que lo entretenga como ponerle una película de las que le gustan.”

- Intentar encontrar y erradicar la causa del malestar (14.3 %), consiste en la intención de los cuidadores de actuar sobre lo que origina el malestar del enfermo para conseguir modificaciones de sus estados emocionales. Sujeto 25: “Cuando yo noto que él se siente mal, que está distinto, pienso en lo que puede estar causándole el malestar, si es algo que pasó, que yo hice sin darme cuenta o si es algo que él solo piensa, si yo no logro darme cuenta trato de hablar con él y que él mismo me lo cuente y si es posible intento solucionarlo. Estos enfermos son así como los niños chiquitos, que siempre hay alguna causa para su malestar, yo lo que siempre trato de mantener todas sus necesidades satisfechas para estar un paso adelante”.

- La evasión (10.7 %), consiste en evitar o huir del contacto con el enfermo ante la manifestación de determinados emocionales. Sujeto 19: “Cuando se pone de mal humor, sea lo que sea, yo la dejo tranquila y espero a que se le pase a ella sola porque si no la coge conmigo”.

- El empleo de sustancias tóxicas (7.1 %). Sujeto 15: "Cuando yo veo que ella se pone de mal humor, le doy un cigarrillo, le hago café."

Es importante mencionar, que aunque las conductas del cuidador se correspondan claramente con una estrategia determinada, no necesariamente significa algo positivo en este sentido, pues los sujetos pueden desarrollar acciones con una intencionalidad positiva pero la forma de hacer ser inadecuada: Ej. Sujeto 6. "Cuando él se pone de mal humor yo le peleo, me pongo fuerte para que sepa que no se me puede ir por encima, y a veces lo amenazo con cosas que pueden suceder si hace cosas incorrectas como llevárselo la policía o ingresar en el hospital". Igualmente hay estrategias que se aproximan más a lo que es un manejo adecuado y riqueza en habilidades emocionales (apoyo emocional), mientras que otras destacan más la carencia de recursos de este tipo cuando se manifiestan de forma exclusiva (evasión, uso de psicofármacos y otras sustancias relajantes).

Estas estrategias se comportan de manera distinta en dependencia del estado emocional de que se trate: El apoyo emocional al enfermo fue más frecuente ante estados emocionales como la tristeza y la ansiedad (57.1 % y 50 % respectivamente), mientras que estados emocionales como el miedo y el genio, con una caída drástica en este último (46.7 % y 15.4 % respectivamente).

La distracción del enfermo fue más frecuente ante la tristeza y el miedo (39.3% y 20.0% respectivamente) en relación con la ansiedad y el genio (12.5% y 11.5% respectivamente).

Intentar encontrar y erradicar la causa del malestar fue más frecuente ante el genio y el miedo (34.6% y 33,3%) que ante la ansiedad y la tristeza (29,2% y 14,3%).

La evasión se comportó más frecuente ante el genio (38,5 %), y disminuyó ante el miedo, la tristeza y la ansiedad (13,3 %, 10,7 % y 8,3 % respectivamente).

La autorregulación de la propia conducta para conseguir efectos en el enfermo se manifestó ante el genio con bastante frecuencia (46,2 %) y ante la ansiedad en menor frecuencia (12,5 %).

El uso de sustancias tóxicas es una estrategia poco empleada y que se presenta exclusivamente ante la tristeza (7,1 %).

El empleo de psicofármacos y otras sustancias relajantes es igualmente poco empleada y se manifiesta exclusivamente ante la ansiedad (4,2 %).

DISCUSIÓN

No contamos con estudios de actualidad sobre el tema de las habilidades emocionales en cuidadores que nos permitan establecer comparaciones y realizar una discusión más profunda de los resultados obtenidos en nuestra investigación. En la literatura consultada sobre el tema se aprecia que varios estudios sobre cuidadores reconocen que estos son vulnerables a presentar entre sus problemas de salud más frecuentes

alteraciones psicoemocionales, y algunos han llegado a identificar estas alteraciones como uno de los factores relacionados con el estrés del cuidador. (7)

La esquizofrenia es una enfermedad en la cual abundan los problemas de conducta del paciente que suelen generar reacciones emocionales en sus cuidadores. Alvarado García A, 2006 refiere que el cuidador en cumplimiento de sus roles experimentan sentimientos que bien pueden ir desde la culpa hasta la satisfacción, así como otros sentimientos como la soledad, la tristeza, el nerviosismo, entre otros que van generando una situación problemática que impiden al cuidador ser feliz y lograr un mínimo de bienestar. (9)

