

Enfermería



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

**VIVENCIAS EN CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO
MENTAL DENTRO DE UN DISPOSITIVO COMUNITARIO DURANTE
LA PANDEMIA (2020-2021)**

**ALEJANDRA RODRÍGUEZ SOLER
CAROLINA SCARPETA POLOCHE
DIANA PATRICIA GARCÍA SOLANO
IVONNE JULIETH RUIZ VARGAS**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ, D.C.
2023**

**VIVENCIAS EN CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO
MENTAL DENTRO DE UN DISPOSITIVO COMUNITARIO DURANTE
LA PANDEMIA (2020-2021)**

Alejandra Rodríguez Soler
Carolina Scarpetta Poloche
Ivonne Julieth Ruiz Vargas
Diana Patricia García Solano

Trabajo de grado para optar al título de Enfermería

Docentes

Maritza Barroso Niño, investigadora principal
Ana Cecilia Becerra Pabón, asesora metodológica
Semillero de investigación CIADA (Cuidado social integral con atención
diferencial y acompañamiento en salud mental)

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N. CORPAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ, D.C.
2023**

Nota de aceptación.

Presidente del Jurado.

Jurado.

Ciudad y fecha (día, mes y año). (Fecha de entrega).

AGRADECIMIENTOS

En este proyecto de investigación queremos manifestar nuestra gratitud a quienes contribuyeron a su realización y culminación.

Hacemos una mención especial a la Fundación Universitaria Juan N. Corpas por haber propiciado, fomentado y brindado el espacio de investigación y los conocimientos necesarios para el desarrollo exitoso del mismo; a las profesoras Ana Cecilia Becerra Pabón y Maritza Barroso Niño, pertenecientes al departamento de enfermería, por sus enseñanzas, confianza, apoyo, dedicación y respaldo a lo largo de la construcción de nuestro trabajo. Por otra parte, queremos hacer mención a todo el personal residente y trabajador del dispositivo de cuidado “Saludarte”, y a su coordinadora, puesto que abrieron sus puertas al equipo investigativo, permitiendo la culminación de este trabajo.

Alejandra Rodríguez Soler

Carolina Scarpeta Poloche

Diana Patricia García Solano

Ivonne Julieth Ruiz Vargas

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Dra. ANA MARÍA PIÑEROS RICARDO

Rectora FUJNC

Dr. LUIS GABRIEL PIÑEROS

Vicerrector Académico, FUJNC.

Dr. JUAN DAVID PIÑEROS

Vicerrector Administrativo, FUJNC.

Dr. FERNANDO NOGUERA

Secretario general, FUJNC

Dra. MARÍA ANTONINA ROMÁN OCHOA

Decana Escuela de Enfermería FUJNC

Dra. ANA CECILIA BECERRA PABÓN

Coordinadora de Investigaciones, Escuela de Enfermería FUJNC

Dr. FABIOLA JOYA RODRIGUEZ

Jefe Gestión Académica, Escuela de Enfermería FUJNC

TABLA DE CONTENIDO

1. ANTECEDENTES	9
1.1 Vivencias	9
1.2 Pandemia COVID 19	10
1.3 Expresiones emocionales	10
1.4 Determinantes Sociales de la Salud	10
1.5 Variables sociodemográficas	12
1.6 ¿Qué es un cuidador?	12
1.6.1 Cuidador principal	13
1.6.2 Cuidador formal	13
1.6.3 Cuidador informal	13
1.7 Burnout	14
1.8 Plan decenal de salud pública 2012-2021	14
1.9 Ley estatutaria	15
1.10 Ley 3280 de 2018/ ley 3206 de 2007	16
1.11 Salud Mental	18
1.11.1 Políticas de salud mental	18
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	19
3. JUSTIFICACIÓN	20
4. OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GENERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5. MARCO TEÓRICO.	22
5.1 El malestar en la cultura por Freud	22
5.2 Antropología del cuerpo y modernidad por David Le Breton	22
5.3 Cuerpos fragmentados	23
5.4 La Inteligencia emocional por Daniel Goleman	23
5.5 Relación Terapéutica de Hildegart Peplau	24
5.6 Guía RNAO, relaciones terapéuticas	24
5.7 Determinantes sociales de la salud	24
5.8 Cuidado Social	24
5.9 Realidad	25
6. PROPUESTA METODOLÓGICA	25

7. Tipo de Investigación.	26
7.1 Técnicas de recolección de la información	26
7.2 Técnicas de Análisis de la Información	26
7.3 Consideraciones Éticas	27
8. Hallazgos	27
8.1 Descripción de Hallazgos	28
8.2 Análisis de Categorías	31
9. Conclusiones	43
9.1 Recomendaciones	44
10. BIBLIOGRAFÍA	44

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Categorías emergentes	29-30

1. Antecedentes

1.1 Vivencias

Para el psicoanalista Sigmund Freud, las vivencias psíquicas transitan entre dos polos, el sufrimiento y la satisfacción psíquica, lo que Freud explica por medio de un eje el cual es 'placer/displacer' y de la necesidad de mantener un equilibrio mental, es decir, mantener un 'monto de energía' razonablemente estable, hablaba de la necesidad de mantener un equilibrio del total de energía en el sistema. El principio de 'placer/displacer', tiene como tarea mantener la homeostasis, la cual se encuentra obstaculizada por la 'Dialéctica del deseo' y por el Principio de Realidad, que obliga al sujeto a enfrentar la frustración de sus necesidades y la insatisfacción de lo que cree es su deseo. El dolor y el sufrimiento se presentan en el Yo como "un afecto displacentero" y pueden conceptualizarse, al menos en cuatro formas: la angustia, la culpa, el duelo y el goce (1).

Un primer trabajo que encontramos en relación, corresponde a Pérez (2020), quien realizó "Cuidadoras y cuidadores de pacientes con trastorno mental grave: las repercusiones del cuidado y la importancia de las estrategias de afrontamiento" trata las consecuencias de cuidar pacientes con trastorno mental, estas pueden afectar las relaciones de los cuidadores y generar cambios en las dinámicas familiares ,debido a las nuevas condiciones que impone la convivencia con una persona con trastorno mental (2).

Partiendo de lo anterior podemos identificar que el cuidado de larga duración, puede ocasionar un desgaste físico y psicológico notable, hasta llegar a comprometer la salud de quien lo lleva a cabo. El nivel de carga aumenta cuanto mayores son el deterioro cognitivo, psicológico, conductual y motor de los pacientes.

Con la pandemia, y la propagación rápida y masiva de la enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, el mundo entero, se enfrentó a un dura prueba, donde se vio afectado el ámbito social y económico, se evidenciaron también efectos en la salud de la población, a nivel físico y psicológico, lo que generó transformaciones en la forma de vida, en las relaciones de los individuos e interacciones con el medio (3).

1.2 Pandemia COVID 19

El inicio del brote por Covid 19 fue en Wuhan (China), el 31 de diciembre de 2019, llegó a Colombia el 6 de marzo por una persona procedente de Milán, Italia, durante esa emergencia el ministro de salud junto con los secretarios de las EPS, IPS establecieron un plan de respuesta ante el ingreso del coronavirus a Colombia (4). Dentro de esta emergencia de salubridad, se brindaron ciertas recomendaciones de prevención y autocuidado en la que también se vieron involucrados los proveedores de cuidado, personas que se encargaban de realizar y tomar ciertas medidas, con el fin de cuidar el estado de salud de todos.

1.3 Expresiones emocionales

El acto de cuidar también es un proceso lleno de experiencias satisfactorias y conmovedoras, para el sujeto de cuidado, el cuidador es fundamental partiendo en que estas personas son totalmente dependientes a ellos, los cuidadores les brindan seguridad, apoyo y acompañamiento; los hacen sentirse queridos, siendo en muchas ocasiones, su referente y en quien depositan su confianza total.

El cuidador lleva consigo unos sentimientos que lo acompañan al cuidar a este grupo de personas, entre estos encontramos, la soledad, tristeza, culpa, miedo, ira, autocompasión, amor, alegría, satisfacción, entre otros; algunos de estos cuidadores empiezan a tener sentimiento por pérdida de contacto social, debido al tiempo que dedican a proporcionar estos cuidados especiales que requiere el individuo; asimismo, las preocupaciones y el cansancio que conlleva cuidar, generan menos interés de salir de casa, o de querer participar en actividades sociales o de ocio, al igual que participar de reuniones familiares, la tristeza del cuidador, supone un gasto de energía enorme que lo deja sin fuerza y sin la capacidad de cuidar a la persona que le dedica ese cuidado al igual que el hecho de que dejan de cuidarse a sí mismos (5).

1.4 Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales son aquellos factores que repercuten directamente en la salud, incluyendo las prácticas e instituciones, la identidad personal y los procesos interpersonales (determinantes intermedios), así como la estructura social, la pobreza, la desigualdad y la exclusión social. La salud mental se define en la Ley 1616 de 2013, como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de

manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad; incluye el tratamiento y la rehabilitación de personas afectadas por algún trastorno (6).

La pandemia por covid-19 trajo consigo un sin fin de casos de afecciones en cuanto a la salud mental, llegando a considerarse como unos de los problemas de salud que generó mayor impacto en la calidad de vida de las personas, y de igual manera en los costos económicos para el individuo, la sociedad y los sistemas de salud. Estudios realizados señalan que el estatus socioeconómico se relaciona negativamente con estos indicadores de salud mental, al igual que la falta de escolaridad se relaciona con la depresión, intentos de suicidio, trastornos del estado de ánimo y ansiedad. Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia la importancia al investigar sobre el sufrimiento psíquico (como parte de la salud mental), la variedad de aspectos que rodean a las personas cuidadoras y sujeto de cuidado, como lo es la etnicidad, el sexo (identidad y orientación sexual), el nivel de escolaridad, ingresos, entre otros (7).

De la misma manera, los dispositivos de cuidado social muestran una responsabilidad socialmente construida sobre normas de economía de género, según las cuales las mujeres siguen siendo los pilares en este cuidado, en unos contextos sociales y de gran vulnerabilidad. Hay políticas públicas sobre este cuidado social como son los servicios de asistencia social, sin embargo estos se adhieren a la concepción tradicional del bienestar mínimo de consumo, a saber, se da por sentado la disponibilidad de trabajo doméstico no remunerado necesario para garantizar este cuidado por lo cual las transferencias de ingresos de dichos servicios no incluye el “dinero para cuidar” sino solamente los ingresos para respaldar el consumo de una canasta básica de bienes y servicios de los sujetos de cuidado, excluyendo el cuidado en un sentido amplio (8).

