

Enfermería



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Trabajo de grado

**FORMULACIÓN DE UNA RECOMENDACIÓN DE CUIDADO SOCIAL PARA
PERSONAS CON MORBILIDAD CRÓNICA PSIQUIÁTRICA Y
NEUROPSIQUIATRICA, QUE PUEDE ORIENTAR ENFERMERÍA**

**JHON EDISON GARCÍA MELO
MARIA LUCIA CHILATRA GUZMAN
NIDIA ADELAIDA HERNÁNDEZ VEGA**

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

**FORMULACIÓN DE UNA RECOMENDACIÓN DE CUIDADO SOCIAL PARA
PERSONAS CON MORBILIDAD CRÓNICA PSIQUIÁTRICA Y
NEUROPSIQUIATRICA, QUE PUEDE ORIENTAR ENFERMERÍA**

Jhon Edison García Melo
Maria Lucia Chilatra Guzman
Nidia Adelaida Hernandez Vega

Trabajo de grado para optar al título de Enfermería

Docentes

Erika Alejandra Ramírez Gordillo, investigadora principal
Maritza Barroso Niño, coinvestigadora
Ana Cecilia Becerra Pabon, asesora metodológica
Semillero de investigación CIADA

**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 la realización y culminación de este proyecto.

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 de este proyecto; a las profesoras Ana Celilia Becerra Pabón, Maritza Barroso Niño y Erika Alejandra Ramírez Gordillo, pertenecientes al departamento de enfermería, por sus enseñanzas, confianza, apoyo, dedicación y respaldo a lo largo de la construcción de nuestro proyecto.

Jhon Edison García Melo
Maria Lucia Chilatra Guzman
Nidia Adelaida Hernandez Vega

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

Dra. FABIOLA JOYA RODRIGUEZ

Jefe Gestión Académica, Escuela de Enfermería FUJNC

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	8
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3. ANTECEDENTES	12
3.1 Cuidado social de personas con trastornos mentales y neuropsiquiátricos	12
3.2 Enfermería en el Cuidado social	13
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
5 JUSTIFICACIÓN	14
5.1 Cuidado en soledad	14
5.2 Nuevos campos de cuidado disciplinar	15
5.3 Reconocimiento y redistribución de cuidados	16
6 OBJETIVOS	16
6.1 Objetivo General	16
6.2 Objetivos Específicos	16
7. MARCO TEÓRICO.	16
7.1. Cuidado social / Práctica de cuidado social y sus características	17
7.2. Morbilidad crónica psiquiátrica / trastorno mental	19
7.3 Rehabilitación Basada en Comunidad	21
7.4 Rol orientador de enfermería.	23
7.5 Determinantes sociales de la salud.	26
8. PROPUESTA METODOLÓGICA	27
8.1 Tipo de Investigación.	27
8.2 Técnicas de recolección de la información.	27
8.3 Técnicas de Análisis de la Información.	28
8.4 Consideraciones Éticas.	29
9. HALLAZGOS	30
9.1. Requerimientos de cuidado social	30
9.2. Formas de cuidado social.	41

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
11. 47	
ANEXOS	51
Anexo 1. Libro de categorías para análisis cualitativo	51

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son responsables número uno de la discapacidad y fuente de una parte importante del sufrimiento y deterioro de la calidad de vida de las personas que las padecen. En la última década aumentó en un 18,4% de acuerdo a la OMS; el 4,4% de la población mundial padece depresión, cifra similar en Colombia (4,3%) de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, aún así algunos informes de la OMS señalan que en Colombia dicho promedio se ubica en un 4,7% del total de la población, siendo mayor al promedio mundial (1).

Entre un 76% y un 85% de las personas no reciben tratamiento. Para el 2030 será la primera causa por la que las personas enferman en el mundo, por encima del cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

La OMS y la OPS han recomendado la utilización de un modelo de atención comunitaria para las personas con Trastornos Mentales Severos (TMS); dicho modelo se ha basado en la creación de una red de dispositivos de atención comunitaria, dentro de los cuales se encuentran los dispositivos residenciales: hogares y residencias protegidas como lo resalta Tapia (et.al 2014) (2).

Ahora bien, en el marco de los sistemas de salud como el Colombiano, no han realizado dichos desarrollos, pese a que normatividad como la Ley 1616 de 2013 en su artículo 13, incluía, entre otras atenciones y formas de atención, los centros de salud mental comunitaria. Dicho desarrollo en Perú hace parte de la atención rutinaria del sistema de salud.

En otros países como Uruguay, se llevaron a cabo desarrollos similares en el marco del Sistema de Cuidados, es decir, desde la rama de cuidados sociales que propone la economía feminista en el marco de los estudios feministas y de género, al reconocer que dichos cuidados hacían parte del trabajo no remunerado asignado socialmente a las mujeres o sujetos feminizados en los hogares, y que desde una división sexual del trabajo se abordó como trabajo reproductivo, que no hace parte de la economía formal o productiva. En España, por su lado, se realizó dicho abordaje desde el Sistema de Salud, con un planteamiento de servicios socio-sanitarios en los cuales es posible asumir el cuidado que antes era delegado a las mujeres en los hogares de manera no remunerada, y ahora existen subsidios monetarios para dichas cuidadoras o servicios comunitarios financiados con recursos del sistema de salud.

De acuerdo a lo expuesto, los dispositivos de cuidado de personas con trastorno mental, sea como cuidado de salud o cuidado social, se requieren tener en cuenta, tanto en la formación del talento humano en salud, la práctica clínica y

comunitaria, así como en la administración en salud y gestión de las políticas públicas. Durante el año 2021 el programa de enfermería de la Fundación Universitaria Juan N Corpas inició el proceso de sistematización de las buenas prácticas en la formación del enfermero/a en el ámbito de salud mental, a manera de la GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN ENFERMERÍA: RELACIÓN DE CUIDADO, la cual se adelanta con el liderazgo del equipo de docencia en salud mental e investigación de la Fundación Universitaria Juan N Corpas y la participación de expertos/as y docentes en enfermería y salud mental de Australia (Estado de Tasmania).

La presente investigación se propone como parte de la construcción de dicha guía, con la propuesta de una recomendación de cuidado social para personas con trastorno mental o neuropsiquiátrico que pueda orientar Enfermería en el área comunitaria, de formación en pregrado y gestión de políticas públicas.

2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las prevalencias de morbilidad psiquiátrica y neuropsiquiátrica genera carga de cuidado en sistema y familias. con base en los antecedentes se evidencia que 2 de cada 5 personas de la población colombiana presenta alguna vez en su vida algún trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (19,3%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15%) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6%) (MinProteccion, 2003).

Esquivel (2008), señala que (3) “el concepto de "cuidado social" nos permite centrarnos en la forma en que las normas de género, según las cuales las mujeres siguen siendo las principales proveedoras de cuidados, interactúan con las formas particulares en las que el Estado regula y da forma (por acción u omisión) a la provisión de cuidado.” (p.8) Dadas las clasificaciones del trabajo de cuidado en directo e indirecto, se puede afirmar que el cuidado social en mención por Esquivel, corresponde a aquellas actividades que desarrollan las personas para atender necesidades físicas y psicosociales de las personas con dependencia funcional o una discapacidad (cuidado directo), así como las actividades de cuidado al entorno -aseo, preparación de alimentos, entre otros- (cuidado indirecto), que le permiten disfrutar de calidad de vida..

Este arreglo social e institucional, variante en cada país, se denomina “el diamante de cuidado”, como señala Esquivel (2008):

“El diamante del cuidado” analiza la forma en que las responsabilidades relacionadas con el cuidado están distribuidas entre los cuatro “pilares del bienestar”: las familias, el Estado, el mercado y la comunidad. Asimismo, se puede utilizar para considerar la forma en que la responsabilidad por el

cuidado de grupos particulares de personas dependientes, tales como las niñas y niños, las y los adultos mayores, o las personas enfermas, se asigna a cada uno de los cuatro pilares. El desempeño de la arquitectura del "diamante del cuidado", como lo ha llamado Razavi (2007), puede juzgarse desde la perspectiva de quienes reciben y de quienes proveen cuidado. Es importante prestar especial atención a si el diseño y la aplicación de las "políticas de cuidado" reducen o exacerbaban las desigualdades de género." (Esquivel 2008, 9)

El cuidado brindado en este arreglo, ha recaído sobre la figura femenina generando efectos en cuanto a una sobrecarga a la familia, a prestar un cuidado en soledad donde nadie más apoya a la mujer que asume este rol, no hay continuidad en la prestación del servicio por parte del sistema de salud y sistemas de protección social, ni remuneración y reconocimiento concomitante.

Este modelo reproduce la división social¹ y sexual² del trabajo, que conlleva a la asignación de menor valor-trabajo a aquellos que se vinculan con las actividades de lo hogareño como el trabajo de cuidado, lo cual tiene un continuum en el trabajo ejercido por profesionales de enfermería. Es decir, la legitimidad y permanencia de estos arreglos sociales que sobrecargan a las mujeres y sujetos feminizados en el hogar con trabajo de cuidado no remunerado, es también una de las causas de la continuidad del bajo valor-trabajo de *enfermería*, por lo cual analizar las formas de cuidado social y mecanismos de acceso que redistribuye el cuidado a cargo de la familia, es relevante para la disciplina de enfermería.

La OIT (2018), ha señalado que las políticas para mejorar estos arreglos sociales incluyen el modelo de las 5R -Reconocer, reducir, redistribuir, remunerar y representar, que se resume en el marco teórico. Desde esta investigación, se hace énfasis en la revisión de lo relacionado con la redistribución, tanto al interior de los hogares entre los distintos integrantes del mismo superando estereotipos de género, así como entre lo público y lo privado, en términos de externalizar dicho trabajo de cuidado no remunerado llevándolo a dispositivos comunitarios o institucionales o mixtos, que permitan que la sociedad también sea responsable de estos (4).

La disciplina de enfermería contribuye al cuidado social desde la educación para la salud incorporada en diferentes momentos de la asistencia en salud en los ámbitos clínicos y comunitarios, sin embargo, la misma se centra en el cuidado directo a la persona con diagnóstico de trastorno mental, como se refleja en las guías de manejo del sector salud para esquizofrenia (MPS 2014), depresión (MPS 2013) y cursos de formación del personal de salud como mhGap versión

¹ señala el trabajo remunerado como aquel que se realiza fuera de los hogares, y la definición de estos últimos como unidades de consumo, no unidades productoras.

² La división sexual del trabajo se caracteriza, por un lado, por la asignación prioritaria de los hombres a la esfera productiva, y de las mujeres a la esfera reproductiva; y, por el otro, por el acaparamiento por parte de los hombres de las funciones con un alto valor social asociado a alta remuneración (políticas, religiosas, militares, etcétera). (Kergoat 2003 p. 847).

2.0 (OMS 2017), dejando con poca relevancia el cuidado indirecto o al entorno en términos de preparación de alimentos, realización de compras del hogar, limpieza y organización del entorno doméstico

Peplau dice que la identificación de problemas y las necesidades por las cuales las personas buscan al profesional de salud quien es el que redirecciona el cuidado, son fundamentales en la relación de cuidado, sin embargo, los arreglos sociales y de género en mención, invisibilizan los requerimientos de cada integrante de esta relación, a saber:

- a. Persona que cuida: Habitualmente es una mujer, desempeña su rol de cuidadora durante toda su vida con consecuencias físicas, emocionales, económicas (no cotización de pensión ni riesgos laborales, entre otros), relacionadas con la sobrecarga de cuidado.
- b. Persona sujeto de cuidado: Persona que se beneficia de recibir atención y suplencia en sus necesidades, esto tiene un impacto en su vida que puede ser positivo como negativo, puesto que en muchos casos el sujeto de cuidado tiende a sentir que pierde su autonomía en su vida u otras veces puede sentir que es un alivio y ayuda para sobrellevar su estado de salud.
- c. Relación de cuidado: es una estructura que vincula afectos y ejecuciones orientadas por la persona cuidadora. Habitualmente, estas relaciones presentan diversos conflictos, especialmente por la conjunción de relaciones familiares y de cuidado, la sobrecarga y el cuidado a cargo de cuidadores/as únicos/as. Si existen condiciones económicas de las familias, esta relación se establece por medio de una empresa especializada en brindar este tipo de servicios o personas remuneradas, sean familiares, amigos o conocidos. Cuando se define a través de un contrato el mismo señala que tipo de cuidado, funciones a desempeñar, horarios, y demás acuerdos a las que llegan las partes implicadas; cuando no, la ambigüedad de las acciones de cuidado es alta.

