



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL. CÓMO CUIDAR AL CUIDADOR Y A NOSOTROS MISMOS.

*Fornés Vives, Joana.

*Catedrática de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental. Universitat de les Illes Balears. Mallorca.

Palabras clave: Salud mental, cuidador, autocuidado.

RESUMEN

Los estilos de vida, los avances en el desarrollo científico-técnico y el tipo de organización de la asistencia sanitaria actuales, han propiciado que en la sociedad de nuestros días existan cada vez más enfermos crónicos con cuidado compartido entre cuidadores formales e informales. Dentro de las patologías crónicas, la enfermedad mental es quizá una de las más numerosas con estas características. El cuidado de una persona con problemas de salud mental supone un desgaste económico, psíquico y personal importante para aquellas personas responsables de su cuidado.

Debido a estas premisas, en el presente trabajo se analizan algunas de las principales causas relacionadas con el desgaste personal y emocional de los cuidadores de enfermos mentales y se aportan sugerencias para contribuir no sólo en el cuidado del paciente sino también en el de sus cuidadores.

1. INTRODUCCIÓN

Una situación de enfermedad afecta no sólo a la persona que la sufre, sino también a todas aquellas que tienen algún vínculo con ella (familia, amigos e incluso profesionales). El pensamiento que de ella se tenga, las emociones que desencadene y los recursos puestos a prueba para afrontarla modificarán (en distinta medida e intensidad), no sólo la situación de la persona enferma sino también la del resto de cuidadores: formales (profesionales sanitarios) e informales (familia u otras personas).

La enfermedad mental, quizás por sus formas de manifestarse o por el pronóstico frecuente de cronicidad, suele ser una de las que más sentimientos negativos genera: temor o ansiedad ante la imprevisibilidad de las respuestas, falta de habilidades para afrontarlas eficazmente, ausencia de recursos humanos o materiales para cuidarla, escasa disponibilidad de recursos sociosanitarios, etc. Ello hace que con relativa

frecuencia se presenten en sus cuidadores síntomas de cansancio físico, agotamiento emocional y sentimientos de culpabilidad que desgastan sus capacidades y repercuten negativamente en la salud de las personas implicadas y en el pronóstico de la misma enfermedad.

Este trabajo pretende poner de manifiesto primero, cómo algunos factores relacionados con la presencia de enfermedad mental repercuten negativamente en la salud de los cuidadores, considerando como tales los informales (especialmente la familia) y los formales (profesionales de la salud, en nuestro caso, enfermería). En segundo lugar, se tratará de aportar algunas sugerencias para mejorar las formas de tratar y afrontar este tipo de enfermedades y sus consecuencias.

2. CUIDANDO A LA FAMILIA

La presencia de enfermedad o discapacidad (especialmente si es crónica) en un miembro de la familia produce un desgaste físico y emocional como resultado de los múltiples factores de estrés a los que afrontar. Algunos de los factores responsables de este desgaste son la sobrecarga de trabajo que supone la enfermedad y la falta de información o preparación para afrontar las situaciones que provoca. Las consecuencias de estas situaciones pueden verse agravadas cuando en el seno familiar existen estilos de comportamiento con niveles elevados de ansiedad y escasas habilidades para resolverla. A continuación analizaremos brevemente estos factores y algunas formas de afrontarlos para obtener un mejor cuidado familiar.

2.1.- Sobrecarga familiar

Los efectos de la sobrecarga sobre la familia se presentan de diversas formas. Hay consecuencias en cierto modo tangibles, objetivas o apreciables desde fuera (aislamiento, irritabilidad), y otras subjetivas (sentimiento de vergüenza, culpabilidad, miedo), provocadas muchas veces por el impacto de la enfermedad en los familiares.