Nuestros resultados también reflejaron una amplia gama de estados emocionales, con predominio negativos como la preocupación y la tristeza asociados a problemas de conducta del enfermo; mientras que otras emociones como la satisfacción fueron referidas en relación al cumplimiento adecuado del rol de cuidador en cuanto a las tareas propias del cuidado se refiere. Este fenómeno pudiera estar explicado por las valoraciones que los cuidadores realizan de su rol, y las características de ambas situaciones, pues las exigencias propias de la tarea de cuidar suelen comportarse de manera estable mientras que los síntomas son variables e impredecibles y reestructuran constantemente la situación de cuidado.

Por otra parte, el Manual "Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas", (8) también rescata el autocontrol emocional y el empleo de otras habilidades emocionales para un mejor desempeño del rol de cuidador del paciente esquizofrénico destacando que es necesario que los cuidadores aprendan a: reconocer los sentimientos negativos que acompañan los síntomas del enfermo esquizofrénico, responder más al sentimiento que al contenido que encierra las problemáticas del paciente, demostrar afecto al enfermo para un adecuado manejo de sus síntomas, ser pacientes y tolerantes y ayudar al enfermo a desarrollar el autocontrol emocional; los cuidadores deben aprender a reconocer y analizar sus propios sentimientos de temor, y vergüenza, entre otros, para evitar caer en una crisis emocional; aprender a controlar sus estados emocionales para evitar crear un clima emocional de tensión de alto riesgo para el paciente esquizofrénico.

Partiendo de estos planteamientos defendemos la importancia de potenciar en estos cuidadores el desarrollo de habilidades emocionales que les permitan un mejor desempeño del rol de cuidador. También consideramos que fomentar este tipo de recursos en los cuidadores puede constituir un factor protector para su salud mental si teniendo en cuenta que resultan particularmente vulnerables a alteraciones psicoemocionales y a vivenciar estrés en mayor o menor grado.

Los efectos del estrés pueden ser disminuidos empleando adecuadamente las competencias emocionales; pues mediante estas podemos objetivizar la influencia de los factores que determinan el estrés, relativizándolos, modificando nuestra percepción y adecuando nuestro comportamiento a unos patrones de estrés positivo. (10) Además la inteligencia emocional juega un papel importante en la capacidad adaptativa

del individuo para afrontar situaciones estresantes, y niveles altos de inteligencia emocional se relacionan con estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión y en la resolución de problemas, mientras que los niveles bajos se relacionan con estrategias basadas en la evitación, la rumiación y la superstición. (11)

Los resultados obtenidos en el estudio permiten arribar a las siguientes conclusiones:

- Existe un predominio de cuidadores con desarrollo insuficiente de las habilidades emocionales para el cuidado, expresándose en más de la mitad de los cuidadores.
- El indicador que mostró resultados más satisfactorios fue el *reconocimiento de las propias emociones ante síntomas y comportamientos problemáticos del enfermo y las exigencias propias de la tarea de cuidar*.
- El indicador más deficiente fue *emitir respuestas ajustadas ante las emociones y sentimientos del enfermo esquizofrénico*, con mayor porcentaje de insuficiencia en casi la mitad de la muestra
- Los estados emocionales negativos fueron más representativos ante los síntomas y comportamientos problemáticos del enfermo, mientras que los positivos se asociaron al cumplimiento de las exigencias de la tarea de cuidar.
- Las principales estrategias de autocontrol empleadas por los cuidadores fueron la búsqueda de la distracción y la racionalización positiva.
- Los cuidadores pueden reconocer con frecuencia los estados emocionales de los enfermos, y la estrategia más empleada por los mismos para conseguir el control del enfermo resultó el apoyo emocional.

ANEXO 1

HECE

El siguiente cuestionario pretende obtener información sobre sus reacciones emocionales ante la conducta del enfermo y demás aspectos de la tarea de cuidar. La información que ofrezca será confidencial, sea lo más sincero posible. Agradecemos de antemano su colaboración en esta investigación.