En situaciones de trastorno mental o neuropsiquiátrico, la dependencia funcional de las personas aumenta a tal grado, que se requiere al menos una persona de la familia se dedique al cuidado casi con exclusividad de su tiempo, de la persona con el trastorno. A la fecha, los estudios sobre acceso a dispositivos comunitarios de salud mental o institucionales, develan que los primeros están disponibles si las familias disponen de recursos económicos para generar algún pago, pues son servicios gestionados por asociaciones sin asignación de recursos públicos; y en el caso de servicios institucionales, dada las políticas de desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, hoy día solo se dispone de servicios para situaciones de crisis o urgencias(5).

Conforme lo anterior, se evidencia una problemática alrededor del cuidado social para personas adultas y adultas mayores con morbilidad crónica neuropsiquiátrica, que involucra determinantes sociales estructurales como el género y las políticas sociales, así como determinantes intermedios, a saber,

factores psicosociales, de condiciones materiales de vida, y de organización de los servicios de salud y sociales.

3. ANTECEDENTES

3.1 Cuidado social de personas con trastornos mentales y neuropsiquiátricos

Las prevalencias de la Enfermedad Mental lo hacen un problema de Salud Pública. Esquizofrenia 1%, trastorno bipolar TBP 600 millones de personas a nivel mundial, ansiedad 260 millones a nivel mundial y Depresión unipolar 300 millones de personas, de la cual se dice que para el 2030 ocupará el puesto No.1 de morbilidad en el mundo. Estas mediciones fueron realizadas previo a la pandemia, lo que implica que posiblemente en futuras mediciones se presente un incremento teniendo en cuenta el impacto de la misma en la salud mental, como lo ha señalado la OMS. En Colombia las cifras han evolucionado como se presentan a continuación.

Eventos	Prevalencias				
	1993	1997	2003	2015 Adolescentes y jóvenes de 13 a 17 años	2015 Adultos y adultos mayores.
Depresión	25,1	19,6	13,9	5	7,2
Trastornos de ansiedad	9,6	15,1	19,3	5,5	7,7
Intento de suicidio	4,5	1,7	4,9	2,5	1,3

Fuentes: Gomez-Restrepo, et.al (2015); Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Respecto a los grupos de edad, los adultos de 44 años y adultos mayores, tienen mayores rangos de prevalencias según la citada encuesta nacional de salud mental en Colombia (2015) en donde se evidencia una prevalencia en adultos del 7,7% y en adultos mayores del 7,2%.

En relación a la morbilidad por trastornos mentales, se resalta la característica de larga duración de los mismos, así como la comorbilidad con dos o más trastornos (6). La morbilidad crónica neuropsiquiátrica incluye trastornos mentales que afectan el bienestar subjetivo, la autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (7), lo que hace que se creen demandas de cuidado de dichas personas a sus familias y/o cuidadores comunitarios.

Para el abordaje del cuidado de las personas con diagnósticos de trastorno mental o neuropsiquiátrico, la OMS/OPS ha recomendado la organización de formas de prestación de servicios como se explica en el marco teórico, que incluyen dispositivos de tipo comunitario o social mediado por arreglos institucionales que permitan la sostenibilidad de los mismos. Por ejemplo, la Ley 1616 de 2013, en su artículo 13, cita los centros de escucha, centros comunitarios de salud mental y de rehabilitación basada en comunidad, entre otros dispositivos de cuidado en salud mental, sin embargo, su implementación es limitada a la voluntad política de cada entidad territorial o actores del sistema de salud (2).

Por el lado de la protección y asistencia social, a la fecha, en Colombia no se ha regulado a nivel nacional políticas o sistemas de cuidado social que permitan el desarrollo sistemático y sostenido de dichos dispositivos de cuidado. Lo anterior ha conllevado a que se mantenga la descarga del cuidado social de las personas con trastorno mental y neuropsiquiátrico sobre las familias, y en éstas en particular, sobre las mujeres.

3.2 Enfermería en el Cuidado social

A nivel internacional, nacional, regional y/o local, se identifica la presencia de enfermería en los ámbitos del cuidado social, sea como atención de enfermería domiciliaria, en la coordinación de programas de salud mental y también como parte de las políticas o sistemas de cuidado que existen en España, Uruguay, entre otros.

En estudios del libro “Trabajo del cuidado” se observa un imaginario respecto a que el rol de Enfermería se circunscribe al ámbito clínico o de salud exclusivamente, por lo cual no tiene injerencia o no requiere participar en el campo del cuidado social, es decir solo en el cuidado directo por causa de salud y no por razones de dependencia funcional, y menos en el cuidado indirecto relacionado con los arreglos sociales para el mantenimiento de la vida - organización del cuidado del entorno.

El cuidado social es una necesidad de la población -directo e indirecto, con acentos por momentos del curso de vida por prevalencias de morbilidad diferenciadas por sexo, procedencia, escolaridad, clase social, entre otros. Comúnmente este tipo de cuidado social se viene atendiendo por la mujer en el entorno de su familia, el estado, el mercado y la comunidad de una manera

desigual en responsabilidades en el entorno colombiano, pero aún más con diferencias y desigualdades cuando se trata del involucramiento de sectores de política pública como es el sector salud que si bien contribuye no se articula para la continuidad del mismo con el sector de inclusión social que incluye a la política de cuidado en formulación.

El interés de las y los enfermeros por investigar el apoyo social se deriva de sus efectos positivos en la salud, así como la conexidad entre cuidado y salud, siendo esta última un subproducto social.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta que, según lo expuesto, Enfermería participa de manera tangencial, en los desarrollos de política pública para organizar el cuidado social, pues no es evidente el cuidado social al que aporta enfermería, y se circunscribe el rol de enfermería al ámbito clínico o de salud exclusivamente (por ejemplo, actividades de salud relativas al cuidado directo en personas con enfermedades crónicas).

La pregunta es la siguiente: ¿Cuáles son las recomendaciones de cuidado social para personas adultas y adultas mayores con trastorno mental o neuropsiquiátrico que puede orientar enfermería?

5 JUSTIFICACIÓN

En el marco del proceso del cuidado de enfermería se aplica o estructura una teoría que da paso a unos diagnósticos, actividades y resultados. En el caso de la presente investigación, se identifica el componente de la salud mental desde la perspectiva del personal de enfermería que atiende este tipo de alteraciones, las cuales, pese a existir programas de atención del Estado no cubren todas las necesidades de cuidado, como los referenciados previamente, en materia de cuidado social que es delegado exclusivamente a las familias.

Para explicar las razones que justifican el realizar la presente investigación, además de la indagación de literatura correspondiente, se realizaron tres entrevistas de tipo exploratorio a la coordinadora general del dispositivo de cuidado social residencial, así como a la coordinadora de la casa y a una cuidadora directa, identificándose, los siguientes aspectos:

5.1 Cuidado en soledad

En las entrevistas exploratorias se identificó, el abandono del estado a organizaciones de cuidado social durante el curso de la pandemia por COVID-19, en el sentido que impactó principalmente aspectos económicos en temas como insumos para bioseguridad, priorización en el plan de vacunación, apoyos en transporte, así como sobrecostos por la internación del personal de cuidado durante semanas para evitar aumentar la posibilidad exposición de residentes (usuarios/as del dispositivo de cuidado), fueron asumidos totalmente por el dispositivo de cuidado, sin recibir apoyo estatal.

De otro lado, en las entrevistas se evidenció la solicitud del personal en cuanto a mayor disposición de los servicios de salud para la atención de residentes, toda vez que enfrentaron momentos durante la pandemia de ausencia de citas de control, o de medicamentos. Así mismo, se sugirió la realización de al menos algunos controles médicos presenciales, para garantizar una mejor calidad de la misma más allá del contacto virtual o telefónico.

Sin embargo, esto es constante en el cuidado social, no hay red de cuidado, red de apoyo o red de prestación de servicios de salud que los incluyan, son dispositivos de cuidado que en otros países, como España o Chile referenciados previamente, tienen incorporados a sus redes de salud y de protección social, respectivamente, aún en Colombia esto no ocurre.

5.2 Nuevos campos de cuidado disciplinar

Existe una necesidad latente de incursionar en una guía que indique a los profesionales de Enfermería que se desempeñen en este campo del cuidado de la salud mental qué acciones puedan ejercer o ejecutar para así lograr un cuidado más equitativo y que tenga en cuenta las condiciones políticas, económicas, ambientales, sociales y culturales del sujeto de cuidado que en este caso son las personas adultas y adultas mayores; ya que según la OMS en el caso de los adultos mayores señala “Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario”, debido a enfermedades crónicas existentes como cardiopatías, hipertensión arterial, diabetes, entre otras que pueden ser desencadenantes de episodios de depresión y ansiedad mayormente, así como enfermedades degenerativas como la demencia de diversos tipos y otros trastornos de tipo psicótico como la esquizofrenia y los trastornos afectivos bipolares, que a su vez pueden ser causados por otras circunstancias del entorno del sujeto.

Así, se reconoce que esta problemática debe ser atendida urgentemente porque de acuerdo a la OMS se prevé que: “La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%”, así como también

se señaló durante la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2021, que los gobiernos de todo el mundo reconocieron la necesidad de ampliar los servicios de salud mental de calidad a todos los niveles, así como de encontrar nuevas formas de prestar atención de salud mental a sus poblaciones.

5.3 Reconocimiento y redistribución de cuidados

Teniendo en cuenta lo anterior, también se resalta la significancia social y para la disciplina de la presente investigación, dado que se identifica un continuum entre los arreglos sociales expuestos en cuanto a la división social y sexual del trabajo, que conllevan a la invisibilización de los trabajos de cuidados asignados a lo femenino y a los hogares, y por lo tanto a su no remuneración, y la asignación de menor valor-trabajo a las ocupaciones que se vinculen con las actividades de lo hogareño como el trabajo de cuidado en diferentes campos y sectores, incluido el trabajo ejercido por profesionales de enfermería. Así, identificar y analizar las formas de cuidado social y mecanismos de acceso que redistribuyen el cuidado a cargo de la familia, contribuye a deslegitimar y transformar tales arreglos sociales que sobrecargan a las mujeres y sujetos feminizados en el hogar y en trabajos remunerados como la enfermería.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo General

Formular una recomendación de cuidado social para personas adultas y adultas mayores con morbilidad crónica psiquiátrica y neuropsiquiátrica, que pueda orientar la disciplina de la Enfermería.

6.2 Objetivos Específicos

- Explorar los requerimientos de cuidado social de personas adultas y adultas mayores con morbilidad crónica psiquiátrica y neuropsiquiátrica desde los distintos actores sociales y gubernamentales.
- Identificar las formas de cuidado social para personas adultas y adultas mayores con morbilidad crónica psiquiátrica y neuropsiquiátrica con los distintos actores sociales y gubernamentales.
- Diseñar la recomendación de cuidado social derivada de la investigación a incluir en la “Guía de buenas prácticas- relación de cuidado” que pueda orientar enfermería.

7. MARCO TEÓRICO.

Para Lagoueyte Gomez, “La enfermería se ha establecido como una parte central del bienestar social, por lo que esta examina los aportes de diversas instituciones, actores y aspectos relevantes; partiendo del concepto de organización social y política del cuidado, explora un análisis de la demanda y oferta de cuidado, arreglos familiares y estrategias para su entrega, el papel del trabajo y los cuidadores, y las representaciones sociales del cuidado” (8).

La categoría de cuidado enfrenta un problema sociológico clásico: la relación entre sujeto y estructura. Por un lado, la dirección de la política nacional se basa en ciertos supuestos sobre el sujeto al que se destina, por ejemplo, madres trabajadoras, personas de familias pobres, etc, y desarrolla con ello apuestas de políticas de acción o inacción, que promueven o limitan sus derechos, atienden obligaciones de cuidado o las deslegitiman. Por otro lado, la noción de cuidado se asocia a las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas, brindándoles los elementos físicos y simbólicos que les permiten vivir en sociedad; incluye el autocuidado, el cuidado directo de otras personas (la actividad interpersonal de cuidado), la provisión de las precondiciones en que se realiza el cuidado (la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos), la gestión del cuidado (coordinar horarios, realizar traslados a centros educativos y a otras instituciones, supervisar el trabajo de la cuidadora remunerada, entre otros), y también el cuidado provisto fuera de los hogares, ya sea cuidado general o bien cuidado especializado (por ejemplo, el cuidado de la salud). Desde esta visión, el cuidado permite atender las necesidades de las personas que por su edad o por sus condiciones física o mentales no pueden auto-cuidarse en su completitud (infantes, personas mayores, enfermas o con discapacidades que afectan su funcionalidad).

7.1. Cuidado social / Práctica de cuidado social y sus características

La OIT (2018) sitúa varias ocupaciones como trabajos del cuidado clasificándolos en trabajo remunerado (enfermeras, médicos, maestros) o no remunerado (trabajadores domésticos, cuidadores familiares o amigos/as en la atención de los niños, niñas y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad, entre otros), y señala que el trabajo no remunerado ejerce significativo impacto en las economías del mundo y debe ser visibilizado y transformarse en trabajo remunerado decente, el cual debe incrementarse en los próximos 30 años para poder cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el ODS 3 que tiene como finalidad: *"garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos en todas las edades"*(9).

La OIT (2018) asegura en el documento “*Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*”, que invertir en la economía del cuidado con políticas transformadoras y su puesta en práctica, es urgente y factible; se considera esencial para la existencia sana y próspera de los seres humanos y un camino cierto para contribuir a eliminar las desigualdades sociales y de género; el trabajo de cuidado no remunerado de las mujeres, señala la OIT (2018), constituye una de las principales limitaciones para el desarrollo pleno de sus potencialidades y de su acceso al mercado laboral formal.

Así, el análisis de género abre nuevas perspectivas para el análisis de la situación de las mujeres cuidadoras remuneradas (ejemplo, las enfermeras) como no remuneradas (cuidadoras familiares), al poner el énfasis en las dimensiones normativas legales y sociales, así como las relacionales sobre las responsabilidades del cuidado. Este enfoque es progresivamente incorporado a las políticas públicas y permite visibilizar campos que antes eran impensables, como una política o sistema de cuidado en Colombia o como una extensión del cuidado de la salud a la atención domiciliaria de personas con alta dependencia funcional (aun centrado solo en el cuidado directo especializado).

Los modelos teóricos de cuidado ponen en juego la interacción de los hogares – comunidades – mercado – Estado (diamante de cuidado), con énfasis en los procesos de “reconocer, reducir y redistribuir” (modelo de las 3 R, Razavi 2007) además de “remunerar – representar” (modelo de las 5 R, OIT 2018), que contribuye a la externalización de los cuidados de personas y del entorno asignados tradicionalmente a los hogares y en estos, a las mujeres, utilizando la regulación. A continuación se explica cada una de las R, siendo la R-reconocer y R-redistribuir, en las cuales se centra la presente investigación:

R: RECONOCER

El reconocimiento del cuidado significa hacer visibles la naturaleza, el alcance y el papel que juega el cuidado en cada contexto determinado. Es tomar en cuenta la totalidad de las contribuciones del cuidado al funcionamiento de nuestras sociedades y economías, sin perder de vista quién realiza esas contribuciones. Reconocer el cuidado significa también no «darlo por sentado» en el diseño de políticas sociales, y menos aún sostener estereotipos de género que siguen provocando que el cuidado sea provisto mayoritariamente por las mujeres. Significa, también, generar agendas discursivas con la finalidad de desafiar las relaciones de poder existentes. (Esquivel, 2015).

R: REDISTRIBUIR

El cuidado concebido como una responsabilidad social y colectiva, no como un problema individual limitado a la esfera familiar. Lleva a redistribuir de los trabajos de cuidado no solo al interior de las familias, si no fuera de ellas:

- Redistribución de las labores de cuidado entre los integrantes del hogar, fomentando la responsabilidad de todos los integrantes frente a las labores de cuidado.

- Redistribución de los hogares al Estado, pero no necesariamente al mercado: los Estados deben impulsar un cambio estratégico en materia de cuidados, y no dejar todo al mercado y a la prestación voluntaria. Cuando la provisión pública está ausente o es insuficiente y prevalecen las prestaciones privadas, el acceso a servicios de cuidado se convierte en una función del poder adquisitivo de los hogares, reflejando (y potenciando) la desigualdad (Esquivel, 2015).

R: REDUCCIÓN

Reducción del cuidado hace referencia a aquellos que generan costos físicos innecesarios o son el resultado de la falta de infraestructura. Se trata de una reducción que no solamente sea beneficiosa para quienes realizan esas labores, sino que no vaya en detrimento de otras personas. Por lo tanto, la sociedad en su conjunto se beneficiaría con la reducción de ese tiempo dedicado al cuidado. (Esquivel, 2015).

R: REMUNERAR

Políticas laborales para el trabajo decente de las y los trabajadoras/es y ocupaciones en cuidados. Incluye:

- Regular e implementar condiciones decentes de empleo y pago igualitario a todos las/os trabajadoras/es del cuidado.
- Asegurar un ambiente seguro, estimulante y atractivo para ambos, mujeres y hombres que trabajan en el cuidado.
- Generar leyes e implementar medidas que protejan a mujeres y hombres que trabajan en el cuidado, entre ellas/os población migrante.

R: REPRESENTACIÓN

Diálogo social y negociación colectiva de los y las trabajadoras de cuidados. Incluye:

- Asegurar la participación efectiva y equidad en las oportunidades de liderazgo a todos los niveles de toma de decisiones a nivel político, económico y de la vida pública.
- Promover la libertad de asociación de trabajadoras/es del cuidado y empleadoras/es.
- Promover el diálogo social y el fortalecimiento de la negociación colectiva de derechos de los sectores de cuidados.
- Promover la construcción de alianzas entre las uniones sindicales representantes de trabajadoras/es del cuidado y las organizaciones de la sociedad civil que representan nichos de cuidado y trabajadoras/es no remuneradas/es.

7.2. Morbilidad crónica psiquiátrica / trastorno mental

Según la OMS, un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de una persona. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en áreas de la vida.

Hay diferentes trastornos mentales, así como problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca las discapacidades y situaciones psicosociales que pueden afectar la funcionalidad.

Según la OMS, en 2019, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año. Aunque existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales no tienen acceso a una atención efectiva. Además, muchos sufren estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos (11).

Según la OPS (12):

(...) los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales.

La depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio.

Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años.

Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1%.

El gasto público mediano en salud mental en toda la Región es apenas un 2,0% del presupuesto de salud, y más del 60% de este dinero se destina a hospitales psiquiátricos.

7.3 Rehabilitación Basada en Comunidad

La OMS define la Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC como una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidades (OIT, UNESCO y OMS)

La OMS diseñó una matriz de RBC la cual comprende cinco (5) componentes: salud, educación, sostenimiento (trabajo), social (cultura, familia, recreación, justicia), y empoderamiento desde el enfoque de derechos hacia la realización plena en la ciudadanía.

El Sistema de Salud de Colombia está en la obligación de ofertar los servicios de salud para salud mental en la comunidad (institucionales no hospitalarios) con el fin de lograr así la articulación con la RBC propuesta por la OMS hacia los demás sectores, siendo así partícipe activo de lo comunitario como un escenario colectivo de la construcción de salud.

El objetivo de la RBC en salud mental planteado por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia, corresponde a:

Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros.³

Y el Plan de Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021) lo define como un:

Proceso de desarrollo local inclusivo de carácter intersectorial que aporta en la atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial y para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental (Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021)

³ Guías para la implementación de la RBC, MSPS.

En la definición de RBC señalados, no es claro el alcance y compromiso desde el sector salud como integrador y promotor de los procesos de rehabilitación comunitaria, tanto la que procede desde servicios institucionales no hospitalarios, como de aquellos de base comunitaria; los dos conformarían una malla de sostén a la rehabilitación basada en comunidad.

La experiencia de cuarenta años en Europa de la reforma psiquiátrica que en palabras del Dr. Manuel Desviat se concreta en dos factores: la desinstitucionalización y los servicios de atención en la comunidad. La prestación de los servicios comunitarios conllevó un cambio en los/as especialistas, psiquiatras y demás profesionales de la salud, que trabajan en equipos multidisciplinares de manera horizontal, centrados en la recuperación de la persona.

La filosofía comunitaria de la RBC la adoptó Perú, en su definición de Rehabilitación en salud mental:

“Proceso desarrollado en conjunto por el equipo terapéutico interdisciplinario, personas con trastornos mentales y sus familiares, que comprende actividades organizadas y planificadas con base en evidencia científica, dirigidas al desarrollo de capacidades, destrezas, y actitudes en las personas con trastornos mentales para mejorar su calidad de vida, lograr su reinserción e inclusión comunitaria y alcanzar el máximo nivel de rendimiento socio-productivo posible”(14).

Y adoptar y desarrollar este último concepto, es clave en Colombia para dar plena implementación a la apuesta de la política de salud mental retomando los principios de la Atención Primaria en Salud -APS y la evidencia y conceptos propuestos por la OMS en temas de educación en salud, como es, la comunidad y descentralización de los servicios de lo hospitalario hasta servicios institucionales no hospitalarios y garantizar la verdadera atención sanitaria. La concentración exclusiva en los servicios asistenciales clínicos encarece y reduce el verdadero resultado de impactar en la salud de las personas, familias y comunidades. La atención ha de tener su centro en la comunidad.

Hoy especialmente se hace más relevante las atenciones en la comunidad reivindicando las enseñanzas y aprendizajes de Alma Ata 1978, en la realización cierta de los derechos humanos: “todos aquellos atributos y facultades que permiten a la persona reclamar cuanto necesita para vivir de manera digna y cumplir con los fines propios de la vida en comunidad”.⁴

La OMS y la OPS han recomendado la utilización de un modelo de atención comunitaria para las personas con Trastornos Mentales Severos (TMS); dicho modelo se ha basado en la creación de una red de dispositivos de atención

⁴ De Currea-Lugo V. La salud: de la caridad al negocio sin pasar por el derecho.

comunitaria, dentro de los cuales se encuentran los dispositivos residenciales - hogares y residencias protegidas como lo resalta Tapia (et.al 2014), en Chile.

Con los conceptos presentados anteriormente, es necesario profundizar la relación con la salud del cuidado social y especialmente del cuidado requerido por personas adultas con morbilidad psiquiátrica y cognitiva.

7.4 Rol orientador de enfermería.

El personal de enfermería tiene mucha importancia en la evolución de las personas con trastornos mentales. En los centros de atención primaria de la salud mental existentes en Chile y Perú (en Colombia se encuentra en la Ley 1616 de 2013, artículo 13, pero no se han implementado), su labor puede tener un impacto positivo tanto en el paciente, como en su familia y entorno. El enfermero/a forma parte de un equipo multidisciplinario de profesionales, como trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales con la función de orientar, asistir y educar a las personas con problemas mentales con el fin de llevar a cabo ciertos objetivos los cuales son (13):

- Promover, proteger, mantener y restaurar la salud mental de los pacientes / usuarios.
- cuidado individual, familiar y grupal, teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales que impulsan el proceso del trastorno de salud mental; ya que las actividades de enfermería se realizan con base a los planes de cuidados de enfermería.
- Agentes de relaciones sociales.
- La participación en grupos informales permite a las enfermeras evaluar el desarrollo de las habilidades sociales de los pacientes. Las relaciones sociales ayudan a modelar el comportamiento grupal apropiado. Las conversaciones informales brindan a los pacientes una oportunidad libre de estrés para discutir temas actuales y reducir la ansiedad.

Con base a lo anterior, esta investigación se enfocó en perspectivas de la salud mental para el cuidado. El cuidado social tiene relación con cuidar la mente, como se menciona en el planteamiento del problema, el cuidado implica la conformación de una relación, por lo menos dos personas, una que cuida y otra que es cuidada, así, no es posible caracterizar las necesidades del cuidado y las formas en que las mismas se atienden sin identificar el funcionamiento de la mente y tenerlos en cuenta en ambos, definición de las necesidades, como en las formas de atenderlas. A continuación, se resumen dos formas de entender la relación del cuidado con la mente permitiendo al profesional de salud alejarse de la orientación de la enfermedad perse y mover límites disciplinares del cuidado de la salud ampliando su participación en el cuidado social:

La relación terapéutica de Hildegard Peplau

Esta teoría profundiza el acto de cuidado del paciente a partir de la identificación de problemas y necesidades por las cuales busca al profesional. El paciente con alteración de salud identifica sus necesidades y se relaciona con personas que pueden ayudar a solucionarlas (identificación), estableciendo una relación con este propósito; la enfermera por su parte, aplica un plan de cuidados para lograr el restablecimiento de la salud e independencia (aprovechamiento). Una vez este proceso ha surtido resultados positivos y el paciente se siente capaz de emprender acciones de autocuidado proyectando nuevas metas y/o con la ayuda de la enfermera, quien apoya la independencia en las actividades del paciente, cierra el ciclo realizando una evaluación de lo producido por ambos (enfermera /paciente) (resolución).

Por otro lado, el psicoanálisis alude a los lugares en los que ocurren los diferentes procesos psíquicos y habla de cómo la mente se organiza y se divide en distintos sistemas interconectados entre sí, cada uno con características y funciones específicas.

Aparato psíquico según Freud

El consciente, el preconscious y el inconsciente. De este modelo se desprenden varios conceptos como el placer y el displacer relacionados con la satisfacción de la necesidad, o, la no consecución o la realización de uno o más deseos.

- **Consciencia:** Es una parte del ser humano que lo hace percibirse como un ser único en el mundo con actitudes y aptitudes y que se relaciona directamente con la percepción; esta tiene un carácter moral y demanda con los sistemas o componentes del mundo que lo rodea.
- **Inconsciente:** Contiene todos los pensamientos y percepciones que han sido rechazados por la conciencia y en los cuales ha operado una censura.

El yo, el ello y el super yo. Otros grandes componentes de este modo de ver el aparato mental de una persona en el psicoanálisis; en *el ello* como el origen de una energía destructiva y a su vez erótica desde el punto de vista sexual que son de ente innato o hereditario. *El yo* es la consciencia de lo que puede defender de algo que será desagradable o que en sí mantiene al organismo en un equilibrio con el entorno, y el *superyó* es la autoconservación es decir lo que la persona aspira a ser.

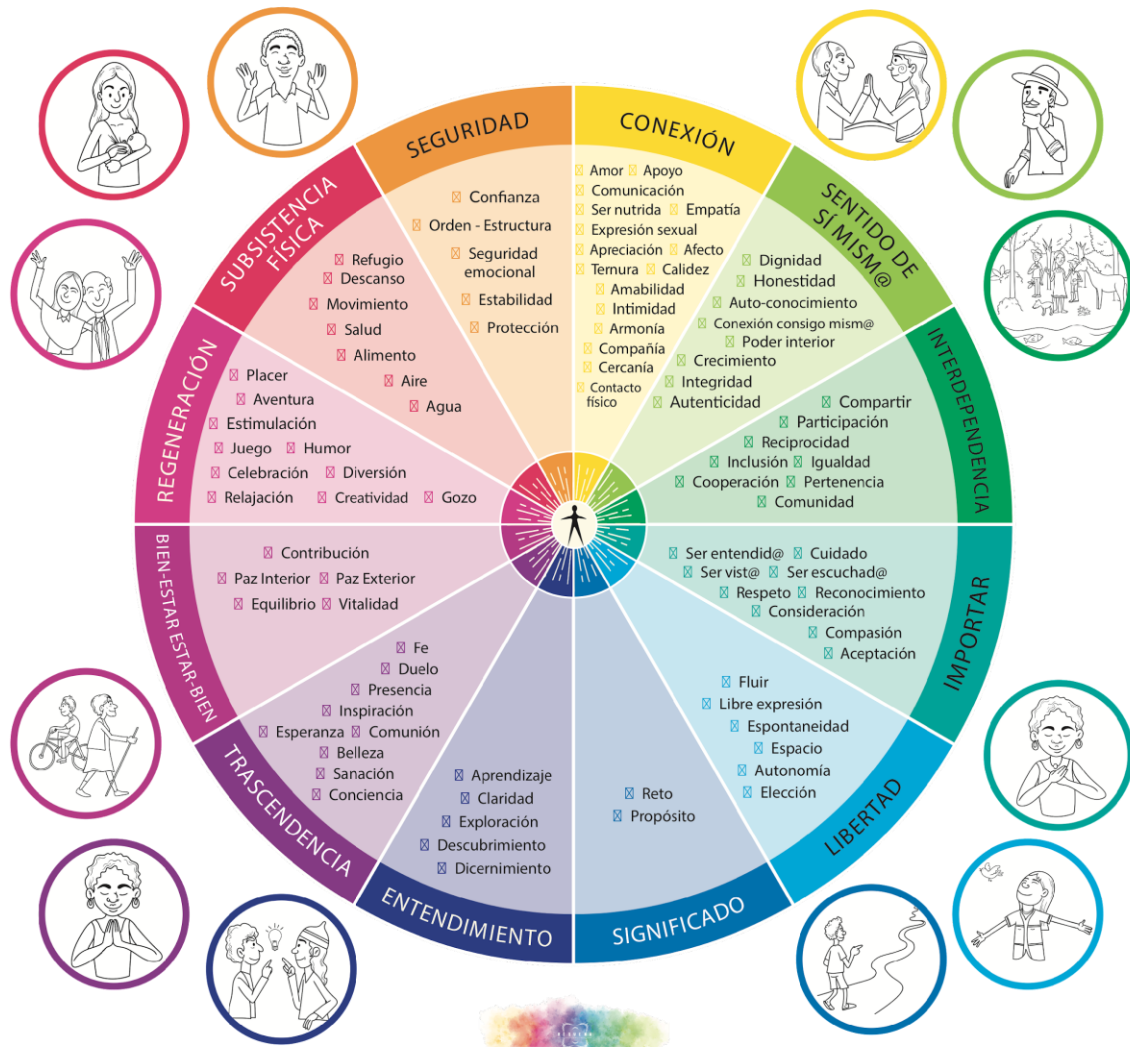
Finalmente, se tiene en cuenta lo planteado por Marshall Rosemberg quien estableció una teoría sobre las necesidades humanas, la cuál se puede apreciar a continuación.

Necesidades humanas -Marshall Rosemberg

El modelo propuesto por Marshall Rosemberg, en su teoría de “comunicación no violenta”, identifica 12 categorías de necesidades humanas, de cuya satisfacción depende que la comunicación sea asertiva o violenta; cada persona algunas veces de manera consciente y la mayoría de veces de manera inconsciente, busca atender estas necesidades.

Gráfica No. 1. Propuesta de categorías de necesidades humanas.
Comunicación No Violenta.

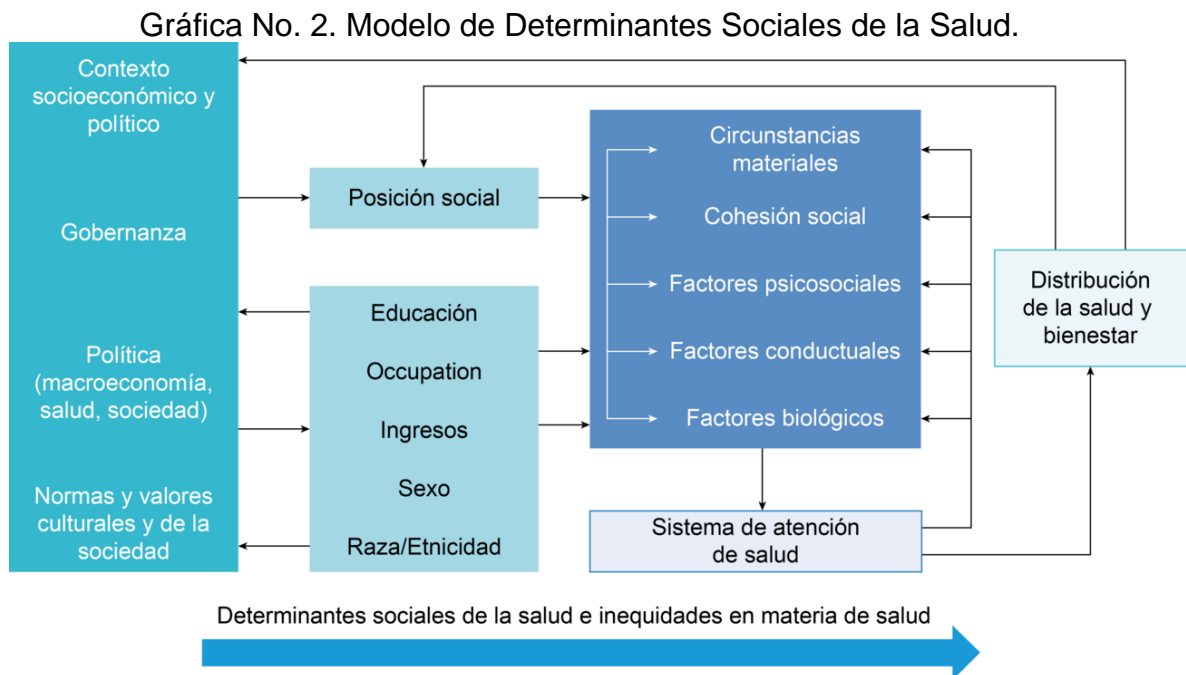
Necesidades humanas



7.5 Determinantes sociales de la salud.

Desde el punto de vista de salud mental y los objetivos de desarrollo sostenibles planteados para el periodo 2020 – 2030, se identifica el asocio de la salud con los contextos donde se desarrolla el ser humano, incluidos los entornos laboral y hogar, como es el centro en la presente investigación centrada en servicios de cuidados, así como los modos, condiciones y estilos de vida. En el caso de las personas con trastornos mentales, se reconoce que dichas situaciones modifican el estilo de vida de una persona, sus hábitos de vida (hogar, academia, trabajo, familia, relaciones, etc.), por lo cual los cuidados en la vida cotidiana, más allá de los servicios de salud como actualmente están estructurados, son fundamentales.

La OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “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, las políticas sociales y de salud, la cultura y valoración social, así como determinantes intermedios como los factores psicosociales y las condiciones materiales de vida (Gráfica No. 2).



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (paho.org) -Health in the Americas 2017 (paho.org).

8. PROPUESTA METODOLÓGICA

Para la construcción de la recomendación de cuidado social de personas con morbilidad psiquiátrica y neurocognitiva que pueda orientar enfermería, se tuvo en cuenta la voz de grupos sociales involucrados y conocedores de las dinámicas de cuidado de las personas sujeto de cuidado, a saber:

Gráfica 3. Grupos sociales participantes en la investigación.



Fuente: Elaboración propia.

8.1 Tipo de Investigación.

Es un estudio cualitativo con un abordaje fenomenológico buscando la construcción y reconocimiento de conocimientos y comprensiones sociológicas y psicológicas de las personas cuidadoras familiares, o en dispositivos de cuidado social que atienden personas con morbilidad psiquiátrica y neuropsiquiátrica, las asociaciones de pacientes, y las propias personas con trastorno mental, en temas como son la calidad de vida de las personas con trastornos en salud mental, los aspectos de salud, relaciones familiares y acciones que emplearon para resolver diversas barreras de acceso al sistema de salud (citas médicas, hospitalizaciones, calidad de la atención ,etc.), todo lo cual permita identificar los requerimientos de cuidado social, las formas en que se satisfacen y las posibles recomendaciones para mejoras futuras basado en el hacer o participación de profesionales de enfermería.

8.2 Técnicas de recolección de la información.

Como estudio cualitativo se implementaron técnicas de recolección de información fueron grupos focales y entrevistas. En total, se realizaron tres grupos focales -uno con asociaciones de pacientes, uno con cuidadores familiares y uno con cuidadoras de un dispositivo de cuidado social residencial-, así como una entrevista de tipo semi-estructurado a una persona con trastornos de salud mental residente en un dispositivo de cuidado residencial.

En relación a los grupos focales, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Personas cuidadoras de personas con trastorno mental o neuropsiquiátrico en hogar

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Cuidador actual o que haya cuidado al menos en los últimos 3 años a una persona con trastorno mental o neuropsiquiátrico. - Cuidadores familiares o no familiares remunerados y no remunerados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personas que llevan más de 3 años sin cuidar a personas con trastorno mental o neuropsiquiátrico. - Profesionales en disciplinas de ciencias de la salud.

- Criterios de inclusión y exclusión de asociaciones de pacientes

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Asociación de pacientes con trastornos mentales o neuropsiquiátricos con acciones de incidencia social en políticas de cuidado social, en los últimos 10 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asociaciones de pacientes por otros eventos de salud, o que no haya realizado acciones de incidencia social en políticas de cuidado social, en los últimos 10 años.

8.3 Técnicas de Análisis de la Información.

La información analizada mediante las técnicas de categorización basados en la teoría fundamentada. Estas técnicas permitieron identificar los requerimientos de cuidado social de las personas con morbilidad crónica psiquiátrica y neuropsiquiátrica, las formas en que dichos requerimientos eran solventados, y las recomendaciones para el cuidado social desde los actores sociales participantes, a partir de las cuales en conjunto con la revisión de literatura del marco teórico, definir una(s) recomendación(es) de cuidado social para personas

con morbilidad crónica neuropsiquiátrica y psiquiátrica, como propuesta a incluir en el marco de la “Guía de Buenas Prácticas en Enfermería: Relación de Cuidado”.

8.4 Consideraciones Éticas.

Uno de los elementos claves en la actual investigación tiene relación, entre otros, con la protección de la privacidad de las encuestas y entrevistas. Al respecto, la Declaración de Helsinki⁵ señala como parte de los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable, lo siguiente:

- Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.
- Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.
- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.
- La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

Así, la presente investigación aplicó dichos principios, entre estos la transcripción de grupos focales y entrevistas omitiendo los nombres de los y las participantes, y el uso de códigos que permitieran mantener la confidencialidad de ellos y ellas.

En aplicación de las disposiciones de la Resolución 8430 de 1993 se identificó que la investigación no supone un riesgo para la salud de las personas según el artículo 11 de la citada resolución ya que el método de investigación que se pretende emplear es cualitativo con realización de entrevistas y grupos focales,

⁵ Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Wma.net. Recuperado el 24 de noviembre de 2021, de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

y no se realizan intervenciones de tipo biológico, fisiológico, psicológico o social de los individuos que participan en el estudio. Ahora bien, se tuvo en cuenta el enfoque de acción sin daño para el planteamiento de las preguntas en el marco de las citadas técnicas.

Finalmente, se declara que no se tiene una relación directa con las personas participantes, organizaciones ni las temáticas, por lo que se aclara que no se tiene un conflicto de intereses.

9. HALLAZGOS

La presente investigación permitió construir una recomendación de cuidado social, como propuesta a incluir en el marco de la “Guía de Buenas Prácticas en Enfermería: Relación de Cuidado”, a saber: Ampliar lo terapéutico -más allá del componente farmacológico y del cuidado asociado con el mismo mediante la implementación e acompañamiento terapéutico a personas con morbilidad psiquiátrica y neuropsiquiátrica, y sus familias; esta actividad realizada por las/los profesionales de enfermería ayuda a la continuidad del tratamiento fuera de los centros médicos, apoyando la vida cotidiana, proyectos de vida y productividad.

La construcción de una continuidad del cuidado de la salud intra y entre escenarios clínicos, comunitarios y hogares es un objetivo del cuidado de enfermería, mediante la intervenciones orientadas a tejer una red de cuidado de salud y social que va más allá de las canalizaciones o activaciones de rutas intersectoriales que realiza el sector salud, previendo la participación del equipo de salud en el escenario del cuidado social, tanto directo como indirecto, que aborde los requerimientos de cuidado tanto de las personas con morbilidad psiquiátrica y neuropsiquiátrica, como de sus familias, ambos como sujetos de cuidado.

La continuidad del cuidado como principio de la Atención Primaria en Salud -APS que implementaría enfermería va más allá del cuidado directo en servicios de salud intramural o extramural, sino que abarca la organización del cuidado social para el mantenimiento de la vida y la salud en todos sus entornos. En algunas lecturas a la continuidad del cuidado se le denomina *transiciones de cuidado*, por lo cual hace de futuras investigaciones que profundicen en las formas y posibles dispositivos de cuidado a implementar para materializar dicha continuidad.

Lo anterior se sustenta en los hallazgos del presente estudio cualitativo que se presentan a continuación:

9.1. Requerimientos de cuidado social

Durante las entrevistas y grupos focales se evidenció que las personas cuidadoras tienen algunas necesidades específicas como lo son: mejorar su

formas de comunicación y expresión, fortalecer sus conocimientos para brindar un cuidado en primeros auxilios psicológicos, que van adquiriendo con el tiempo según las necesidades que tiene cada uno de los pacientes con trastornos neuropsiquiátricos. Señala una participante:

(...) Cómo comunicarse es muy importante porque a uno en el sistema le van a decir esto esto, clara, anótalo llévalo, lleva tu papel, si tienes la oportunidad de ir al psiquiatra, ubícate en lo que necesitas, te empoderas de como hablarle al profesional y decir por qué no buscamos otra alternativa? Cómo decirserlos sin herirlos pero que lo hagan muy contundentemente. (...) nosotros realmente en las organizaciones lo que hacemos es primeros auxilios psicológicos, tú tienes que conocer bien el sistema, escuchar, tienes que ver qué posibilidad le puedes brindar a las personas teniendo en cuenta, su estabilidad económica, su ubicación. Hay que tener en cuenta y advertirles a las pacientes las herramientas inmediatas para el proceso, después de la situación, acompañar a las personas, también que salgan las ideas de ellos, que has hecho, qué harías, qué pretendes.... Entonces es eso. Es todo un apoyo de auxilios psicológicos. (Grupo focal asociaciones de pacientes, 2022)

Otra participante, compartió en el grupo focal de cuidadoras familiares:

(...) en la atención psiquiátrica y psicológica se promueve la idea que no hay límites al paciente, otra cosa que siento q mi prima necesita de mí como familiar es soporte emocional y para conseguir esa atención hace muchas cosas (mi prima hace berrinches, me insulta por WhatsApp, lo busca de cualquier forma..) necesita mi atención y soporte emocional que este ahí para ella lo busca alguna veces de forma inadecuada, la presencia de su familiar, que la aprecian que es una prioridad y verlo en acciones. (Grupo focal con cuidadoras familiares, 2022)

En investigación actual, se identificaron necesidades de cuidado social insatisfechas en cuidadores familiares de personas con trastorno mental que hacen parte de asociaciones de pacientes, a saber:

“(...) a ver... emmm muy claro lo que nos explica Emilia porque el conocimiento que nos da el acercarnos a una situación sabiendo lo que puede pasar, como se puede evolucionar en que consiste pues no da esa tranquilidad un poco en el manejo, ehh yo veo que eso también depende muchísimo en el momento que está viviendo la persona, es el cuidado que se necesita cuando una persona hasta ahora está empezando un proceso o cuando ya lleva **algún tiempo y la edad son dos factores también que inciden bastante**, cuando está empezando el proceso ehhh en todas las partes y todas las edades la psi coeducación es definitiva. ¿Sí? Que hemos sabido nosotros por experiencia personal y por experiencia organizacional.... Entre más rápido tú hagas la aceptación como familia y como persona pues **más rápido** vas a iniciar tu proceso de*

*recuperación. Aquí que estamos con tantas psicólogas ehmm sabemos que la recuperación inicia cuando tú haces la aceptación de lo que te está pasando, y lo evidencias y lo contrastas y lo ves inmediatamente. ¿No? En esto no es que sea tan inmediato, pero si es el inicio del proceso de recuperación. O sea, que **la negación y la falta de aceptación y de la persona van a generar muchas dificultades en el manejo de ese cuidado.** Igualmente falta acompañamiento experto, profesional en ese inicio ehmm tú vas y te mandan con una fórmula para la casa como si fuera cualquier cosa sin darte ninguna explicación de que puede pasar, de cómo va a ser el manejo, de que herramientas tienes.... Absolutamente de nada. Sí? Y.... y eso pasa en nuestro sistema porque el sistema no tiene la ruta y no la conocen los profesionales. De hecho Andrea gracias, hoy hablé con con... con el doctor Cardozo ehmm y los mismos médicos dicen no tenemos ni idea de a donde remitir ni que hacer? Porque ellos no conocen esto, cuando nosotros les hablamos y les comentamos esto quedaron impactados.” (Grupo focal con Asociaciones de Pacientes, 2022)*

En esta transcripción se identifican tres necesidades por las asociaciones de pacientes en el cuidado social de personas con trastorno mental:

- entender (necesidad 1)
- aceptar (necesidad 2)
- ser apoyado (necesidad 3)

En la primera necesidad “entender”, las personas de las asociaciones de pacientes participantes en el grupo focal, identifican si afecta por el tiempo de evolución del diagnóstico de trastorno mental y la edad, si bien no es claro, si la edad se refiere al cuidador/a o a la edad de la persona diagnosticada, siendo lo más probable la edad de la persona cuidada. Las participantes relacionan esta necesidad de “entender” con la tercera necesidad enunciada, “la aceptación como familia y como persona”, donde la referencia de las participantes del grupo focal de asociaciones de pacientes señalan “(...) entre más rápido tú hagas la aceptación como familia y como persona pues más rápido vas a iniciar tu proceso de recuperación.”, y reafirman “(...) sabemos que la recuperación inicia cuando tú haces la aceptación de lo que te está pasando (...) no es tan inmediato, pero si es el inicio del proceso de recuperación.”

Así, se puede entender, la preferencia de las participantes de asociaciones por el “acompañamiento experto” (segunda necesidad) que suple la necesidad de entender mediante la psicoeducación y la necesidad de aceptar. Sin embargo, se evidencia también por dichas asociaciones que ni siquiera el personal de salud “te mandan con una fórmula para la casa como si fuera cualquier cosa sin darte ninguna explicación de que puede pasar, de cómo va a ser el manejo, de que herramientas tienes.... Absolutamente de nada. Sí? Y.. y eso pasa en nuestro sistema porque el sistema no tiene la ruta y no la conocen los profesionales. De hecho Emilia* gracias, hoy hablé con con... con el doctor Mendez* ehmm y los mismos médicos dicen no tenemos ni idea de a donde remitir ni que hacer?”

Porque ellos no conocen esto, cuando nosotros les hablamos y les comentamos esto quedaron impactados (...)”

Es llamativo que estas expresiones hacen referencia a la atención por medicina seguramente especializada o general, teniendo en cuenta las competencias a las cuales se hace referencia “te mandan con una fórmula (...)”, la cual en Colombia solo esta en la competencia de dicha disciplina. No se hace referencia a otros profesionales de salud como podría ser enfermería; ahora bien, es claro que el personal de salud y de enfermería es escaso⁶, aún más formado en salud mental, y que las guías de manejo en esquizofrenia⁷ o depresión⁸ poca o ninguna referencia hacen al cuidado de enfermería.

Es de resaltar, que ACOFAEN (2014) señala competencias específicas de enfermería para el cuidado en salud mental, en los Lineamientos para la formación de enfermería en salud mental en Colombia⁹, que pueden ser un complemento y llenar el vacío de las citadas guías.

Finalmente, respecto de la necesidad de apoyo citado por las asociaciones de pacientes participantes en el grupo focal, es importante también identificar un tercer actor “visible” por las asociaciones “(mismos médicos) *Porque ellos no conocen esto, cuando nosotros les hablamos y les comentamos esto quedaron impactados (...)*”, son ellas mismas, como grupos de pacientes informados/as que tienen mucho por enseñar. La OMS en la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (2007), la OMS incluye como una de las estrategias “3. Pacientes por su seguridad”¹⁰, señalando la importancia de los/las “pacientes cuidando pacientes”, lo cual en nuestro contexto colombiano en la actualidad y para la actual investigación también vincula la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), que contribuye tanto a la inclusión social como al cuidado social que es el ámbito de estudio de la presente investigación.

Desde un enfoque y estrategia de Atención Primaria en Salud, es importante los dos actores, enfermería profesional y auxiliar y los y las asociaciones de pacientes conforme las orientaciones que hace la OMS respecto al mejoramiento del abordaje y tratamiento en problemas y trastornos mentales, así como el

⁶ OMS/OPS (2022). Las Américas tienen un déficit de 600.000 profesionales de la salud, que afecta el acceso a la salud en las zonas rurales y desatendidas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/27-5-2022-americas-tienen-deficit-600000-profesionales-salud-que-afecta-acceso-salud-zonas>

⁷ Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-Esquizofrenia-Completa.pdf>

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Guía de práctica clínica para la detección temprana y diagnóstico de depresión (episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente) en adultos. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_Depre%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_Depre%20(1).pdf)

⁹ ACOFAEN (2014). Lineamientos para la formación de enfermería en salud mental en Colombia. Disponible en: https://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2021/12/LINEAMIENTOS_SALUD_MENTAL-1.pdf

¹⁰ OMS (2007). Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Diapositivas disponibles en: https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/III_Conferencia/23_oms_larizgoitia.pdf Ver diapositiva 7.

mejoramiento de los recursos y capacidades emocionales, cognitivas y ejecutivas en salud mental¹¹ a la cual aportan dichos actores. Ahora bien, se requiere su visibilización, así como comprender sus aportes específicos a la promoción de la salud mental y a la rehabilitación salud mental¹², como se observa en los diálogos transcritos.

- Condiciones materiales para el cuidado

Una de las categorías de análisis cualitativo fueron las “condiciones materiales para el cuidado social”, así al indagar con cuidadoras familiares refieren:

(...) ayudas externas... siempre la combinación entre la psicología y psiquiatría debe ser importante, no la hemos utilizado mucho porque pues porque mi hermana como muchos otros casos ella no quiere, pero si recomiendo que se lleven a terapia psicológica y terapia psiquiátrica al mismo tiempo y ojalá que pudieran hacer ejercicio, porque el ejercicio es básico para la salud mental también; lógico que con ellos es muy difícil lograr cualquier cosa pero ese tipo de otras ayudas también hay que tenerlas en cuenta porque es un complemento ideal (...) (Grupo focal con cuidadoras familiares, 2022)

Complementando otra cuidadora familiar refiere en el grupo focal:

(...) No hemos tenido así otra clase de ayuda, por ejemplo, en el sitio donde ella está tienen mucho en cuenta eso, entretenimiento, que les hacen ejercicio, actividades, si de pronto a la persona le gustan las actividades manuales, si le gusta leer, cosas que los distraigan de su problema porque yo creo que eso es fácil involucrarse en estar pendiente de su enfermedad, en su problema y se vuelve más grande de lo que es realmente en algún momento, entonces algo como que los saque de esa rutina a mí me parece importante claro que muchas veces si los recursos, el tiempo no son suficientes pero si sería bueno tener eso en cuenta (...) (Grupo focal con cuidadoras familiares, 2022)

Por otro lado, una cuidadora refiere que ha recibido ayuda por fuera del sistema de salud:

(...) si, nuestro caso contamos con el apoyo de abogado y de psiquiatra externo a la eps para el tema de la tutela y un poco para el seguimiento realmente del tratamiento porque en algún momento el psiquiatra de la eps

¹¹ OMS (sf). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Disponible en: <https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/Salud.Mental.en.Atencion.Primaria.pdf>

¹² Zamora-Rondón, Suárez-Acevedo, Bernal-Acevedo (2019). Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. Rev. Salud Pública. 21 (2): 175-180. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2019.v21n2/175-180/es>

lo único que hacía era reformular una dosis baja del medicamento, entonces no había un seguimiento real de la condición en ese momento de estuvo con un psiquiatra externo. (Grupo focal con cuidadoras familiares, 2022)

Durante esta categorización podemos tener en cuenta que en cualquier entorno físico, se detecta la necesidad que pueden presentar los pacientes, como lo pueden ser rampas, pasamanos, barras de sujeción, de aumentar el tamaño de una puerta para que pase una silla de ruedas, y cómo el profesional sabe o logra identificar las necesidades individuales y materiales que debe mantener para el cuidado integral. En el caso de la morbilidad psiquiátrica y neurocognitiva es fundamental la identificación de las necesidades y medios para atenderlas, hoy día aún se identifica y aporta desde el sector salud la atención por psicología y psiquiatría, con muchas limitaciones, pero además se desconoce efectivamente otras necesidades, especialmente las de la familia de la persona con trastorno mental.

En el artículo “*El Mundo material para los Cuidados de Enfermería*”, se citan diferentes instrumentos usados y transformados para satisfacer las necesidades de cuidados. Así, el profesional de enfermería está rodeado de una amplia variedad de objetos que posibilitan su labor en un espacio, tiempo y lugar determinado. Al escenario de los cuidados, conformado por objetos y el espacio físico para la atención, se le denomina mundo material del cuidado. Es importante reconocer cómo sería en enfermería, tal mundo material del cuidado en el caso de personas con trastorno mental y sus familias.

Ahora bien, la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* en el *Plan de acción global 2013/2020 de la OMS* destaca el enfoque multisectorial para la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental. Así también se identificó por los participantes condiciones materiales para el cuidado relacionadas con la intervención de otros sectores:

(...) La persona con diagnóstico... Tener sus necesidades básicas cubiertas, me refiero a un estudio, estar estudiando, a estar trabajando, ser útil, tener un empleo o una ocupación, me parece que el trabajo es fundamental para la dignidad como persona y ayuda muchísimo o sea, realmente hay evidencia de que empuja de una manera muy positiva el manejo de la enfermedad y de los síntomas, o sea una persona que no está trabajando, que no está estudiando que no está siendo productiva emmm, que no puede ser independiente por su cuenta ehh digamos que presenta mayor dificultad para sobreponerse a los síntomas. (Grupo focal cuidadoras familiares, 2022)

Teniendo en cuenta la definición de la OMS y el apoyo que genera la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los pacientes con problemas de salud mental, resulta fundamental que este grupo de población cuente con un empleo digno, saludable y motivador ya que es beneficioso para cualquier persona y, en el caso de las personas con problemas de salud mental, el empleo

es, además, una vía fundamental para lograr la recuperación y la autonomía, facilitando que se sustituya el papel de “persona enferma” por el de “persona trabajadora” como lo expresan en los comentarios anteriores, es fundamental también apoyar la prevención de los riesgos para la salud mental, proteger y promover la salud mental en el trabajo, y apoyar a las personas con problemas de salud mental para que puedan participar y prosperar en el mundo del trabajo.

Lo mismo aplica para las personas cuidadoras, requieren que se garanticen sus derechos al trabajo, la educación, el descanso, la alimentación, la vivienda, bien es conocido que por cuidar muchos de ellos/as deben dejar sus empleos remunerados.

- Condiciones inmateriales del cuidado social requerido

Bueno, yo puedo hablar desde un punto de vista un poco personal y de conocimiento de algunos casos de la asociación, yo creo que es fundamental que el familiar o el cuidador, tenga conocimiento, entienda acerca de la enfermedad del trastorno y cuente con las herramientas para el manejo de los síntomas de las personas, siento que debe ser realmente un experto en el trastorno de la persona inicialmente. Creo que es fundamental, o sea, obviamente antes de cubrir las necesidades básicas, económicas de apoyo pues como familia, es super importante el conocimiento la educación que tenga frente a la enfermedad. (Grupo focal cuidadoras familiares, 2022)

Como parte de la investigación, se indagó sobre las condiciones inmateriales para el cuidado social, y como refiere previamente la cuidadora familiar, cada cuidador debe tener una educación adecuada frente a la enfermedad, lo cual no solo es una actividad sino un acto de cuidado. A la luz de la teoría de Hildegard Peplau se parte de la identificación de las necesidades por el propio sujeto de cuidado quien se relaciona con personas que pueden ayudar a solucionarlas (identificación), entre estas la/el profesional de enfermería quien aplica un plan de cuidados para lograr el restablecimiento de la salud e independencia (aprovechamiento); una vez este proceso ha surtido resultados positivos y la persona cuidada se siente capaz de emprender acciones de autocuidado proyectando nuevas metas y/o con la ayuda de la enfermera, quien apoya la independencia en las actividades de la persona cuidada, cierra el ciclo realizando una evaluación de lo producido por ambos (enfermera /persona cuidada) (resolución).

(...) no ha tenido el cuidado de su enfermedad como persona diagnosticada (de forma emocional... refiere hacerlo por sí misma ya que no le han brindado ese cuidado complementario, resiliencia, composición familiar) que la familia no adicione componentes de inseguridad, se debe tener un apoyo correcto para mejorar la condición y la calidad de vida, (...)
(Grupo focal con asociaciones de pacientes, 2022)

En este fragmento se resalta como una persona con trastorno mental o neurocognitivo tiene un manejo inadecuado de su enfermedad, cuando solo se

ha manejado su enfermedad desde la parte farmacológica. A esto se suma la ausencia de un acompañamiento a su familia educando sobre la enfermedad y de las medidas necesarias para tratar la enfermedad.

Otra participante también de la asociación de pacientes señala: "(...) El (médico) tratando de ser muy claro pues hablando en otro idioma y pues porque desde otra ciudad. - y yo sí.... Y colgué y yo solamente hice negación total, ¿sí? - repetía lo que él decía, pero sin conciencia sin nada". Se puede evidenciar el miedo que sienten los familiares de estos pacientes al tener que ingresar a sus familiares a un centro de salud, sin saber el por qué de las cosas o con lamentaciones de no haber hecho las cosas bien y de haber fallado en el acompañamiento a su familiar.

(...) y esta uno en una incertidumbre total, porque son comportamientos, totalmente inesperados y la angustia y el miedo, son comportamientos que te acaba la vida, esta uno en una incertidumbre total, uno no sabe cuándo se va a ir o se va a perder, uno no sabe si hay ideas o intentos de suicidio, uno no sabe cómo reaccionar, entonces la angustia se vuelve es una pelea con el sistema, porque lo único que quiere la familia es que los hospitalicen, pero realmente es un miedo que enfrentan de como reaccionar ante estas situaciones. (Grupo focal con asociaciones de pacientes, 2022)

Podría ser angustia y miedo lo que los familiares de las personas con trastorno mental sienten, por eso se requiere que las y los profesionales de salud vayan más a fondo, más allá de lo farmacológico y ampliar lo terapéutico. El *acompañamiento terapéutico* es una gran técnica de asistencia para pacientes con problemas psíquicos graves y en situaciones de riesgo social; esta actividad realizada por las/los profesionales de enfermería ayuda a las personas en la continuidad del tratamiento fuera de los centros médicos, apoyando el desarrollo de la vida cotidiana.

Pues depende caso tan particular, lo que decía Jimena, depende de la edad, también el caso económico juega un papel fundamental, no es lo mismo cuando una familia nos manifiesta que apenas y tienen para la consulta o a una familia que de pronto tenga una estabilidad económica mucho más fuerza y pueda ofrecer mayor calidad, es como una orientación muy diferente, básicamente es como orientar a la persona, es muy personal es muy acorde a la situación, porque si es una persona se escasos recursos, miramos cómo la podemos patrocinar para que tengan una atención estandarizada y tenga sus sesiones. (Grupo focal con asociaciones de pacientes, 2022)*

En el fragmento del grupo focal se evidencia una realidad que se vive en Colombia y es las desigualdades económicas que viven muchas de las familias al no poder acceder a un sistema de salud de la manera adecuada, desde la demora para solicitar una cita con un médico general, por urgencias, y la demora para ser valorados por los diferentes servicios. Posiblemente por ello, aumenta

la tasa de incidencia de pacientes con trastornos psicosociales por la falta de cobertura para acceder a un tratamiento psicológico.

(...) Yo desde mi punto de vista, un apoyo psicoterapéutico, no solo la persona diagnosticada que tiene que estar en sus terapias, sino la mamá, que genere este acompañamiento, un apoyo psicoterapéutico que motive a los hijos. (Grupo focal con asociaciones de pacientes, 2022)

- **Relación familia -sector salud**

El diagnóstico temprano y la atención integral en los primeros 5 años después del mismo influyen en el pronóstico de la enfermedad. El sistema de salud lo deja en manos de una familia que no ha recibido ningún tipo de entrenamiento y empieza una cadena de desaciertos. Muy cuestionable, por tanto, la calidad de cuidado que recibe este paciente, los profesionales de la salud, requieren una formación universitaria y post-gradual, para aprender el manejo técnico. También formación personal para evitar que sea afectado, porque es un trabajo de alto contenido emocional, sin embargo con una fórmula en la mano, como si con esto recibiera un grado, sale el familiar de un consultorio, preparado para nada, camino a hacer lo que puede con o sin acción con daño), porque además de su desconocimiento, está inundado de emociones mucho más fuertes que las que puede recibir un trabajador de la salud, puesto que de por medio están sus afectos y todas las expectativas que ponen las personas en sus seres queridos. (Grupo focal con asociaciones de pacientes, 2022)

Así habla una profesional que hace parte de asociaciones de pacientes, lo cual se complementa con lo descrito por una cuidadora familiar:

(...)una necesidad que vemos muy apremiante es que la psiquiatría tome conciencia o partido de que los familiares o acudientes de los pacientes seamos escuchados porque en el momento que asignan citas de control el paciente no permite que la familia entre a la consulta... (...)el profesional cree en la palabra del paciente haciendo el ajuste o suspensión del medicamento, adicionando carga a la familia y a los cuidadores (...)la familia no recibe ayuda de las EPS en cuanto al seguimiento de las familias y cuidadores -yo tengo medicina prepagada por parte de la empresa de mi esposo, me llaman continuamente a preguntarme cómo estoy, si ya saqué mis citas, tomo mis medicamentos (...) la verdad yo no veo la ayuda porque los que estamos sufriendo somos nosotros los familiares; ellos también pero más nosotros los familiares ya que no hay ese apoyo que deberíamos tener eso es lo más importante en este tiempo que no he visto en el tratamiento con mi hija... (...) (Grupo focal con Cuidadoras Familiares, 2022).

En ambos fragmentos se observa la poca comunicación entre las familias y el servicio de salud lo cual “evita” generar acciones adicionales tendientes a la

mejora del cuidado. La *interacción familiar* como la habilidad para la expresión de sus sentimientos, necesidades, comportamientos (Virginia Satir) y la *evolución familiar* como forma de análisis para establecimiento de cambios y tareas básicas - modelo de evolución secuencial (Evelyn Duvall). Las condiciones mínimas del cuidado que se ejercen desde el punto de vista del rol de cuidador y a la vez de familiar de un paciente con trastorno neuropsiquiátrico se ven opacadas y sobrecargadas por la poca capacidad resolutive y barreras burocráticas para emprender acciones de autocuidado y heterocuidado.

(...) hubo algunos momentos en que me dejaba entrar a psiquiatría, pero ella no me permitía que dijera las partes malucas de ella ,yo decía lo bueno o dependiendo; pero ellos no quieren que uno vaya a decir algo porque dicen para qué va a decir algo, eso no es verdad y si me van a dar medicamentos más fuertes, bueno entonces la verdad es que debería ser más como que nos invitara el psiquiatra, a los familiares que nos colocaran una cita a solas...) (Grupo focal con cuidadoras familiares, 2022)

Desde el diamante de cuidado de la OIT, se representan las relaciones de uno o más actores evidenciando una sobrecarga de unos actores más que otros, recayendo principalmente en el género femenino en forma no remunerada como se ha descrito históricamente en muchas ocasiones de (OIT, 2018:10). Adicionalmente, dicha sobrecarga trastoca o dificulta las relaciones de cuidado (Hildegard Peplau).

*(...)Pero yo quería hacer énfasis en otro punto de lo que me sucedió a mí que la primera vez que hospitalizaron a hija pues si yo llame porque ya llevaba un año acostada, no comía, nos trataba muy mal: se niegan a comer y ya no quiso hablar más con nadie por celular lo botó, no quería nada, yo notaba que tenía como una enfermedad mental pero entonces la ambulancia la llevó para el **** (...) yo pues sentí una descarga de que por lo menos ahora si se iba a saber que era una enfermedad mental como yo lo estaba analizando entonces para mí fue como “una alegría” porque lo ideal es que le salga diagnóstico y que mi hija recibiera el tratamiento y estuviera más tranquila ella y nosotros, desde mi experiencia creo que no solamente ha sucedido con mi hija que hubiese sido mal diagnosticada... (...) me encantaría que algún día se dé para las familias esa situación de más cuidado con nuestros familiares que se den cuenta que nosotros también estamos sufriendo a lo que yo llegué, a enfermarme una paciente más en la familia (...) He visto médicos que como no tienen tiempo suficiente para dedicarle al paciente, se dedican a renovarle la orden para las medicinas y ya. La última médica que la está viendo si se ha preocupado un poco más por ajustarle bien las medicinas, inclusive bajarle algunas (...)* (Grupo focal con cuidadoras familiares, 2022).

Este contexto institucional de manejo exclusivamente clínico contrasta con lo dispuesto en la Ley 1616 de 2013 en relación a la creación de otros servicios como los Centros de Salud Mental Comunitaria. «Los servicios comunitarios de

salud mental no sólo son más accesibles para las personas que viven con una discapacidad mental grave, sino que también atienden sus necesidades de manera más eficaz que los hospitales psiquiátricos. Además, los servicios comunitarios de salud mental son menos propensos a cometer descuidos y violaciones de derechos humanos (...)» dijo el Dr. Benedetto Saraceno, Director de Salud Mental y Abuso de Sustancias, de la OMS.¹³ Teniendo en cuenta las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud acerca de la población que está diagnosticada con trastornos mentales y sobre su impacto en la vida de muchas personas estando ligados con los Determinantes Sociales de la Salud como la pobreza, condiciones del territorio, entre otras, incluyendo el poco acceso a los servicios de salud, se resalta la necesidad y obligación de ofrecer alternativas “amigables” con el entorno, las condiciones materiales e inmateriales, entre estas dedicar el suficiente tiempo y espacio para fomentar una mejor relación entre el paciente, la familia y el personal de salud que interviene en la situación.

Uno de los aspectos importantes que acarrea el trabajo comunitario desde el enfoque del personal de salud es generar relaciones terapéuticas eficaces, sólidas y confiables ya que la cotidianidad de los cuidadores- familiares y los pacientes son en gran medida influidas por los conocimientos empíricos, vivencias y experiencias de otras familias con situaciones parecidas por las que atraviesan. Los equipos de salud con sus directrices, información, experiencia y la capacidad de manejo pueden contribuir a mejorar o transformar dicha cotidianidad según se requiera, generando estabilidad, continuidad del manejo, tanto para los pacientes como para sus familias.

- **Estigmatización**

*(...)ya que las citas con la psicóloga que le enviaron a mi hija no quiso asistir a una cita ni al hospital día queda uno con las manos atadas quién los obliga (yo no quiero ir por allá, eso es para locos...” **CF59** “(...)lo que pasa es lo siguiente en ocasiones los psiquiatras dicen, pero ella no necesita hospital día va muy bien, bueno si es verdad porque al hospital día van los enfermitos bastante mal entonces **** se pone mal el tiempo que estuvo pues se puso más maluca porque ella ya no se sentía y decía “no mami, porque me tiene que llevar allá con los loquitos, mami pero si es que yo estoy bien (...) (Grupo focal con cuidadoras familiares, 2022)*

La estigmatización es la detonante de muchos problemas de salud pública. El Ministerio de Salud y protección social de Colombia en sus muchas intervenciones acerca de la salud mental en el país no se identifica un trabajo contundente en contra o para disminuir el estigma. Realmente se requiere un trabajo mancomunado con otros sectores, incluida la sociedad civil, las asociaciones de pacientes y las familias, estas últimas requieren además un

¹³ Los servicios comunitarios de salud mental reducirán la exclusión social, afirma la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud . 2007 [citado 12 enero 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/es/index.html>

trabajo en el autoestigma:

(...) es como una irresponsabilidad también dejar ese paciente hay sentadito que puede en un momento determinado atacar a alguien a otro enfermito, hay camillas con gente muy enferma pero que no son todos de salud mental entonces es un riesgo tremendo y ni siquiera hay quien los vigile entonces yo tuve la mala experiencia en la primera hospitalización me la tuvieron 1 mes y me la entregaron igual y el doctor el psiquiatra me decía que hace de malo (...) (Grupo focal con cuidadoras familiares, 2022)

- **Problemas en la relación sujeto de cuidado-cuidador**

Las funciones de las relaciones interpersonales y familiares como nuevamente lo describe Hildegard Peplau en su teoría enfocada en la persona con necesidades de salud específicas y por otro lado poder ver ese actor de cuidado (no la enfermera sino su familia) la cual es el proveedor de los mismos ya que en estos se genera la interacción de los diversos factores que componen esta relación de uno o más personas que intervienen (actores gubernamentales en salud, equipos médicos y de enfermería al igual que los multidisciplinarios).

(...)ya que las citas con las psicóloga que le enviaron a mi hija no quiso asistir a una cita ni al hospital día, queda uno con las manos atadas quién los obliga (...) hubo algunos momentos en que me dejaba entrar a psiquiatría, pero ella no me permitía que dijera las partes malucas de ella, yo decía lo bueno o dependiendo; pero ellos no quieren que uno vaya a decir algo porque dicen para qué va a decir algo, eso no es verdad y si me van a dar medicamentos más fuertes...”

Al igual que muchas otras situaciones las familias evidencian esa necesidad y a su vez las falencias que salen a relucir en el tema de las relaciones con otros miembros de su familia con necesidades distintas y que pueden absorber ese rol de persona o familia para pasar a ser un cuidador. Es importante generar actitudes de cambio en los pacientes y hacerles ver o resaltar que las distintas intervenciones por parte de su cuidador familiar es con el fin de fortalecer lazos de respeto, confidencialidad y sobre todo de mejora en la calidad de vida de los mismos.

- **Significado del tratamiento o rehabilitación para personas con trastornos mental o neuropsiquiátrico**

En la entrevista de una persona con trastorno mental señala:

(...) si es verdad, porque ya uno medicado regula yo lo he comprobado y es verdad (...) Yo estuve mucho tiempo, esto es verdad yo estuve dos años sin tomarme el medicamento psiquiátrico para poder quedar embarazada, yo planificaba con la T. (Entrevista con persona con trastorno mental, 2022)

Al reubicar la farmacoterapia en una vida y cotidianidad es evidente que el trabajo de enfermería se amplía y va hasta las subjetividades de las personas, en el marco de una relación de cuidado. Dichos significados permiten como lo referenciala participante, brindar información relevante y generar bases para un manejo adecuado de la morbilidad psiquiátrica.

¿Si la medicación, si es que la medicación es todo para nosotros, y es que el dictamen médico mío es trastorno bipolar afectivo, si entiende cómo es? Les voy a contar. También tengo úlcera gástrica y tomo omeprazol (...). (Entrevista con persona con trastorno mental, 2022)

Si bien, el conocimiento sobre la enfermedad incluye un conjunto de informaciones que la persona con trastorno mental señala necesita tener para administrar bien su condición de salud; hay otras variables que también intervienen, tales como: su escolaridad, tiempo de diagnóstico, creencias relacionadas con la salud y la enfermedad, apoyo familiar, accesibilidad a los servicios de salud, entre otras.

9.2. Formas de cuidado social.

Al hablar de cuidado, se requiere abordar diversas dimensiones:

(...) Nosotros los cuidadores deberíamos siempre tener en cuenta y estar atentos, que el paciente necesita un ambiente lo más sano posible, lo más funcional posible. Dormir bien, comer bien, con horarios definidos y consistentes. (Grupo focal con personas cuidadoras de un hogar protegido, 2022)

Sin embargo, como atenderlas no siempre es claro; como se ha evidenciado hasta ahora, hay muchas situaciones de tensión que viven las personas con trastornos psicosociales como sus familiares:

El miedo en una crisis de que la persona sale de su hogar, se pierde ehh, no sabe dónde está, las situaciones de riesgo a las que se enfrenta, cómo poder uno actuar, no tiene ni idea. Nada. Son situaciones muy difíciles. (Grupo focal con personas cuidadoras de un hogar protegido, 2022)

Según la OMS la rehabilitación basada en la comunidad permite un trabajo en red con sectores como salud, educación, sostenimiento (trabajo), social (cultura, familia, recreación, justicia), y empoderamiento desde el enfoque de derechos hacia la realización plena en la ciudadanía. En este conjunto se identifican dispositivos de cuidado como los hogares protegidos o residencias de cuidado que en algunos países como España hacen parte del sistema de salud, o en otros como en Chile del sector de desarrollo social:

(...) Nosotros los cuidadores deberíamos siempre tener en cuenta y estar atentos, que el paciente necesita un ambiente lo más sano posible, lo más funcional posible. Dormir bien, comer bien, con horarios definidos y consistentes., (...) bueno pues porque hay mucha personas que hay que cuidarle el sueño, por la noche no hacerles bulla ayudarlos a ir al baño, estar pendiente de cuando se levantan al baño porque se levantan con sueño y se pueden caer, tenerles en cuenta todo porque eso hace parte de su cuidado.

(...) Señora Olga es una paciente que normalmente es muy frágil y cualquier cambio a ella le afecta. Si sabemos que viene un cambio, nos enfocamos en ver como ella esté y cómo podemos hacer para que ese cambio no la vaya a afectar y así con todo. (...) Yo observo cuál es la necesidad de cada uno y como lo puedo ayudar y cómo cada una de las muchachas también lo puede ayudar, pero también trabajo en equipo con ellas, es un trabajo en equipo; no solamente es que yo sea la coordinadora, no. (Grupo focal con cuidadoras de un hogar protegido, 2022).*

Según el artículo “Apoyo al automanejo de condiciones crónicas: un desafío de los sistemas de salud” de América Latin, Franek cita la definición que da la Academia Nacional de medicina de Estados Unidos plantea, donde nos dice que el apoyo al automanejo es la *“provisión sistemática de intervenciones de educación y apoyo por parte del personal de salud para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, incluyendo la evaluación periódica de progreso y problemas, el establecimiento de metas, y apoyo para resolver problemas”*, pero apoyar el automanejo no significa sólo que el personal de salud eduque, oriente o aconseje, para esto se necesita mucho más, donde Brady ofrece una definición desde la salud pública entendiendo al apoyo del automanejo como una *“agrupación de políticas, programas, servicios y estructuras que se extienden a través del sistema salud, sectores sociales y comunidades para apoyar y mejorar la forma en que los individuos manejan sus condiciones crónicas (CC)”*.

Lo anterior, ha llevado a pensar que el cuidado social se maneja desde autocuidado, sin embargo, según la definición de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos, ante las personas con condiciones crónicas se requiere un cuidado mediante educación y un apoyo constante por parte de sus familias. Y en este caso sus cuidadores -familiares o no- son quienes se encargan que las personas con trastorno mental logren realizar su automanejo con las funciones mencionadas anteriormente, como lo eran ir al baño, acostarse y apagar la luz a la hora de dormir, entre otras.

Según las *Naciones Unidas*, el trabajo del cuidado comprende actividades destinadas al bienestar cotidiano de las personas, en diversos planos: material, económico, moral y emocional. De esta forma, incluye desde la provisión de bienes esenciales para la vida, como la alimentación, el abrigo, la limpieza, la

salud y el acompañamiento, hasta el apoyo y la transmisión de conocimientos, valores sociales y prácticas mediante procesos relacionados con la crianza.

(...) Algo que sinceramente pues no sé no está en mis manos yo no sé cómo hacerlo entonces pues yo trato es de ayudarlo de esa manera, no pues bueno colocarse uno firme cuando él quiere más porque una manera sería otro, pero pues ahí sino podía, ya no hay manera.(...) Entonces yo ya lo veo y no podemos dejar que se aíse porque eso es lo que estamos haciendo y es parte de nuestro trabajo; ver por qué está alistándose, conocer cuál es su problema, ver en qué estamos fallando para que de cierta manera, como para que ella no salga y ver eso en un paciente es un síntoma de alarma y no está bien (...) Yo creo que ese de nuestro trabajo; llegar y analizarlos a todos a ver cómo amanecieron, a ver cómo están, cuando uno llega saluda a todos porque ellos se interesan en saludarnos a nosotros (...) (Grupo focal con personas cuidadoras de un hogar protegido, 2022)

Como lo mencionan en este fragmento de las Naciones Unidas, el cuidado directo es aquel como no lo dicen y explican las cuidadoras en párrafos anteriores, validar que no se interrumpa la terapia farmacológica, donde también implementan algunas dinámicas de cuidado bajo una gama de relaciones diversas, que incluyen los vínculos de amistad donde entra la preocupación no solo como paciente sino también como amigo, de ver sus necesidades y no dejar que se aísen del grupo, desde su despertar estar con ellos en un rol de cuidador.

*(...) Pero en la segunda hospitalización que fue ahorita en el ***** hace como año y medio no dos años antes de pandemia, en ese sí nos tocó estar hay alguien tenía que estar pendiente; entonces nos arreglamos yo me quede 2 noches y finalmente conseguimos una auxiliar (...) Yo creo que hacen lo mejor que pueden como familiares, la mayoría buscan ayuda por internet o asociaciones o recomendaciones con médicos psiquiatras o psicólogos que les pueda ayudar a entender. (...)*

Si.... Sí a mí me llama mucho la atención, porque cuando uno dice como lo resuelve quisiera pensar a la larga, el problema es que buscan en esas orillas y en las orillas sale esa información, pero creo que el cuidado como tal es que le da la información y al, (...) llegar a la casa esa información sirve para tratar a la persona. Pero y para hacer ese día a día? para ver cómo nos levantamos en la mañana, cómo nos sentamos juntos en el almuerzo, y entonces el trabajo se rompió, y entonces yo me quede sin trabajo también, me parece que ahí hay un abismo también no? (...) Si... sin ninguna pauta de manejo y ningún acompañamiento hacia la persona, sí? Porque ni siquiera se le ocurre a uno... cuando uno tiene un familiar muy mal dice no pues, yo llamo a enfermería y que venga.

En este párrafo se evidencia que cada uno de los pacientes con estos trastornos necesitan de una u otra manera una intervención no solo psicológica sino también en todos los aspectos. Además, se debe conocer más a fondo sus necesidades

y cómo abordarlas desde diferentes puntos de vista, incluidas las de las familias y dar un acompañamiento adecuado.

*(...) Es tanto el miedo de la familia que uno ni siquiera busca ayuda porque cree que no tiene derecho, es tan grande el estigma, y es como si fuera un pecado entonces tu no vas al médico por pena y por miedo, crees que no tiene nada. Y eso es una cosa que le enseñamos a las familias. (...) Si mira de lo que dice *****, nosotros realmente en las organizaciones lo que hacemos es primeros auxilios psicológicos, tú tienes que conocer bien el sistema, escuchar, tienes que ver qué posibilidad le puedes brindar a las personas teniendo en cuenta, su estabilidad económica, su ubicación. Hay que tener en cuenta y advertirles a las pacientes las herramientas inmediatas para el proceso, después de la situación, acompañar a las personas, también que salgan las ideas de ellos, que has hecho, qué harías, qué pretendes.... Entonces es eso. Es todo un apoyo de auxilios psicológicos. (...) Yo tuve la oportunidad de conocer el equipo de la Alcaldía de Bogotá que ayudaron de una buena manera muchas familias, era un equipo muy complejo, mira era algo espectacular, era una atención maravilloso, es atención pre hospitalaria en salud mental (...)*

- **Actores sociales y comunitarios del cuidado social**

(...) Pues digamos... que cuando las personas acuden a la asociación yo creo que es un paso ya enorme porque ya ahí están los psiquiatras, están más disponibles, pueden resolver preguntas muy acordes, como a la situación de cada persona, empiezan a entender cómo funciona, comienzan a compartir experiencias con otros familiares de cómo afrontan este proceso (...) yo les digo, ustedes tienen derecho a preguntar, a decir, usted por qué me está dando esto, que efectos secundarios tiene? ¿Por qué me lo cambió? Hay otro medicamento que me pueda dar, es eso con la participación con el psiquiatra, no obedecer y ya, porque los pacientes se involucran al tratamiento y puede elegir (...) Ahí está, el empoderamiento de la familia con la psicoterapia emocional, eso no sería tan necesario si hubiera un acompañamiento de psicoterapia. (Grupo focal con asociaciones de pacientes, 2022)

Cada actor social y comunitario es un apoyo fundamental para las familias de los pacientes con trastornos psiquiátricos, cabe resaltar que me parece muy interesante el apoyo que reciben algunas familias que no tienen los recursos necesarios para brindarle tratamiento a su familiar ya sea desde su eps o mediante entes gubernamentales como lo es la secretaria de salud, la cual brinda un acompañamiento al paciente y a su familia, ayudándolos e interviniéndolos desde diferentes variables.

Basados en la Política Nacional de la salud mental, y los estudios descriptivos de corte transversal: Encuestas de Salud Mental de 1993, 2003 y 2015, en Colombia se reconoce la necesidad de que los entes gubernamentales realicen la

priorización de las personas con alteraciones neuropsiquiátricas para así, generar cambios beneficiosos en la dinámica de la red de atención, de la sociedad y su influencia en la salud mental.

El país reconoce la importancia de la atención y del fortalecimiento de programas y estrategias integrales e integradas para dar respuesta a los problemas y trastornos mentales. De tal manera, el Ministerio de Salud y Protección Social viene avanzando en la cualificación de la oferta institucional y comunitaria, junto al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades del talento humano.

Uno de los aspectos a tener en cuenta es el desarrollo de acciones de atención primaria con enfoque social comunitario, a través de la atención y rehabilitación basadas en la comunidad, consiste en la detección y abordaje inicial por parte de actores sociales y comunitarios. Estos determinan una primera respuesta mediante los primeros auxilios en salud mental y remisión oportuna hacia los servicios de salud. Posteriormente, la atención integral e integrada deriva el involucramiento interdisciplinar del talento humano conformado tanto por los profesionales de la salud, como por los profesionales de otras áreas del conocimiento, y del desarrollo de competencias intersectoriales con el fin de garantizar acciones de atención complementaria en la red de servicios.

Sin embargo, situaciones como la densidad de médicos (generales y especialistas) por cada 10.000 habitantes la cual es inferior a los países de la Unión Europea, así como Brasil, Chile y España; en 2015, había 20 médicos (generales y especialistas) por cada 10.000 habitantes; y otras relacionadas con el estigma sobre solicitar los servicios de salud mental con imaginarios como “no es necesario ir”, “es voluntad”, “descuido” o “no querer ir”; afecta la adherencia al tratamiento. A su vez, las debilidades en la detección temprana aumentan la probabilidad de mortalidad, más aún en personas que sufren de otras enfermedades crónicas no transmisibles.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conforme el desarrollo del estudio cualitativo, en particular el trabajo de campo y el diálogo con actores sociales convocados, se generan las siguientes conclusiones y recomendaciones:

1. Las políticas de cuidado abarcan aquellas acciones públicas referidas a la organización social y económica del trabajo destinado a garantizar el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia. Se requiere consolidar el cuidado como un pilar de la protección social, guiado por los principios de igualdad de género y solidaridad intergeneracional.
2. En la presente investigación se observó que algunas personas con trastornos mentales o neuropsiquiátrico tienen un manejo inadecuado de su enfermedad, debido a un abordaje exclusivamente farmacológico, dejando de

lado el desarrollo de competencias para gestión del estado emocional y la construcción de relaciones interpersonales, especialmente en el ámbito intrafamiliar.

3. Las familias de las personas con trastorno mental tienen el derecho a que el personal de salud les brinde acompañamiento terapéutico, no solamente información sobre el tratamiento de la enfermedad de su familiar.
4. Cada actor social y comunitario es un apoyo fundamental para las familias de los pacientes con trastornos mentales o neuropsiquiátricos. Cabe resaltar que es muy interesante el apoyo que reciben las familias de las asociaciones de pacientes por lo cual es de gran relevancia vincularlas como parte de la red de salud.
5. Se evidenció un vínculo y continuidad entre el cuidado directo e indirecto, donde los cuidadores y familiares son ambos sujetos de derechos. En los procesos de rehabilitación el personal de salud y de cuidadores remunerados abordan desde la vida cotidiana estos dos tipos de cuidado de manera indistinta, siendo posible en la higiene del sueño ordenar aspectos del entorno como el espacio para un adecuado descanso, y viceversa, desde la preparación de alimentos es posible brindar cuidado para disminuir la ansiedad.
6. Una vez identificados los problemas en relación con las formas de cuidado que emplea el sistema de salud y los servicios de salud, los cuales incluyen barreras de acceso basado en los arreglos institucionales y de segmentación de la prestación, se hace necesaria la redirección y la organización del modelo de prestación de servicios de salud hacia las necesidades de las personas con morbilidad psiquiátrica y neuropsiquiátrica, y las personas cuidadoras familiares, las cuales definen la gestión de sus necesidades como un todo, no por sectores.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Trastornos mentales [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. OPS -OMS. Salud Mental en Atención Primaria [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental-atencion-primaria>
3. OXFAM, Esquivel, Valeria, El cuidado en los hogares y las comunidades. Informes de investigación. 2008. Disponible en: <https://acortar.link/pxIUgF>
4. Federici, Silvia. Calibán y la Bruja. Mujeres, Cuerpo y Acumulación Primitiva. Versión Original en 2004, traducción al español en 2010, en Traficantes de Sueños. Madrid 2010. RELIGACIÓN Rev Cienc Soc Humanidades. 2018;3(11):187-8

5. Peinado Valencia L, Ruydiaz Gómez K, Saldarriaga Genes G. Imaginario social del rol de enfermería: percepción de estudiantes enfermería de primer semestre: Imaginario social rol de enfermería. Cienc Salud Virtual. 2021;13(1):1-14.
6. OIT. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado [Internet]. 2018. [citado 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633168.pdf
7. Castellanos G, Fuller N, Kaufman M, Montesinos S, Muñoz S, Sáenz J, et al. Género e identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino [Internet]. Universidad Nacional de Colombia.Tercer mundo. Uniandes; 1995 [citado 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/2981>
8. OMS. Centro de prensa [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room>
9. OPS-OMS. Salud Mental. [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
10. Océano Medicina. Rol de enfermeros y enfermeras en salud mental. [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://co.oceanomedicina.com/nota/enfermeria-es/el-rol-de-enfermeros-y-enfermeras-en-la-atencion-de-la-salud-mental/>
11. Instituto Nacional de Estadística. Morbilidad crónica. Personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración. Recuperado el 13 de noviembre de 2021, de https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944485770&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084
12. National Institute on Drug Abuse. La comorbilidad. 2012. Drugabuse.gov. <https://www.drugabuse.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-comorbilidad>
13. OIT. Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work. 2018. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf
14. OMS. Trastornos mentales. 2019. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
15. Senado. Proyecto de ley número 258 de 2019. Gaceta del Congreso Senado y Cámara. <https://doi.org/ISSN0123-9066>
16. Tapia C, Carolina, Grandón F, Pamela, & Bustos N, Claudio. (2014). Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. Revista chilena de neuro-

psiquiatría, 52(1), 20-28. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000100003>

17. ONU Mujeres. Estándares mínimos de economía del cuidado en contextos de reincorporación económica [Internet]. 1.ª ed. Bogotá; 2019 [citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <https://colombia.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Colombia/Documentos/Publicaciones/2019/08/Estndares%20mnmimos%20de%20cuidado%20en%20procesos%20de%20reincorporacin%20econmica%20final%20web.pdf>
18. Vega G. Conoce las 5r de la economía del cuidado Retos femeninos . 2022 [citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <https://acortar.link/FBtwfl>
19. Thomas J. Scheff. Being mentally ill: A sociology theory. Chicago: Aldine, 1966 [Internet]. Wiley Online Library. 1967 [citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/bs.3830120208>
20. Social Causes to Sickness Absence among Men and Women with Mental Illnesses [Internet]. Scientific Research An Academic Publisher . 2012 [citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=424835](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=424835)
21. Instituto Superior de Estudios Psicológicos. La estigmatización de la enfermedad mental limita al paciente [Internet]. No Referido [citado 16 noviembre 2022]. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=424835](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=424835)
22. MSPS -El Comité. Rehabilitación basada en comunidad. Recuperado <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/rotafolio-rbc.pdf>
23. CEPAL. Política de cuidado. <https://www.cepal.org/es/sobre-el-cuidado-y-las-politicas-de-cuidado#>
24. OMS. Quality of Health. 2006. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Arredondo González Claudia Patricia, Cuesta Benjumea María del Carmen de la, Ávila Olivares José Antonio. El Mundo material para los Cuidados de Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2013 Jun [citado 2023 Nov 27] ; 22(1-2): 65-69. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100014&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100014>.

26. Hueso Montoro César. El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2023 Nov 27] ; 15(55): 49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300011&lng=es.