



Entramado

ISSN: 1900-3803

comunicacion.ayc.1@gmail.com

Universidad Libre

Colombia

Castaño-Mora, Yamileth; Canaval-Erazo, Gladys Eugenia
Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en
cuidado domiciliario

Entramado, vol. 11, núm. 2, julio-diciembre, 2015, pp. 274-283
Universidad Libre
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265443638021>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario

Yamileth Castaño-Mora

Magíster en Salud Mental con Énfasis en Ciencias Humanas y Sociales Universidad de León – España. Especialista en Docencia para la Educación Superior Universidad Santiago de Cali. Enfermera Universidad del Valle. Profesora Asistente. Área de Salud Mental y Psiquiatría. Escuela de Enfermería. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Cali, Colombia
yamicamo@hotmail.com

Gladys Eugenia Canaval-Erazo

Doctorado en Filosofía en Ciencias de Enfermería, Universidad de Illinois. Magíster en Fisiología, Universidad del Valle. Enfermera, Universidad del Valle. Profesora Titular Escuela de Enfermería – Facultad de Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia
gladys.canaval@correounalvalle.edu.co

RESUMEN

El cuidador es la persona que asume la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo. Estudios identifican la influencia que la condición de trastorno mental o física de un familiar ejerce sobre la vida del cuidador. **Propósito:** Contribuir con la generación de conocimiento de Enfermería que permita la aplicación de propuestas de intervención dirigidas a la persona con trastorno mental y su cuidador; desde la promoción de la resiliencia. **Pregunta de investigación:** ¿Existe relación entre la resiliencia del cuidador primario y la mejoría clínica de la persona con trastorno mental? **Objetivo:** Establecer la relación entre la resiliencia del cuidador primario y la mejoría clínica evidenciada a través del número de reingresos hospitalarios de la persona con trastorno mental. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. **Hallazgos:** El 79% de los adscritos al programa no presentaron reingresos hospitalarios y 50% de los cuidadores, mostraron elevado nivel de resiliencia, a partir de las características personales de confianza y confort consigo mismo. El cuidado se delega principalmente en mujeres adultas mayores, sin formación ni relevo respecto del rol; los cuidadores con mayor resiliencia valoran de forma positiva el estrés producto del cuidar. **Conclusión:** La mitad de los cuidadores participantes desarrollaron niveles elevados de resiliencia, no se encontró significancia en la relación de la resiliencia con la mejoría clínica, medida a través del número de reingresos hospitalarios de las personas con trastorno mental.

PALABRAS CLAVE

Resiliencia, familia, psiquiatría, cuidador primario, atención a domicilio.

Primary caregiver resilience and improvement clinic mentally ill in home care

ABSTRACT

A caregiver, is the person who takes care of the ill family member. Several studies have identified the influence that the mental or physical disorder condition of a family member has on the caregiver's life. The purpose of this research was to contribute to generate nursing knowledge applied to the development of assistance proposals addressed to the person with mental disorder and to the primary caregiver, on the basis of promoting their resilience. **Research Question:** There is a relationship between resilience of the primary caregiver and clinical improvement of the person with mental disorder. **Objective:** To establish the relationship between the resilience of the primary

Recibido: 01/05/2015 Aceptado: 02/06/2015

<http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2015v1n2.22215> Este es un artículo Open Access bajo la licencia BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

Cómo citar este artículo: CASTAÑO-MORA, Yamileth; CANAVAL-ERAZO, Gladys Eugenia. Resiliencia del cuidador primario y mejoría clínica de personas con enfermedad mental en cuidado domiciliario. En: Entramado. Julio - Diciembre, 2015 vol. 11, no. 2, p. 274-283,
<http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2015v1n2.22215>



caregiver and clinical improvement evidenced by the number of hospital readmission of person with mental disorder. **Methodology:** A quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study was performed. **Results:** It was establish that 79% of the program participants showed no hospital readmissions, and 50% of caregivers showed high level of resilience, based on personal traits such as: trust and comfort with their selves. The care is mainly delegated to adult women, without training or support concerning to that role; it could also be seen that the more resilient caregivers the more value the stress as a product of be caring for. **Conclusion:** Half of participant caregivers developed high levels of resilience, and no significance was found in the relationship of resiliencie, with clinical improvement as measured by the number of hospital readmissions of and people with mental disorder.

KEY WORDS

Resilience, family, psychiatry and home care, caregiver, domiciliary care .

Resiliência do cuidador primário e melhora clínica em pessoas com doença mental em cuidados ao domicílio

R E S U M O

O cuidador é a pessoa que assume a responsabilidade de cuidar um familiar doente. Alguns estudos identificam a influência que uma condição de distúrbio mental ou físico de um familiar exerce sobre a vida de seu cuidador. **Propósito:** Contribuir para gerar conhecimentos de enfermagem que permitam a aplicação de propostas de intervenção dirigidas à pessoa com distúrbio mental e a seu cuidador, a partir da promoção da resiliência. **Pergunta de investigação:** Existe relação entre a resiliência do cuidador primário e a melhora clínica da pessoa com distúrbio mental? **Objetivo:** Estabelecer a relação entre a resiliência do cuidador primário e a melhora clínica evidenciada através do número de reinternações hospitalares da pessoa com distúrbio mental. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. **Descobertas:** 79% dos inscritos no programa não apresentaram reinternações hospitalares e 50% dos cuidadores demonstraram um nível elevado de resiliência, a partir das características pessoais de confiança e conforto com eles mesmos. O cuidado é delegado principalmente em mulheres adultas mais velhas, sem formação nem destaque a respeito da função; os cuidadores com mais resiliência valorizam de forma positiva o estresse produzido pelo cuidar. **Conclusão:** Metade dos cuidadores participantes desenvolveram níveis elevados de resiliência, não se encontrou significado na relação entre a resiliência e a melhora clínica medida através do número de reinternações hospitalares das pessoas com distúrbio mental.

PALAVRAS-CHAVE

Resiliência, família, psiquiatria, cuidador primário, cuidados ao domicílio

Introducción

En casi todos los países de América Latina y el Caribe las transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas, han contribuido a la aparición de nuevas prioridades en salud, entre estas las *enfermedades crónicas no transmisibles* (ECNT), que incluyen problemas cardiovasculares, cáncer, diabetes y padecimientos renales relacionados con la hipertensión, entre otros. (Escobar, 2000).

El trastorno mental como parte de las denominadas ECNT en general, presenta una alta prevalencia, evidenciándose un inicio temprano seguido de un curso patológico de cronicidad y desarrollo de elevados niveles de discapacidad para la vida de la persona (Pinto Masías et al, 2010). Los trastornos neuro-psiquiátricos alcanzan hasta un 14% de la carga global de enfermedad en el mundo; son trastornos debilitantes que influyen más en dicha carga mundial que las enfermedades cardíacas, apoplejía o cáncer (Patel, 2007). Se prevé que para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar, dentro de las 10 principales causas de discapacidad en el

mundo. En las Américas, 150 millones de personas tienen trastornos mentales o neurológicos, o problemas psicosociales (Organización Mundial de la Salud O.M.S, 2001). En Colombia, el Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003, muestra que la prevalencia de cualquier trastorno mental es de 40%, siendo las alteraciones más frecuentes, ansiedad 19.3%, trastornos afectivos 15% y trastorno por el uso de sustancias 10.6%. Dos de cada cinco personas presentan al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. Adicionalmente, el estudio menciona que sólo 1 de cada 10 personas con trastorno mental recibió atención en el momento en que lo requirió (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2003).

Es evidente que la presencia de trastorno mental a nivel mundial, nacional y regional, requiere de la intervención eficaz de la problemática, sin embargo, la inestabilidad terapéutica de los trastornos psiquiátricos directamente relacionada con las condiciones de vulnerabilidad del entorno, fenómenos de violencia, deterioro económico, el pobre nivel de apoyo familiar y social en general, así como también el elevado nivel de estigma que recae en esta población en

particular, crea un ambiente que puede llegar a condicionar la reaparición de crisis y episodios de descompensación recurrentes.

La enfermedad es asumida como una adversidad no sólo por la persona que es diagnosticada, sino también por el familiar, quien inicia su desempeño en el rol de cuidador. En el contexto de la recuperación de la persona con trastorno mental, se considera fundamental el apoyo que la familia genera hacia la persona enferma, hecho que se refleja en los denominados indicadores de mejoría clínica, tales como: menor consumo de medicación, asistencia a controles programados, menor consulta de emergencia y disminución del reingreso hospitalario (Castaño, 2012).

Se ha identificado que la condición mental o física del familiar cuidador influye sobre la persona diagnosticada, esto es decisivo en la salud y la calidad de vida del binomio persona con trastorno mental-cuidador. Este hecho cobra relevancia, si se tiene en cuenta el reciente fenómeno de traslado de responsabilidad que el Sistema de Salud ha venido efectuando de manera paulatina, en el que se desplaza el cuidado de manos formales hacia cuidadores familiares o amigos, en condición de informalidad. Guerra y Hernández, en su estudio sobre cuidadores de personas con demencia, refieren que dicha condición genera una carga emocional experimentada en términos de estrés y depresión, 89% de los participantes presentaron afectación psicológica, 80% sentimientos de estar bajo presión y 67% de infelicidad o depresión. El efecto puede ser tan severo que el 23% de la muestra tuvo que abandonar sus empleos.