Nombre de la persona que cuida: _____

1) Marque con una X la o las opciones que se correspondan sus reacciones emocionales ante las situaciones que se ilustran como ejemplos. Si experimenta otras emociones, escríbalas en el espacio en blanco.

No está obligado a responder cuando lo que se describe no se presenta en el enfermo que usted cuida.

a) El paciente presenta alteraciones del pensamiento como: ser alguien especial con poderes económicos, religiosos, políticos o sobrenaturales; afirma que su pensamiento es controlado por factores ajenos a su persona, piensa que otras personas u organizaciones le vigilan y quieren hacerle daño; alega estar cumpliendo una misión; siempre está pensando en lo mismo y es difícil apartarlo de determinadas ideas; en su pensamiento otorga demasiada importancia a cosas que no la merecen.

___Enojo

___Satisfacción

___Agobio

<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Indiferencia	<input type="checkbox"/> Lástima de mi
<input type="checkbox"/> Gracia	<input type="checkbox"/> Lástima por el enfermo	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Desaliento	<input type="checkbox"/> Vergüenza
<input type="checkbox"/> Alegría	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> No sé identificar lo que siento
Otras _____		

b) El paciente presenta dificultades en la manera de percibirse a sí mismo y las cosas que lo rodean. Por ejemplo: sentir modificaciones en los sonidos, los colores y los sabores de las cosas; sensaciones extrañas; modificaciones en diferentes partes de su cuerpo sin que esto sea real, cambios en los objetos y las personas que no son reales; dificultades en reconocer quién es; afirma ver cosas que en realidad no existen, o escuchar voces provenientes del interior de su cabeza u otros lugares.

<input type="checkbox"/> Enojo	<input type="checkbox"/> Satisfacción	<input type="checkbox"/> Agobio
<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Indiferencia	<input type="checkbox"/> Lástima de mi
<input type="checkbox"/> Gracia	<input type="checkbox"/> Lástima por el enfermo	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Desaliento	<input type="checkbox"/> Vergüenza
<input type="checkbox"/> Alegría	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> No sé identificar lo que siento
Otras _____		

c) El paciente presenta alteraciones en sus respuestas emocionales como reaccionar de manera excesiva ante situaciones que no lo merecen, mostrar contradicción entre sus estados de ánimo y lo que sucede como reírse de situaciones tristes, hacer chistes en momentos inoportunos, cambiar frecuentemente de estado de ánimo.

<input type="checkbox"/> Enojo	<input type="checkbox"/> Satisfacción	<input type="checkbox"/> Agobio
<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Indiferencia	<input type="checkbox"/> Lástima de mi
<input type="checkbox"/> Gracia	<input type="checkbox"/> Lástima por el enfermo	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Desaliento	<input type="checkbox"/> Vergüenza
<input type="checkbox"/> Alegría	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> No sé identificar lo que siento
Otras _____		

d) El paciente manifiesta mucho desinterés, prefiere quedarse todo el tiempo en la cama, encerrado en el cuarto, permanece tiempo prolongado en posturas extrañas, se muestra rígido, inmóvil.

<input type="checkbox"/> Enojo	<input type="checkbox"/> Satisfacción	<input type="checkbox"/> Agobio
<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Indiferencia	<input type="checkbox"/> Lástima de mi
<input type="checkbox"/> Gracia	<input type="checkbox"/> Lástima por el enfermo	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Desaliento	<input type="checkbox"/> Vergüenza
<input type="checkbox"/> Alegría	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> No sé identificar lo que siento
Otras _____		

e) El paciente se muestra con demasiado interés hacia las cosas, excesiva disposición para realizar actividades, hiperactivo, agitado, realiza movimientos que no tienen una finalidad o utilidad concreta.

<input type="checkbox"/> Enojo	<input type="checkbox"/> Satisfacción	<input type="checkbox"/> Agobio
<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Indiferencia	<input type="checkbox"/> Lástima de mi
<input type="checkbox"/> Gracia	<input type="checkbox"/> Lástima por el enfermo	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Desaliento	<input type="checkbox"/> Vergüenza

Alegría Preocupación No sé identificar lo que siento
Otras _____

f) El paciente se muestra renuente a bañarse, a comer, vestirse o realizar cualquier otra actividad necesaria para su cuidado personal.

