



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

Desvinculación familiar en trastorno mental grave: perfil y variables psicosociales

Autor: Carolina Rodríguez Antes

Tutora: Cristina Rocamora

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2026

INDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	5
2. MATERIALES Y METODOS.....	10
2.1. Data y Diseño del Estudio	10
2.2. Materiales.....	12
2.3. Análisis Estadístico.....	14
3. RESULTADOS	15
3.1. Estadísticos Descriptivos	15
3.2. Diferencias entre grupos independientes	16
3.2.1. Género.....	16
3.2.2. Parentesco.....	17
3.3. Correlaciones	19
3.4. Análisis de Regresión	20
4.DISCUSION.....	20
5.CONCLUSIÓN	25
BLIBLIOGRAFIA	27

ABSTRACT

Background: Severe Mental Illness (SMI) is among the leading causes of chronic disease worldwide, resulting in significant social, economic, and personal suffering, often requiring long-term care. A substantial proportion of Spanish SMI patients rely on family care, affecting both patients and family members quality of life (QOL).

Emerging studies have highlighted family involvement as a protective factor against low QOL in both individuals with SMI and their relatives, yet it remains underutilized. Understanding the sociodemographic profile of these relatives is key to identifying factors contributing to this phenomenon, as evidence suggests such factors shape psychosocial processes, and in turn, levels of involvement.

Aims: To describe the sociodemographic and psychosocial profile of non-engaged relatives of individuals with SMI, as well as to analyze the relationship between sociodemographic and psychosocial variables.

Method: The study analyzed a subset of 51 participants classified as non-involved family members. Data from Spanish mental health centers collected via questionnaires was extracted to assess courtesy stigma, mental health status, and caregiver burden in subsequent analyses.

Results: Results revealed that family noninvolvement was associated with a sociodemographic profile characterized primarily by older female primary caregivers. Gender emerged as a significant factor in the development of courtesy stigma among family members, while other sociodemographic variables showed no significant effects with courtesy stigma or other psychosocial factors.

Conclusion: Findings from Spanish public health centers align with existing literature showing that gender influences stigma, underscoring its role in the development of courtesy stigma and potential family disengagement.

Key words: Family involvement; Severe Mental illness; Courtesy Stigma; Caregiver Burden; Anxiety.

RESUMEN

Antecedentes: El Trastorno Mental Grave (TMG) es una de las principales causas de enfermedad crónica a nivel mundial, generando un alto impacto social, económico y personal, con frecuencia requiriendo cuidados a largo plazo. La dependencia del cuidado familiar es frecuente entre los pacientes españoles con TMG, lo que repercute de forma significativas en la CDV tanto de los pacientes como de sus familiares.

Estudios emergentes señalan que la implicación familiar actúa como un factor protector frente a una baja CDV, aunque su implementación en el sistema de atención es limitada. En este contexto, se desconoce el perfil de los familiares no vinculados al cuidado y su relación con factores psicosociales relevantes.

Objetivos: Describir el perfil sociodemográfico y psicosocial de familiares de personas con TMG no vinculados, así como analizar la relación entre las variables sociodemográficas y psicosociales.

Métodos: El estudio analizó una muestra de 51 familiares no vinculados. Se emplearon datos de centros de salud mental, recogidos mediante cuestionarios, para evaluar el autoestigma, el estado de salud mental y la carga del cuidador en análisis posteriores.

Resultados: Los resultados indican que la desvinculación familiar se caracteriza principalmente por cuidadoras de edad avanzada. El género emergió como un factor significativo en el desarrollo del autoestigma entre los familiares, mientras que otras variables sociodemográficas no mostraron efectos significativos.

Conclusiones: Los hallazgos coinciden con la literatura al indicar que el género influye en el estigma, destacando su papel en el desarrollo del autoestigma y la posible desvinculación familiar.

Palabras clave: Vinculación Familiar; Trastorno Mental Grave (TMG); Autoestigma; Sobrecarga del cuidador; Ansiedad.

1.INTRODUCCIÓN

Los datos recientes publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que más de mil millones de personas en el mundo padecen trastornos de salud mental, siendo la depresión y la ansiedad especialmente prevalentes y con importantes repercusiones a nivel personal, social y económico (OMS, 2025). Dentro de estos trastornos, el trastorno mental grave (TMG) constituye una de las condiciones más incapacitantes, afectando aproximadamente al 4-6% de la población adulta (NIMH, 2013; Epstein et al., 2004). El TMG comprende trastornos psiquiátricos crónicos y graves, como los trastornos psicóticos, el trastorno bipolar y la depresión resistente al tratamiento, pudiendo incluir también trastornos de ansiedad, alimentarios o de personalidad cuando cursan con alta severidad y discapacidad funcional (Gayens et al., 2015; Peck & Scheffler, 2002). Diversos estudios han demostrado que las discapacidades asociadas a los TMG tienden a conducir a resultados desfavorables en la calidad de vida, incluyendo apoyo social reducido, consumo de sustancias, encarcelamiento y carencia de vivienda (Evans et al., 2016). En el contexto español, los trastornos de salud mental constituyen también una elevada carga asistencial, siendo la ansiedad y la depresión los más frecuentes, con prevalencias de 6,7% y 4,1% respectivamente, aumentando esta última con la edad (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Aunque menos frecuentes, los trastornos psicóticos afectan alrededor del 1,2% de la población y se caracterizan por un curso crónico y de alta discapacidad funcional (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021). Esta situación se refleja en atención primaria, donde más de una cuarta parte de los pacientes (27,4%) presenta algún problema psicológico o mental, lo que pone de manifiesto el impacto sostenido de estos trastornos en el sistema sanitario y en la calidad de vida de las personas afectadas (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

Si bien los TMG generan importantes dificultades y resultados adversos en la vida de quienes lo padecen, diversos estudios han mostrado que la implicación familiar puede ofrecer beneficios significativos a los usuarios con TMG. Entre los efectos positivos de la participación familiar destaca la reducción de la morbilidad y mortalidad (Lamb, 1991), una mayor adherencia a la medicación y al tratamiento (Glick et al., 2011), un incremento en la calidad de vida percibida (Tempier et al., 2013) y una menor frecuencia de recaídas (Shimazu et al., 2011). No obstante, a pesar de la sólida evidencia que vincula la adherencia y la implicación familiar con mejoras significativas en resultados clínicos y

psicosociales, este tipo de participación no ocurre de manera sistemática en la práctica (Clement et al., 2015; Bucci et al., 2016; Hestmark et al., 2021). Por ello, resulta fundamental caracterizar a los familiares no vinculados al cuidado y analizar la relación entre sus características sociodemográficas y factores psicosociales, con el fin de comprender su perfil y orientar estrategias de intervención más ajustadas.

La implicación familiar en el proceso de tratamiento clínico abarca un continuo de prácticas que van desde la toma de decisiones compartidas (TDC) y la construcción de alianzas colaborativas entre usuarios, familias y clínicos, hasta programas más estructurados, incluyendo intervenciones familiares, psicoeducación familiar y consultas especializadas (Tham & Solomon, 2024; Eassom et al., 2014). Numerosos estudios han evaluado la eficacia de los programas de intervención orientados a familias de personas con TMG (Barlow, 1996; Chambless et al., 1998; Lehman & Steinwachs, 1998). La evidencia indica que la psicoeducación familiar puede mejorar la calidad de vida de los usuarios con TMG (McFarlane et al., 2003; Montero et al., 2001; Muser & Glynn, 1999; Nasr y Kausar 2009) por ello, su implicación se recomienda en las guías clínicas internacionales (NICE, 2014; OMS, 2022).

A pesar de estas recomendaciones, la adopción e incorporación sistemática de los familiares en el cuidado sigue enfrentando importantes obstáculos. Diversos estudios muestran altas tasas de desvinculación familiar, entendida como la escasa o nula participación de los familiares en los distintos componentes del proceso terapéutico y de cuidado (Haine-Schlagel et al., 2015). La literatura apunta a factores como la carga del cuidador, las dificultades de salud mental de los familiares y el autoestigma como posibles causas de esta desvinculación, así como características sociodemográficas. En este contexto, comprender el perfil de los familiares no vinculados es clave para favorecer su implicación en el cuidado y mejorar la calidad de vida de las personas con TMG.

Tras el alta de los servicios de salud mental, más del 60% de los usuarios regresan a sus hogares (Rahmani et al., 2016; Bagheriamiri et al., 2024), lo que sitúa a las familias como la principal fuente de cuidado para las personas con TMG (Yerriah et al., 2022). Asimismo, la evidencia empírica indica que el cuidado de un familiar con TMG se asocia a diversas consecuencias adversas para los cuidadores (Moller-Leimkuhler & Weisheu, 2012; Mulud & McCarthy, 2017; Weimand et al., 2013; Ntsayagae et al., 2019), entre ellas una disminución de la calidad de vida (CV) (Mulud & McCarthy, 2017), que afectan tanto a su salud mental como física (Vella & Pai, 2013; Chein et al., 2007; Perlick et al.,

2007). Estas demandas, tanto físicas, emocionales como sociales dan lugar a un estado psicológico denominado carga del cuidador (CC) (Dillehay & Sandys, 1990), la cual puede limitar el grado en que las familias pueden o están dispuestas a participar.

En línea con lo anterior, estudios previos han mostrado una correlación negativa entre la CC y la CV tanto en las personas con TMG como en sus cuidadores (Johansson et al., 2015; Kate et al., 2013; Li et al., 2007; Zauszniewski et al., 2009). Aunque el cuidado puede resultar gratificante, las demandas emocionales y prácticas a menudo generan una carga considerable, asociada a emociones autodirigidas como la culpa y la autoculpa (Awad & Vorouganti, 2008; Wasserman et al., 2003), sentimientos de desesperanza (Ntsayagae et al., 2019) y duelo (Rachamim et al., 2022). Estas emociones pueden eclipsar los aspectos positivos del cuidado y reducir la capacidad, la motivación y los recursos emocionales del cuidador para participar activamente en el tratamiento.