Entre las causas de la sobrecarga más objetivas y notables, que a su vez constituyen factores de desgaste, podemos destacar ¹:

- *Gran inversión de tiempo del familiar/es cuidador.* Este hecho hace que a menudo tengan que reducirse las actividades lúdicas o de entretenimiento para dedicar el tiempo a la persona enferma o a sus necesidades. La persona reduce sus entretenimientos y asiste a menos lugares de recreo, pero también recibe menos respuestas o intercambios de las personas que le rodean. La consecuencia más directa de este factor es el *aislamiento*. Este aspecto puede ser una causa de *aparición de conflictos*, especialmente para aquellos cuidadores que perciben su situación de cuidado como muy demandante ².
- *Alteración de la rutina diaria.* La causa de la enfermedad mental puede determinar un cambio de domicilio, bien de la persona afectada o del cuidador. Otras veces, lo que cambia es la distribución de los enseres de la casa o la realización de las tareas, lo cual puede suponer una sobrecarga para el cuidador. Estos cambios no siempre son bien aceptados y muchas veces son causa de *rechazos y descontento*, lo cual a la larga puede desencadenar sentimientos de culpa.
- *Deterioro de la economía.* Este hecho no sólo aparece por el mayor coste de la enfermedad en sí, sino que muchas veces es debido a la necesidad de que uno de los miembros de la familia ocupe el rol de cuidador y tenga que dedicar parte

o la totalidad de su horario laboral a esta función, con lo que la economía familiar también puede verse considerablemente mermada y provocar *restricciones* no deseadas.

Tabla 1. Sugerencias para minimizar la sobrecarga y hacer más llevadera la enfermedad de un familiar.

- **Pedir ayuda (física y emocional) a:**
 - Familiares más directos**
 - Familiares indirectos,**
 - amistades, ...**
 - Servicios socio-sanitarios (ejemplo: profesionales sanitarios, trabajadores sociales, etc.)**
- **Pedir ayuda económica:**
 - Repartición de gastos entre familiares**
 - Hacer uso de los servicios de la Administración**
- **Mantener el máximo posible las actividades rutinarias. El no hacerlo genera rabia y culpabilización hacia la persona enferma y a veces es causa de agresividad.**
- **Acudir a centros o asociaciones de familiares, para compartir experiencias y encontrar apoyo emocional e información, especialmente sobre estrategias o recursos utilizados en situaciones similares.**

2.2.- Falta de información / preparación

La falta de información sobre la enfermedad, la forma/s de manifestarse y las actitudes a seguir para ayudar al enfermo crea gran angustia en los familiares además de actitudes erróneas.

Ante la falta de información oportuna, muchas veces las actuaciones de los familiares están guiadas más por la “supuesta presión social” (el que dirán) que por las necesidades reales de la persona enferma o por la actitud más adecuada hacia su comportamiento. Estas actitudes, conducen a comportamientos poco favorecedores para la compensación del enfermo, como por ejemplo:

- ***Sumisión ante las demandas del enfermo.*** Especialmente suele darse cuando el paciente presenta agresividad y el familiar para no contradecirle cede ante sus exigencias. Paradójicamente, la actitud de sumisión refuerza aún más la agresividad.
- ***Abandono de la atención o control de las manifestaciones del enfermo.*** Suele ocurrir cuando el familiar desiste de seguir controlando las manifestaciones psicopatológicas después de un tiempo haciéndolo. Esta actitud puede responder al agotamiento o bien a sentimientos de inseguridad, desmotivación ante la ausencia de mejoría, etc.

- **Actitud impositiva.** Aparece cuando el familiar pretende resolver por la fuerza las dificultades que crea el enfermo. Aunque en algunas ocasiones puede ser deseable esta actitud (ej. cuando el paciente no quiere tomar la medicación), no suele tener resultados satisfactorios para ninguna de las dos partes. El familiar se agota y siente culpabilidad y remordimientos y el paciente se muestra menos colaborador.
- **Proteccionismo.** Se da en aquellos familiares que piensan que sólo ellos pueden atender con el debido decoro al enfermo y que otros no tendrán en cuenta sus carencias e imperfecciones. Con esta actitud se aumenta más la sobrecarga personal y se dificulta la independencia del enfermo.