Enojo
 Miedo
 Gracia
 Tristeza
 Alegría
 Satisfacción
 Indiferencia
 Lástima por el enfermo
 Desaliento
 Preocupación
 Agobio
 Lástima de mi
 Impotencia
 Vergüenza
 No sé identificar lo que siento
Otras _____

g) El paciente habla demasiado de los mismos temas, repite las mismas ideas, habla muy alto, es grosero o dice cosas sin sentido.

Enojo
 Miedo
 Gracia
 Tristeza
 Alegría
 Satisfacción
 Indiferencia
 Lástima por el enfermo
 Desaliento
 Preocupación
 Agobio
 Lástima de mi
 Impotencia
 Vergüenza
 No sé identificar lo que siento
Otras _____

h) El enfermo se permanece la mayor parte del tiempo callado o presenta dificultades para hablar, se queda en blanco o no se comprende lo que dice.

- Enojo
 - Miedo
 - Gracia
 - Tristeza
 - Alegría
 - Satisfacción
 - Indiferencia
 - Lástima por el enfermo
 - Desaliento
 - Preocupación
 - Agobio
 - Lástima de mi
 - Impotencia
 - Vergüenza
 - No sé identificar lo que siento
- Otras _____
- _____

i) El paciente tiene comportamientos socialmente inadecuados (como deambular, pedir cosas a las personas en la calle, querer quitarse la ropa, ofender a las personas, intentar agredir o establecer cercanía de forma inadecuada, exhibicionismo sexual, entre otros por el estilo)

- Enojo
- Miedo
- Gracia
- Tristeza
- Alegría
- Satisfacción
- Indiferencia
- Lástima por el enfermo
- Desaliento
- Preocupación
- Agobio
- Lástima de mi
- Impotencia

Vergüenza
 No sé identificar lo que siento
Otras _____

j) El paciente se autoagrede.

Enojo
 Miedo
 Gracia
 Tristeza
 Alegría
 Satisfacción
 Indiferencia
 Lástima por el enfermo
 Desaliento
 Preocupación
 Agobio
 Lástima de mi
 Impotencia
 Vergüenza
 No sé identificar lo que siento
Otras _____

k) Estar pendiente de su tratamiento médico.

<input type="checkbox"/> Enojo	<input type="checkbox"/> Satisfacción	<input type="checkbox"/> Agobio
<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Indiferencia	<input type="checkbox"/> Lástima de mi
<input type="checkbox"/> Gracia	<input type="checkbox"/> Lástima por el enfermo	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Desaliento	<input type="checkbox"/> Vergüenza
<input type="checkbox"/> Alegría	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> No sé identificar lo que siento

Otras _____

l) Hacer cumplir las normas de alimentación, sueño e higiene.

<input type="checkbox"/> Enojo	<input type="checkbox"/> Satisfacción	<input type="checkbox"/> Agobio
<input type="checkbox"/> Miedo	<input type="checkbox"/> Indiferencia	<input type="checkbox"/> Lástima de mi
<input type="checkbox"/> Gracia	<input type="checkbox"/> Lástima por el enfermo	<input type="checkbox"/> Impotencia
<input type="checkbox"/> Tristeza	<input type="checkbox"/> Desaliento	<input type="checkbox"/> Vergüenza
<input type="checkbox"/> Alegría	<input type="checkbox"/> Preocupación	<input type="checkbox"/> No sé identificar lo que siento

Otras _____

m) Estar pendiente de su seguridad personal (ocurrencia de accidentes, intentos suicidas).

Enojo Satisfacción Agobio
 Miedo Indiferencia Lástima de mi
 Gracia Lástima por el enfermo Impotencia
 Tristeza Desaliento Vergüenza
 Alegría Preocupación No sé identificar lo que siento
Otras _____

n) Supervisar su comportamiento social.

Enojo Satisfacción Agobio
 Miedo Indiferencia Lástima de mi
 Gracia Lástima por el enfermo Impotencia
 Tristeza Desaliento Vergüenza
 Alegría Preocupación No sé identificar lo que siento
Otras _____

ñ) Responder por el comportamiento del paciente en caso de ser necesario (Ej. ante personas o autoridades legales).

Enojo Satisfacción Agobio
 Miedo Indiferencia Lástima de mi
 Gracia Lástima por el enfermo Impotencia
 Tristeza Desaliento Vergüenza
 Alegría Preocupación No sé identificar lo que siento
Otras _____

o) Acompañar al paciente a las consultas con el psiquiatra u otros especialistas, así como estar a su lado en períodos de crisis y hospitalización.