En el contexto español, el cuidado de las personas con TMG recae en gran medida en las familias, que asumen un papel central en su atención (Medina-Morgas et al., 2024). Este patrón puede vincularse, en parte, a valores culturales de carácter colectivista (Gouveia et al., 2003), que favorecen una implicación familiar elevada, a menudo percibida como una responsabilidad. No obstante, esta exigencia puede generar altos niveles de sobrecarga y, en algunos casos, derivar en menor implicación o desvinculación. Por ello, resulta clave analizar la sobrecarga en familiares desvinculados para comprender mejor estas dinámicas y orientar intervenciones de apoyo adecuadas y culturalmente sensibles.

En los últimos años, un número creciente de estudios ha documentado niveles de estigma entre los familiares de personas con TMG (Corrigan, 2004; Greenberg et al., 1993). Este estigma se asocia con un peor funcionamiento social y un menor bienestar psicológico (Perlick et al., 2007; Perlick et al., 2006; Askey et al., 2009; Uebelacker & Wishman, 2006), lo que puede contribuir a una menor participación en el tratamiento. El estigma se define como un proceso por el cual una persona es descalificada de la aceptación social debido a un atributo “profundamente desacreditado” que la diferencia de los demás, pasando de ser considerada una persona completa a una marcada y devaluada (Goffman, 1963). En el contexto del TMG, este efecto puede extenderse desde el individuo hacia sus familiares, fenómeno conocido como ‘*courtsey stigma*’ (Corrigan, 2004). Como resultado, los familiares pueden sentirse estigmatizados por asociación y distanciarse de los servicios de salud mental para evitar ser vinculados con dicha etiqueta.

Thornicroft definió el estigma relacionado con la enfermedad mental a partir de tres dimensiones interrelacionadas: conocimiento, actitud y comportamiento (Thornicroft, 2006; Thornicroft et al., 2007). El componente cognitivo refleja creencias socialmente construidas sobre las personas con TMG y sus familiares, frecuentemente arraigadas en normas culturales que los categorizan y los separan del resto de la sociedad. Estas creencias dan lugar a actitudes negativas, como prejuicios y estereotipos, que a su vez se traducen en conductas discriminatorias dirigidas tanto a las personas con TMG como a sus familiares. Otros modelos teóricos complementan esta perspectiva (Corrigan, 2004; Link & Phelan, 2001; Link et al., 2004).

Desde estos enfoques, el estigma puede manifestarse en los familiares mediante exclusión social, pérdida de apoyo o culpabilización por la enfermedad del ser querido (Muralidharan et al., 2023). Estas experiencias conllevan consecuencias sociales, emocionales y conductuales, como la pérdida de apoyo de familiares y amigos, sentimientos de culpa y vergüenza, el ocultamiento del diagnóstico (Corrigan, 2004; Larson & Corrigan, 2008; Phelan et al., 1998), culminando en dificultades en el ámbito laboral, social y familiar (Perlick et al., 2007; Perlick et al., 2006; Askey et al., 2009; Uebelacker & Wishman, 2006). En conjunto, estas consecuencias pueden generar presiones psicosociales que favorezcan el distanciamiento de los servicios, ya que la participación continua puede aumentar su visibilidad como “asociados” y, con ello, su vulnerabilidad al juicio social. No obstante, pocos estudios han examinado directamente la relación entre el autoestigma familiar y la disminución en la participación del tratamiento. Comprender este vínculo es crucial para identificar las barreras a la implicación familiar.

Adicionalmente, investigaciones recientes sugieren que los familiares de personas con TMG también presentan dificultades en su propia salud mental, lo que reduce sus recursos emocionales, cognitivos y prácticos (Szmulker et al., 1996). Esta situación puede hacer que su implicación en el tratamiento resulte más compleja y menos sostenible, incluso cuando existe una alta motivación para ayudar. La literatura indica que los TMG presentan elevadas tasas de heredabilidad, especialmente el trastorno bipolar y la depresión (Craddock & Forty, 2006). Asimismo, estudios familiares, de gemelos y de adopción han identificado de forma consistente la carga genética como un factor clave en el desarrollo de estos trastornos, lo que sugiere que los familiares de personas afectadas también pueden presentar problemas de salud mental. En este sentido, los estudios con

gemelos estiman tasas de heredabilidad que oscilan entre el 35% para la depresión mayor y el 60% para la esquizofrenia (SCZ) (Polderman et al., 2025). Estos efectos han sido replicados por estudios de interacción gen-ambiente (Pettersson et al., 2019).

Asimismo, diversos estudios indican que estas dificultades de salud mental pueden afectar negativamente la capacidad de cuidado (Bebbington & Kupiers, 1994; Szmukler et al., 1996; Steptoe et al., 2015), reduciendo su participación efectiva en el proceso terapéutico. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la vulnerabilidad genética incrementa la probabilidad de que los familiares de personas con TMG experimenten dificultades de salud mental, lo que puede obstaculizar su capacidad para involucrarse de manera eficaz en el tratamiento.

En esta misma línea, resulta pertinente considerar no solo los factores individuales, sino también el contexto sociodemográfico en el que se insertan estas familias, puesto que determinadas características podrían influir en los factores psicosociales previamente descritos y, en última instancia, en su grado de implicación. En este sentido, variables como la edad, sexo y parentesco han sido identificadas como factores que podrían influir en la experiencia de cuidado (Batoool et al., 2024; Sin et al., 2017; Bowman et al., 2014; Sin et al., 2016), afectando potencialmente a su capacidad de participación. Sin embargo, la evidencia sobre estos factores es limitada, especialmente en familiares no vinculados a los servicios de salud mental, lo que hace necesario profundizar en sus características y en los factores que condicionan su experiencia.

Asimismo, resulta fundamental profundizar en las características de los familiares que no se encuentran vinculados al tratamiento, así como en los factores psicosociales asociados a su experiencia de cuidado. Aunque la literatura ha documentado ampliamente el papel central que desempeñan las familias en el cuidado de personas con TMG, persiste un conocimiento limitado sobre el perfil sociodemográfico y psicosocial de los familiares que permanecen al margen de los procesos terapéuticos. Del mismo modo, si bien diversos estudios han señalado que variables como la sobrecarga del cuidador, el estigma o las dificultades de salud mental se asocian a la experiencia de cuidado en familiares de personas con TMG, la evidencia disponible presenta resultados heterogéneos y no permite establecer con claridad el peso relativo de cada uno de estos factores, así como el papel de las variables sociodemográficas en dicha relación.

Ante esta brecha en la literatura, el presente estudio tiene como objetivo describir el perfil sociodemográfico y psicosocial de los familiares de personas con TMG que no se encuentran vinculados al tratamiento, así como analizar la relación entre variables sociodemográficas y variables psicosociales como la sobrecarga del cuidador, el autoestigma y la salud mental. Para ello, se emplearán datos procedentes de diversos Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y Castilla-La Mancha, con el propósito de aumentar la validez externa y la capacidad de generalización de los resultados, así como de contribuir a una mejor comprensión de las características y necesidades de este grupo de familiares. En este contexto, el estudio se articula en torno a tres preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es el perfil sociodemográfico de los familiares de personas con TMG no vinculados al tratamiento?
2. ¿Qué factores sociodemográficos contribuyen a explicar variaciones en la sobrecarga del cuidador, el autoestigma y la salud mental?
3. ¿Qué variables sociodemográficas presentan una mayor contribución relativa al autoestigma?

Con el fin de contribuir a la literatura existente, se plantean y contrastan las siguientes hipótesis:

- (1) Las variables sociodemográficas, género, edad y parentesco se asociarán significativamente con la sobrecarga del cuidador, el autoestigma y la salud mental
- (2) Las variables sociodemográficas mostrarán asociaciones diferenciales con el autoestigma

2. MATERIALES Y METODOS

2.1. Data y Diseño del Estudio

El presente estudio, de diseño transversal, emplea datos procedentes de diversos Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y Castilla-La Mancha, para examinar el perfil sociodemográfico de los familiares de personas con TMG no vinculados, así como el papel de estas variables en la explicación de la sobrecarga, la salud mental y el autoestigma, y su capacidad predictiva sobre esta última. Los datos se

extrajeron de un estudio transversal a nivel nacional que proporciona información sobre el funcionamiento psicosocial, la salud mental y la dinámica relacional de personas con TMG, sus familiares y los profesionales implicados en su atención.

Entre octubre de 2025 y febrero de 2026, los participantes acudieron a uno de los 28 Servicios de Salud Mental distribuidos entre las comunidades de Madrid y Castilla-La Mancha. En este contexto, cada participante completó un cuestionario validado, en formato online o papel, que evaluaba distintos constructos del funcionamiento psicosocial, la salud mental y la dinámica familiar.

A partir de esta muestra, el presente estudio empleó un subgrupo de familiares no vinculados (N = 51) quienes habían completado el cuestionario y cumplían los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

En el caso de los familiares, se incluyeron aquellos mayores de 18 años que otorgaron su consentimiento informado para participar en el estudio y que comprendían el idioma. Como criterios de exclusión, se consideró la presencia de dificultades cognitivas que impidieran la cumplimentación del cuestionario. Los familiares debían ser, además, familiares de usuarios con diagnóstico de TMG que cumplieren los criterios de inclusión establecidos para dicho grupo.