Tabla 2. Sugerencias para minimizar los efectos de los problemas de información en familiares de enfermos mentales.

- **Proporcionar información real y adecuada a la familia respecto a la enfermedad: formas de manifestarse, tratamiento, forma de administrarlo, posibles efectos secundarios, formas de neutralizarlo, etc.**
- **Enseñar a poner límites a las exigencias del paciente, sin ansiedad o agresividad.**
- **Aconsejar mantener la atención/ control sin angustiarse. Observar y transmitir, a veces es suficiente, además de ser de una gran ayuda para los profesionales.**
- **Explicar la importancia de intentar convencer al paciente razonando, pensar que su actitud forma parte de la patología. “Enseñar a través de modelado”.**
- **Informar de los recursos comunitarios a los que puede acudir para solicitar ayuda (Centros de día, asociación de familiares, personal socio-sanitario, ...) con el fin de poder sostener el nivel de cuidado**
- **Dejar siempre una puerta abierta para la seguridad de las familias, esta puede ser a través de un número de teléfono, correo electrónico, o bien informándole que acuda al centro/unidad cuando lo necesite.**

2.3.- Ansiedad del entorno y alta emoción expresada (EE)

Los estados de ansiedad son fácilmente transmisibles entre las diferentes personas que conviven y la familia, no es una excepción. Cuando esta ansiedad está presente en los familiares del enfermo, puede ser causa de mayor desasosiego y descompensación, especialmente, en los enfermos psiquiátricos. Hay estudios que demuestran que los esquizofrénicos son vulnerables a dos tipos de estrés:

- El agudo, representado por los acontecimientos vitales (AV)
- El crónico, cuyo principal agente sería la EE familiar

Estos tipos de estrés son equivalentes en sus efectos sobre el paciente. De ambos por separado, puede protegerse el paciente por medio de la medicación; pero no de la combinación de los dos.

Algunos aspectos relacionados con el estrés y la EE que pueden contribuir a la mejora o recaída de los enfermos psiquiátricos son: la actitud de los familiares ante la

toma de medicación, el tipo de relaciones sociales mantenidas, y el estrés ambiental o familiar.

- **Toma de medicación.** Está de sobra demostrado que el incumplimiento de la medicación está relacionado con las recaídas, para evitarlo, la familia puede jugar un papel importante. No solamente es de gran ayuda el control y apoyo para su administración, sino también la predisposición de la familia hacia este tipo de tratamiento. Parece ser que una actitud positiva ante la medicación se considera una variable que debilita la influencia del estrés ambiental y evita recaídas.
- **Relaciones sociales.** Se dice que el enfermo esquizofrénico es extremadamente sensible al ambiente social y que al asociarse la presencia de AV con alta EE, el nivel de activación psicofisiológica desborda fácilmente al enfermo y se descompensa. Por este motivo se considera que el aislamiento social del paciente puede ser protector ³ pero si es excesivo, puede provocar un retroceso en la evolución de la enfermedad y su pronóstico. En cualquier caso, hay que entender que es mejor un apoyo social elevado (aunque implique aislamiento) que un contacto social elevado.
- **Estrés ambiental.** Se ha demostrado que el riesgo de recaídas aumenta con la presencia de AV, incluso hay estudios que muestran que un ambiente familiar estresante, afectivamente negativo, aumenta este riesgo hasta cuatro veces. Falloon et al. ⁴ encontraron relación importante entre un estilo afectivo negativo y recaídas. Uno de los aspectos que hace realmente estresante el clima familiar es la alta EE. Se ha demostrado que los enfermos cuyos familiares son de alta EE no reciben de ellos apoyo social sino críticas, hostilidad y emociones exageradas de protección, culpabilización y aflicción. En este sentido, un estudio de Muela y Godoy ⁵ realizado en Andalucía demuestra que los pacientes que más tiempo llevan enfermos y los que más veces han sido ingresados son los que sufren mayores muestras de hostilidad por parte de sus familias.