Relacionándolo con el dispositivo de cuidado y el trato a personas con trastornos mentales, vemos que esta asociación no recibe ningún tipo de apoyo de las entidades gubernamentales, ni siquiera durante la pandemia COVID-19, sufriendo muchos inconvenientes por el sobre costo de la alimentación, la bioseguridad (tapabocas, jabón de manos), el transporte, el talento humano, entre otros.

1.5 Variables sociodemográficas

Son aquel conjunto de datos que brindan información básica de las personas, describiendo con ello las condiciones específicas (características) de una población de estudio, ofreciendo una visión más profunda del grupo focal (9). Esto permite analizar e interpretar resultados, para realizar reflexiones que permitan al investigador inferir causas, asociar patrones, proponer soluciones o estrategias para la intervención y conclusión de estudios de investigación. Algunos de estos datos básicos son: sexo, edad, lugar de nacimiento/nacionalidad, estrato social, lugar de residencia y nivel de estudios, ocupación, estado civil, ingresos.

En el estudio “Características sociodemográficas y motivación de las cuidadoras de personas dependientes. ¿ perfiles en transición?, nos menciona que el cuidado informal de la salud ha sido abordado desde diferentes perspectivas poniendo de manifiesto la importante contribución económica y social, han sido las mujeres tradicionalmente, quienes han asumido la labor de cuidado a personas dependientes, este mismo artículo nos muestra como resultado los siguientes porcentajes: más del 80% de los cuidadores son mujeres, la mayoría son amas de casa y su nivel educativo es bajo; según el libro “Asunto de género, Desafío demográfico para la organización social, el cuidado y políticas públicas” identificamos que considerando la actual estructura social marcada por la desigual distribución sexual del trabajo remunerado y no remunerado, es esperable que el grueso de esta presión impacte sobre las mujeres, lo que tiene consecuencias sobre el tiempo y la autonomía de las mujeres (10).

1.6 ¿Qué es un cuidador?

Es aquella persona que brinda apoyo en el cuidado de otra persona que padece de alguna enfermedad, ya sea congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, es esa persona que asume la responsabilidad de cuidar de un individuo, ya sea niño, adulto o persona mayor, y asimismo, que requiera cuidado debido a una lesión, a una enfermedad crónica o a una discapacidad, que pueden ser tanto físicas como mentales, con el objetivo de mantener su bienestar y calidad de vida (11).

Entre las actividades que realiza un cuidador encontramos: asistencia en la realización de tareas diarias, como, bañarse, vestirse, comer, desplazarse o tomar medicamentos; organizar actividades, como la realización de ejercicios

físicos (terapias) o lúdicos (para entrenar la mente), y también brindar una atención médica, como lo es llevar un registro de signos vitales, un horario en la administración de medicamentos o una dieta según las enfermedades de base que presente la persona cuidada. También encontramos diferentes actividades según el tipo de cuidador que se presente como lo son:

1.6.1 Cuidador principal

Persona que se encarga de la mayor parte del cuidado de un enfermo, este tipo de cuidador siempre suele vivir en la misma vivienda de la persona cuidada, por lo que en la mayoría de los casos este es un integrante de la familia o alguien muy cercano a la misma.

1.6.2 Cuidador formal

En este caso esta persona siempre es un individuo con una formación adecuada, con los conocimientos necesarios para llevar a cabo de la mejor manera el cuidado de una persona enferma y que por lo mismo cobran una remuneración por la labor prestada.

1.6.3 Cuidador informal

Contrario a lo mencionado anteriormente, este tipo de cuidador son aquellas personas que forman parte del mismo entorno familiar e igual que los demás, colaboran ya sea en mayor o en menor parte, en el cuidado de la persona enferma o con dependencia de alguien (11).

Cuando hablamos de cuidadores (cualquiera sea el tipo), siempre se evidencia la necesidad de hablar de “salud mental”, pues muchas de estas personas que se dedican diariamente al cuidado de individuos con diferentes dolencias y en diferentes circunstancias, padecen de lo que llamamos “estrés del cuidador”, pues en muchas ocasiones se ven tan inmersos en la vida de los pacientes y así mismo en la dedicación continua al enfermo, que cuando llegan a esta etapa, suelen presentar síntomas físicos como (cansancio, falta de apetito, alteraciones del sueño, dolores musculares, abandono del aspecto físico); emocionales (tristeza o sentimiento de culpa, disminución del autoestima, irritabilidad, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria) y sociales (ruptura en las relaciones con la familia y amigos, desinterés en las cosas, soledad y aislamiento), aspectos que empiezan a advertir sobre el riesgo y a percatarse sobre la necesidad de que el cuidador busque un espacio para pensar en sí mismo y en el cuidado de su salud (11).

1.7 Burnout

Maslach, comenzó a reflexionar sobre el fenómeno del Burnout, utilizando el término “burnout” para describir un nuevo síndrome clínico caracterizado por el agotamiento que se observaba entre los profesionales de la salud mental. De esta forma, Maslach expuso en sus estudios la relevancia en considerar los aspectos emocionales que operaban en el burnout, aduciendo que la tensión laboral es una variable interviniente significativa en el proceso de estrés y agotamiento psíquico, y que adecuadas estrategias de afrontamiento tienen implicaciones importantes para los individuos en cuanto a su identidad profesional y conductas laborales.

El burnout ha tenido miles de definiciones, sin embargo, la más repetida definición es la planteada por Maslach y Jackson, quienes lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas. El burnout parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con los individuos receptores de servicios produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estas personas. En la actualidad, Maslach define al burnout como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo.

Maslach posiciona a este importante fenómeno como una problemática particularmente real, donde existen respuestas disfuncionales del individuo en contextos laborales caracterizados por fuertes niveles de presión y tensión laboral. Un problema socio-laboral consecuencia del estrés laboral crónico, una reacción nociva ante una tensión ocupacional progresiva e intensa (12).

1.8 Plan decenal de salud pública 2012-2021

Es un conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas de la vida, busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los objetivos de, avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente, mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitable (13). Se desarrolla a través de 8 dimensiones prioritarias y 2 transversales cada

dimensión desarrolla un componente transectorial y sectorial que incorpora un conjunto de acciones y estrategias comunes y específicas.

En este caso vemos la importancia de ampliar el conocimiento en cuanto a la dimensión “Convivencia social y salud mental”, el cual busca generar espacios que contribuyan al desarrollo de oportunidades y capacidades de este tipo de población, que permitan el disfrute de la vida, también el de contribuir en una gestión integral de riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social, disminuyendo el impacto de la carga de la enfermedad generada por eventos, problemas y trastornos mentales, como las distintas formas de violencia, en conclusión lo que se pretende lograr es mitigar esa exclusión, ese estigma que se puede observar actualmente en diferentes escenarios hacia las personas con algún trastorno mental, mediante, principalmente dos componentes fundamentales: la promoción de la salud mental y convivencia, y la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales en diferentes formas de violencia, con diferentes estrategias, como lo son el implemento de políticas de salud mental en diferentes municipios y departamentos del país, en el cual se puedan observar los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, e implementar estrategias en entornos protectores de la salud mental, entornos favorables para la convivencia, información, educación y comunicación para la convivencia y en gestión de conocimientos en salud mental (13).

1.9 Ley estatutaria

Esta ley fue postulada el 19 de febrero de 2015, su propósito principal es el garantizar, regular y establecer mecanismos para la protección de la salud de los ciudadanos del territorio colombiano, puesto que es destacada como un derecho fundamental. En el cual el ciudadano tiene una oportunidad de participación en las decisiones de interés que se toman dentro del sistema (14).

Dentro de esta reforma se establecen algunos elementos fundamentales que se relacionan entre sí para brindar de manera integral el servicio de salud, estos son: aceptabilidad, accesibilidad, disponibilidad y calidad e idoneidad profesional. Así como se establecen unos principios básicos para orientar el cumplimiento de este derecho, entre ellos se encuentran : la universalidad, pro homine, la equidad, la continuidad, la oportunidad, la prevalencia de derechos, la progresividad del derecho, la libre elección, la sostenibilidad, la solidaridad, la eficiencia, la interculturalidad, y por último el énfasis en la protección a

pueblos indígenas, comunidades indígenas, ROM, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (14).

Por otro lado, indica la obligación del estado de intervenir directamente en los determinantes sociales de la salud, con el fin de lograr la equidad en términos de salud, así como, pone en evidencia la necesidad de establecer políticas que promuevan el cumplimiento de los derechos y deberes que tienen los usuarios del sistema, la creación e implementación de políticas públicas en salud, la postulación de una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, la obligación de trabajar en la divulgación de estos avances tecnológicos-científicos en el campo de la salud, y la mejora de prácticas clínicas y de las rutas críticas. El gobierno nacional, es quien establece la política Farmacéutica Nacional, que permite tener un control específico de los medicamentos que se encuentran en el mercado y que influyen directamente en el estado de salud de la población (14).

Además, la ley estipula que se encuentra prohibido negar a prestar el servicio de salud, e indica que el sistema de salud del país se encuentra dividido en redes integrales de servicios de salud (Privada, pública o mixta). Este servicio prestado debe ser integral en su servicio, esto implica brindar protección especial a aquellos grupos vulnerables como lo son los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que presentan enfermedades huérfanas, y personas en condición de discapacidad. Con relación a los profesionales y trabajadores de la salud, la ley especifica el respeto a la dignidad de estas personas y el poder de autonomía que tienen estos individuos en la toma de decisiones, la selección del diagnóstico y tratamiento de los pacientes, los cuales deben ser respaldados por la ética, la razón, y evidencia científica. Al igual que deben mantener y garantizar un manejo discreto, oportuno, y transparente del tipo de información generada (14).

1.10 Ley 3280 de 2018/ ley 3206 de 2007

En la 3280 valoración de la salud mental, se Incluyen la valoración de los siguientes aspectos: apariencia y comportamiento (conducta espontánea, atuendo, apariencia, postura, expresiones, ademanes, acciones extrañas, movimientos repetitivos, lentos o excesivos, postura anormal, contacto visual deficiente, expresiones faciales anormales, manierismos); lenguaje y comunicación (disposición e interés para comunicarse, flujo general del

lenguaje; alteraciones del lenguaje; tono y contenido del discurso; relación entre comunicación verbal y no verbal); procesos de pensamiento (velocidad del habla, continuidad del habla, contenido del discurso, temas recurrentes, alteraciones del pensamiento (del curso y del contenido); estado de ánimo y afecto (estado emocional predominante, estado emocional que acompaña el discurso, fluctuaciones en estado de ánimo, correspondencia entre afecto y discurso); funcionamiento cognoscitivo (nivel de concentración, atención y estado de alerta; funcionamiento mnésico (memoria a corto y largo plazo, amnesia, hipermnesia), vocabulario, nivel de conocimientos de acuerdo con contexto personal y social); funcionamiento sensorial y motor (conciencia del entorno, orientación en tiempo, espacio y persona; alteraciones sensoriales; coordinación motora; dificultades motoras).

Adicional a lo anterior se debe realizar la valoración de las estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales (normativos y no normativos) con el fin de prevenir alteraciones en la salud e identificar factores de riesgo para trastornos de comportamiento, problemas y trastornos mentales. Durante el procedimiento se debe valorar signos de violencia interpersonal, violencia de género, sexual y conflicto armado.

Adicional a los hallazgos a partir de la anamnesis, se debe valorar la presencia de riesgos psicosociales para violencias y de exposición a violencias, que puede incluir una o diversas formas de violencias de género, interpersonales o con ocurrencia en el conflicto armado, y de ser así derivarse a la Ruta integral de atención para la población en riesgo y víctima de violencias en el conflicto armado, violencias de género y violencias interpersonales. Si identifica algunos de los siguientes riesgos: síntomas depresivos, dependencia funcional, trastornos mentales familiares, consumo problemático de SPA de hijos, la pareja o algún otro integrante de la familia allegada, duelo o pérdida significativa y disfuncionalidad familiar se debe aplicar las preguntas Whooley para tamización de depresión y cuestionario GAD-2 para tamización de los trastornos de ansiedad. En caso de presentar resultado positivo en estas pruebas tamiz, derivar a la RIAS para población con factores de riesgo o presencia de problemas, trastornos mentales y epilepsia.

Ante hallazgos sugerentes de deterioro cognitivo se debe aplicar el Mini Mental State. En caso de identificar alteraciones o resultados negativos, se debe remitir a una consulta resolutive. Ante el consumo de SPA se debe aplicar el instrumento Substance Involvement Screening Test (ASSIST) y en el de alcohol el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).

En caso de presentar alteraciones en alguno de éstos se debe derivar a la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas y adicciones. En el caso de que la persona asuma el rol como cuidador se debe realizar la evaluación de sobrecarga del cuidador con la escala Zarit. Si se identifica sobrecarga debe ser derivado a ruta de salud mental (15).

La ley 3206 habla sobre el cuidado del individuo, familia y comunidad tomando en cuenta la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independiente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental social y espiritual de la persona. El enfermero debe ejercer sus funciones en ámbitos de la planificación y ejecución de estos cuidados directos que le ofrece a la persona, familia y comunidad (15).

1.11 Salud Mental

De acuerdo a la ley 1616 de 2013, la salud mental es “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (16).

En la investigación “Salud y calidad de vida en los cuidadores de personas con enfermedad mental, en el municipio de Pueblorrico – Antioquia, en el año 2020” indica que las personas cuidadoras por falta de tiempo se ven en la obligación de abandonar sus trabajos remunerados, sus actividades de la vida social y hasta sus amistades. Afectando gravemente su equilibrio psicoemocional y su calidad de vida.

Los cuidadores no identifican o reconocen sentimientos como la depresión, es por eso que poco a poco su estado emocional se va debilitando, sin saber que eso es una enfermedad que debe ser tratada a tiempo para evitar su progreso degenerativo, se entiende que los cuidadores van adquiriendo una serie de compromisos con su paciente día a día y van dejando de lado sus propias vidas (16).

1.11.1 Políticas de salud mental

“En 1998, con la expedición por parte del Ministerio de Salud de la Resolución 2358, se formuló la Política de Salud Mental, cuyo objetivo se orientó a promover la salud mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental.”

Como políticas de salud mental podemos dar inicio con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, la Ley 1751 de 2015, la resolución 429 de 2016, en compañía de la ley 1414 del 2010, donde nos informa que la salud mental está ligada a la convivencia y está entre los componentes de promoción de la salud, con ayuda de la Ley 1751 de 2015 se regula el derecho fundamental a la salud, donde en el artículo 2 de la ley ya mencionada, el Gobierno y las EPS están obligadas a cumplir con las necesidades de salud mental.

Estas leyes no se están cumpliendo a cabalidad por ausencia de apoyo político y deficiente integración de la política de salud mental dentro de la política nacional que en el marco legislativo nacional carece de presupuesto del sector salud y de talento humano, entre este último podemos definir que por cada 1000 habitantes solo hay dos profesionales de la salud con la especialización de psiquiatría lo cual ayuda al aumento de la mortalidad de la población Colombiana (17).

2. Pregunta de investigación

Es evidente que el brote de COVID 19 tuvo un impacto en la salud mental de la población mundial afectando incluso a los trabajadores de la salud, lo cual se diferenció por razones de género, etnicidad, clase social y curso de vida; en el caso de las cuidadoras primarias que laboran en dispositivos de cuidado social no convencionales como la Fundación de trato a personas con trastornos mentales, los cuales suplen los cuidados familiares a cargo de mujeres la mayoría de las veces con más de 40 años, únicas responsables del cuidado de sus familiares, con escaso tiempo para ellas, no suelen beneficiarse ni siquiera de las medidas que el talento humano en salud recibe como vacunación, bono de ingresos, algunos auxilios de transporte, alojamiento y bioseguridad, entre otros, pues no se reconocen en la normatividad, ni como parte del sector salud, ni como parte del sector de desarrollo o integración social.

De otro lado, en lo relacionado con la visibilidad y prioridad de atención de las personas con trastorno mental por el sistema de salud, pese a la recomendación de la OMS para procurar un programa que supere las brecha

de atención en salud mental, en Colombia a las medidas descritas en la introducción a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y las Direcciones Territoriales de Salud, las EPS no generaron medidas eficientes para la continuidad del tratamiento en salud mental durante la pandemia, lo cual se evidenció en su falta de información sobre la población afiliada con trastorno mental, la asignación de citas con tiempos de espera prolongados, casi siempre por videollamada lo cual significaba que no se recibió la fórmula de control de manera inmediata y que el personal de cuidado tenía que acercarse en diferentes oportunidades durante el mes para reclamar la fórmula y luego los medicamentos en diferentes lugares de la ciudad; estas malas prácticas administrativas generaron retraso en la formulación, y en algunos momentos incluso la escasez de medicamentos, especialmente de clozapina, la cual presenta escasez en todo el país en un periodo de la pandemia (18).

Se resalta en este contexto, la situación diferencial de aceptación social que recibe la población sujeto de atención de estos dispositivos comunitarios (hogares protegidos para personas con trastorno mental), de aquellos para otras poblaciones (personas mayores, niños, niñas y adolescentes, etc.), realizándose las situaciones de estigma y auto estigma en situaciones de trastorno mental (18).

A partir de lo expuesto, surge la pregunta: ¿Cuáles son las vivencias en cuidadores de personas con trastorno mental dentro de un dispositivo comunitario durante la pandemia (2020-2021), teniendo en cuenta las variables sociodemográficas?

3. Justificación

La noción de “cuidado” tiene una connotación más amplia e integral que el término sencillo de “atención”. El cuidado incluye varias dimensiones como lo son: el autocuidado, como relación intrapersonal; el cuidado directo, como una relación interpersonal; la provisión de condiciones aptas para el cuidado, como la limpieza del hogar, la compra y preparación de alimentos, y por último, la gestión del cuidado, como lo pueden ser la coordinación de horarios y supervisión de tareas de cuidado (19).

Es así como este proyecto plantea abordar la salud mental de los cuidadores, buscando responder a la necesidad de contemplar y conocer el panorama al cual está expuesto el personal de salud que presta su servicio a pacientes diagnosticados con trastornos mentales, lo cual se ve en los dispositivos comunitarios, debido al desgaste psicológico, los cuales empezaron a

almacenar estas expresiones alterando su estructura psíquica a lo largo de la pandemia covid-19, enfatizando en el periodo 2020-2021.

La institución dispuesta a colaborar con el desarrollo de este proyecto, es un prestador del servicio privado de cuidado integral a personas con diagnóstico psiquiátrico direccionado por profesionales de enfermería con énfasis en rehabilitación en salud mental y cuidado social, institución a la cual se le reserva su identidad por motivos de confidencialidad. Dentro de este dispositivo, se brindan cuidados formales (Profesionales) e informales (No profesionales), los cuales forman parte del proceso de salud-enfermedad-cuidado, entendido como un proceso dinámico y como construcción histórica. En esta fundación se evidencia la ausencia de ayudas por parte de las autoridades gubernamentales hacia una porción del personal, quienes se encuentran excluidos a la priorización para la vacunación, ya que estas personas no se consideran personal de salud. Pese a este tipo de adversidades, se mantuvo el cuidado con el liderazgo y la coordinación de enfermería logrando mantener el ritmo de trabajo que se venía proveyendo.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Describir las expresiones de vivencias que viven las personas que brindan cuidado en un dispositivo comunitario durante la pandemia Covid 19, teniendo en cuenta las relaciones de género, edad, procedencia, curso de vida.

4.2 Objetivos específicos

- Comprender las (vivencias) expresiones psíquicas (mente o relacionado con ella) que viven las personas que brindan cuidado en un dispositivo comunitario durante la pandemia Covid 19, teniendo en cuenta las relaciones de género, edad, procedencia, curso de vida.
- Interpretar las estrategias para el abordaje del sufrimiento psíquico que tienen las personas que brindan cuidado en un dispositivo comunitario durante la pandemia Covid 19.

5. Marco teórico

La actual investigación se desarrolla a partir de distintas fuentes de conocimiento, entre las que encontramos: el malestar en la cultura por Freud, Antropología del cuerpo y modernidad por David Le Breton, cuerpos fragmentados por Maritza Barroso, la Inteligencia emocional por Daniel Goleman, relación terapéutica por Peplau junto con la guía RNAO “relación terapéutica” y Determinantes sociales por Érika Ramírez, a continuación, se presenta un resumen de estos referentes.

5.1 El malestar en la cultura por Freud

Freud, en su libro el malestar en la cultura nos hace referencia aquellos conceptos que contiene el sufrimiento, los cuales son: el cuerpo, que, condenado a la decadencia y a la aniquilación, no puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros; y de las relaciones con otros seres humanos. El sufrimiento que emana de esta última fuente quizá es más doloroso que cualquier otro.