En cuanto a los usuarios con TMG, se incluyeron personas entre 18 y 50 años con diagnóstico de TMG, en tratamiento activo, con capacidad para otorgar consentimiento informado y comprensión del idioma. Se excluyeron aquellos con deterioro cognitivo significativo, participación simultánea en otro estudio y situación de incapacidad jurídica.

Aprobación Ética: Este estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación Científica de la Universidad Pontificia Comillas según el Dictamen N.º 096/24-25 del 2 de abril de 2025, así como del Comité de Ética de la Investigación Científica del Hospital Universitario Ramon y Cajal (N.º 160/25) el 9 de octubre de 2025. En ambos casos, la aprobación se otorgó bajo el título *En el margen del sistema: Desafíos en la atención de personas mayores con trastorno mental grave y en las familias con dificultades de vinculación al tratamiento del usuario*, presentado por la investigadora principal del proyecto, Rocío Caballero Campillo.

2.2. Materiales

La sobrecarga del cuidador se evaluó mediante la Zarit Burden Interview (ZBI) de 22 ítems, un cuestionario autoinformado que mide la carga física y psicológica percibida por el cuidador en distintos dominios, incluyendo el bienestar emocional, la pérdida de control sobre la propia vida, la carga en relación con la persona cuidada, la vida social y familiar, y los aspectos económicos. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 0 (“nunca”) a 4 (“casi siempre”) (Dominguez-Vergara et al., 2023; Zarit et al., 1980; Martin-Carrasco et al., 2010). La puntuación total oscila entre 0 – 88, donde puntuaciones entre 21 y 88 se consideran sobrecarga del cuidador, mientras que puntuaciones inferiores a 20 indican ausencia de sobrecarga (Wisconsin Alzheimer’s Institute, 2021). Asimismo, la sobrecarga puede clasificarse en leve a moderada (21 – 40), moderada a severa (41 – 60) y severa (61 – 88) (Wisconsin Alzheimer’s Institute, 2021). En el presente estudio se codificó como una variable continua cuantitativa. Asimismo, la escala ha demostrado una elevada consistencia interna (α de Cronbach = 0.92) (Martin-Carrasco et al., 2010).

El Autoestigma de los familiares se evaluó mediante la Escala de Autoestigma en Familiares de personas con Enfermedad Mental (AFPEM), diseñada para medir el grado de autoestigma percibido y su posible influencia en la adherencia familiar al tratamiento de personas con TMG. El AFPEM es un cuestionario autoinformado de 30 ítems que captura cinco factores: estereotipos, discriminación, separación, culpabilidad y devaluación. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 5 puntos, que va de 1 (“totalmente en desacuerdo”) a 5 (“totalmente de acuerdo”), (ítems 1, 11, 18, 26, 27 y 28 codificados inversamente) siendo las puntuaciones más altas indicativas de un mayor autoestigma (Trigueros et al., 2019). La variable se codificó como variable continua cuantitativa para los análisis estadísticos. Asimismo, la escala ha sido validada y adaptada al contexto español por Trigueros y colaboradores (Trigueros et al., 2019), mostrando una adecuada consistencia interna (α de Cronbach > 0.70).

Salud mental familiar. La salud mental de los familiares se evaluó mediante dos escalas de cribado breve: el Patient Health Questionnaire (PHQ-2) para detectar síntomas depresivos y la escala Generalized Anxiety Disorder (GAD-2) para detectar ansiedad generalizada.

El GAD-2 (Kroenke et al., 2007) es una versión abreviada del GAD-7, que incluye los dos primeros ítems de la escala original, evaluando la frecuencia de un síntoma

emocional (“sentirse nervioso o ansioso”) y un síntoma cognitivo (“preocupación excesiva”) durante las dos últimas semanas. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 4 puntos, que va de 0 (“nunca”) a 3 (“casi todos los días o todos los días”). La escala ha mostrado buena consistencia interna (α de Cronbach = 0.875) (García-Campayo et al., 2012).

El PHQ-2 es una versión abreviada del PHQ-9, que incluye los dos primeros ítems de la escala original, evaluando la frecuencia del estado de ánimo deprimido y la anhedonia durante las dos últimas semanas. Cada ítem se puntuó en la misma escala Likert de 0 a 3. La puntuación total oscila entre 0 y 6, considerándose 3 o más el punto de corte óptimo para detectar la depresión (Caldichoury et al., 2022). Aquellos participantes que puntúan por encima del umbral muestran una alta posibilidad de padecer un trastorno depresivo. Asimismo, la escala ha demostrado adecuada consistencia interna (α Cronbach = 0.75) en población hispanohablante (Caldichoury et al., 2025).

Ambas escalas se codificaron como variables continuas cuantitativas para los análisis estadísticos, permitiendo una evaluación rápida y fiable de los síntomas de depresión y ansiedad en familiares de personas con TMG.

Vinculación al tratamiento. La vinculación al tratamiento se operacionalizó como una variable categórica dicotómica (vinculado vs. no vinculado), en función del contacto reciente de los familiares con los servicios clínicos tras la admisión de la persona con TMG. El nivel de contacto se recogió mediante una escala ordinal con cuatro categorías: menos de seis meses, entre 6 y 12 meses, más de un año, o ningún contacto con los profesionales responsables del tratamiento.

A partir de esta información, se clasificó como vinculados a los familiares que habían mantenido contacto con el centro en los últimos 6 meses, y como no vinculados a aquellos sin contacto durante un periodo igual o superior a 6 meses. Este procedimiento de medición ha sido utilizado previamente por Demarais et al. (2024) y permite realizar comparaciones y análisis más precisos dentro del estudio.

Variables sociodemográficas. Se recopilaron variables sociodemográficas con el fin de caracterizar la muestra. Los factores seleccionados para el análisis se basaron en su asociación con las variables psicosociales. Variables como el género (hombre y mujer), la nacionalidad (española u otras nacionalidades), el estado civil (soltero/a o sin pareja, pareja, casado/a, divorciado/a, viudo/a) y parentesco (padres, hermanos y pareja) se

codificaron como variables nominales, mientras que la edad se trató como variable continua. Diversos estudios han demostrado que la carga del cuidador, el estigma y los resultados en salud mental están significativamente influidos por factores sociodemográficos como estos, observándose con frecuencia que las cuidadoras mujeres y las parejas presentan mayor sobrecarga y mayores síntomas de ansiedad y depresión (de Graaff et al., 2025; Estrada-Fernández, 2021).

Además, se incluyeron variables socioeconómicas, entre las que se consideró el nivel educativo (no se leer ni escribir, primarios: see leer y escribir, secundarios: Formación profesional o ESO (BUP) y Bachillerato (o COU), superiores. Licenciatura/ Grado, Máster, Doctorado).

2.3. Análisis Estadístico

Los análisis se realizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics (versión 29.0.0.2). Se calcularon estadísticos descriptivos con el fin de caracterizar la muestra, incluyendo variables sociodemográficas (género, nacionalidad, estado civil, parentesco, nivel educativo y edad) y variables psicosociales (autoestigma, salud mental y sobrecarga). Los casos con datos faltantes fueron excluidos durante el procesamiento estadístico. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medias y desviaciones típicas para las variables continuas. Para los análisis inferenciales, se estableció un nivel de significación estadística de $p < .05$.

Posteriormente, se llevaron a cabo análisis bivariados para examinar la relación entre los factores sociodemográficos y las variables psicosociales. En primer lugar, se realizaron análisis de comparación entre grupos mediante pruebas paramétricas o no paramétricas para muestras independientes (t de Student o U de Mann-Whitney), en función del cumplimiento de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas, con el objetivo de examinar las diferencias en las variables psicosociales en función del género y el parentesco. Asimismo, se realizaron análisis de correlación para examinar la asociación entre la edad y las variables psicosociales, empleándose coeficientes de Pearson o Spearman en función de los supuestos de normalidad y linealidad.

Por último, para explorar la relación entre los factores sociodemográficos y psicosociales, se realizó un análisis de regresión con el autoestigma como variable dependiente. Se incluyeron como variables predictoras aquellas que resultaron significativas en los análisis preliminares. Este análisis permitió examinar la posible

contribución de cada variable en la variabilidad del autoestigma cuando se consideran de forma conjunta, así como identificar los factores con mayor relevancia relativa.

3. RESULTADOS

3.1. Estadísticos Descriptivos

La muestra incluyó a 51 participantes, de los cuales 13 eran hombres (25.5%) y 38 mujeres (74.5%). Como se muestra en la Tabla 1, la mayoría tenía nacionalidad española (96.1%), y una edad media de 64.4 años ($DE = 13.2$). En cuanto al estado civil, predominaban las personas casadas (47.1%), seguidas de viudos/as (21.6%) y personas en una relación de pareja (13.7%), mientras que solteros/as, separados/as y divorciados/as presentaron porcentajes menores.

Respecto al parentesco con la persona cuidada, predominaban los padres (68%), seguidos de hermanos (26%) y padres (14.0%), siendo el resto de las relaciones menos frecuentes. En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los participantes contaba con estudios secundarios (42.0%) o superiores (38.0%), mientras que una proporción menor había completado estudios primarios (14.0%) o de posgrado (máster 2.0%; doctorado 4.0%).