Entre las características de los familiares con alta EE, se encuentra la tendencia a ser socialmente osados, extravertidos, ansiosos, vigilantes e independientes. Como consecuencia, poseen menor capacidad de afrontamiento de crisis, se muestran más preocupados y más angustiados, recalcan el impacto del episodio psicótico más sobre sí mismos que sobre el paciente y culpabilizan al enfermo de su comportamiento, no considerando que los cambios en su conducta sean consecuencia de “algo” sino más bien una intensificación de defectos previos.

Contrariamente, las familias de baja EE se caracterizan por ser reservadas, introvertidas, relajadas, acomodaticias y confiadas. Muestran una mejor predisposición hacia el enfermo, son más tolerantes, afrontan los incidentes con más calma y consideran que la conducta del paciente es debida a la enfermedad.

En base a los motivos anteriormente expuestos, se considera que el control de la EE tiene un gran valor en el campo de la esquizofrenia, no sólo por ser el mejor predictor de recaídas, sino también, por permitir una intervención psicológica directa en la familia del esquizofrénico: reduciendo el nivel de EE se consigue una mejoría del enfermo (sufre menos recaídas) y un mejor clima emocional familiar (disminuyen las críticas, la hostilidad y la sobreimplicación emocional).

Tabla 3. Sugerencias para reducir la Emoción Expresada (EE) o minimizar sus efectos en los familiares de enfermos o cuidadores.

- **Dejar cierta libertad a la persona enferma sin dejar de vigilarla. Con ello se refuerza su independencia a la vez que se siente apoyada.**
- **Tolerar sus rutinas y sus “manías”. Comprender que a veces las necesita para su seguridad.**
- **Pensar que gran parte de su actitud y comportamiento se debe a su enfermedad y no a causas conscientes.**
- **No culpabilizarse por el problema del paciente, aunque se crea que puede tener origen genético.**
- **Respetar los tiempos del paciente para realizar sus actos. Entender que tanto la propia enfermedad como el tratamiento (a veces), condicionan los tiempos de respuesta, así como la constancia en las tareas.**
- **Aprender a controlar los propios impulsos. Pensar que la ansiedad se transmite y que la actitud del familiar es a veces un modelo de comportamiento.**

3. CUIDÁNDONOS A NOSOTROS MISMOS

Cuidarse a uno mismo es requisito (casi) imprescindible para poder cuidar oportunamente a los demás y, en enfermería, esto no es una excepción ⁶. Cuando la persona está bien consigo misma y su propio cuerpo, puede decirse que está en las mejores condiciones para ayudar a los demás. Además de la salud física, entre los principales aspectos a tener en cuenta para el cuidado de uno mismo se encuentran: el ajuste emocional, el conocimiento (profesional y del medio) y las habilidades (para desarrollar una labor eficaz y una prevención/afrontamiento efectivo de conflictos o problemas).

3.1.- Ajuste emocional

Es uno de los mejores seguros de salud personal, especialmente desde el punto de vista psicológico. Un buen ajuste emocional implica, sobre todo, el conocimiento de uno mismo y el dominio o control de los impulsos.

Tal como pregonaba Sócrates __“conócete a ti mismo”__ el conocimiento de uno mismo suele ser una piedra clave para un buen ajuste emocional. Este conocimiento implica una atención continua a los propios estados internos. Los psicoanalistas lo llaman “ego observador”, es como estar acompañado de un segundo yo, un observador neutral que nos mira y advierte con desapasionada curiosidad de nuestros desasosiegos. Para conocernos, es necesario prestar atención a este segundo yo y ser consciente de nuestros estados de ánimo así como los pensamientos relacionados con estos estados. En otras palabras, podría decirse que la conciencia de uno mismo consiste en reconocer los puntos fuertes y las debilidades de cada uno y contemplarse bajo una perspectiva positiva pero realista.