En otras palabras, se responde al señalar las tres fuentes del sufrimiento humano: la supremacía de la naturaleza (realidad), la caducidad de nuestro propio cuerpo (cuerpo) y la insuficiencia de nuestros métodos para regular las relaciones humanas en la familia, el estado y la sociedad (relaciones). Al hablar de las dos primeras referencias, nuestro juicio no puede vacilar mucho, pues nos vemos obligados a reconocerlas y a inclinarnos ante lo inevitable. Jamás llegaremos a dominar completamente la naturaleza, nuestro organismo, que forma parte de ella, siempre será perecedero y limitado en su capacidad de adaptación y rendimiento (20).

5.2 Antropología del cuerpo y modernidad por David Le Breton

David Le Breton (1990), realiza un estudio del mundo moderno desde una perspectiva antropológica y sociológica que lleva un hilo conductor que es el cuerpo; el define al cuerpo desde una mirada antropológica como algo que pertenece por derecho a la identidad del hombre, las personas tienen una comprensión rudimentaria de sí misma el cual le otorga sentido a su propia carne, saber de qué está hecho hasta el punto de vincularse consigo mismo, con sus enfermedades, o sus sufrimientos; todo esto le permite al hombre

conocer su posición frente a la naturaleza y al resto de los hombres a través de un sistema de valores, Le Breton nos dice que la representación social le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad (21).

5.3 Cuerpos fragmentados

Maritza Barroso y Catalina Plazas (2022-01), nos cuentan sobre la experiencia de un taller vivido en la asignatura de cuidado y calidad de vida en una institución de educación superior, tratando tres aspectos importantes los cuales son: el vínculo, la afectación y la reparación. Para las autoras el vincularse es un proceso mental, es más que tener un parentesco o tener una relación o una posesión. La afectación del sujeto se basó en los determinantes sociales, mencionando que las fracturas fueron imprevistas e inesperadas como lo hace un determinante; en la reparación, si reparamos el objeto, el vínculo se actualiza, en esta triangulación tan expectante podemos decir que el cuerpo se fragmenta de estos aspectos mencionados, cada cuerpo es diferente, al igual que su afectación y reparación, y al fragmentar un cuerpo no se puede devolver el tiempo, pero los efectos del daño se atenúan cuando se hace parte del cuidado como lo realizan todos los cuidadores (22).

5.4 La Inteligencia emocional por Daniel Goleman

Según indica Goleman (1999), por Inteligencia emocional se entiende a la capacidad de expresar nuestros propios sentimientos del modo más adecuado y eficaz, posibilitando la colaboración en la consecución de un objetivo común. A su vez la inteligencia emocional se puede dividir en dos apartados o categorías relacionadas: competencia emocional-personal y competencia emocional-social. La primera, hace referencia a la relación que tenemos con nosotros mismos, por ejemplo: la conciencia de uno mismo y de sus emociones, la motivación, el autocontrol, la autoconfianza, etc. La segunda hace referencia a las relaciones que establecemos con nuestros semejantes, por ejemplo: la capacidad de entender diferentes puntos de vista, la predisposición a ayudar altruistamente, la tolerancia y la flexibilización de planteamientos, la cooperación y el dinamismo grupal, entre otros (23).

5.5 Relación Terapéutica de Hildegart Peplau

Peplau en su teoría hace referencia a la relación entre una persona con la necesidad de ayuda, y una enfermera formada adecuadamente para

reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente; para Peplau la relación terapéutica que se establece es recíproca, es decir, que lo que se da, lo mismo se recibe, haciendo referencia que de parte del personal no solo se mira al paciente sino también se mira a uno mismo, lo que implica respeto, desarrollo y aprendizaje para ambos. Peplau orienta a la enfermera a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual y dirige el cuidado a sus dimensiones, físico, social y mental (24).

5.6 Guía RNAO, relaciones terapéuticas

RNAO (2002), abarca la relación terapéutica como elemento fundamental de la práctica enfermera; en servicios de salud mental y centros sociosanitarios, la relación terapéutica puede ser la intervención primaria a la hora de fomentar la sensibilización y el crecimiento, así como para superar las dificultades que puedan surgir. También se puede realizar un papel más secundario, en el cual se proporciona consuelo y apoyo, facilitando de esa manera la prestación de los cuidados (25).

5.7 Determinantes sociales de la salud

La Organización Mundial de la Salud define como determinantes sociales de la salud las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. En el caso de la presente investigación, se identifica el énfasis en determinantes estructurales como el género, la clase social, nivel socioeconómico, etnicidad y procedencia (inmigración), así como determinantes intermedios, como los factores psicosociales y las condiciones materiales de vida de los cuidadores en un dispositivo de cuidado (7).

5.8 Cuidado Social

Según lo que menciona el Comité de Oxford para aliviar la hambruna (OXFAM) en el documento “El cuidado en los hogares y las comunidades”, primero se identifica el cuidado y luego el cuidado social. El cuidado es la relación entre las dimensiones materiales y relacional del cuidado, por otro lado, se identifica que es una responsabilidad socialmente construida que significa que tiene una normativa de cuidado dentro de determinados contextos sociales y económicos. Los Cuidados Sociales dan la entrada al pensamiento del género

como un estructurador del cuidado, como se señalaba anteriormente, la mujer siempre ha sido catalogada como la principal proveedora de cuidado; según esto, podemos ver que el cuidado es tomado como una categoría analítica desde los estudios feministas y de género, lo que permite analizar los estados benefactores (estados de bienestar/sistemas de protección social), que quiere decir, que el cuidado está entre las relaciones sociales y de género. Esta categoría analítica permite revelar importantes dimensiones o condiciones de la vida humana y también captar propiedades generales de los acuerdos sociales en torno a las necesidades de las personas, llegando así al concepto de que el cuidado es aquello que nos produce bienestar (26).

5.9 Realidad

Piaget considera que los seres humanos no acceden a una realidad objetiva externa, sino que esta se construye, lo que nos indica que cada persona construye su propia realidad a lo largo de sus vivencias. La construcción del conocimiento, no constituye una copia de la realidad, sino que conocer el objeto es transformarlo en función de los esquemas del organismo, es decir que el conocerse como persona transforma el organismo para poder crear su realidad. Para Peplau el sujeto es un organismo en desarrollo no solo en sentido físico o biológico, sino en un sentido cognitivo, lo que se evidencia en los procesos por los cuales se desarrollan formas lógicas de razonamiento más complejas y avanzadas. Todo este proceso, hace posible alcanzar un nuevo estado de equilibrio; cada estadio del desarrollo cognitivo representa un nivel cualitativo mayor respecto al modo de conocer o pensar (27).

6. Propuesta metodológica

La investigación se realizó desde una perspectiva cualitativa fenomenológica, ya que permitió abordar las vivencias personales de los cuidadores de pacientes con un trastorno mental en un dispositivo comunitario durante la pandemia Covid 19.

Se realizaron entrevistas a profundidad a cuidadores que se encontraban en el dispositivo de cuidado durante la pandemia. Se logró la saturación de los datos con 06 entrevistas, cuatro de las cuales se efectuaron de manera presencial y dos con ayuda de las tics, éstas contaron con la previa autorización de los presentes para grabar; posterior a esto, se elaboró un respectivo análisis y registro de cada experiencia del cuidador.

Los participantes debieron firmar un consentimiento informado para hacer parte de la investigación.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Los cuidadores que hayan trabajado durante el periodo marzo de 2020 a diciembre de 2021.
- Los cuidadores que se hayan internado de manera voluntaria en el dispositivo de cuidado.

Exclusión:

- Los cuidadores que no estuvieron internados en el periodo de marzo de 2020 a diciembre de 2021

7. Tipo de Investigación.

El presente trabajo corresponde a un estudio investigativo de carácter cualitativo, que abarca una investigación de tipo narrativo fenomenológica que permitió tener un panorama amplio sobre las vivencias de los cuidadores en un dispositivo comunitario de rehabilitación en salud mental, durante la Pandemia COVID-19.

7.1 Técnicas de recolección de la información.

Se desarrollaron 6 entrevistas semiestructuradas, las cuales respondieron a las necesidades de la investigación en las vivencias personales de los cuidadores durante la pandemia Covid 19. Se garantizó la confidencialidad, con un manejo reservado de la información personal de los cuidadores, por medio de un consentimiento informado que fue explicado y firmado por los participantes

7.2 Técnicas de Análisis de la Información.

Los datos cualitativos recolectados se transcribieron dentro de las 72 horas, posteriormente se registraron en un libro de códigos, para realizar su categorización. Por otro lado, con las experiencias vividas de los cuidadores, realizamos un diario de campo para identificar las expresiones observadas al momento de la entrevista (aspectos que contribuyeron en el análisis de datos) durante la pandemia. Realizamos un análisis de todas las entrevistas hasta llegar a la saturación de la información.

7.3 Consideraciones Éticas

La presente investigación, cumplió con los parámetros establecidos por el comité ético sobre realizar un consentimiento informado de manera escrita; igualmente la investigación cumplió con el parámetro de riesgo mínimo para los cuidadores.

Esta investigación fue guiada según la Declaración Bioética de Helsinki (Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía) (45), en donde nos indica que se debe velar por la salud del paciente, teniendo así en cuenta el Código Internacional de Ética Médica que señala que siempre se debe considerar lo mejor para la persona.

8. Hallazgos

Las vivencias personales de los cuidadores de pacientes con trastornos mentales en el dispositivo de cuidado durante la pandemia, al inicio fue un tema difícil y complejo, emplear una nueva forma de vivir y por lo mismo de adaptarse, aparte, se trataba de convivir las 24 horas durante 15 días, en un dispositivo de cuidado con personas fuera de su núcleo familiar, puesto que debían internarse con sus pacientes, permanecer lejos de sus hijos, parejas, padres, familia en general; cambiar sus estilos de vida para cumplir con los lineamientos nuevos establecidos en el dispositivo y empezar a realizar actividades nuevas como: lavar y desinfectar todos los alimentos, bañarse cada vez que entraban y salían, mantener con tapabocas en todo momento, desinfección de zapatos y manos constantemente y cambiar actividades que se realizaban en los sujetos de cuidado como lo eran los paseos, a realizar actividades en casa.

Al momento de realizar las entrevistas, nos encontramos con testimonios que resaltan experiencias positivas durante la internación. Esto nos llevó a replantearnos un cambio de foco, ampliándolo a la totalidad de respuestas en todo el espectro, tal como lo planteó Freud, desde satisfacción hasta sufrimiento y lo redefinimos como *vivencias personales*.

En estos testimonios, los cuidadores manifiestan haber tenido un respiro en varios aspectos, salieron de la monotonía; tuvieron un alivio económico, debido a que ya no tenían que gastar en transportes y la alimentación de los días que debían permanecer internados, era gratis, para ellos fue un descanso en muchos sentidos, pues mencionaban sentir alivio, por ejemplo, en los pies, al no tener que transportarse todos los días del lugar de trabajo al hogar y en algunos malestares físicos que tenían, los cuales mejoraron al permanecer internados.

De igual forma los cuidadores nunca dejaron de lado la humanidad con la que cuidaban a sus pacientes, siempre guardaron el respeto y tuvieron la paciencia para enseñarles y así mismo para crear estrategias de abordaje en los mismos, puesto que este tiempo fue un punto crítico que requería de adaptación, no solo para los cuidadores sino para los pacientes, los cuales se estresan fácilmente por aspectos como lo eran, el no poder ver a sus familias, tener que realizar actividades diferentes a las que hacían anteriormente, el miedo a ver noticias o al interactuar con sus compañeros.

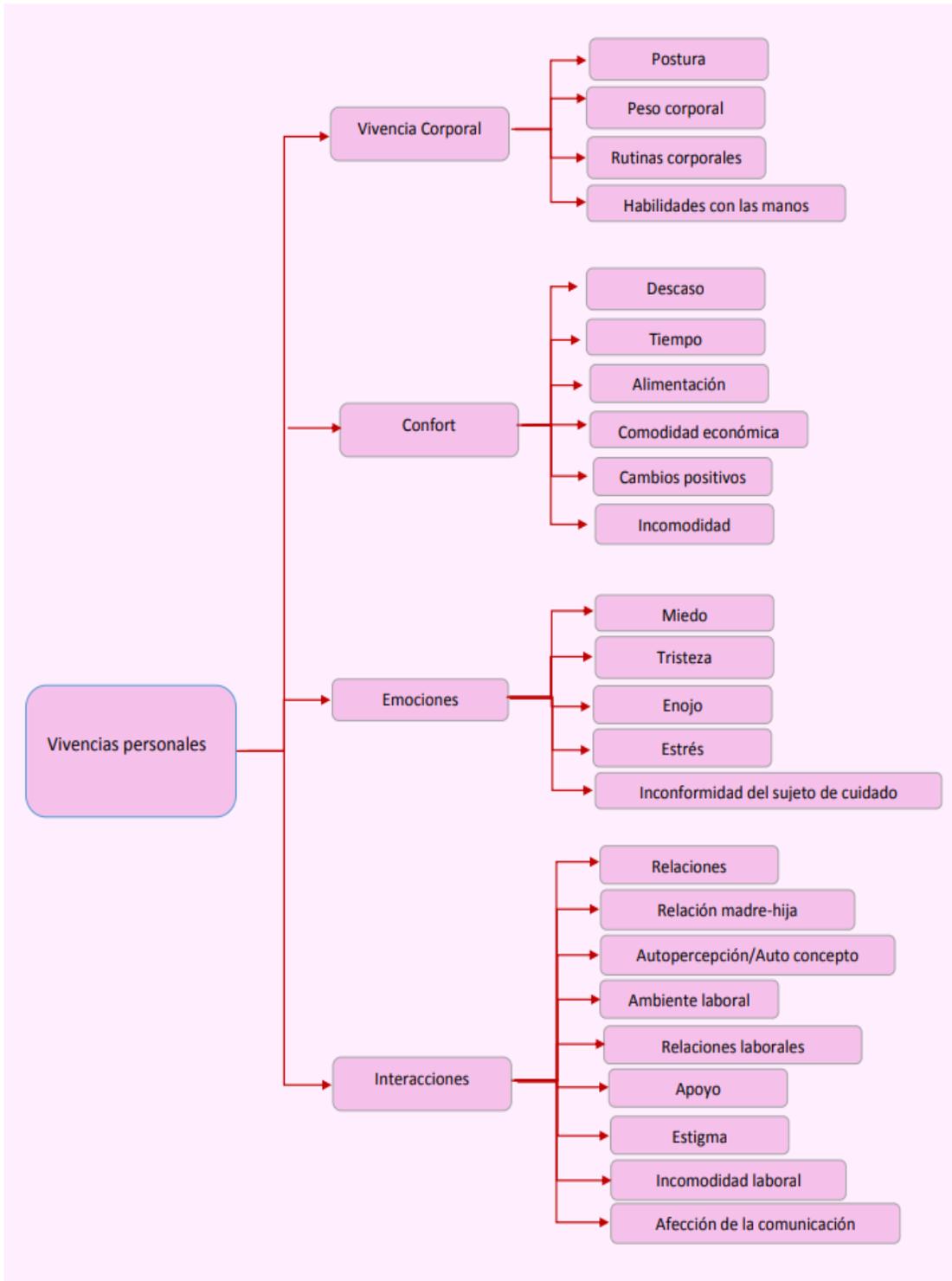
8.1 Descripción de Hallazgos

Durante la realización de las entrevistas que se efectuaron a los cuidadores en el dispositivo de cuidado, se identificó el fenómeno de las vivencias, las expresiones y las formas de abordaje; al ser analizadas, se logró identificar diferentes categorías y subcategorías, que se pueden evidenciar en la gráfica (1).

Se realizó, la categorización teniendo como punto de partida los objetivos específicos, de acuerdo con el primer objetivo “comprender las vivencias personales” se encontraron las siguientes categorías: vivencias personales, confort, emoción e interacción, a partir de esto se logró evidenciar aquellos factores que son fuente tanto de sufrimiento como de alivio en los cuidadores, de manera muy amplia, se logró obtener la información de esas vivencias personales que tuvieron los cuidadores en el dispositivo de cuidado.

El segundo objetivo estaba guiado al “abordaje de las vivencias personales”, donde se encontraron las categorías de: formas de abordaje y la características del próximo cuidador; aquí, logramos evidenciar la manera en que los cuidadores abordaron las diferentes dificultades presentadas durante este tiempo, de igual forma, se conoció la opinión de ellos con respecto a lo que es ser una cuidadora, en este caso, de personas que tienen un trastorno mental.

(se requiere tener en cuenta que dichas personas cuidadoras habitualmente son mujeres, de los estratos sociales más vulnerables, lo cual exige de la investigación evidenciar en la organización del cuidado social, las influencias de los arreglos de género, etnicidad, clase social y curso de vida, entre otros sistemas de discriminación)



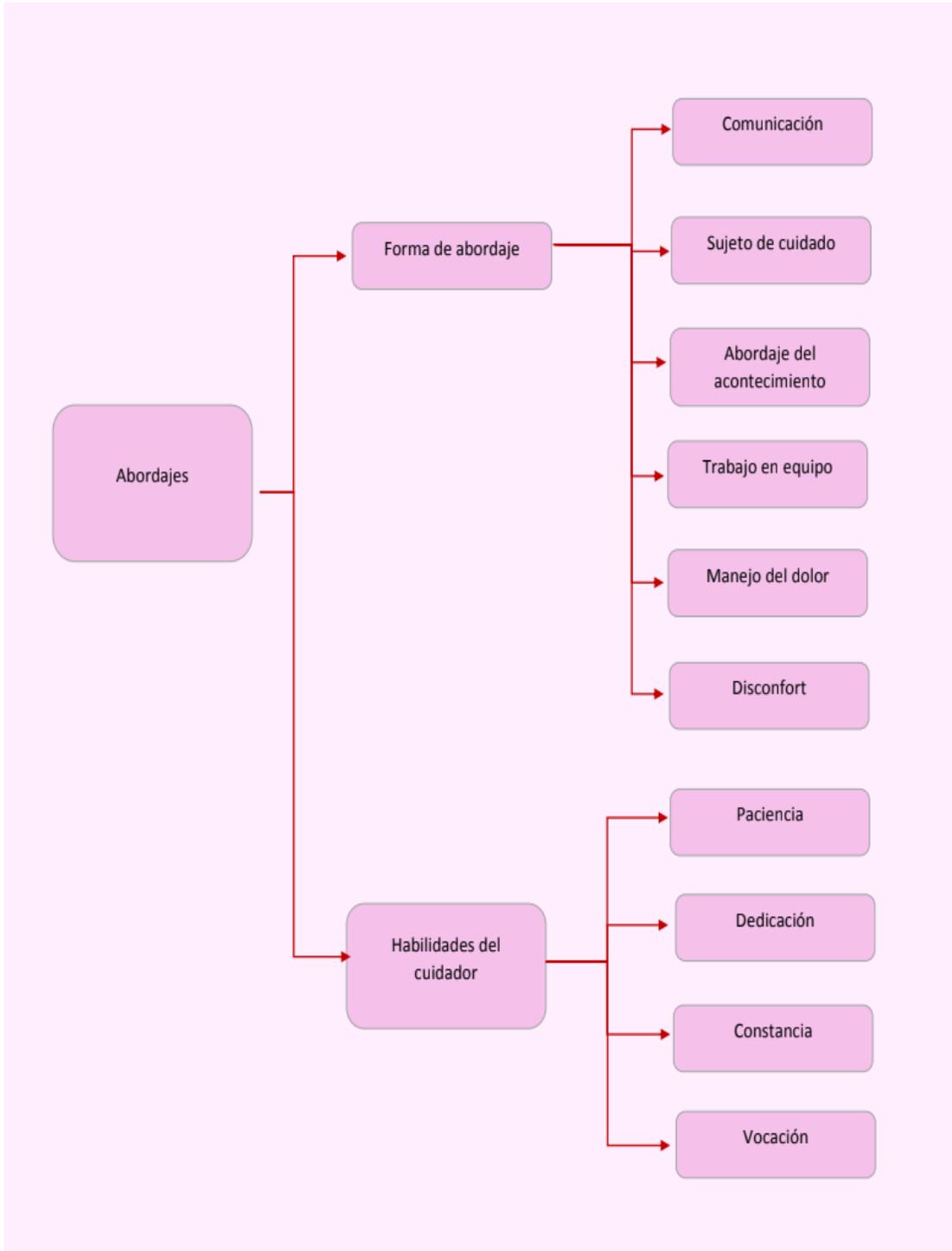


Figura 1 Categorías emergentes, creación propia

8.2 Análisis de Categorías

(E-Entrevista, G-Genero, M-Momento, R-Relato)

Cuerpo

- **Vivencia corporal**

Según Sigmund Freud, el psicoanálisis, planea albergar sentimientos e ideas en nuestra mente que desconocemos, y que existen con bastante fuerza como lo que sí conocemos de nosotros mismos, y que tienen el poder de influir significativamente sobre la manera en que vemos el mundo y más aún sobre cómo nos sentimos. Detrás de las conductas, hay unas intenciones, pensamientos y sentimientos que son inadvertidos para la persona.

A partir de lo anterior, también encontramos a David Le Breton, quien indaga en el concepto de cuerpo desde una perspectiva antropológica y sociológica, definiéndolo como algo que es naturalmente del hombre, quien da sentido a su propio cuerpo; de igual modo entiende sus enfermedades y sentimientos.

Es importante abordar el cuerpo no solo como fuente de sufrimiento psíquico, sino también como fuente de alivio, por lo que se evidencia la relevancia de mencionar e indagar en los testimonios a continuación citados:

- *“Mis manos, por mis manos puedo trabajar, puedo ayudar, puedo hacer muchas cosas, por mi hija, por los pacientes, por mí; diría yo, mis manos son muy importantes, todo mi cuerpo es vital” (E1, GF, M1, R3).*
- *“Con mis manos aquí podía hacer mucho por ellos, como ayudarlos más, ... en todos los espacios, en el cuidado, en el aseo, a XX en sus piernas, sin mis manos como le hacía el masaje” (E1, GF, M1, R7).*
- *“Mis ojos, pasa que, si yo no me pongo las gafas, no veo, y no puedo hacer nada, sería como un ser que no tiene manera de sobresalir sin mis anteojos” (E1, GF, M1, R1).*

En estos primeros testimonios, evidenciamos la importancia que la persona 1 tiene sobre sus manos, se refiere a ellas de una manera tan detallada, resaltando la importancia que tiene su cuerpo -las manos y ojos- para asumir todas las tareas del cuidado, y no solo como bien personal, sino como ofrenda de genera bienestar para las personas cuidadas. Personalmente nos sentimos identificadas, por el hecho de que todas somos cuidadoras, nuestra práctica diaria se basa en el uso de nuestras manos y vista, por lo que como se menciona, sin nuestras manos, ni ojos, estructuras funcionales del cuerpo tan importantes, simplemente no podríamos funcionar, “seríamos un ser que no tiene manera de sobresalir”. Sus expresiones nos ayudan a comprender aspectos tan personales del género y clase social; ella es una cuidadora que no estudio y reconoce que es gracias a su cuerpo que puede hacer parte de un equipo de cuidado

- *“Mis pies descansaron, me dolían en ocasiones mucho, en mi trabajo parte, y parte en mi casa, por el transporte y porque yo llegaba y tenía que seguir con otras actividades” (E1, GF, M1, R2).*

En este sentido, resulta otro aspecto de alivio durante esta época, se resalta el descanso que trajo consigo para la persona 1 el hecho de cambiar su rutina de actividades de trabajo pie -turno, transporte y trabajos domésticos- puesto que durante los 15 días de internación la máxima jornada fue de 8 horas y para regresar a su casa el dispositivo de cuidado les facilitaba un transporte privado para movilizarse hasta su vivienda. Este es otro elemento que nos lleva a entender las formas individuales que este trabajo de cuidado social, impone a los cuerpos femeninos y como su calidad de vida está determinada por el trabajo.

- *“He aumentado de peso, la celulitis... se me está cayendo el cabello, supuestamente me dio COVID, a raíz de eso, si he visto cambios en mi cuerpo, totalmente que no me gustan” (E3, GF, M1, R1).*
- *“...Yo tuve malestar y perdí el olfato y el gusto, en cambio el (esposo) tuvo fatiga, tos, absolutamente todos los síntomas...” (E3, GF, M1, R21).*

Como se venía mencionando, el sufrimiento psíquico emana de aquellas vivencias físicas/mentales negativas, no solo en la cuidadora

sino en su entorno familiar. Cuando hablamos de aspectos físicos, podemos hacer referencias a los malestares como los mencionados por la persona 3: el aumento de peso, la celulitis, la caída de cabello, malestares y consecuencias de contagiarse de Covid, entre otros.

- *“Me incomodaba un dolor crónico (Fastidio, pasivo, silencio) causado por epicondilitis bilateral... al lado izquierdo irradiado al cuello, hombro, brazo y antebrazo” (E2, GM, M1, R1).*
- *“Al momento de estar estresado, se manifiesta el dolor... hace años se ha vuelto un manejo más como emocional, como gestión del estrés” (E2, GM, M2, R4).*
- *“Del 2015, en adelante quedó algo crónico ahí, que antes de la pandemia, antes del aislamiento, también yo tenía esa molestia que quedó crónica y que en los momentos estresantes, no solo durante la pandemia, no solo durante los cuidados o esta etapa como interna aquí en el dispositivo, se manifestó, sino que como corresponde esta labor de cuidados a diferentes momentos estresantes, pues ahí se manifestaba, al igual que hubiera podido tener momentos estresantes en la calle, en la casa, en la universidad (E2,GM,M2,R5).*
- *“...Soy madre de 2 niñas y una de ellas justo en pandemia también se enferma y no tenía EPS, entonces todo era por emergencias; no me ayudaban en el sentido de que, si no tenía la EPS, no podían hacerle nada, entonces como que los nervios, la preocupación aumentó, y yo creo que por eso fue que desencadenó también la erupción...” (E4, GF, M1, R4)*

También aquellos sufrimientos psíquicos, de carácter (mental), que generaban de cierto modo malestar, en este caso, manifestado por la persona 2, al mencionar la expresión del dolor, en momentos de estrés, como lo fueron situaciones que se presentaron durante este periodo; y la persona 4, quien lo sintió, pero relacionado a la situación de salud de su hija durante este tiempo, y las “consecuencias” de ser migrante venezolana, evidenciando y confirmando que variables sociodemográficas como el sexo, estrato social, nivel de estudios y lo más importante en este caso, lugar de nacimiento/nacionalidad tuvieron una presencia importante durante este tiempo.

En conclusión, las personas en los relatos nos mencionan aquellos malestares y alivios que tuvieron, generados a partir de la pandemia; malestares como lo fueron, cambios corporales, el aumento del peso, acné, dolores físicos y enfermedades de familiares; y situaciones de alivio como, el dolor de pies, al ya no tener que movilizarse diariamente a la casa y llegar a realizar labores del hogar, en los ojos, al descansar la vista del ambiente exterior contaminado; las manos, al manifestar la gran importancia para la labor de sus actividades diarias.

- **Habilidades del cuidador**

En la presente investigación como segundo objetivo se tuvo presente las formas de abordaje y entre estas las habilidades que debe tener un cuidador en un centro de salud mental, en la revisión de marco teórico encontramos un libro llamado “cuerpos fragmentados “ de la autoría de Maritza Barroso y catalina plazas la cual hace parte de la línea de investigación de enfermería de salud mental y cuidado social en el proyecto de corporalidades del cuidado, esta abarca tres aspectos muy importantes del cuidado como lo son, el vínculo, la afectación y la reparación, temas complejos de tratar en el cuidado, para lograr entender la relación entre la investigación y dicho libro debemos fragmentarlo, iniciaremos con lo que es el vínculo.

En este libro se manejó el vínculo con un objeto donde por medio de un taller se le brinda al estudiante una porcelana la cual debían pintar y personalizar a su criterio de manera cuidadosa ya que está estructura es muy frágil, en nuestra investigación notamos que los cuidadores tratan a sus pacientes con tal delicadeza, que es muy similar a como el estudiante cuidaba su porcelana.

- *“Tener mucha calma, paciencia y dedicación, si uno no tiene calma y paciencia con ellos no puede estar en un sitio como este, y amor más que todo, porque si no se tiene amor en lo que se hace, no les va bien, yo le tengo amor a mi trabajo y amor a cada uno de ellos, porque ellos son como niños pequeños, ellos lo ven a uno como una mamá, toca tener mucho amor con ellos, en este trabajo es amor, paciencia y dedicación” (E1, GF, M1, R29).*

En el libro encontramos la siguiente hermosa frase “ vincularse es un proceso mental, es más que tener un parentesco o tener una relación o

una posición y este relato “me di cuenta de la fragilidad al transportarla”, al unir estas dos formas de pensar, se logra reflejar las características que debe tener un cuidador, en el primer relato, se menciona al ser humano; y de segundas, se manifiesta un objeto que se vuelve sujeto de cuidado a través de un vínculo generado.

Una de las características que nos relata la persona 1, es tener AMOR, haciendo mención no al amor que se le tiene a la pareja o a los familiares, sino al amor que se genera y nace del acto de cuidar, de tener algo o alguien tan frágil que en segundos se puede destruir (al igual que una cerámica), donde por medio del cuidado lo que se pretende es proteger; el amor desde su sentido más amplio, el amor a la profesión y a su trabajo; expresado como sentimiento imprescindible y necesario.

Se hace mención a los siguientes relatos del libro, que evidencian la estrecha relación con lo mencionado con las personas:

- “Sentí tranquilidad porque cuando la pinté estuve muy presente. Lo que pasara no me quitaría la experiencia plena que había tenido.”

Al llevar estos dos textos a profundidad podemos decir que tanto la entrevistada como la estudiante deben estar presentes en alma y cuerpo dedicada a su trabajo.

- *“Uno, darle toda la información que necesita para hacer su tarea, cuál es el fondo de lo que se hace, de porque se hace, por un lado, y por otro lado ya de cara a la persona le invita a preguntarse cómo entiende la salud mental, preguntarle cómo entiende lo que es tener un reto de salud mental y ayudarle a ajustar sus expectativas a lo real que es mucho menos dramática de lo que estamos acostumbrados a escuchar por ejemplo en la televisión, de lo que estamos acostumbrados a escuchar en nuestra cultura general, invitarlo a bajar la guardia y a cuestionar sus prejuicios”. (E2, GM, M1, R57)*

Relaciones

- **Emoción**

Según Goleman las emociones se dividen en 2 apartados, competencia emocional-personal y competencia emocional-social, estas categorías que menciona el autor, se relacionan en los cuidadores ya que ellos

debieron tener una buena gestión de sus emociones al establecer una relación con otra persona, en el caso eran los pacientes y a la vez tener la capacidad de entender y ayudar al otro, así mismo con sus emociones. En esta categoría se pudo evidenciar relatos que nos hablan sobre aquellas emociones que vivieron y sintieron los cuidadores en el dispositivo de cuidado durante la pandemia.

- *“El miedo era que mi mamá se contagiará y estar todos en el mismo sitio pues pudo haber sido miedo al contagio esto es en mi trabajo, porque si me habla de mi hogar mis miedos son otros miedos a perder a mis hijas que se enferman eso sí, que se contagiaran”. (E3, GF, M1, R7)*
- *“Pues los pacientes vivían temerosos de que se contaminaran, ellos lo expresaban, alguno tosía, o alguna de nosotras tosía, y ellos inmediatamente decían ¡Retírese!, ¡Vaya!, ¡Mire!” (E1, GF, M1, R25)*

Partiendo de estos relatos se puede evidenciar que la emoción predominante es el miedo al contagio y muerte debido a que las medidas de bioprotección fueron lineamientos de salud pública que pretenden proteger a la población. Tanto dentro del dispositivo de cuidado como en las familias de las cuidadoras. De igual manera esa incertidumbre que presenciaban al no tener el control sobre la situación. Este es un relato que muestra lo dramático de separarse por 15 días de sus hijos pequeños y la importancia del apoyo de su madre, para el cuidado de su familia.

- *"Preocupación de que se enfermara, de que no comiera bien...de, de que no hiciera las cosas correctamente, su baño, sus cosas fundamentales para que esté sana... estuviera sana. Pues porque si uno no se hace el aseo adecuado, más una niña, o no se alimente bien., no coma a horas entonces se puede enfermar o algo le puede suceder" (E2, GF, M2, R22).*

No solo estamos hablando de un tipo de miedo son distintos miedos donde también se abarca el miedo al rechazo social como lo encontramos en este relato, las afectaciones familiares también abarcaron esas relaciones externas que afectaban a los cuidadores.

- *"Alguien me maltrate o...alguien me haga sentir mal y uno lejos pues eso era como las preocupaciones no era más nada, en realidad..." (E2, GF, M2, R22).*

- **Interacción**

Partiendo desde las relaciones, la interacción puede ser definida como aquella acción que ocurre entre dos o más personas u objetos. Peplau en su teoría hace referencia a la relación entre personas, partiendo desde la necesidad de ayudar e intervenir terapéuticamente; para Peplau la relación terapéutica que se establece es recíproca, es decir, que lo que se da, lo mismo se recibe.

Según las Guías de buenas prácticas en enfermería de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, (RNAO), la relación terapéutica puede ser la intervención primaria a la hora de fomentar la sensibilización y el crecimiento, así como para superar las dificultades que puedan surgir. También se puede realizar un papel más secundario, en el cual se proporciona consuelo y apoyo, facilitando de esa manera la prestación de los cuidados.

Por otro lado Joyce Travel la interacción es realizar un uso consciente de la propia persona en la práctica de cuidar, ayudar o acompañar a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales; en este proceso no se evidencia solamente la interacción paciente enfermero, sino que también se valoran las diferentes relaciones que tienen las personas (28).

A Partir de esto encontramos relatos en los cuales los cuidadores nos indican las situaciones que para ellos eran interacción, como lo son

- *"Yo nunca tengo conflictos, soy muy colaboradora, amigable, en que le puedo ayudar, o sea no hago enemistades, muy pocas enemistades, pero creo que tengo más buenas amistades que malas" (E1, GF, M1, R13).*
- *"Las personas más allegadas son mi hija y la señora que me la cuida y aquí mis compañeras de trabajo, porque la verdad no tengo vida social, ni tengo familia acá" (E2, GF, M2, R25).*

- *“Yo tengo una amiga que está en España y como estábamos encerradas pues tratábamos como de ahí un aliento para apoyarnos” (E3, GF, M1, R11).*
- *“Estaba sola hasta el año pasado, tengo una pareja y bueno, gracias a Dios nos llevamos bien; con mucho respeto, respeto a las niñas que es lo más importante y él sabe que primero son mis niñas antes que todo, o sea se puede caer el mundo, pero primero son ellas” (E4, GF, M1, R19).*
- *“Se construyó como una relación al estar juntos y tenemos una responsabilidad de cuidarnos entre nosotros, creo que parte de eso trascendió a ahora como yo llego a cuidar a la casa a cuidar al otro y espero también que me cuiden a mi...” (E2, GM, M1, R32).*
- *“Siempre han estado mi mamá y mi hermana muy pendientes, con ellas convive la mayor parte de mi vida porque cuando yo tuve Covid de hecho mi mamá y yo tuvimos Covid al tiempo y mi mamá decidimos aislarnos” (E2, GM, M1, R41).*
- *“De quienes me desprendí de personas con las que tocaba, que en sí no fue como por la pandemia si no porque la pandemia me dio la oportunidad de evaluar esas relaciones y no son sanas para mí, no estoy creciendo, no me ayudan y como estábamos en momento de crecimiento personal es decir hacia dónde vamos y unas van para allá y otras no van para allá entonces puff...” (E2, GM, M1, R43).*

Con estos relatos, pudimos evidenciar que las interacciones o relaciones que tuvieron los cuidadores se basaron en las relaciones con las o los hijos, las relaciones laborales y los ambientes en los que vivieron mientras compartían con más personas, las relaciones se ven evidenciadas también en el apoyo y la relación consigo mismo. Para nosotras es claro que la pandemia del Covid pudo acarrear grandes cambios en la interacción de las personas y no hablamos solo de un sentimiento de pareja sino de todas las interacciones en general; ahí vemos que para algunos cuidadores las relaciones o interacciones familiares se fortalecieron durante este tiempo, para otros se complicaron porque no podían estar al pendiente de las personas de su círculo para adentrarse en el cuidado de pacientes; vimos

particularidades de las interacciones, para una de las cuidadoras su hija en etapa de la adolescencia, al sentir la ausencia de su madre por tantos días comenzó a presentar sentimientos de rebeldía ante ella; otra cuidadora nos manifestó que en la pandemia sintió mucho apoyo de parte de su familia, porque a pesar de todas las dificultades siempre estuvieron juntos e incluso para ella ese apoyo fue tan grande que otro miembro de su familia estuvo dispuesto a dejar toda su vida de lado para venir apoyarla.

Hubo otra en la cual a otro cuidador gracias a la pandemia pudo encontrar su pareja y se unieron en gran felicidad. Puede ser que este dispositivo de cuidado y específicamente en el área de salud mental, esté “educando” a los cuidadores sobre la importancia de las relaciones humanas, la importancia de la vida afectiva y las mejoras en los apoyos y puedan relatar temas tan personales en una entrevista con personas desconocidas, como somos nosotros los estudiantes que realizamos esta investigación, pues pudimos ver con facilidad aspectos muy profundos de las realidades humanas.

Realidad

- **Confort**

El confort es la comodidad que puede brindar algo en especial. Puede ser un objeto material, como un auto, un celular; o una situación ambiental, como el silencio. Kolcaba define el confort como “la experiencia inmediata de sentirse fortalecido al satisfacer las necesidades de alivio, tranquilidad y trascendencia en cuatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental).

El confort va mucho más allá de la comodidad física, ya que hace parte de la disciplina de Enfermería, al cuidar se busca el bienestar del paciente, mirándolo como un todo buscamos cubrir, generar bienestar y brindar comodidad a las personas así mismo como buscar las causas o factores que puedan interponerse para lograr su bienestar.

El confort se encuentra dentro de la realidad, puesto que la realidad es todo aquello que es verdadero, cierto, es todo aquello que realmente existe y es evidente; la realidad se opone la fantasía, la imaginación (29). Por tanto en la investigación encontramos la realidad desde el

confort de cada persona es decir desde las distintas situaciones o vivencias de los cuidadores como lo son

- *"Uno está acostumbrado a su baño y a sus costumbres a su casa y pues ya en otro lado cambia, aquí hay ducha eléctrica en cambio mi casa no hay eso era muy bueno, muy positivo para mi" (E2, GF, M2, R6).*
- *"Estuve muy tranquila estando acá; porque no me sentía tan estresada, estando allá afuera uno se estresa de tanta cosa, y aquí adentro estaba aislada de todo, me mantenía con más calma" (E1, GF, M1, R9).*
- *"Mis pies obviamente, descansaron un poco más, porque por ejemplo me iba y me tocaba de aquí a la casa de pie en el bus, y eso me dolía, me causaba mucho dolor, en cambio acá interna hacia mis labores y descansaba, tenía mis horas de descanso" (E1, GF, M1, R5).*
- *"Para mi es positivo subir de peso, cosa que para mí es muy difícil de hacer" (E2, GM, M1, R19).*
- *"La economía mejoró notablemente porque se ahorraba más, se ahorraba en todo, en comida, transporte, servicios" (E2, GF, M2, R32).*

Dentro de estos relatos encontramos que el confort se ve reflejado en las condiciones laborales que les pudo brindar el dispositivo de cuidado a los cuidadores, como el tener agua caliente, poder descansar más, que el estrés bajará; género confort el cambio de alimentación que casi se vivió como un privilegio tener frutas y verduras, disponer de meriendas y líquidos variados, porque el tipo de comida era diferente y los hizo sentir más saludable y en su economía. Durante la internación el dispositivo de cuidado contrató un educador físico para que dirigiera prácticas de ejercicio durante una hora por la plataforma zoom y esto también generó un bienestar novedoso, no solo en el aspecto físico sino en la coherencia de tener prácticas de autocuidado para brindar un mejor cuidado. Los cuidadores que estaban externos entraban a la práctica y esto hacía contacto con el mundo exterior que a su vez abrió espacios de esperanza y realidad segura.

- **Formas de abordaje**

Jean Watson en su teoría hace énfasis en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona que brinda cuidado y el sujeto del cuidado. El cuidador debe tener enfoques corporales y espirituales para poder así brindar diferentes formas de abordaje en el sujeto de cuidado, de igual forma el cuidador se debe basar en lo científico para poder tener un excelente abordaje psicológico y emocional.

A partir de esto, en la investigación encontramos diferentes relatos los cuales nos indican cuales fueron las maneras en las que los cuidadores abordaron las diferentes situaciones que se les presentaron; como lo son

- *“Haber solucionado con una lupa, si no puedo adquirir mis gafas de inmediato pues obviamente me hubiera tocado conseguir algo para poder ver” (E2, GF, M2, R5).*
- *“Me siento y me relajo vamos a calmarnos y tampoco me dejaré llevar por los problemas y si no me calmo pues pienso en mis hijos que por ellos tengo que salir adelante...” (E3, GF, M2, R9).*
- *“Una señora que me la cuida, es la señora de la casa donde yo vivo, ella me la cuida, yo me vengo y ella se queda ahí en la casa... ella es la segunda acudiente” (E1, GF, M1, R17).*
- *“Compartir con familia, y tener apoyo eso fue lo que me ayudó y eso me calmó, hablar con mi esposo, mi mamá, mis hijos” (E3, GF, M2, R11).*
- *“...Se les hablaba se les explicaba mira no puedes salir a la calle porque si sales te vas a contaminar y nos vamos a enfermar, entonces se les hacía entender el problema; con ellos toca siempre hablarles para que se calmen y dejen la agresividad” (E2, GF, M2, R36).*

Por medio de estos aspectos que menciona Jean Watson se encontraron formas de abordaje en los cuidadores en el dispositivo de cuidado. Así mismo encontramos la armonía que ellos tuvieron en el tiempo que compartieron en el dispositivo de cuidado.

- *“...Siento que la pandemia fue la oportunidad para hacer todo ese ejercicio pedagógico, cosas como esas, queda en ellos la forma*

de interactuar del saludo, que ya no son con la mano, sino de pronto el saludo con el código... el momento que se vivió el aislamiento, si fue muy complejo, si fue una presión extra para ellos lo que desencadenó estrés, crisis de la psicosis en algunas de ellos...” (E2, GM, M1, R56).

- *“...Fue una oportunidad enorme para poder construir las relaciones creo que mis relaciones pasaron a hablar de frente y todo era por chat y videollamada pasaron, creo que fue súper constructivo...” (E1, GM, M1, R44).*
- *“... Hicimos ejercicios de convivencia, hicimos tai-chi, mándalas, ver películas, hacer manualidades, cancelado el noticiero, hicimos un noticiero para reemplazar la preocupación, y como ya no lo vamos a ver, lo vamos hacer, ¿cómo vamos a contar lo que está pasando dentro del dispositivo hacia el mundo afuera? (estrategias, creación de acuerdos, esperanza, esfuerzo, superación, distribución del tiempo, organización)” (E1, GM, M1, R53).*

De igual forma en su abordaje como cuidadores buscaron nuevas formas para dar solución a diferentes circunstancias como realizar actividades de manera pasiva y tranquila para que el estrés y la preocupación de los pacientes disminuyera.

- *“...Se les hablaba se les explicaba mira no puedes salir a la calle porque si sales te vas a contaminar y nos vamos a enfermar, entonces se les hacía entender el problema... con ellos toca siempre hablarles para que se calmen y dejen la agresividad” (E2, GF, M2, R36).*
- *“Yo trataba de hacerles entender que ese problema y ese sufrimiento, hablándoles, explicándoles que si salíamos a la calle no iba a pasar nada, hacerles entender...” (E1, GF, M1, R28).*
- *“Usábamos mucho el diálogo, el diálogo y las actividades, actividades... yo les ponía ejercicios como que, vamos a dibujar nuestro cuerpo acá...” (E2, GF, M2, R38).*

- *“Educarlos, de que debían cuidarse, en tanto a los mecanismos de bioseguridad, hablarles, explicarles porque hay bacterias, microbios y para no contagiarnos” (E4, GF, M1, R33).*

9. Conclusiones

Se hace evidente que las vivencias personales de los cuidadores y las formas de abordaje están relacionadas con la pandemia del Covid 19, las cuales tienen patrones comunes en el desarrollo de esas vivencias como lo son las emociones, el confort y la interacción de los mismos cuidadores en el cual impulsa las vivencias de cada uno y las enmarca en el eje fundamental de nuestra investigación. Durante el trabajo de campo evidenciamos circunstancias con las que nos sentimos identificadas, las cuales fueron registradas en un diario de campo, al igual que otras de su lenguaje corporal que nos direccionan hacia lo que les estaba pasando, evidenciamos expresiones, gesticulaciones articuladas por parte de los entrevistados lo cual nos brindaba más información que nos ayudaba a completar puntos importantes, que en el momento un audio no nos podía proporcionar.

A lo largo de la investigación, un punto que evidenciamos en común fue la manera en cómo los cuidadores se entregan en su labor, aun con las dificultades que se presentaban en el medio, se logró evidenciar que los cuidadores cuentan con la pasión, el amor y la entrega al momento de ejecutar sus funciones; de igual manera a las interacciones y el trato que ejercen en los pacientes y con sus compañeros de trabajo.

En los resultados arrojados en esta investigación se logró evidenciar las expresiones tanto positivas como negativas que vivieron los cuidadores dentro del dispositivo de cuidado, se pudo sustraer información realizando una comparación (antes de la pandemia y durante la pandemia), a aquellas modificaciones generadas, encontrando saturación de la información a partir de testimonios que mencionaban aspectos como, aquello que les generaba confort, sobre que les generaba tristeza, alegría, miedo, actividades que empezaron a realizar en el dispositivo y emociones que generaban estos cambios.

Se logró evidenciar también al realizar la búsqueda bibliográfica de información, el poco interés que hay hacia las cuidadoras informales, y/o cuidadoras en dispositivos comunitarios, mucho menos de cuidadoras de pacientes con trastornos mentales, la mayoría de investigaciones van guiadas

hacia el burnout o vivencias de cuidadoras/enfermeras en ambientes clínico/hospitalario.

Se entiende que para una población en general la época del COVID trajo consigo aspectos negativos tanto para la vida física como mental de las personas; pero en este caso se encontró que para la mayoría de los cuidadores no todo fue negativo, hay aspectos que generaron ciertos alivios (económico, físico y mental) en ellos.

9.1 Recomendaciones

Partiendo de las conclusiones, como investigadoras consideramos importante enfatizar en que hay muy pocas investigaciones que van guiadas al cuidado de personas con trastorno mental o dentro de un dispositivo de cuidado comunitario, a lo largo de la investigación nos encontramos con un gran campo de vivencias que no han sido estudiadas, pero vale la pena hacerlos. Se recomienda poder continuar con la investigación dentro de más dispositivos de cuidado que abarque también la salud física y mental de estas cuidadoras formales como informales de personas con trastorno mental.

Se debe tener en cuenta que hay que mejorar las condiciones laborales para estos cuidadores de pacientes con trastorno mental sin hacer excepción de procedencia, clase social, género, entre otras. Nos pudimos dar cuenta de que es una labor difícil y que agota; estos cuidadores se caracterizan por tener paciencia, *respeto, buen trato y la dedicación a sus pacientes.*

10. Bibliografía

1. Lander R. Un estudio sobre el sufrimiento psíquico. *Psicoanálisis Rev Asoc Psicoanalítica Colombia* [Internet]. 2012 [citado 13 de mayo de 2023];24 (Enero-Junio):111-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4243778>
2. Pérez JS, Vivas LM. Las repercusiones del cuidado y la importancia de las estrategias de afrontamiento.
3. Santos LF, Peña RF. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA.
4. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Med Lab* [Internet]. 5 de mayo de 2020 [citado 14 de mayo de 2023];24(3):183-205. Disponible en: <https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268>

5. Salud mental del cuidador informal primario en pacientes con trastorno mental. [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/salud-mental-del-cuidador-informal-primario-en-pacientes-con-trastorno-mental/>
6. Antoñanzas Serrano A, Gimeno Feliu LA, Antoñanzas Serrano A, Gimeno Feliu LA. Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. Rev Clínica Med Fam [Internet]. 2022 [citado 14 de mayo de 2023];15(1):12-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2022000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
8. Mujeres y Hombres brechas de género.
9. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
10. S1600556_es.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/40239/S1600556_es.pdf
11. guía-de-atención-al-cuidador.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-atencion-al-cuidador.pdf>
12. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. Cienc Emp Trab [Internet]. abril de 2017 [citado 14 de mayo de 2023];19(58):59-63. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-24492017000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Sanchez JD, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de Colombia [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2013 [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8777:2013-plan-decenal-salud-publica-2012-2021-

- colombia&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
14. Ley Estatutaria de Salud [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/ley-estatutaria-de-salud.aspx>
 15. Gallego AMH. Salud y calidad de vida en los cuidadores de personas con enfermedad mental, en el. 2020;
 16. Gestión integrada para la salud mental [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/gestion-integrada-para-la-salud-mental.aspx>
 17. política-nacional-salud-mental.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
 18. Muñoz Zambrano CL, Rumie Díaz H, Torres Gómez G, Villarroel Julio K. IMPACT ON NURSES MENTAL HEALTH GIVING CARE IN STRESSFUL SITUATIONS. Cienc Enferm [Internet]. abril de 2015 [citado 14 de mayo de 2023];21(1):45-53. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532015000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 19. Los “cuidados informales” de larga duración en el marco de la construcción ideológica, societal y de género de los “servicios sociales de cuidados” | Cuadernos de Relaciones Laborales [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/39120>
 20. Freud S. EL MALESTAR EN LA CULTURA (*). Sigmund Freud.
 21. LE-BRETON-D.-Antropología-Del-Cuerpo-y-Modernidad.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2015/08/LE-BRETON-D.-Antropologia-Del-Cuerpo-y-Modernidad.pdf>
 22. 01 cuerpos frag intro.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.margen.org/fragmentados/01_cuerpos_frag_intro.pdf
 23. inteligencia emocional _ daniel goleman.pdf [Internet]. [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.cutonala.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/inteligencia_emocional_daniel_goleman.pdf
 24. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y

Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Internet]. marzo de 2009 [citado 14 de mayo de 2023];18(1):32-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962009000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

25. de J. RNAO thereal FINAL.
26. Esquivel V. EL CUIDADO EN LOS HOGARES Y LAS COMUNIDADES.
27. Raynaudo G, Peralta O. Cambio conceptual: una mirada desde las teorías de Piaget y Vygotsky. Liberabit [Internet]. junio de 2017 [citado 14 de mayo de 2023];23(1):110-22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272017000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Rey Mourelle B, Maeztu Ugarte R, Martínez Esteban VT. Teoría basada en roles en Salud Mental: una propuesta para la reflexión. Metas Enferm [Internet]. 2022 [citado 15 de mayo de 2023];25(2):65-72. Disponible en: <https://medes.com/publication/168307>
29. Aguayo-Verdugo N, Valenzuela-Suazo S. Saber teórico y utilización de la teoría del confort en la práctica de enfermería. SANUS [Internet]. 30 de marzo de 2019 [citado 15 de mayo de 2023];(9):26-37. Disponible en: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/122>