En relación con los factores psicosociales, la puntuación media de estigma (AFPEM) fue de $M = 69.2$ ($DE = 19.0$), indicando niveles relativamente elevados de autoestigma. La sobrecarga, evaluada mediante el Zarit Burden Interview, presentó una media de $M = 56.1$ ($DE = 19.6$), correspondiente a niveles moderados a severos. Asimismo, se observaron puntuaciones medias de $M = 2.49$ ($DE = 2.19$) en el cribado de depresión y $M = 1.92$ ($DE = 1.97$) ansiedad, indicando niveles bajos a moderados de síntomas depresivos y ansiosos.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos sociodemográficas y psicosociales de familiares

VARIABLES	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Género				
Masculino	13	25.5	-	-
Femenino	38	74.5	-	-
Nacionalidad				
Española	49	96.1	-	-
No española	2	3.9	-	-
Estado Civil				
Soltero/a o sin pareja	2	3.9	-	-

En una relación de pareja	7	13.7	-	-
Casado/a	24	47.1	-	-
Separado/a	2	3.9	-	-
Divorciado/a	5	9.8	-	-
Viudo/a	11	21.6	-	-
Parentesco				
Padres	34	68.0	-	-
Hermanos	13	26.0	-	-
Pareja	3	6.0	-	-
Nivel educativo				
Primarios	7	14.0	-	-
Secundarios	21	42.0	-	-
Superiores	19	38.0	-	-
Máster	1	2.0	-	-
Doctorado	2	4.0	-	-
Edad (años)	-	-	64.4	13.2
Factores psicosociales				
Estigma	48	-	69.2	19.0
Sobrecarga	50	-	56.1	19.6
Depresión	51	-	2.49	2.19
Ansiedad	51	-	1.92	1.97

Nota. N = número de personas; % = porcentaje; M = media; SD = desviación estandar

3.2. Diferencias entre grupos independientes

3.2.1. Género

El estudio planteó la hipótesis de que existirían diferencias significativas en las variables psicosociales analizadas (autoestigma, sobrecarga y salud mental) en función del género. Para evaluar estas diferencias, se comprobaron previamente los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas. Las pruebas de Shapiro-Wilk indicaron ausencia de desviaciones significativas de la normalidad para AFPEM (hombres: $W = 0.92, p = 0.26$; mujeres $W = 0.95, p = 0.12$), y Zarit (hombres: $W = 0.96, p = 0.70$; mujeres $W = 0.97, p = 0.54$). En cambio, GAD-2 (hombres: $W = 0.81, p < 0.05$; mujeres $W = 0.85, p < 0.001$) y PHQ-2 (hombres: $W = 0.77, p < 0.05$; mujeres $W = 0.85, p < 0.001$) mostraron desviaciones significativas de la normalidad. Respecto a la homogeneidad de varianzas, la prueba de Levene indicó homogeneidad de varianzas para AFPEM ($F = 0.96, p = 0.76$), Zarit ($F = 0.06, p = 0.80$) y PHQ-2 ($F = 0.19, p = 0.67$), mientras que este supuesto no se cumplió para GAD-2 ($F = 4.17, p = 0.047$).

En consecuencia, se realizaron pruebas t para muestras independientes para AFPEM y Zarit y pruebas U Mann-Whitney para GAD-2 y PHQ-2. Estas mostraron que los hombres ($M = 59.9, SD = 18.4$) puntuaron significativamente más bajo que las

mujeres ($M = 72.6$, $SD = 18.3$), $t(46) = -2.15$, $p = .04$, $d = -0.70$) en autoestigma. En contraste, no se encontraron diferencias significativas en la sobrecarga del cuidador, $t(48) = -1.03$, $p = .31$, $d = -0.33$.

En relación con salud mental, las puntuaciones en GAD-2 no difirieron significativamente entre hombres ($Md = 1.00$, $IQR = 3$) y mujeres ($Md = 2.00$, $IQR = 4$), $U = 159$, $Z = -1.95$, $p = .052$, $r = -0.27$. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de PHQ-2 entre hombres ($Md = 0.00$, $IQR = 4$) y mujeres ($Md = 1.50$, $IQR = 3$), $U = 197$, $Z = -1.11$, $p = .267$, $r = -0.16$.

Tabla 2

Prueba t de Student para Muestras Independientes en variable psicosociales de los familiares según género.

	Masculino	Femenino				
	M (SD)	M (SD)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
AFPEM	59.9 (18.4)	72.6 (18.3)	-2.15	46	0.04	-0.70
ZARIT	51.2 (19.9)	57.8 (19.5)	-1.03	48	0.31	-0.33

Nota. M = media; SD = desviación estándar; gl = grados de libertad; d = d de Cohen (diferencias de media estandarizadas); *p* = valor de significación bilateral; AFPEM = Autoestigma en Familiares de Personas con Enfermedad Mental; Zarit = Zarit Burden Interview.

Tabla 3

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes en variable psicosociales según género.

	Masculino	Femenino				
	Md (IQR)	Md (IQR)	U	Z	<i>p</i>	<i>r</i>
GAD-2	1.00(3)	2.00 (4)	159	-1.95	0.052	-0.27
PHQ-2	.00(4)	1.50(3)	197	-1.11	0.267	-0.16

Nota. U = estadístico de Mann-Whitney; Md = mediana; *r* = tamaño del efecto; IQR = rango intercuartil; *p* = valor de significación bilateral; PHQ-2 = Patient Health Questionnaire; GAD-2 = Generalized Anxiety Disorder.

3.2.2. Parentesco

Asimismo, se planteó la hipótesis de que las variables psicosociales analizadas diferirían significativamente en función del parentesco. Con el objetivo de contrastarla, se examinaron los supuestos necesarios para la aplicación de las pruebas t para muestras independientes.

Las pruebas de Shapiro-Wilk indicaron ausencia de desviaciones significativas de la normalidad para AFPEM (padres: $W = 0.97$, $p = 0.57$; hermanos: $W = 0.88$, $p = 0.08$)

y Zarit (padres: $W = 0.98$, $p = 0.82$; hermanos: $W = 0.94$, $p = 0.44$). En cambio, GAD-2 (padres: $W = 0.86$, $p < 0.001$; hermanos $W = 0.84$, $p = 0.02$) y PHQ-2 (padres: $W = 0.88$, $p < 0.05$; hermanos $W = 0.77$, $p < 0.05$) mostraron desviaciones significativas de la normalidad, por lo que se optó por el uso de pruebas no paramétricas para comparar las puntuaciones de GAD-2 y PHQ-2 entre hombres y mujeres. Respecto a la homogeneidad de varianzas, la prueba de Levene indicó que se cumplía el supuesto de homogeneidad en AFPEM ($F = 0.501$, $p = 0.483$), Zarit ($F = 0.600$, $p = 0.443$), PHQ-2 ($F = 0.094$, $p = 0.761$) y GAD-2 ($F = 0.544$, $p = 0.465$).

Los resultados de las pruebas t para muestras independientes indicaron que no existían diferencias significativas en las puntuaciones de AFPEM entre padres ($M = 72.5$, $SD = 17.9$) y hermanos ($M = 61.7$, $SD = 21.8$), $t(42) = 1.71$, $p = 0.09$, $d = 0.57$. De manera similar, no se encontraron diferencias significativas en la puntuación de la escala Zarit entre padres ($M = 57.4$, $SD = 18.0$) y hermanos ($M = 51.3$, $SD = 21.1$), $t(44) = 0.98$, $p = 0.33$, $d = 0.32$.

Asimismo, dado que no se cumplieron los supuestos de normalidad para GAD-2 y PHQ-2, se realizaron pruebas U de Mann-Whitney. Estos análisis indicaron que las puntuaciones en PHQ-2 no diferían significativamente entre padres ($Md = 2.00$, $IQR = 4$) y hermanos ($Md = 2.00$, $IQR = 4$), $U = 160$, $Z = -1.50$, $p = 0.135$, $r = -0.03$. De forma similar, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de GAD-2 entre padres ($Md = 2.00$, $IQR = 3$) y hermanos ($Md = 2.00$, $IQR = 3$), $U = 184$, $Z = -0.89$, $p = 0.372$, $r = -0.02$.

Tabla 4

Prueba t de Student para Muestras Independientes en variables psicosociales de los familiares según parentesco.

	Padres	Hermanos				
	M (SD)	M (SD)	t	gl	p	d
AFPEM	72.5 (17.9)	61.7 (21.8)	1.71	42	0.09	0.57
ZARIT	57.4 (18.0)	51.3 (21.1)	0.98	44	0.33	0.32

Nota. AFPEM = Autoestigma en Familiares de Personas con Enfermedad Mental; ZARIT = Zarit Burden Interview; gl = grados de libertad, d = d de Cohen (diferencias de media estandarizadas).

Tabla 5

Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes en variable psicosociales según parentesco.

	Padres	Hermanos				
	Md (IQR)	Md (IQR)	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
PHQ-2	2.00 (4)	2.00 (4)	160	-1,50	0.135	-0.03
GAD-2	2.00 (3)	2.00 (3)	184	-0,89	0.372	-0.02

Nota. PHQ-2 = Patient Health Questionnaire; GAD-2 = Generalized Anxiety Disorder; r = tamaño del efecto

3.3. Correlaciones

El estudio planteó la hipótesis de que la edad se asociaría significativamente con las variables psicosociales analizadas. Tras comprobar los supuestos de normalidad y linealidad, se observó que estos no se cumplían. La prueba de Shapiro-Wilk indicó que GAD-2 y PHQ-2 no seguían una distribución normal ($ps < .05$). Asimismo, los diagramas de dispersión no mostraron una relación lineal entre edad y las variables psicosociales. Dado el tamaño muestra reducido ($N = 50$), se optó por el uso de estadísticos no paramétricos (Spearman rho).

Asimismo, los resultados mostraron que la edad no se asoció significativamente con el autoestigma (AFPEM; $r_s = .10$, $p = .498$, $N = 47$), síntomas de ansiedad (GAD-2; $r_s = .03$, $p = .823$, $N = 50$) y depresión (PHQ-2; $r_s = .07$, $p = .627$, $N = 50$) ni la sobrecarga del cuidador (Zarit; $r_s = -.02$, $p = .902$, $N = 49$) (véase la Tabla 6 para el análisis completo). En conjunto, estos resultados indican que no existe una relación significativa entre la edad y las variables psicosociales analizadas.