Respecto al conocimiento de uno mismo y su relación con los estados emocionales, Goleman ⁷ describe tres tipos de personas:

a) *Las personas atrapadas en sus emociones*, suelen sentirse *desbordadas* por éstas, incapaces de escapar de ellas. No suelen ser muy conscientes de sus sentimientos, y esa misma falta de perspectiva les hace sentirse abrumados y perdidos en las emociones y en consecuencia, sienten que no pueden controlar su vida emocional.

b) *Las personas que aceptan resignadamente sus emociones*. Son personas que si bien suelen percibir con claridad lo que están haciendo, también tienden a aceptar pasivamente sus estados de ánimo y, por ello *no suelen tratar de cambiarlos*, aunque estos estados de ánimo sean negativos.

c) *La persona consciente de sí misma* suele ser una persona con claridad emocional, autónoma y segura de sus propias fronteras (personas psicológicamente sanas); personas que cuando caen en un estado emocional negativo, no le dan vueltas obsesivamente y, en consecuencia, no tardan en salir de él. Su atención les *ayuda a controlar sus emociones*.

3.2.- *Afrontamiento eficaz de acontecimientos vitales*

Los diferentes acontecimientos que ocurren en la vida diaria de las personas pueden alterar la capacidad de respuesta a los diferentes problemas y situaciones, y a la larga, influyen en la salud y bienestar personal. Aprender a afrontar estos acontecimientos puede ser una pieza clave para minimizar sus efectos. Para este afrontamiento existen estrategias o formas generales y otras específicas.

3.2.1.- *Afrontamiento General:*

- *Canalizar la tensión por vías adaptativas*. Existen varias formas de canalizar la tensión, una de las más recomendables es la práctica del ejercicio físico. El más indicado suele ser de tipo aeróbico realizado 3-4 veces por semana durante 30-45 minutos ⁸.
- *Respiración controlada y relajación muscular*. Facilitan la descarga de tensión mejorando el aporte de oxígeno a diferentes órganos diana ⁹. La mayoría de estos programas son utilizados de manera individual o conjunta y han demostrado su eficacia debido a la facilidad para ponerlos en práctica y los pocos requisitos exigidos para ello. Además permiten a la persona tomar consciencia de su estado corporal y activar ciertos comportamientos al percibir tensión.
- *Expectativas realistas*. Ajustadas a tiempo disponible y capacidades personales. Cuando las expectativas no son realistas provocan frustración y ésta es causa habitual de tensión y agresividad ¹⁰, la cual puede manifestarse en el plano físico o verbal.
- *Pensamiento racional*. Consiste en utilizar un pensamiento realista y adaptado a las situaciones y exigencias del entorno. Esta técnica se basa en la premisa que gran parte de la tensión y el estrés de nuestra vida diaria procede de nosotros mismos, de nuestros propios pensamientos ^{8, 11}. En general, los pensamientos que provocan estrés suelen presentarse de forma automática y tienden a dramatizar. A menudo se expresan en términos de exigencia como por ejemplo “habría de ...”, “tendría que ...”, “debería ...”. Habitualmente, estos pensamientos filtran la información de manera que la persona suele quedarse con la parte negativa o tienden a ver las cosas desde extremos o polos opuestos.

Algunas formas habituales de pensamiento irracional (no adaptativo) presentes en los cuidadores, causa de importantes estados de tensión y malestar son: El filtraje, la polarización, la personalización, la falacia de cambio y la culpabilidad. Debido a la importancia que tienen estos pensamientos para el ajuste emocional y la salud personal, en la tabla 4 se exponen algunas sugerencias para modificarlos y transformarlos en pensamientos más adaptativos y menos generadores de estrés.