Por lo anterior, la presente investigación se formula la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la resiliencia del cuidador primario y la mejoría clínica de la persona con trastorno mental? Objetivo: Establecer la relación entre la resiliencia del cuidador primario y la mejoría clínica evidenciada a través del número de reingresos hospitalarios de la persona con trastorno mental. Los objetivos específicos del proyecto fueron: Caracterizar socio-demográficamente la población sujeto de estudio; cuidadores principales de las personas con trastorno mental adscritos a un Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica; Medir el grado de resiliencia del cuidador primario de la persona con trastorno mental a través de la aplicación de la Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young; Determinar el reingreso hospitalario (como indicador de mejoría clínica) de las personas con trastorno mental adscritas al Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica para el período comprendido entre enero de 2011 a diciembre de 2012, y Establecer la relación entre el nivel de resiliencia del cuidador primario y la mejoría clínica de las personas con enfermedad mental, adscritas a un Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica.

I. Marco teórico

Hace aproximadamente dos décadas, la comunidad científica se interesó por estudiar personas que se vieron enfrentadas a experiencias extremas de vulnerabilidad tales como violencia, injusticia, soledad, desamor, crueldad y enfermedad; entre otras, descubriendo que la adversidad en la vida de un individuo, no representa ineluctablemente muerte y destrucción; se observó, por el contrario, que muchas personas salían avantes en su vivencia, de manera trascendente y solidaria, a este fenómeno se le denominó Resiliencia (Quiñónez, 2007).

Desde la visión de la Resiliencia como subjetividad y experiencia de identidad y sentido, el ser humano nace con una situación biográfica determinada (sin escoger condiciones de espacio, tiempo y sociedad) transita a través de una tradición simbólica existente (un universo impuesto en otras palabras) y sólo gracias a su sentido de decepción surtido en las ansias de infinitud, se re-significa sobre una identidad o rol impuesto, soportada en su núcleo vital: los valores de vida.

La teoría de la resiliencia señala que será mejor comprendida una persona con enfermedad orgánica o mental en su contexto familiar, dado que todas las familias tienen potencial de ser resilientes. La calidad de vida del cuidador primario se altera ostensiblemente ante la experiencia de enfermedad de su familiar; en contraste, es posible que la vivencia del enfermo pueda afectarse positivamente, si cuenta con un cuidador con características resilientes, dicho cuidador, transmite e impregna su entorno de optimismo, sensación de dominio y control personal, desarrollo de rasgos positivos y en general, re-dimensiona la experiencia (Caqueo y Lemos, 2008).

Con respecto a la Resiliencia existe la corriente estadounidense (Werner y Smith) que identifica los denominados "niños invulnerables" y plantea la existencia de los Factores Protectores también conocidos como mediadores o atenuadores que se exhiben en respuesta al evento adverso o al denominado Factor de Riesgo (Sánchez *et al.*, 2002) y la corriente europea anglosajona (Rutter y Grotberg) que aborda los llamados Mecanismos Protectores, asociados con los niveles internos: habilidades y fortalezas propias del sujeto y los niveles externos: habilidades y fortalezas que el sujeto obtiene desde su interacción con el entorno y gracias al apoyo de sus redes sociales. Grotberg, plantea la Resiliencia como producto de tres fuentes interactivas: Yo Tengo, Yo Soy/ Yo Estoy y Yo Puedo, esta última en relación con las condiciones de: regulación emocional, solución de problemas, assertividad y autocontrol (Melillo, Suárez, 2002).

Coherente con el paradigma de la simultaneidad, la Resiliencia considera al ser humano como superior y distinto a

la suma de sus partes, reconoce el potencial de cambio que ejerce el sujeto sobre sí mismo y el medio ambiente, dado que se encuentra inmerso en una experiencia compleja y multidimensional que le permite significar las situaciones según la propia vivencia (Polk, 1997).

Laura Polk (1997), enfermera, en su teoría sobre la Resiliencia refiere que entender el mecanismo de la misma favorece la implementación de intervenciones soportadas en actividades de promoción y fomento del bienestar, dado que la adversidad no debe abordarse desde una teoría de compensación, protección o desafío, por lo que el papel del profesional de enfermería se relaciona con la movilización de la persona sujeto de cuidado y el cuidador primario hacia un ejercicio de salud.

Por su parte, el cuidador es el miembro de una familia o grupo social que asume la responsabilidad de cuidar al familiar enfermo. Es quien representa una solución ante la necesidad de atender a la persona enferma, sin que se haya llegado, en muchos casos, a un acuerdo explícito entre los miembros de la familia. La característica de cuidador primario se deriva del reconocimiento que la persona con trastorno mental u orgánico efectúe sobre una persona (familiar o amigo), quien asume la responsabilidad frente al proceso de recuperación. También pueden ser denominados: cuidadores informales o primarios (Barrera, et al., 2010).

2. Metodología

Estudio de tipo transversal y correlacional para establecer la relación entre la Resiliencia del cuidador primario y la mejoría clínica evidenciada a través del número de reingresos hospitalarios de la persona con trastorno mental en un Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica (PADP), con una población constituida por 80 cuidadores principales de las personas adscritas al programa. Criterios de inclusión: Cuidador primario principal de una persona con trastorno mental del Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica en el período enero 2011 a diciembre de 2012, ser mayor de 18 años y contar con un tiempo de vinculación al PADP como cuidador primario principal por un período igual o mayor a dos años en el momento de captación del estudio. Un total de 58 cuidadores cumplieron con los criterios de inclusión. Se obtuvo el aval de los Comités de Ética de la institución donde funciona el PADP y de la Institución Educativa.

Se hizo una revisión de las bases de datos del Hospital regente del PADP y del PADP; se obtuvo el número de reingresos hospitalarios de las personas con trastorno mental para el período del estudio, así como también los cuidadores principales del PADP que cumplían con los criterios de

inclusión propuestos para la investigación, a quienes se les citó telefónicamente a las instalaciones del Hospital Regente del PADP. Se explicó el objetivo de la cita y se efectuó el proceso de consentimiento informado con una duración de 20 minutos por cuidador. Una vez el cuidador primario aceptó participar, se concertó la cita para aplicación del instrumento sobre datos socio-demográficos que recopiló aspectos tales como: edad, género, etnia, estado civil, procedencia, residencia, estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación, tipo de seguridad social, diagnóstico médico y tiempo de vinculación al Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica y se efectuó la aplicación de la Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young (Salgado, 2005) con una duración de 30 minutos por cuidador.

La escala mencionada cuenta con 25 enunciados que miden el grado de resiliencia individual que se considera una característica personal positiva que aumenta la adaptación individual, la puntuación de los numerales de la escala va de 1 (desacuerdo) a 7 (acuerdo) para un puntaje mínimo de 25 y un máximo de 175; a mayor puntaje mayor nivel de resiliencia; personas con 120 puntos o menos se consideran con poca capacidad de resiliencia, 121 a 145 puntos con resiliencia moderada y mayor de 145 puntos con nivel elevado de resiliencia; el *análisis factorial* de la escala en estudios iniciales confirmó la naturaleza multidimensional de la escala. Se han identificado dos factores: el de habilidad personal (17 enunciados) y el de percepción de sí mismo y de la vida (8 enunciados). Se han reportado datos de consistencia interna de la escala de 0.91 y 0.94; las pruebas repetidas mostraron puntajes para el coeficiente de confiabilidad de 0.67 y 0.84 ($p<0.01$) lo cual sugiere que la escala de Resiliencia es estable en el tiempo. Las pruebas separadas para los dos factores de la escala dieron un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.91 para habilidad personal y de 0.81 para aceptación de sí y de la vida (Ruiz et al., 2012).

Con el software SPSS versión 19 se realizó análisis univariado y bivariado, se usó Excel 2010 para la elaboración de cuadros y gráficos. La descripción socio-demográfica incluyó medidas de tendencia central y de dispersión y para las variables categóricas y tablas de frecuencia. Se hizo un análisis bivariado mediante correlación simple, teniendo como variable dependiente el número de reingresos hospitalarios presentados durante el período enero 2011 a diciembre 2012 y como variable independiente el puntaje de la Escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young, se determinó el coeficiente de Pearson.

Con las categorías de acuerdo con los niveles que arroja la evaluación de la Escala de Resiliencia RS se llevó a cabo el cálculo del coeficiente de Spearman, para correlacionar con los reingresos hospitalarios.

3. Resultados

Se encontró que 76% de los cuidadores primarios pertenecían al género femenino; los familiares con primer lazo de consanguinidad son el 55% del total de cuidadores primarios. Más de la mitad de los cuidadores, 51%, son personas mayores de 50 años de edad, en un rango de edades comprendidas entre 19 y 80 años; 70% informan que la Región Pacífica es su sitio de origen, 43% de ellos nacidos en la ciudad de Cali; 35% completaron estudios de secundaria, sin embargo 7% de los participantes reportan analfabetismo; 48% de los cuidadores se encuentran casados o en unión

libre, 60% pertenecen a los estratos socio-económicos I y 2 de la ciudad de Cali, 53% realizan actividades domésticas no remuneradas y 21% de ellos se desempeñan en oficios informales desprovistos de todo tipo de garantías laborales; 62% de las personas con trastorno mental tienen algún diagnóstico médico relacionado con psicosis, 21% síndromes cerebrales orgánicos y 17% trastornos de tipo afectivo; 60% de los cuidadores llevan un tiempo de vinculación al Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica por encima de 8 años y hasta un máximo de 10 años al momento de la realización del estudio. (Ver Tabla I).

Tabla I.
Características socio-demográficas de las personas participantes en el estudio

Variable	Frecuencia	%
Edad (años)		
19 – 38	17	29.3 %
39 – 58	21	36.2 %
59 – 80	20	34.5 %
Género		
Femenino	44	76 %
Masculino	14	24 %
Origen		
Región Pacífica	41	71 %
Región Andina	17	29 %
Etnia		
Mestizo	43	74 %
Afro-descendiente	13	22 %
Indígena	2	4 %
Escolaridad		
Analfabetismo	4	7 %
Primaria Incompleta	15	26 %
Primaria Completa	8	14 %
Secundaria Incompleta	7	12 %
Secundaria Completa	20	35 %
Estudios Técnicos	3	5 %
Estudios Universitarios	1	1 %
Estado Civil		
Soltero	18	31 %
Casado	12	21 %
Unión Libre	16	28 %
Separado	8	14 %
Divorciado	2	3 %
Viudo	2	3 %

Continua en la pág. 279

Variable	Frecuencia	%
Estrato Socio-económico		
1	7	12 %
2	28	48 %
3	22	38 %
5	1	2 %
Ocupación		
Actividades domésticas no remuneradas	31	53 %
Oficios informales	13	22 %
Comerciante Independiente	3	5 %
Empleado	7	12 %
Estudiante	2	4 %
Pensionado	2	4 %
Vinculación al Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica en años		
2 a 5 años	12	5 %
6 a 8 años	20	36 %
9 a 10 años	26	59 %
Diagnóstico Médico		
Psicosis	36	62 %
Síndrome cerebral orgánico	12	21 %
Trastornos del afecto	10	17 %

Fuente: Elaboración propia.

Respecto de la medición del nivel de Resiliencia, 50% de los cuidadores refirieron un nivel elevado de Resiliencia, Resiliencia Moderada 40% y Poca Capacidad de Resiliencia 10%. (Ver Tabla 2)

La Escala de Resiliencia está conformada por dos factores, cada uno de los cuales refleja la definición teórica de la Resiliencia, a saber: Competencia Personal y Aceptación de Uno Mismo y de la Vida; estos factores toman en consideración cinco características (categorías o sub-escalas) de la Resiliencia, de ellas la mejor evaluada por los cuidadores

incluidos en el estudio con una calificación de 6.0 (con un mínimo de 1.0 y un máximo de 7.0) se refiere a la característica denominada Sentirse Bien Solo, seguida de Confianza en Sí Mismo con una valoración de 5.9, la Perseverancia y la Satisfacción Personal obtuvieron un puntaje de 5.6 seguida finalmente de la Ecuanimidad con 4.59. (Ver Gráfico 1, pág. 280).

Por su parte, 79% de las personas con trastorno mental adscritas al PADP no presentaron reingresos hospitalarios en el período comprendido entre enero de 2011 a diciem-

Tabla 2.
Nivel de resiliencia de los cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Poca capacidad de resiliencia	6	10,3	10,3
	Resiliencia moderada	23	39,7	50,0
	Nivel elevado de resiliencia	29	50,0	100,0
Total		58	100,0	---

Fuente: Elaboración propia.

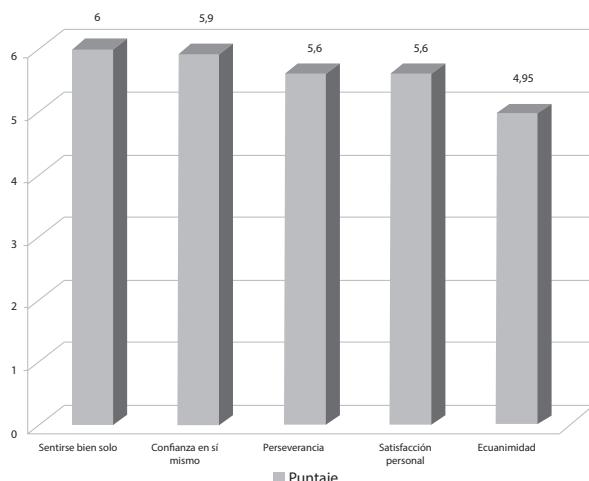


Figura 1. Evaluación de las características de la resiliencia

Fuente: Elaboración propia.

bre de 2012; 21% mostraron reingresos, 7% de ellos tuvieron una sola hospitalización, 9% dos y 5% alcanzaron tres reingresos. (Ver Tabla 3 y Tabla 4, pág 281).

El coeficiente de correlación de Pearson, ($r = -0.004$) con $p > 0.5$ indica que no existe correlación entre el nivel de resiliencia del cuidador y el número de reingresos hospitalarios de la persona con trastorno mental. Adicionalmente, la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 5.16$) con $p > 0.5$ corrobora que no existe relación entre las variables analizadas, al igual que el valor del Coeficiente de Spearman equivalente a -0.054 .

El Alfa de Cronbach para la Escala de Resiliencia (RS) con la muestra del presente estudio fue de 0.86, lo que confirma que la Escala de Wagnild y Young es confiable.

4. Discusión

El cuidado de la persona con trastorno mental continúa siendo ejercido de manera importante por familiares de género femenino. Las mujeres han tenido un legado natural, histórico y cultural asociado a cuidar a otros, además por ser desde los ámbitos cotidianos e íntimos como el hogar, donde se desarrollan las acciones, relacionadas con el cuidado (Barrera, 2006).

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS, el trastorno mental deteriora e incapacita en mayor proporción que los trastornos de tipo orgánico (O.M.S *et al.*, 2001), el pronóstico de la persona diagnosticada con la patología, puede verse afectado aún más, si se tiene en cuenta que la población de cuidadores se ve expuesta a una serie de factores generadores de vulnerabilidad, tales como la baja escolaridad, hecho que repercute en la aspiración de

ocupación laboral formal, a pesar de la presencia de la enfermedad, la familia debe contar con recursos para asumir las demandas de cuidado, sin embargo, la mayoría de los cuidadores no poseen una cualificación apropiada que les permita establecer relaciones laborales legales y dignas y otras son amas de casa sin remuneración.

En un estudio realizado en el Instituto de Seguros Sociales, Regional Cundinamarca, los pacientes refirieron que la vida de ellos y la de sus cuidadores primarios han tenido que rehacerla, que muchas veces sus cuidadores se abandonan y establecen rutinas diferentes y deben buscar un apoyo que antes no requirieron (Sánchez, 2010). Para algunos de los cuidadores que cuentan con empleo el impacto financiero que los afecta es: 9% de familiares dejan su puesto de trabajo, 29.4% ajusta su horario de trabajo y 18.1% saca tiempo de su trabajo sin recibir pago (Suriano de la Rosa, 2003).

Dado el alto nivel de estigma social de la persona con trastorno mental y el creciente proceso de envejecimiento poblacional, los cuidadores terminan asumiendo dicho rol en etapas tardías del ciclo vital, sin contar con relevo familiar y generacional que permita dinamizar el proceso, así como también adolecen de acompañamiento formal de parte de las entidades responsables de los procesos de asistencia en salud, quienes los vinculan en procesos de cuidado sin cualificarlos para el desarrollo de las actividades como cuidador, lo cual reproduce un sistema de segregación en el que no sólo se estigmatiza a la persona con trastorno mental sino también al cuidador primario. Pinto indica que la calidad de vida de los cuidadores decrece en la medida en la que no existe un cuidador familiar secundario dispuesto a dar apoyo en la intervención (Pinto, 2010). Dado que más del 50% de los cuidadores incluidos en el estudio, se encuentran en la fase del desarrollo según Erikson denominada Productividad frente a Estancamiento, el cuidado de la persona con trastorno mental, puede generar una crisis vital en el cuidador, ya que le impide el ingreso de medios económicos para la manutención familiar, así como también interrumpe su desempeño personal tradicional que ha realizado, hecho que puede ocasionar la aparición de sentimientos de frustración.

Los cuidadores principales pertenecen a los estratos socio-económicos más vulnerables de la ciudad, este hecho se asocia con los criterios de inclusión que el PADP establece para la vinculación de personas con trastorno mental y sus familias.

El cuidador cumple un papel definitivo sobre el proceso de recuperación de la persona con trastorno mental, no obstante la permanencia en el rol fatiga y afecta la calidad de los cuidados prodigados, de allí la importancia de fortalecer estrategias que mejoren el tránsito del cuidador por

Tabla 3.

Reingreso hospitalario de la persona con trastorno mental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	0	46	79,3	79,3
	1	4	6,9	86,2
	2	5	8,6	94,8
	3	3	5,2	100,0
Total		58	100,0	---

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.

Nivel de resiliencia de los cuidadores y reingreso hospitalario de las personas con trastorno mental

		Reingresos			Total
		Si	No	Si	
Clasificación	Poca capacidad de resiliencia	Recuento	1	5	6
		% de Clasificación	16,7%	83,3%	100,0%
		% de Reingresos	8,3%	10,9%	10,3%
		% del total	1,7%	8,6%	10,3%
	Resiliencia moderada	Recuento	6	17	23
		% de Clasificación	26,1%	73,9%	100,0%
		% de Reingresos	50,0%	37,0%	39,7%
		% del total	10,3%	29,3%	39,7%
	Nivel elevado de resiliencia	Recuento	5	24	29
		% de Clasificación	17,2%	82,8%	100,0%
		% de Reingresos	41,7%	52,2%	50,0%
		% del total	8,6%	41,4%	50,0%
Total		Recuento	12	46	58
		% de Clasificación	20,7%	79,3%	100,0%
		% de Reingresos	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	20,7%	79,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

dicha vivencia, Fernández y Crespol (2011), encontraron que cuidadores más resilientes efectúan una valoración más benigna de los estresores asociados a la asistencia; experimentando la sensación de que su vida tiene sentido.

El trastorno mental presenta un alto nivel de prevalencia, por lo que no resulta extraño que los trastornos psicóticos: esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo y psicosis tóxicas, sean el diagnóstico médico principalmente encontrado, esto

complejiza los requerimientos de cuidado, dado que los fenómenos alucinatorios, delirantes y de interacción personal, asociados a estos trastornos, limitan el logro de objetivos de recuperación, en tanto pueden ocasionar alteraciones en la adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Giner, Cañas y colaboradores (2006), afirman que entre las enfermedades mentales, por sus especiales características, los trastornos esquizofrénicos ofrecen las cifras más altas de falta de adherencia o de incumplimiento. Se han descrito como predictores de una peor adherencia la pobre introspección, actitudes negativas hacia el tratamiento, historia previa de falta de adherencia, abuso de tóxicos, corta duración de la enfermedad, pobre alianza terapéutica y una inadecuada planificación del alta en caso de hospitalización.

Resulta interesante ver que aunque el perfil socio-económico deja percibir vulnerabilidad en la población de cuidadores, surge como factor dinamizador la resiliencia percibida por cada participante, que en la mitad de la población se ubica en un nivel elevado. Es importante mencionar que la medición de este aspecto no se realiza de manera protocolaria durante la intervención efectuada por el Programa de Atención Domiciliaria, sin embargo, el Profesional de Enfermería responsable, brinda soporte educativo asistencial y principalmente emocional – afectivo, hecho que puede afectar positivamente la experiencia vital del cuidador, brindándole mayores condiciones para asumir los ejercicios de cuidado. Surgió la pregunta de si el nivel elevado de Resiliencia estuvo presente desde el principio de la intervención, o bien pasada casi una década que es el tiempo de vinculación con el Programa de la mayoría de los cuidadores, es posible que se dieran fenómenos de interacción de los cuidadores que les permitieron asumir los requerimientos en términos de adversidad que aporta el entorno. Melillo *et al.*, 2002, indica que la resiliencia se produce en función de procesos sociales e intra-psíquicos, es decir, las personas no nacen resilientes, ni mucho menos se adquiere naturalmente en el desarrollo; depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con otras personas, responsable de la construcción del sistema psíquico humano.

Llama la atención que el porcentaje de reingresos de las personas con trastorno mental es muy similar, independientemente de si el nivel de resiliencia del cuidador es alto o bajo; este fenómeno no ha sido documentado en poblaciones expuestas a intervenciones educativas previas y permanentes en el tiempo, situación que podría indicar que la persona con poca capacidad de resiliencia tiene unas condiciones personales de limitación, es poco recursiva y poco creativa, además de no realizar trabajo en red; luego, el número bajo de reingresos en estas personas atendidas por cuidadores con poca capacidad de resiliencia, podría deberse a la no diligencia u oportunidad de consultar al servicio de salud durante el requerimiento crítico, a diferencia

del cuidador con nivel elevado de resiliencia que responde más fácil y assertivamente al entorno, buscando soluciones a las necesidades del sujeto de cuidado, e identificando con claridad aquellas que puedan ser resueltas por la familia en el domicilio y aquellas que requieren un nivel de atención externa que incluso, puede llegar a la hospitalización.

Desde el enfoque de la psicopatología evolutiva, una persona resiliente evidencia: inteligencia, temperamento fácil, control sobre lo que ocurre, alta autoestima y autoeficacia, búsqueda de apoyo social, humor y optimismo vital, afrontamiento adecuado de los problemas, correcta gestión de la autonomía personal como tener iniciativas, tomar decisiones y tener un proyecto de vida, lo que requiere, a su vez, una planificación efectiva, capacidad de entusiasmo, motivación e interés por las cosas. Según Cyrulnik, la persona resiliente puede asumirse como un tutor de resiliencia, es decir, aquel que promueve y/o acompaña el renacer tras el trauma (García *et al.*, 2013).

La resiliencia es reportada como un factor protector para la vida personal y social, así como también la vinculación con procesos educativos en salud, dirigidos al cuidador, hecho que redunda no sólo en el bienestar de esta persona sino también en la mejora del sujeto de cuidado. Dado que la resiliencia es un fenómeno construido a manera de entramado por una serie de características que dan cuenta de la respuesta personal y permiten rastrear la dinámica de interacción social y con el entorno del sujeto evaluado, aun en personas con poca capacidad de resiliencia, se puede encontrar una valoración personal elevada de alguna de dichas características (categorías o sub-escalas) de manera particular, evidenciando las fortalezas de lo humano y lo acabado de sus potencialidades para afrontar la adversidad. Por lo anterior, la resiliencia puede emplearse en modelos de cuidado para la promoción de la salud a pesar del diagnóstico de enfermedad, en tanto valora el potencial de la persona y no sus falencias.

5. Conclusiones

1. La enfermedad mental asumida como una adversidad, puede verse afrontada desde posturas de resiliencia, en tanto la construcción de la misma, se soporta en ejercicios de interacción social (no necesariamente con personal profesional en salud o ciencias afines), hecho que se revela en el alto porcentaje de cuidadores (50%) con elevados niveles de resiliencia, a quienes no se les había potencializado ésta cualidad.
2. Los cuidadores principales soportan sus ejercicios de resiliencia desde las categorías o sub-escalas de la resiliencia: sentirse bien consigo mismo y tener confianza personal.

3. No se encontró evidencia de relación significativa entre el nivel de resiliencia de los cuidadores y la mejoría clínica evidenciada a través del reingreso hospitalario de las personas con trastorno mental adscritas al P.A.D.P.



Se recomienda

1. Continuar con el diseño de investigaciones relacionadas con la resiliencia, no sólo de la persona con trastorno mental, sino también de los cuidadores primarios, usar enfoques metodológicos longitudinales.
2. Fortalecer la evaluación de cribado de la resiliencia, tanto en la población de personas con trastorno mental, como en sus cuidadores primarios, de manera formal, desde los modelos de asistencia hospitalaria, ambulatoria y centrada en la comunidad.
3. Diseñar programas educativos dirigidos al cuidador primario, con un enfoque de promoción de la salud centrado en la resiliencia.
4. Formar al personal de Enfermería en el uso de modelos de cuidado soportados en la promoción de la resiliencia de la persona con trastorno mental y su cuidador primario.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a los cuidadores primarios de las personas vinculadas al Programa de Atención Domiciliaria; a las directivas del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle y al personal del Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica, por su participación y apoyo para el desarrollo de la investigación.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

- I. BARRERA ORTIZ, L; PINTO AFANADOR, N; SÁNCHEZ HERRERA, B; CARRILLO G, G.M; CHAPARRO DÍAZ, LORENA. Cuidando a los cuidadores. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia. 2010. p. 24-5.
2. BARRERA, L; PINTO, N; SÁNCHEZ, B. Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: comparación de géneros. *En:* Actual Enferm. 2006, vol. 9, p. 9 - 13.
3. CAQUEO URÍZAR,A; LEMOS GIRÁLDEZ, S. Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *En:* Revista Psicothema. 2008, vol. 4,no. 1. p. 577 – 582.
4. CASTAÑO MORA,Y. Atención Domiciliaria en Psiquiatría: superando el enfoque manicomial. *En:* I Encuentro Internacional de Enfermería en Atención Domiciliaria. Memorias. Bogotá 2012, p. 15- 19.
5. ESCOBAR, M.C; PETRÁSOVITS,A.Y COLABORADORES; Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *En:* Salud Pública de México, Enero – Febrero 2000. vol. 42, no. 1. p. 57.
6. FERNÁNDEZ LANSAC, V. CRESPOL, M. Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión. *En:* Revista Clínica y Salud. 2011. vol. 22, no.1, p. 21 - 40.
7. GINER, J; CAÑAS, F; OLIVARES, J.M. Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *En:* Actas Esp. Psiquiatr. 2006, vol. 34, no. 6, p. 386 – 392.
8. LLIBRE GUERRA, J.C; GUERRA HERNÁNDEZ, M.A; FERERA MINIET, E. Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. *En:* Revista Cubana de Medicina General Integral. Enero - Marzo de 2008, vol. 24,no. 1, p. 1 – 15.
9. MELILLO, A; SUÁREZ OJEDA, E.N. Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Primera reimpresión. Buenos Aires, Barcelona y México:Paidós. 2002.
10. COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio Nacional de Salud Mental. Bogotá, 2003. p. 25 – 66.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Informe sobre la salud en el mundo, Ginebra: OMS, 2001. p. 3.
12. PATEL,VIKRAM,The Lancet "Series on global mental health", 2007.
13. PINTO AFANADOR, N. Cuidar en el hogar a personas con enfermedad crónica, su familia y cuidador. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2010. 66p.
14. PINTO MASÍAS D, GÓMEZ RESTREPO, C Y COLABORADORES. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *En:* Revista Colombiana de Psiquiatría. Noviembre 2010, vol. 39, no. 3. p. 465 - 480.
15. POLK, L.V.Toward a Middle-Range Theory of Resilience. *En:* Advances in Nursing Science. 1997, vol. 21, no. 4.
16. QUIÑONEZ RODRÍGUEZ, M.A. Resiliencia: Resignificación creativa de la adversidad. Colombia: Digiprint editores E.U. 2007.
17. RUIZ, R; DE LA VEGA, R; POVEDA, J; ROSADO,A; SERPA, S. Análisis psicométrico de la Escala de Resiliencia en el deporte del futbol. *En:* Revista de Psicología del Deporte. 2012. vol. 21. no. 1, p. 143 - 151.
18. SALGADO LÉVANO, A.C. Métodos e instrumentos para medir la Resiliencia: una alternativa peruana. Liberabit. 2005.
19. SÁNCHEZ HERRERA, B. Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia, 2010. 380 p.
20. SÁNCHEZ, E; BALMER, C; COLMENARES, M.E; BALEGNO, L; MEJÍA, A.M; MEJÍA, C. La Resiliencia: responsabilidad del sujeto y esperanza social. Primera Reimpresión. Bogotá. Editorial Casa Rafue. 2002. p.22-29.
21. SURIANO DE LA ROSA, B. Análisis de costos del Programa de Atención Domiciliaria en personas enfermas crónicas (ADEC). *En:* Rev. Enferm. 2003, vol.11, no. 2, p. 71 – 76.