Tabla 6

Correlacion de Spearman entre la edad y las variables psicosociales

	<i>n</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
AFPEM	47	0.10	0.498
GAD-2	50	0.03	0.823
PHQ-2	50	0.07	0.627
ZARIT	49	-0.02	0.902

Nota. r_s = Spearman's Rho. Pruebas bilaterales $p < .05^*$, $p < .01^{**}$. AFPEM = Autoestigma en Familiares de Personas con Enfermedad Mental; Zarit = Zarit Burden Interview; PHQ-2 = Patient Health Questionnaire; GAD-2 = Generalized Anxiety Disorder.

3.4. Análisis de Regresión

A partir de los análisis preliminares, que sugerían una posible relación entre el género y el estigma, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal simple. Los resultados indicaron que el género predijo significativamente los niveles de estigma, $F = 4.60$, $p = .037$, explicando el 9% de la varianza ($R^2 = .09$). En concreto, las mujeres presentaron puntuaciones más altas de estigma que los hombres ($b = 12.75$, CI 95% [0.785, 24.7], $p = .037$), lo que refleja una diferencia entre grupos de magnitud moderada, aunque limitada.

4.DISCUSION

Perfil sociodemográfico de familias no vinculadas

Empleando datos procedentes de diversos Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y Castilla-La Mancha, el presente estudio examina el perfil sociodemográfico de los familiares de personas con TMG no vinculados, así como el papel de estas variables en la explicación de la sobrecarga, la salud mental y el autoestigma, y su capacidad predictiva sobre esta última.

Las revisiones sistemáticas sobre los cuidadores de personas con TMG, informan de que aproximadamente el 80% de los cuidadores son mujeres, especialmente madres (Sin and Norman, 2013; Sin et al., 2017; Yesufu-Udechuku et al., 2015) casadas (Sin et al., 2021; Estrada-Fernández et al., 2021). Diversos estudios sugieren que muchas asumen este rol sin contar con la formación o preparación necesaria, influenciadas por normas de género que lo sitúan como parte de su papel social (Friedemann and Buckwalter, 2014). En consonancia con esta literatura, los análisis preliminares del perfil sociodemográfico muestran que la muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres españolas, casadas. Por tanto, el perfil sociodemográfico de las familias no vinculadas se asemeja al de la literatura sobre los familiares de personas con TMG. Asimismo, investigaciones recientes sitúan a los cuidadores de individuos con TMG en edades medias o avanzadas (53-59 años) (Sin et al., 2021; Estrada-Fernández et al., 2021). Este patrón es consistente con el carácter crónico de estas enfermedades (Zegward et al., 2013), que conllevan trayectorias de cuidado prolongado. En este sentido, la edad media observada en la muestra apunta a un perfil envejecido de cuidadoras no vinculadas.

Por otro lado, aunque la investigación suele identificar a los padres como los principales cuidadores de personas con TMG, seguidos por las parejas y los hermanos (Sin et al., 2021), diversos estudios señalan que estos últimos tienden a asumir un papel clave en etapas posteriores, cuando los progenitores dejan de poder prestar cuidados (Bowman et al., 2014; Sin et al., 2016). En línea con esta literatura más amplia, el estudio presente muestra que los padres constituyen la mayoría de los cuidadores (68%). No obstante, a diferencia de hallazgos más recientes que sitúan a las parejas como el segundo grupo más frecuente de cuidadores, en esta muestra los hermanos ocuparon el segundo lugar, seguido por las parejas. Este patrón sugiere que los hermanos podrían desempeñar un papel más notable en la jerarquía de cuidados de lo que la literatura asume.

Asimismo, en línea con hallazgos previos que informan de una elevada carga del cuidador (Mulud and McCarthy, 2017) y autoestigma (Gaolaowe et al., 2023) en cuidadores familiares, con importantes repercusiones económicas, sociales y personales (OMS, 2025), el presente estudio identifica niveles moderados a elevados en ambos constructos. En contraste, los niveles de ansiedad y síntomas depresivos fueron de bajos a moderados en comparación con la literatura (Ntsayage et al., 2019; Weimand et al., 2013), la cual indica que la experiencia de cuidado afecta de manera significativa a las familias, generándoles diversos problemas y desafíos, como la ansiedad y la depresión. En conjunto, estos resultados sugieren que, aunque los cuidadores experimentan una elevada sobrecarga social y de cuidado, esto no se traduce necesariamente en niveles clínicos de sintomatología clínica.

Impacto de variables sociodemográficas en factores psicosociales

Los hallazgos del estudio ofrecen un apoyo parcial a la literatura existente, sugiriendo que, aunque ciertas variables sociodemográficas pueden contribuir a explicar la variabilidad en los factores psicosociales de los familiares de personas con TMG, su capacidad explicativa global es limitada.

En línea con investigaciones previas (Resello, 2019), los resultados apuntan a una asociación entre el género y el autoestigma. Este concepto hace referencia a la internalización de estereotipos y prejuicios vinculados al estigma por asociación de un familiar diagnosticado con enfermedad mental (Yin et al., 2020) lo que puede dar lugar a sentimientos de vergüenza, culpa y evitación social (Yin et al., 2020). Este hallazgo puede entenderse en el contexto del cambio producido en las últimas décadas, de un modelo de

salud mental de atención hospitalaria hacia un enfoque comunitario (Nuxumalo et al., 2017; Ebrahim et al., 2020; OMS 2013), lo que ha incrementado la implicación de las familias en el cuidado y, con ello su exposición al denominado *courtsey stigma*. Asimismo, diversos estudios apuntan a una mayor prevalencia de autoestigma en mujeres que en hombres (Stone, 2025; Batool et al., 2024), lo que podría explicarse por una mayor dedicación al cuidado (Batool et al., 2024), que incrementa su exposición al escrutinio social (Corrigan and Nieweflowksi, 2019). En consonancia con esta evidencia (Batool et al., 2024), los resultados preliminares del presente estudio sugieren que las mujeres presentan mayores niveles de autoestigma en comparación a los hombres, siendo el género un factor predictivo del constructo, aunque con una capacidad explicativa limitada. Estos hallazgos refuerzan la relevancia del género como factor asociado al autoestigma y subrayan la importancia de desarrollar intervenciones específicas de género dirigidas a familiares no vinculados.

Por otro lado, aunque la edad y el parentesco no mostraron asociaciones significativas con el autoestigma, este último presenta diferencias en las puntuaciones medias próximas a la significación estadística ($p = 0.09$). Los padres, que con frecuencia desempeñan el papel central de cuidadores de personas con TMG (Sin et al., 2021), podrían estar más expuestos al autoestigma debido a la mayor carga de responsabilidades, así como a las expectativas sociales y los estereotipos asociados a la parentalidad (Biernat, Mins, & Nelson, 1999; Wood & Eagly, 2012; Bird, 1997). Aunque la investigación en este ámbito es aún escasa, los estudios indican que la posición dentro del sistema familiar modula la experiencia del estigma, siendo los padres de personas con trastornos psiquiátricos quienes con mayor frecuencia son considerados responsables (Corrigan et al., 2006). Estos hallazgos se relacionan con la falta de implicación de los familiares en el apoyo o cuidado de la persona que padece TMG (Corrigan et al., 2007). Si bien no se observan diferencias significativas en el autoestigma entre padres y hermanos, los resultados preliminares apuntan en una dirección similar, sugiriendo una posible mayor vulnerabilidad en los padres. Futuros estudios que incorporen comparaciones según parentesco podrían contribuir a orientar intervenciones más específicas dirigidas a los familiares con mayor riesgo de autoestigma.

En cuanto a la salud mental de los cuidadores de personas con TMG, las diferencias de género han sido poco estudiadas en comparación con pacientes. Algunos estudios informan de mayores niveles de estrés y afectación psicológica en mujeres

cuidadoras (Boyer et al., 2012; Zhaid and Ohaeri, 2010; Wancata et al., 2008; Ratnawati and Loebis, 2014; Kumar and Mohanty, 2007), especialmente madres (Mahatme et al., 2020), lo que sugiere una mayor vulnerabilidad en este grupo. Sin embargo, la evidencia no es consistente, ya que otros estudios no han encontrado diferencias significativas en los resultados de salud mental entre mujeres y hombres cuidadores. Ghosh et al. (2012), en un estudio con más de cien madres y padres, señalaron que ambos grupos eran igualmente vulnerables a los estresores de cuidado.

En línea con el carácter mixto de la literatura actual, el presente estudio no encontró diferencias de género estadísticamente significativas en la salud mental de los cuidadores. No obstante, la diferencia observada en las puntuaciones medias de síntomas de ansiedad se aproximó a la significación ($p = 0.052$), lo que sugiere una tendencia hacia mayores niveles de estrés en mujeres. Esto indica que, pese a no ser definitivos, los hallazgos parecen seguir la línea de investigaciones previas que muestran una mayor vulnerabilidad en el caso de las cuidadoras. En términos generales, existe evidencia sustancial de que los cuidadores familiares de personas con TMG presentan una salud mental precaria, lo que puede afectar negativamente su capacidad de cuidado y su nivel de involucramiento (Bebbington & Kupiers, 1994; Szmukler et al., 1996; Steptoe et al., 2015; Cooper et al., 2010). Cabe destacar que los hallazgos actuales también indican que, independientemente del género, los cuidadores parecen estar expuestos de manera similar a las demandas psicológicas del cuidado, lo que indica que el estrés del cuidador es una preocupación de carácter sistémico. En conjunto, los resultados ponen de manifiesto tanto la posible influencia del género como la sobrecarga global que enfrentan los cuidadores, al tiempo que subrayan la necesidad de realizar más investigaciones para esclarecer esta relación.

Por último, tras el alta de los servicios de salud mental, más del 60% de los usuarios regresan a sus hogares (Rahmani et al., 2016; Bagheriamiri et al., 2024), lo que sitúa a las familias como la principal fuente de cuidado (Yerriah et al., 2022). La evidencia muestra que este cuidado se asocia a consecuencias físicas, emocionales y sociales adversas (Moller-Leimkuhler & Weisheu, 2012; Mulud & McCarthy, 2017; Weimand et al., 2013; Ntsayagae et al., 2019), dando lugar a la denominada carga del cuidador (CC) (Dillehay & Sandys, 1990). Varios estudios recientes señalan una mayor carga del cuidador en mujeres (Hu et al., 2025; Yu et al., 2018), aunque esta relación está modulada por el contexto cultural y tiende a incrementarse con la edad del cuidador (Carbonell et

al., 2019). En contraste, el presente estudio no encontró asociaciones significativas entre los factores sociodemográficos y la sobrecarga del cuidador en familias no vinculadas. En conjunto con la literatura previa, estos resultados sugieren que los predictores habitualmente asociados a la carga del cuidador podrían tener un menor peso en familiares desvinculados.

Limitaciones

Si bien estos hallazgos proporcionan información valiosa, su interpretación se encuentra sujeta a varias limitaciones. Mucha de la data recogida en los Centros de Salud Mental de Madrid y Castilla-La Mancha, concretamente las medidas de sobrecarga, autoestigma y salud mental se recogieron a través de autoinformes. En este sentido, el proceso de obtención de datos es susceptible a sesgos subjetivos, de deseabilidad social, fallos de memoria o falta de introspección, lo que puede dar lugar a subestimaciones, dificultades en el establecimiento de métricas objetivas e infradeclaración de experiencias, comprometiendo así la validez de los resultados. A su vez, podría dar lugar a un aumento de errores tipo II, al dificultar la detección de efectos reales aun cuando estos existen.

Para reducir este riesgo, futuras investigaciones podrían recurrir a estrategias de triangulación, ante la complejidad que supone un estudio longitudinal. La triangulación es una estrategia de investigación que busca mejorar la fiabilidad y la validez de los resultados mediante la integración de múltiples fuentes de información. En particular, la inclusión de informantes adicionales, como amigos o compañeros de trabajo, permitirá constatar y validar las experiencias de síntomas de ansiedad o depresión y la carga de cuidador, reduciendo así el riesgo de sesgo.

Asimismo, dado el carácter multidimensional del vínculo familiar, la forma en que esta se mide podría influir en los resultados. En el presente estudio, la vinculación se definió según el contacto de los familiares con los servicios clínicos, considerándose vinculados aquellos que habían tenido contacto en los últimos seis meses. Sin embargo, esta aproximación puede haber conducido a una clasificación imprecisa de algunos participantes, al excluir a familiares sin contacto reciente con los servicios que, no obstante, presentan una alta implicación en el cuidado de sus familiares, y por tanto, siguen vinculados a ellos. Diversos estudios (Rodríguez-Martínez et al., 2019) apuntan a escalas de funcionalidad y vínculo familiar como el APGAR Familiar o el Family

Assessment Measure (FAM) que evalúan el funcionamiento familiar en distintas dimensiones, incluyendo el afecto como un componente clave de la vinculación. En esta línea, y con el objetivo de obtener una comprensión más completa de las características sociodemográficas y factores psicosociales de las familias desvinculadas, futuros estudios deberán incorporar medidas de vinculación más amplias y multidimensionales.

Por último, el reducido tamaño muestral limita la capacidad para detectar diferencias estadísticamente significativas, aumentando el riesgo de errores tipo II y dificultando la identificación de efectos relevantes. Asimismo, dada la heterogeneidad del TMG, es necesario desagregar los diagnósticos, dada la variabilidad en necesidades y sobrecarga (ej. esquizofrenia vs. depresión). Aunque estas diferencias pueden parecer sutiles, estos matices resultan clave a la hora de desarrollar intervenciones ajustadas y eficaces para cada contexto familiar. En este sentido, futuros estudios deberán emplear muestras más amplias y análisis por tipo de diagnóstico para explorar con mayor precisión estas diferencias.

Fortalezas

A pesar de estas limitaciones, cabe destacar como fortaleza la procedencia de los datos, así como el uso de instrumentos validados para evaluar la experiencia psicosocial. Los datos obtenidos en centros y contextos públicos de salud mental permitieron acceder a una muestra de familiares de personas con diagnóstico de TMG conforme a criterios clínicos y médicos estandarizados, contribuyendo a la reducción de sesgos de clasificación y aumentando la validez interna. Asimismo, el uso de escalas validadas (PHQ-2, GAD-2, AFPEM y Zarit) facilita la comparabilidad de los resultados con la literatura previa, a la vez que reduce sesgos de medición. En este sentido, el uso de muestras clínicamente bien caracterizadas, así como de escalas validadas, proporciona resultados preliminares que podrán informar el desarrollo de futuras investigaciones dirigidas a identificar el perfil sociodemográfico de las familias desvinculadas, así como las variables sociodemográficas de este grupo que les hacen más vulnerables a ciertos factores psicosociales.

5.CONCLUSIÓN

El perfil sociodemográfico de las familias no vinculadas se caracteriza principalmente por madres de edad avanzada, en línea con la literatura previa que destaca

el papel de los familiares más cercanos en el cuidado, siendo las mujeres a menudo las principales cuidadoras.

Asimismo, cabe destacar que, pese a presentar niveles moderados-altos de sobrecarga y autoestigma, esto no se traduce en una mayor sintomatología ansioso-depresiva. Esto sugiere que, en familias desvinculadas, la problemática se manifiesta en mayor medida en el plano social y subjetivo que en la sintomatología clínica.

El género emergió como el principal factor asociado a diferencias en las variables psicosociales, observándose estas únicamente en autoestigma, lo que sugiere que las mujeres cuidadoras podrían experimentar un mayor estigma asociado al rol de cuidado, influyendo en su experiencia global, con implicaciones para la identificación de grupos de mayor vulnerabilidad y el diseño de intervenciones de apoyo específicas. No obstante, dada la capacidad explicativa limitada, cabe destacar la posible implicación de otras variables en la configuración de este fenómeno.

En contraste, la edad y el parentesco no mostraron asociaciones significativas con los factores psicosociales analizados, lo que sugiere que su influencia podría ser menor en familias no vinculadas o depender de otros mediadores no evaluados en este estudio. No obstante, a nivel descriptivo se observó una ligera tendencia hacia mayores niveles de autoestigma y sobrecarga en padres respecto a los hermanos, así como mayores niveles de síntomas de ansiedad en mujeres, lo que apunta a la necesidad de seguir explorando el posible papel del parentesco y del género en futuros estudios.

En conjunto, estos resultados subrayan la importancia de incorporar una perspectiva de género en la investigación e intervención con familiares de personas con TMG, así como de desarrollar estrategias específicas dirigidas a reducir el autoestigma y la sobrecarga. Asimismo, estos hallazgos apuntan a la necesidad de seguir investigando para que, en el futuro, los servicios de salud mental puedan identificar subgrupos especialmente vulnerables y diseñar intervenciones más ajustadas e inclusivas.

BLIBLIOGRAFIA

- Alinaitwe, R., Seggane, M., Turiho, A., Bird, V., Priebe, S., Sewankambo, N. (2024). Family Psycho-Social Involvement Intervention for severe mental illness in Uganda. *S Afr J Psychiatr.* doi: 10.4102/sajpspsychiatry.v30i0.2138.
- Askey, R., Holmshaw, J., Gamble, C., Gray, R. (2009). What do carers of people with psychosis need from mental health services? Exploring the views of carers, service users and professionals. *J Family Therapy.* doi: 10.1111/j.1467-6427.2009.00470.x
- Awad, A. G., & Voruganti L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162.
- Bagheriamiri, Z., Mirsepassi, Z., & Sayadi L. (2024) Caregiver burden, attachment and cognitive emotion among the family caregivers of severe mental illness patients. *BMC Psychol.* doi: 10.1186/s40359-024-02111-y. PMID: 39482790; PMCID: PMC11529072.
- Barlow, D. H. (1996). Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 51(10), 1050–1058.
- Batool, S., Schwaiger, E., Nazim, A., Sultana, R., Younis, H. (2024). Exploring Gender Differences in Perceived Stress, Internalized Stigma of Mental Illness, and Coping Styles among Caregivers of People Diagnosed with Psychiatric Illness: Gender Differences among Caregivers of People Diagnosed with Psychiatric Illness. *Pakistan BioMedical Journal*, 07-12.
- Bebbington, P. E., & Kuipers, E. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia. *Psychological Medicine* 24, 707–718.
- Biernat, M., Mains, M., & Nelson, T. (1991). Stereotypes and standards of judgement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 485-499. Doi: 10.1037/0022-3514.60.4.485
- Bird, C. E. (1997). Gender differences un the social and economic budens od parenting and psychological distress. *Journal of Marriage and the Family*, 809-823.
- Bowman, S., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., McGorry, P., & Howie, L. (2014). Forgotten family members: the importance of siblings in early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 8, 269–275.

- Boyer, L., Caqueo-Urizar, A., Richieri, R., Lancon, C., & Gutiérrez-Maldonado, J., Auquier P. (2012). Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: A cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract*, *13*, 42.
- Bucci, S., Berry, K., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2016). Family interventions in psychosis: A review of the evidence and barriers to implementation. *Australian Psychologist*, *51*(1), 62–68. <https://doi.org/10.1111/ap.12172>
- Caldichoury, N., Morales-Asencio, B., Coronado, J. C., Castellanos-Alvarenga, L. M., Quispe-Ayala, C., Saldías, C., Salazar, D., Ripoll-Córdoba, D., Bada, W., Martínez, J., Duhalde-Sanhueza, R., Castellanos, C., Flórez, Y., Quincho-Apumayta, R., Ardila-Duarte, C., Patiño-Rivera, A. R, Gargiulo, P. A., Cárdenas, J., & López, N. (2025). Reliability and convergent validity of the PHQ-2 for the rapid detection of depressive symptoms in healthcare professionals in Argentina. *Front Psychiatry*, *28*, 16. Doi: 10.3389/fpsyt.2025.1652072.
- Carbonell, Á., Navarro-Pérez, J. J., & Mestre, M. V. (2019) Risk factors associated with the family care of people with serious mental illness. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, *24*(4). doi: 10.4317/medoral.23133.
- Chien, W. T., & Wong, K. F. (2007) A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatr Serv*, *58*(7), 1003-6. doi: 10.1176/ps.2007.58.7.1003.
- Chien, W. T., Chan, S. W., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*, *16*(6), 1151-61. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01501.x. PMID: 17518890.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, *59*(7), 614-625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614. PMID: 15491256.
- Corrigan, P. W., & Miller F. E. (2004). Shame, blame, and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, *13*(6), 537–548.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, Shame and Contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma of family members. *J Fam Psychol*, *20*, 239-246.

- Corrigan, P.W. & Nieweglowski, K., (2019). 'How does familiarity impact the stigma of mental illness?', *Clinical Psychology Review* 70, 40–50.
- Corrigan, P.W., Watson, A.C., & Miller F.E. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Ment Health J*, 43, 439–458.
- Clement et al., (2015). What us the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies.
- Chambless, D. L. *et al.* (1998). Update Pekon empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*
- Craddock, N., Forty, L. Genetics of affective (mood) disorders. (2006). *Eur J Hum Genet*, 14, 660–668. <https://doi.org/10.1038/sj.ejhg.5201549>.
- De Graaff, M. L. A., van der Heide, I., Rademakers, J. J. D. J. M., van Valkengoed, I. G. M., Francke, A. L., Woonink, A., & Bijnsdorp F. M. (2025) Is caregiver burden associated with sex and gender-related characteristics? A large-scale survey study among family caregivers of people with dementia. *BMC Geriatr*. 25(1), 171. doi: 10.1186/s12877-025-05795-y.
- de Medina-Moragas, A. J., Lima-Serrano, M., Fernández-Fernández, M. J. *et al.* (2024). Quality of life of individuals with serious mental illness and family caregivers. *Curr Psychol*, 43, 21756–21767. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05961-2>.
- Demarais, M., Fisher, M., Williams-Wengerd, A., Alexandre, C., Meyer-Kalos, P., & Vinogradov, S. (2024). Impact of family engagement on client participation in coordinated specialty care for first episodes of psychosis. *BMC psychiatry*, 24(1), 686. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06126-y>
- Dillehay, R.C., & Sandys, M. R. (1990). Caregivers for Alzheimer's patients: what we are learning from research. *Int J Aging Hum Dev*, 30(4), 263-85. doi: 10.2190/2P3J-A9AH-HHF4-00RG.
- Domínguez-Vergara, J., Santa-Cruz-Espinoza, H., & Chávez-Ventura, G. (2023). Zarit Caregiver Burden Interview: Psychometric Properties in Family Caregivers of People with Intellectual Disabilities. *Eur J Investig Health Psychol Educ*, 13(2), 391-402. doi: 10.3390/ejihpe13020029.

- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., et al (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*.
- Ebrahim, O. S., Al-Attar, G. S., Gabra, R.H. & Osman, D.M. (2020). ‘Stigma and burden of mental illness and their correlates among family caregivers of mentally ill patients’, *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 95(1), 1–9. 1
- Epstein, J., Barker, P., Vorburger, M., et al. (2004). Serious Mental Illness and Its Co-Occurrence with Substance Use Disorders, 2002. (DHHS Publication No. SMA 04-3905, Analytic Series A-24). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Rockville, MD: 2004.
- Errazuriz, A., Beltrán, R., Torres, R., & Passi-Solar, A. (2022). The Validity and Reliability of the PHQ-9 and PHQ-2 on Screening for Major Depression in Spanish Speaking Immigrants in Chile: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 19(21), 13975. doi: 10.3390/ijerph192113975.
- Estrada-Fernández, M. E, Gil-Lacruz, M., Gil-Lacruz, A.I, & Viñas-López A. (2022) The impact of community care: Burden and quality of life of the informal caregivers of patients with severe mental disorder. *J Community Psychol*, 50(1):487-501. doi: 10.1002/jcop.22594.
- Evans, T. S., Berkman, N., Brown, C., et al. (2016). *Disparities Within Serious Mental Illness*. (Technical Briefs, No. 25.). Agency for Healthcare Research and Quality
- Friedemann, M. L., & Buckwalter, K. C. (2014). Family Caregiver Role and Burden Related to Gender and Family Relationships. *J Fam Nurs*, 20(3):313-336. doi: 10.1177/1074840714532715.
- Gaolaolwe, W., Manyedi, E., & Serapelwane, M. (2023). Family members' experiences of courtesy stigma associated with mental illness. *Health SA*, 28, 2184. doi: 10.4102/hsag.v28i0.2184. PMID: 37670747; PMCID: PMC10476503.
- García-Campayo, J., et al. (2012). Psychometric Validation of the Spanish Version of the GAD-2 Scale for Screening Generalized Anxiety Disorder.” *European Psychiatry*, vol. 27, p. 1, [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(12\)74316-x](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(12)74316-x).
- Gaynes, B., Brown, C., Lux, L. J., et al. (2015) Relationship Between Use of Quality Measures and Improved Outcomes in Serious Mental Illness. *Rockville MD*.

- Ghosh, S., & Greenberg, J. S. (2012). Gender difference in caregiving experience and the importance of social participation and marital satisfaction among aging mothers and fathers of adults with schizophrenia. *Soc Work Ment Health, 10*, 146–68.
- Glick, I. D., Stekoll, A. H., & Hays, S. (2011). The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol*.
- Gouveia, V. V., Clemente, M., & Espinosa, P. The horizontal and vertical attributes of individualism and collectivism in a Spanish population. (2003). *J Soc Psychol, 143*(1), 43-63. Doi: 10.1080/00224540309598430. PMID: 12617346.
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. *New York, NY, Simon and Schuster*.
- Greenberg, J. S., Greenley, J. R., McKee, D., et al. (1993). Mothers caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on maternal health. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 42*(2), 205–211.
- Haine-Schlagel, R., & Walsh, N. E. (2015). A review of parent participation engagement in child and family mental health treatment. *Clin Child Fam Psychol Rev, 18*(2), 133-50. doi: 10.1007/s10567-015-0182-x.
- Hestmark, L., Heiervang, K. S., Pedersen, R., Hansson, K. M., Ruud, T., & Romøren, M. (2021). Family involvement practices for persons with psychotic disorders in community mental health centres—a cross-sectional fidelity-based study. *BMC Psychiatry, 21*(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03300-4>
- Hu, S., Yao, H., Li, K. et al. (2025). Gender differences in caregiver burden among informal caregivers of people with mental illness: A cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing, 57*
- Johansson, A., Ewertzon, M., Andershed, B., Anderzen-Carlsson, A., Nasic, S., & Ahlin, A. (2015). Health-related quality of life--from the perspective of mothers and fathers of adult children suffering from long-term mental disorders. *Arch Psychiatr Nurs, 29*(3), 180-5. doi: 10.1016/j.apnu.2015.02.002.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2013). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the

caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr*, 6(5), 380-8. doi: 10.1016/j.ajp.2013.03.014.

Kittay E. F. (2001) A feminist public ethic of care meets the new communitarian family policy. *Ethics*, 111, 523–547.

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., et al. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 146, 317–25.

Kumar, S., & Mohanty, S. (2007). Spousal burden of care in schizophrenia. *J Indian Acad Appl Psychol*, 33, 189–94.

Lamb, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Med*.

Lehman, A. F., & Steinwachs D. M. (1998) Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Client Survey. *Schizophr Bull*, 24(1), 11-20.

Li, J., Lambert, C. E., & Lambert, V. A. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nurs Health Sci*, 9(3), 192-8. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00327.x.

Li, Y., Slopen, N., Sweet, T., Nguyen, Q., Beck, K., & Liu, H. (2022). Stigma in a collectivistic culture: social network of female sex workers in China. *AIDS Behav.*, 26 (2), pp. 297-309, [10.1007/s10461-021-03383-w](https://doi.org/10.1007/s10461-021-03383-w)

Link, B. G, Yang, L. H, Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophr Bull*, 30(3):511-41. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Mahatme, N. S., Kakunje, A., & Karkal, R. (2020). Comparison of maternal stress and psychiatric morbidity among mothers of children having psychiatric disorders and those of typically developing children. *Indian J Psychiatry*, 62(6), 707-712. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_733_19.

Martín-Carrasco, M., Otermin, P., Pérez-Camo, V., Pujol, J., Agüera, L., Martín. M. J., Gobartt, A. L., Pons, S., & Balana, M. (2010). EDUCA study: Psychometric properties of the

- Spanish version of the Zarit Caregiver Burden Scale. *Aging Ment Health*, 14, 705–711. doi: 10.1080/13607860903586094.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther*, 29(2), 223-45.
- Möller-Leimkühler, A. M., & Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 262(2), 157-66. doi: 10.1007/s00406-011-0215-5.
- Montero, I., Asencio, A., Hernández, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F., Iborra, M., & Ruiz, I. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull*, 27(4):661-70. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006905. PMID: 11824492.
- Mueser, K. T., Glynn, S. M. (1999). Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders. *New Harbinger*, Oakland, California.
- Mulud, Z. A., & McCarthy G. (2017) Caregiver burden among caregivers of individuals with severe mental illness: testing the moderation and mediation models of resilience. *Arch Psychiatr Nurs*, 31(1), 24–30.
- Muralidharan, A., Lucksted, A., Medoff, D., Fang, L. J., & Dixon L. (2016). Stigma: a Unique Source of Distress for Family Members of Individuals with Mental Illness. *J Behav Health Serv Res*, 43(3), 484-93.
- Nasr, T., & Kausar R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry* 28(8), 17. doi: 10.1186/1744-859X-8-17.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guideline 178. London.
- National Institute of Mental Health. (2013) Schizophrenias. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/schizophrenia.shtml>
- Ntsayagae, E. I., Myburgh, C., & Poggenpoel, M. (2019). Experiences of family caregivers of persons living with mental illness: a meta-synthesis. *Curationis*, 42(1), 1–9.

- Nxumalo, C.T. & Mchunu, G.G. (2017). 'Exploring the stigma related experiences of family members of persons with mental illness in a selected community in the iLembe district, KwaZulu-Natal', *Health sa Gesondheid*, 22(1), 202–212.
- Peck, M. C., & Scheffler, R. M. (2002). An analysis of the definitions of mental illness used in state parity laws. *Psychiatr Serv*, 53(9), 1089–95. Epub: 2002/09/11
- Perlick, D. A, Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J, et al. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 9, 262–273.
- Perlick, D., Rosenheck, R., Kaczynski, R., et al. (2006). Special section on CATIE baseline data: components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(8), 1117–1125.
- Pettersson, E., Lichtenstein, P., Larsson, H., Song, J., ... Polderman, T. J. C. (2019). Genetic influences on eight psychiatric disorders based on family data of 4 408 646 full and half-siblings, and genetic data of 333 748 cases and controls. *Psychol Med*, 49(7):1166-1173. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291718002039> .
- Phelan, J. C., Bromet, E. J., & Link, B. G. (1998) Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115–126.
- Polderman, T. J. C., Benyamin, B., de Leeuw, C. A., Sullivan, P. F, van Bochoven, A., Visscher, P. M., & Posthuma, D. (2015). Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature Genetics*, 47, 702–709.
- Rachamim, L., Nacasch, N., & Sinay, I. (2022). Complicated grief, depression, health and attachment style in first degree relatives of individuals with a chronic psychotic disorders. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 526–535. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00848-z> .
- Rahmani, F., Ebrahimi, H., Ranjbar, F., & Asghari, E. (2016), The effect of group psychoeducational program on attitude toward mental illness in family caregivers of patients with bipolar disorder. *HAYAT J*, 21(4), 65–79.
- Ratnawati, D. M., & Loebis, H. B. (2014). Relationship of burden with characteristic sociodemographic caregiver in schizophrenic patients. *J Biol*, 21, 56–9.

- Resello. (2015). Efectos del autoestigma en familiares de personas con trastorno mental grave: culpa, vergüenza y compasión. Repositorio Comillas.
- Rodriguez-Martinez, J. A. (2019). Circuito Familiar como nueva herramienta de estudio de la dinámica familiar. *Cad.Aten.Primaria*, 25(1), 6-9
- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., et al. (2011). Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 198, 385–390
- Sin, J., & Norman, I. (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74.
- Sin, J., Elkes, J., Batchelor, R., Henderson, C., Gillard, S., Woodham, L. A., Chen, T., Aden, A., & Cornelius, V. (2021). Mental health and caregiving experiences of family carers supporting people with psychosis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021, 30. <https://doi.org/10.1017/S2045796020001067>.
- Sin, J., Henderson, C., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Gillard, S. (2018). eHealth interventions for family carers of people with long term illness: A promising approach? *Clinical Psychology Review*, 60, 109–125.
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385, 640–648.
- Stone, M. (2025). Stigma among parents with serious mental illness: internalised mental illness stigma in mothers and externalised gender stigma in fathers. Open Research Newcastle. Thesis.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria* (BDC.A.P. Series 2)
- Szmukler, G., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness; the development of the experience of caregiving inventory. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 31, 137–148.
- Tempier, R., Balbuena, L., Lepnurm, M., et al. (2013) Perceived emotional support in remission: results from an 18-month follow-up of patients with early episode psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 1897–1904

- Tham, S. S., & Solomon, P. (2024). Family Involvement in Routine Services for Individuals With Severe Mental Illness: Scoping Review of Barriers and Strategies. *Psychiatr Serv*, 75(10), 1009-1030. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230452>.
- Thornicroft, G. (2006) Actions speak louder—Tackling discrimination against people with mental illness. *Mental Health Foundation, London*.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*, 190:192-3. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025791.
- Trigueros, R. N. G., Noelia, Aguilar-Parra, José Manuel, Cargas Díaz, Adolfo Javier, & Ortiz Jimenez, Luis. (2019). Adaptation and validation of the Scale of Self Stigma in Relatives of People with Mental Illness to the Spanish Context. *Anales de Psicología*, 35(3), 371-377. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.3.343641>
- Uebelacker, L. A., & Whisman, M. A. (2006) Moderators of the association between relationship discord and major depression in a national population-based sample. *Journal of Family Psychology*, 20(1): 40.
- Wancata, J., Freidl, M., Krautgartner, M., Friedrich, F., Matschnig, T., Unger, A., et al. (2008). Gender aspects of parents'needs of schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 968–74.
- Wasserman, S., Weisman, A., & Suro, G. (2013). Nonreligious coping and religious coping as predictors of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(1), 16–30. Doi:10.1080/13674676.2011.642347
- Weimand, B. M., Hall-Lord, M. L., Sallstrom, C., & Hedelin B. (2013). Life-sharing experiences of relatives of persons with severe mental illness - a phenomenographic study. *Scand J Caring Sci*, 27(1), 99–107.
- Wisconsin Alzheimer's Institute. *Zarit Burden Interview Assessing Caregiver Burden*. Nov. 2021.
- Wood, W., & Eagly, A. (2012). Chapter two-Biosocial Construction of Sex Differences and Similarities in Behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*. *Academic Press* 46, 55-123
- World Health Organisation. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. (2013). https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

- World Health Organization: WHO. (2025,). Over a billion people living with mental health conditions – services require urgent scale-up. *World Health Organisation*. <https://www.who.int/news/item/02-09-2025-over-a-billion-people-living-with-mental-health-conditions-services-require-urgent-scale-up>.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., & Phelan, J. C., S. Lee, B. (2007) Good Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. *Soc. Sci. Med*, 64 (7), pp. 1524-1535.
- Yerriah, J., Tomita, A., & Paruk S. (2022). Surviving but not thriving: burden of care and quality of life for caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders and comorbid substance use in South Africa. *Early Interv Psychiatry*, 16(2), 153–61.
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kuipers, E., & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 206, 268–274.
- Yin, M., Li, Z., & Zhou, C. (2020). ‘Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review’, *International Journal of Mental Health Nursing* 29(2), 141–160.
- Yu, Y., Zhou, W., Liu, Z.W., Hu, M., Tan, Z. H., & Xiao, S. Y. (2018). Gender differences in caregiving among a schizophrenia population. *Psychol Res Behav Manag*, 20(12), 7-13. doi: 10.2147/PRBM.S187975.
- Zahid, M. A., & Ohaeri, J. U. (2010). Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10, 71.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649–655. doi: 10.1093/geront/20.6.649.
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2009). Relationships among perceived burden, depressive cognitions, resourcefulness, and quality of life in female relatives of seriously mentally ill adults. *Issues Ment Health Nurs*, 30(3),142-50. doi: 10.1080/01612840802557204.

Zegwaard, M. I., Aartsen, M. J., Grypdonck, M. H. et al. (2013). Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily long-term formal caregivers: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 13, 103 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-103>

DECLARACIÓN USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Título del trabajo: Desvinculación familiar en trastorno mental grave: perfil y variables psicossociales

Autor/a: Carolina Rodríguez Antes

DNI/Alumno/a: 06019361P

Nombre del Director/a de TFM: Pablo Fernández Cancer

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Cristina Rocamora

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

No se ha hecho un uso sistemático de herramientas IA en esta fase, pero si de forma puntual, se ha utilizado IA de Google/ChatGPT como apoyo para localizar posibles artículos académicos relacionados con resultados concretos de interés. En estos casos, se solicitaban estudios que abordasen determinados hallazgos, accediendo posteriormente a los artículos de forma directa (PubMed etc.), comprobando su contenido y seleccionando únicamente aquellos relevantes. La lectura, análisis e interpretación de las fuentes ha sido realizada por mí.

Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts].

Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)].

Uso de ChatGPT. Su uso se ha limitado a la revisión y reformulación a nivel estilístico de fragmentos previamente redactados por mí, sin incorporación de contenido nuevo.

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

Otros (especificar): [_____]

-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.

La información incluida en el trabajo se ha elaborado y redactado a partir de fuentes bibliográficas académicas. Las modificaciones realizadas con apoyo de herramientas IA se han revisado manualmente, para comprobar que no se modificaba el contenido ni el sentido de lo que se quería decir, asegurando que el texto se mantuviese coherente con las fuentes utilizadas.

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a: Carolina Rodríguez Antes

Fecha: 12/05/2026