El filtraje. Consiste en tomar los detalles negativos de una situación y magnificarlos, sacándolos de contexto; mientras que no se filtran los positivos. Son pensamientos que generalmente incluyen palabras o frases del tipo: “Es terrible...” (ej. Es terrible que esto tenga que pasarme a mí), “No puedo soportar... resistir” (ej. No puedo soportar su actitud), “Es horroroso...”, etc.

La polarización. Se tiende a ver o percibir cualquier cosa de forma extremista (blanco-negro, bueno-malo...). El mayor riesgo de este tipo de pensamiento reside en la evaluación que hacemos de las personas y nosotros mismos, de manera que si no somos perfectos o brillantes podemos evaluarnos como fracasados o imbéciles. Cuando realmente, las cosas no son siempre blancas o negras, las personas no son buenas o malas, etc. sino que pueden existir varios matices intermedios.

La personalización. Otra forma poco adaptativa de pensamiento es la que consiste en la tendencia de relacionar algo del ambiente consigo mismo. El error básico de este pensamiento es que se interpretan gestos, miradas, conversaciones, etc. como algo dirigido a uno mismo, siendo utilizados como una pista para analizarnos y valorarnos. Por ejemplo, cuando un cuidador/a observa en el paciente la ausencia de contacto ocular o la no respuesta a una pregunta, puede pensar que está disgustado con él/ella, que está realizando mal su trabajo, etc.

La falacia de cambio. La base de este pensamiento radica en que la persona se encuentra mal consigo misma. Consiste en creer que los demás cambiarán para adaptarse a nosotros si les presionamos lo suficiente. Desde esta postura, puede intentar presionarse tanto al paciente como a otros cuidadores o familiares para que cambien algunas de sus actitudes o conductas. Como generalmente las estrategias que se utilizan para cambiar a los otros incluyen técnicas aversivas del tipo: echarles la culpa, exigirles, ridiculizarles, etc. no suelen tener el efecto deseado sino más bien lo contrario, es decir, la otra persona se siente atacada o cohibida y no cambia en absoluto. Olvidamos que cuando una persona trata de obligar a los demás a cambiar, está pidiendo que sean diferentes para que ella pueda ser feliz.

La culpabilidad. Es la tendencia a responsabilizar a otros de elecciones y decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad o bien, culpabilizarnos de hechos que nos son de nuestra incumbencia. El mayor riesgo de este tipo de pensamiento es el juicio que hacemos sobre las personas y nosotros mismos y atribuir los errores o fracasos a causas personales cuando en realidad pueden ser totalmente ajenas.

Tabla 4. Formas habituales de pensamiento irracional en cuidadores de enfermos y forma de modificarlos.

Pensamiento irracional (desadaptativo)	Pensamiento adaptativo
FILTRAJE	Pensar en términos de deseo. Ejemplo: “Desearía que ...”
POLARIZACIÓN	Pensar en probabilidades o porcentajes.

	Ejemplo: “¿Qué probabilidad existe de que esto sea como yo pienso?”
PERSONALIZACIÓN	Plantearse si existen pruebas que confirmen nuestras conclusiones.
FALACIA DE CAMBIO	Pensar que la felicidad depende de cada uno y no de cómo se comporten los demás.
CULPABILIDAD	Pensar que cada uno es responsable de sus propios actos.

3.2.2.- Afrontamiento Específico:

Varía en función de la causa o factor que provoque la tensión, estrés, desequilibrio o malestar. Dos de los principales factores que ocasionan estrés y malestar en el trabajo son: La sobrecarga y el clima laboral disfuncional.