Enojo Satisfacción Agobio
 Miedo Indiferencia Lástima de mi
 Gracia Lástima por el enfermo Impotencia
 Tristeza Desaliento Vergüenza
 Alegría Preocupación No sé identificar lo que siento
Otras _____

2) Marque con una X la frecuencia con que presenta las siguientes reacciones emocionales ante la conducta del paciente y las demandas de la tarea de cuidar.

Emociones	Nunca	Casi nunca	En algunas ocasiones	Casi siempre	Siempre	No sé precisar
Enojo						

Miedo						
Gracia						
Indiferencia						
Tristeza						
Satisfacción						
Alegría						
Lástima por el enfermo						
Lástima de mí						
Desaliento						
Agobio						
Impotencia						
Preocupación						
Vergüenza						
Otra						

3) Marque con una X la intensidad de sus reacciones emocionales ante la conducta del paciente y las demandas de la tarea de cuidar.

Emociones	Muy intenso	Medianamente intenso	De baja intensidad	No sé precisar
Enojo				
Miedo				
Gracia				

Indiferencia				
Tristeza				
Satisfacción				
Alegría				
Lástima por el enfermo				
Lástima de mí				
Desaliento				
Agobio				
Impotencia				
Preocupación				
Vergüenza				
Otra				

4) Marque seleccionando con una X la opción que más se corresponda con la frecuencia que consigue controlar sus reacciones emocionales ante la conducta del paciente y la tarea de cuidar.

- Nunca logro el control.
- Casi nunca logro el control.
- Logro el control en algunas ocasiones.
- Casi siempre logro el control.
- Siempre logro el control.

4.1- En dependencia de su respuesta, escriba en el espacio en blanco las estrategias que emplea para conseguir su control emocional. Intente expresar la mayor cantidad de estrategias (modos de actuar) posibles entre las empleadas por usted.

5) ¿Puede usted reconocer las emociones negativas (tristeza, nerviosismo, miedo, preocupación...) de la persona que cuida? Marque con una X la respuesta que más se corresponda en su caso.

- Nunca reconozco sus emociones negativas.
- Casi nunca reconozco sus emociones negativas.
- Reconozco sus emociones negativas en algunas ocasiones.
- Casi siempre reconozco sus emociones negativas.
- Siempre reconozco sus emociones negativas.

6) A continuación aparecen algunas reacciones emocionales que puede vivenciar su paciente. Escriba brevemente en el espacio en blanco su comportamiento como cuidador ante las mismas.

Tristeza. _____

Nerviosismo. _____

Preocupación. _____

Miedo. _____

Genio. _____

Otras:

Guía para la calificación del cuestionario de habilidades emocionales del cuidador.

Pregunta 1:

1. **Posee la habilidad:** Reconocimiento de al menos una emoción en al menos 11 de los incisos que se ofrecen.
2. **No posee la habilidad:** No alcanzar el reconocimiento de emociones en el total de incisos establecido.

Pregunta 2:

1. **Posee la habilidad:** Reconocimiento de la frecuencia con que experimenta determinados estados emocionales en al menos 10 de las 14 opciones que se ofrecen.
2. **No posee la habilidad:** No alcanzar el reconocimiento de la frecuencia en el total de opciones establecido.

Pregunta 3:

1. **Posee la habilidad:** Reconocimiento de la intensidad de sus estados emocionales en al menos 10 de las 14 opciones que se ofrecen.

2. **No posee la habilidad:** No alcanzar el reconocimiento de la intensidad en el total de opciones establecido.

Pregunta 4:

Posee la habilidad: Cuando el sujeto selecciona las opciones correspondientes en las que el sujeto reconoce las emociones negativas del enfermo siempre y casi siempre y en el inciso 4.1 solo ofrece respuestas en función de estrategias acertadas para el control emocional (apelar a la utilización de recursos externos – actividades que ayuden a distraer la atención como irse del lugar por unos minutos, escuchar música, conversar con alguien...- y recursos internos- reflexionar sobre las causas reales del malestar, interrumpir el flujo de pensamientos que refuercen el estado emocional negativo... Se acepta la utilización de estrategias combinadas.)

También se tendrán en cuenta las respuestas ofrecidas en la pregunta 2, en que deben predominar las opciones de **Nunca** o **Casi nunca** y **En algunas ocasiones**, al menos en los estados emocionales de: tristeza, enojo, nerviosismo, agobio y desaliento.

No posee la habilidad: Cuando el sujeto logra el control emocional nunca, casi nunca o solo en ocasiones; o cuando existe inconsistencia entre el marcado de una respuesta afirmativa apoyada en argumentos que expresen el empleo de estrategias inadecuadas para el control emocional o a la ausencia de estrategias en el sujeto en el inciso 4.1.

Pregunta 5:

1. **Posee la habilidad:** Cuando el sujeto reconoce las emociones negativas del enfermo casi siempre o siempre.
2. **No posee la habilidad:** Cuando el sujeto reconoce las emociones negativas del enfermo nunca, casi nunca o solo en ocasiones.

Pregunta 6:

1. **Posee la habilidad:** Expresión de conductas orientadas hacia el apoyo emocional del paciente y la consecución de un equilibrio emocional en el mismo.
2. **No posee la habilidad:** Respuestas en las que se aprecie la ausencia de intencionalidad de apoyo y consecución del equilibrio emocional del paciente, o cuando se aprecien inconsistencias entre la intencionalidad y la conducta propiamente dicha.

Interpretación final.

Desarrollo suficiente de habilidades emocionales para el cuidado: Cuando el sujeto posee las habilidades intrapersonales (medidas en las preguntas de la 1 a la 4) y las habilidades interpersonales (medidas en las preguntas de la 5 a la 6)

Desarrollo insuficiente de habilidades emocionales para el cuidado: Cuando el sujeto posee solo una de las habilidades o ninguna de estas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caqueo Urizar A, Lemos Giralde S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana [Internet]. Revista Psicothema. 2008 [consultado 20 Agos 2011]: 20(4): 577-82. Disponible en: <http://www.psycothema.com>.
2. Mesa Castillo S. Aspectos biopsicosociales de la esquizofrenia [Internet]. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2010 [consultado 23 Jun 2011]: 7(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph10110.html>.
3. Montero Rodríguez M, Faure Vidal A, Fleites Mesa N, Rodríguez Cerero I. Caracterización de los cuidadores de pacientes con esquizofrenia [Internet]. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. 2010 [consultado 23 Jun 2011]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0310/hph01310.html>.
4. Castilla A, López M, Chavarrá V, Sanjun M, Canut P, Martínez M, Cáceres J.M. Carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos con tratamiento ambulatorio [Internet]. 1998 [consultado 21 Agos 2011]. Disponible en: <http://es.scribd.com/ommalagon/d/36133731-La-Carga-Familiar-en-La-Esquizofrenia>
5. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el año 2015. Material editado por el Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. La Habana; 2010.
6. Barrera Ortíz L, Blanco de Camargo L, Figueroa Ingrid P, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. Habilidades de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Mirada internacional [Internet]. 2006 [consultado 4 Agos 2011]. Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74160104.
7. Villafuerte Asto L. Consecuencias psicosociales en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Propuestas para elevar su calidad de vida [Internet]. 2009 [consultado 25 Agos 2011]. Disponible en: www.livia-servicios-sociales.blogspot.com/.../cuidados-del-cuidador-de-personas-dependientes/html
8. Rebolledo Moller S, Lobato Rodríguez M. Cómo afrontar la esquizofrenia, una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas [Internet]. 2005 [consultado 28 Jun 2008]. Disponible en: https://www.pfizer.es/salud/servicios/publicaciones/afrontaresquizofreniauna_guia_familiares_cuidadores_personas_afectadas.html
9. Alvarado García A. Adquiriendo habilidad en el cuidado: "De la incertidumbre al nuevo compromiso" [Internet]. 2006 [consultado 25 Agos 2011]. Disponible en: www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2361986
10. Inteligencia emocional y estrés [Internet]. [consultado 5 Sept 2001]. Disponible en: www.buenastareas.com/
1. Martínez A, Piqueras J, Inglés C. Relación entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés [Internet]. [consultado 7 Oct 2011]. Disponible en: www.reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6/pdf_

Recibido: 11 de diciembre de 2013.

Aceptado: 25 de marzo de 2013.

Alexis Lorenzo Ruiz. Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: alexis.lorenzo@psico.uh.cu