Sobrecarga de trabajo. Las principales causas en el ámbito laboral suelen estar relacionadas con:

- Preparación insuficiente para responder a las demandas
- Demandas de usuarios y profesionales
- Expectativas no realistas
- Mala organización del trabajo

Clima laboral disfuncional. Actualmente es considerado uno de los factores que más contribuyen al desgaste profesional. Su presencia afecta a más de 12 millones de europeos y es fuente de algunas enfermedades o cuadros emergentes en el ámbito de la salud laboral como por ejemplo: el *burnout* o el *mobbing*^{12, 13}, ambos considerados por la OMS como factores de riesgo psicosociales.

Sobrecarga de trabajo	Clima laboral disfuncional
<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la competencia profesional. • Rediseñar la realización de tareas • Marcarse objetivos reales y factibles • Organizar / Planificar el tiempo de manera eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Creer en uno mismo y sus capacidades. • Fomentar la estima personal • Ser coherente y riguroso en las actuaciones. • Fomentar la asertividad • Pensar que en los problemas suele haber más de una persona implicada. • Fomentar y cuidar redes de apoyo social y emocional.

4. CONCLUSIONES

No hay duda que los cambios organizativos en la salud han supuesto varias mejoras pero también repercusiones negativas sobre los agentes proveedores. Así, el desarrollo de tratamientos comunitarios de las enfermedades mentales crónicas, ha supuesto una mayor implicación de los familiares cuidadores de los pacientes pero también una sobrecarga para ellos, lo cual afecta negativamente a su propia salud mental.

En cuanto a los profesionales, son precisamente las nuevas exigencias laborales y los estilos competitivos, los más relacionados con la aparición de nuevos problemas de salud, que si no se detectan y controlan a tiempo, suponen pérdidas (económicas y sociales) importantes, e igualmente una sociedad más deshumanizada y menos saludable.

Aunque difícilmente existirán soluciones “maravillosas” y a gusto de todos, cada uno de los ciudadanos, somos, en cierta medida, responsables de encontrar alternativas para hacer del Estado de Bienestar una realidad tangible. Las instituciones, aportando recursos suficientes y adecuados, y los cuidadores (formales e informales) poniendo en práctica estrategias personales para mejorar tanto los estilos de pensamiento, como las actitudes y comportamientos saludables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fornés, J.; Carball, M.C: Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Médica Panamericana, 2001.
2. Montgomery, R. Advancing caregivers research: Weighing efficacy and feasibility of intervention. *J. of Gerontology*, 1996; 51 (3): 109-110.
3. Brown, G.; Birley, J.; Wing, J. Influence of family life on the course of schizophrenia disorder: A replication. *British J. of Psychiatry*, 1972; 121: 241-258.
4. Falloon, I.; Boyd, J.; McGill,C.; Strang, J.; Moss, H. Family management training in the community care of schizophrenia. En Goldstein, M. (Ed.). *New developments in interventions with families of schizophrenics*. S. Francisco: Jossey-Bass, 1981, pp. 61-77.
5. Muela, J.A.; Godoy, J.F. El estrés crónico en la esquizofrenia: La emoción expresada. *Rev. Electrónica de Motivación y Emoción*, 1997; 4 (7).
6. Peplau, H. *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat, S.A., 1990.
7. Goleman, D. *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Vergara, 1997: p.232
8. Davis, M.; McKay,M.; Eshelman, E.R. *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca, 2001.
9. Payne, R.A. *Técnicas de relajación*. Barcelona: Paidotribo, 1999.

10. Martínez, M. De agresividad y violencia ¿Haciendo neuróticos?, 2002. <http://www.psiquiatria.com/ats6549> (Fuente: Interpsiquis).
11. Labrador, F.J. El estrés. Nuevas técnicas para su control. Madrid: Ed. Temas de Hoy, 1982.
12. Fornés, J. Síndrome de burnout y enfermería. Enfermería Científica, 1991; 108: 45-48.
13. Fornés, J. Mobbing: Maltrato psicológico en el ámbito laboral. Rev Rol de Enfermería, 2001; 24 (11): 20-26.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia