



**Cuidado del cuidador: estudio de dos casos del Consultorio de Atención Psicosocial de la
Universidad Icesi (CAPsi)**

**Isabella Ramírez Torres
Laura Alejandra Villota Noguera**

**Tutora
Margarita María Munévar Rojas**

Trabajo de grado

**Universidad Icesi
Facultad de Ciencias Humanas
Programa de Psicología
Santiago de Cali
2023**

Contenido

1. Introducción.....	1
Contexto colombiano	6
2. Justificación.....	8
3. Planteamiento del problema.....	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	11
4. Marco teórico	11
Salud mental	11
Cuidado	13
Mujeres y maternidad.....	16
CAPsi.....	19
Psicosis.....	21
5. Metodología.....	24
Población.....	25
6. Categorías de análisis	25
Significados sobre el diagnóstico en salud mental.....	25
Las mujeres frente al cuidado.....	26
Los significados alrededor de la vida siendo mujer	26
Resignificación del cuidado	26
7. Casos	27
Caso de Florencia	27
Caso de Gloria	29
8. Análisis.....	32
Significados sobre el diagnóstico en salud mental.....	32
Las mujeres frente al cuidado.....	35
Los significados alrededor de la vida siendo mujer	38
Resignificación del cuidado	40
9. Conclusión	41
10. Referencias	44

1. Introducción

“No voy a pronunciar el nombre de esa enfermedad, piensa el médico, porque no quiero rotularlo, no quiero condenarlo, ni voy a hacerle perder las esperanzas y sumergirlo en la desesperación. Porque no hay enfermedades sino pacientes.

No voy a pronunciar ese nombre, dice el enfermo, porque van a huir de mí, porque me abandonará, porque me recluirán, porque no me amarán ni se casarán conmigo. Porque me mirarán con miedo.

No voy a pronunciar ese nombre, dice el padre, dice la madre, porque no puede ser, no puede ser, no puede ser” - Piedad Bonnett, Lo que no tiene nombre.

En el año 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que una de cada ocho personas en el mundo empieza a padecer trastornos mentales como la ansiedad y desórdenes depresivos, los cuales aumentaron hasta un 41.5% como consecuencia de la pandemia del Covid-19 del año 2020 (Walter, 2021). Esta tendencia también la observamos en el aumento de los casos de psicosis (Pérez-Balaguer et al, 2021) y ha dado lugar a cuestionarnos acerca de la subjetividad de las personas cuando hay psicosis de por medio. Esta condición enmarca distintas esferas de la vida de la persona que la padece como las relaciones interpersonales con sus cuidadores o acudientes más cercanos. En la literatura se pueden encontrar resultados, en los cuales estos cuidadores son los que soportan gran parte de las cargas físicas y emocionales cuando uno de sus familiares es diagnosticado con psicosis (Bódalo-Lozano, 2010; Giraldo Molina & Franco Agudelo, 2006).

Si bien es importante darles un lugar a los sujetos con un diagnóstico de algún tipo de psicosis, nosotras nos inclinamos por estudiar las consecuencias sociales y subjetivas que pueden tener las mujeres cuando están al cuidado de familiares con problemas crónicos en salud mental. Es así que, uno de los objetivos que tiene este estudio es comprender los efectos terapéuticos a través del cuidado del cuidador en dos mujeres consultantes del Consultorio de Atención Psicosocial de la Universidad Icesi (CAPsi), cuando uno de sus familiares tiene diagnóstico de

psicosis. A partir de este objetivo, nos dirigimos a realizar una búsqueda de datos en páginas web como Dialnet, Scielo y Google Académico, ahí encontramos artículos relacionados al cuidado del cuidador, los cuales leímos y filtramos, teniendo como resultado diversos artículos que a través de nuestra pregunta base que nos ayudarán a comprender esta problemática que cobra relevancia en la discusión pública.

Los primeros rastros que pudimos obtener en los artículos fueron los tipos de cuidadores que protagonizan estos hogares, en los cuales una persona requiere de cuidado de modo prolongado. El primero, es el cuidador informal, aquel que cuida a un familiar que necesita ayuda la mayoría del tiempo y no recibe ningún tipo de remuneración. El segundo, es el cuidador formal, el cual puede ser contratado para asistir al familiar que necesita ayuda, este puede ser guiado por una institución o por programas, es decir, este tipo de cuidador tiene una formación básica sobre cómo encargarse cuando una persona es dependiente del otro y, además, suele ser remunerado económicamente (Marcos & De La Cuesta Benjumea, 2016). Es importante destacar el trabajo de estos cuidadores y, aun así, en la búsqueda literaria encontramos cómo suele diferenciarse el trato cuando un cuidador es formal a uno informal.

Según Wagner et al. (2011) la percepción hacia los profesionales de la salud por parte de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia y sus cuidadores, se encontró la necesidad de contexto del área geográfica en la que se quiera trabajar, debido a que, esta área depende de los recursos institucionales que existan. Se demostró que “entre más sea el nivel de desarrollo de los servicios, suele ser inversamente proporcional a la satisfacción de los familiares con los cuidadores formales que presten la atención” (Wagner et al, 2011, p. 2082). Se expresan directamente los pacientes que, desean hablar sobre su experiencia subjetiva con el tratamiento de su trastorno y la necesidad que los humanicen como seres individuales, por lo cual, mencionan su incomodidad a las preguntas de profesionales que se preocupan por la adherencia de su tratamiento o los síntomas patologizando al sujeto. Otro hallazgo clave en este estudio, fue que los cuidadores informales suelen sentirse cargados física y emocionalmente a tal punto que sienten culpa si la salud del paciente recae. Además, cuando el diagnóstico es desalentador y no hay una etapa temprana del trastorno, suele causar distrés en el cuidador (malestar emocional intenso) (Wagner et al., 2011; Onwumere et al., 2008).

Si bien es curioso que haya una problemática persistente en cuanto al tipo de cuidador, se le suma que la mayoría de estos son mujeres y madres, que no solo se encargan del cuidado de

sus familiares, sino que tienen también otras obligaciones en su hogar. Se encontró un aumento en los malestares psicológicos y físicos en relación con el género, debido a la rapidez en la que estas mujeres y madres asumen el rol de cuidado al otro (Wagner et al., 2011). Esta rapidez suele deberse al contexto cultural que se maneja en las sociedades al educar y dar lugar a los mensajes, en los cuales la mujer es la que debe de cuidar al otro y es quien tiene una mejor preparación para desempeñar este rol. En cuanto al género, una contraparte menciona que cuando se trata de cuidadores varones suelen cuidar de manera altruista y mencionan no llegar a tener la misma carga que en las mujeres (Marcos & De La Cuesta Benjumea, 2016).

Es por esto que, traemos a colación el estudio de Larrañaga et al. (2009), en el cual, se realiza una investigación cualitativa en España con 5 grupos de cuidadores, conformados por hombres y mujeres: cuidadores informales de personas adultas o de sus cónyuges. A partir de los resultados, se plantearon dos grandes núcleos para poder evidenciar la diferencia entre los cuidadores. Por un lado, el primer núcleo tiene como título *Mujeres cuidadoras: la tradición como compromiso*. A partir de la narrativa de las mujeres, se pudo comprender que el rol está naturalizado, es decir, que en casa quienes asumen siempre el ser cuidador son ellas. También, nombran la carga excesiva tanto emocional como física, debido a que, empiezan a dejar de lado su tiempo de ocio y sus relaciones interpersonales empiezan a deteriorarse, además, están en constante movimiento cuidando a su familiar. Un pensamiento recurrente en cada una de las mujeres de este estudio es que no quieren ser una carga en el futuro para sus propios hijos/as, puesto que, ya conocen lo que conlleva ser cuidadora.

Por otro lado, el segundo núcleo se nombró *Hombres cuidadores: la novedad del cuidado doméstico*. El discurso y la intervención de los hombres fue menor que la intervención de las mujeres durante la discusión. En su narrativa, mencionan que ellos no adoptan un sentimiento de deber moral por cuidar a la persona que lo necesita, es decir, ellos no cuidan a la persona por voluntad propia, sino que lo hacen cuando otra persona se lo pide, afirmación en contra vía al estudio de Marcos & De La Cuesta Benjumea (2016) anteriormente mencionada. También, comentan que cuando ellos ayudan al cuidado de la persona, siempre hay una figura femenina que está pendiente de las acciones que llevan a cabo, es decir, ellas no suelen confiar en la figura masculina y la manera en que está cuidando al otro, y es por esto que, los hombres mencionan sentir frustración por no poder realizar las tareas solos. Con este artículo se puede llegar a la conclusión que las mujeres son quienes en primera instancia asumen este rol de cuidadoras mientras que los hombres no asumen este rol completamente, solo cuando alguien más se lo pide.

Ahora bien, en el año 2020 la Biblioteca Nacional de Medicina (National Library of Medicine) publicó que las personas las cuales requieren más cuidado son aquellas que tienen alguna enfermedad física o discapacidad permanente (Palacios & Pinzón, 2017; Brodaty & Donkin, 2009; Carrillo et al., 2015; Bódalo-Lozano, 2010). Estas personas son asistidas en la mayoría de los casos por mujeres, quienes predominan en el cuidado de sus familiares/pacientes y más en contextos informales. Para estas mujeres, su vida empieza a cambiar desde el momento que asumen este rol como parte de su cotidianidad, puesto que, la rutina empieza a ser agotadora; ocasionando un malestar físico y mental continuo.

Lo anterior, se pone en evidencia en el estudio de Bódalo-Lozano (2010) el cual se llevó a cabo en España donde las cuidadoras, en su mayoría mujeres, están en el cuidado de personas con espina bífida. En este caso, las cuidadoras narran el malestar que están sintiendo desde que empezaron a ser cuidadoras, por ejemplo: el dolor en el cuerpo, las ganas incontrolables de llorar, el no poder salir. La conclusión del autor fue que la mayoría de las mujeres sufrieron una transformación cuando empezaron a ser cuidadoras, esto hizo que su vida cambiará en aspectos laborales, familiares, de salud física y mental. Como se nombró anteriormente, de manera gradual su vida va sufriendo cambios a raíz de toda la carga sobre ellos, no existe apoyo o guía para mejorar su salud mental sin sentirse culpables cuando su “trabajo” no supera las expectativas.

Direccionando esto hacía nuestro estudio, pudimos encontrar que, a pesar de denominar un gran número de condicionales al desgaste emocional de los cuidadores, existen otras variables como los gastos económicos. Esto, conlleva a la tensión subjetiva que se da en el propio cuidador y las cargas objetivas que hacen parte de las consecuencias de tener un paciente con el trastorno como puede ser la alimentación o actividades diarias y otras variables como: “las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo del cuidador relacionado con la enfermedad” (Martínez et al, 2000, p. 102) que terminan sumándose a la carga del cuidado del otro.

Otro estudio es el de Martínez et al. (2000) en el cual se realizaron diferentes evaluaciones y entrevistas a un grupo de personas que tienen a su cuidado familiares diagnosticados con esquizofrenia en cuatro áreas de España. Estas evaluaciones y entrevistas se realizaron con el fin de identificar la carga objetiva y la carga subjetiva que tiene un cuidador. Se pudo observar en

los resultados, que los cuidadores que están al tanto de estos familiares son en su mayoría: progenitores, hermanos y cónyuges. Estos, en su discurso nombraron la carga económica que conlleva cuidar al familiar mientras que para otros esto no se vio tan afectado. Además, comentaron sobre la manera en que su rutina cambió debido al diagnóstico, cómo algunos de ellos perdieron oportunidades laborales a lo largo de su vida por mantenerse al lado del que cuida, debido a que, invierte gran parte de su tiempo en los cuidados que necesita el familiar.

También, encontramos que se ha buscado la manera de intervenir a los cuidadores para aliviar el continuo malestar a tal punto de llegar al distrés. Es por esto que, Agudelo & Ramírez (2019) dan a conocer un programa, en el cual los profesionales guiaron nuevos espacios de aprendizaje para mejorar el cuidado hacia sus seres queridos, teniendo en cuenta que estos cuidadores fueron en su mayoría nuevamente mujeres que oscilan entre los 41 y 60 años (Larrañaga et al, 2009; Carreño & Chaparro-Díaz, 2017), casadas o en unión libre, de bajos recursos socioeconómicos y con un nivel de escolaridad bajo. Este programa llamado *cuidar a los cuidadores* permitió que la capacidad y habilidad para cuidar a sus familiares aumentará por las herramientas y conocimientos brindados.

Por esta misma línea, tenemos el estudio de Sánchez Martínez et al. (2016) en el cual se realizó una intervención que constaba de 8 sesiones a un grupo de cuidadores, en el que se brindaron capacitaciones sobre el cuidado general, masajes, movilizaciones del paciente, etc. Después de que esto se realizó, se evaluó el impacto de las sesiones y cuáles fueron los cambios que hicieron luego de tener la información. Los resultados demuestran que esto ayudó de manera significativa a los cuidadores, puesto que hubo una mejoría en la funcionalidad familiar y en la sobrecarga de las tareas de cuidado.

Los artículos que hemos mencionado con anterioridad (Wagner et al, 2011; Larrañaga et al, 2009; Bódalo-Lozano, 2010; Martínez et al, 2000) nos han ayudado a tener un panorama amplio sobre todo lo que conlleva física y emocionalmente para la persona ser cuidador de un familiar/paciente y las maneras posibles de intervenir en un grupo de cuidadores dependiendo de sus necesidades y su contexto familiar (Agudelo & Ramírez, 2019; Sánchez Martínez et al, 2016). La mayoría de estos artículos, se han llevado a cabo en localidades de España, pero es importante entender esta problemática en nuestro país, es así como se amplía un contexto colombiano donde daremos una perspectiva más ajustada a nuestra problemática psicosocial.

Contexto colombiano

Acercándonos a nuestro contexto, encontramos una gran cantidad de artículos que muestran el tema del cuidado del cuidador en diferentes partes de Colombia como Cali, Barranquilla, Barrancabermeja, entre otras. En el caso del municipio de Envigado, obtuvimos el estudio de Giraldo Molina & Franco Agudelo (2006) en el que se les realizaron entrevistas a mujeres cuidadoras de sus familiares dependientes. Los resultados de este estudio mostraron dos cosas: por un lado, estas cuidadoras son cuidadoras informales. Por otro lado, estas mujeres expresaron, al igual que el estudio de Bódalo-Lozano (2010) un gran malestar en ellas por la sobrecarga de las tareas, la carga emocional que tiene al estar cuidando a su familiar y el estrés diario que poco a poco las van afectando de tal manera que no se reconocen a ellas mismas como mujeres más allá de cuidadoras.

Por otro lado, en el caso de Cali, obtuvimos el estudio de Figueroa (2011) y Carreño & Chaparro-Díaz (2017), los cuales van dirigidos a lo que hemos venido hablando a lo largo del texto, pero más cercano a nuestro contexto. En el primer estudio, las personas que participan en este, narran los malestares físicos y psicológicos que ha traído el cuidar al otro (Figueroa, 2011; Bódalo-Lozano, 2010; Giraldo Molina & Franco Agudelo, 2006), pero destacan también que no tienen la suficiente información y formación para cuidar a su familiar, por lo que requieren un espacio en el que se les pueda brindar la capacitación adecuada e implementar todo lo que aprendan en el cuidado que brindan al otro. Además, no conocen una institución o programa, que les proporcione el apoyo suficiente en el momento de desempeñar su rol.

En el segundo estudio, existen dos puntos importantes: el tiempo que dedican los cuidadores a cuidar a su familiar/paciente y la edad de los cuidadores. En cuanto al tiempo, se demostró que parte de los cuidadores ocupan su día desempeñando varios roles como ser ama de casa, cuidadora, trabajadora, entre otros, lo que más adelante llegará a ser agotador. En cuanto a la edad, oscilan entre los 45 y 69 años, lo cual hace que los cuidadores asocien esto junto con el malestar de ser cuidador y lo pongan como razón ante el empeoramiento de su salud física y mental (Carreño & Chaparro-Díaz, 2017).

Por todo lo anterior, decidimos realizar también una búsqueda acerca de las leyes que existen en Colombia, las cuales tuvieran relación con el cuidado del cuidador y la salud mental,

para dar cuenta en qué garantías legales pueden apoyarse aquellos que son cuidadores no remunerados. La primera es la ley 1413 del año 2010 también conocida como la ley de economía del cuidado, de la cual nos guiaremos por el artículo 2 y 3. El primer artículo menciona lo que conlleva el trabajo no remunerado, desde el mantenimiento a la vivienda hasta el cuidado de otros en el hogar. Por esta misma línea, el segundo artículo nos da la clasificación de actividades (trabajo de hogar y cuidado no remunerado), donde una de estas actividades es de nuestro interés para llevar a cabo el objetivo de este estudio: el cuidado de ancianos y enfermos, sin tener en cuenta aun lo que implica esta actividad cuando se le suma la condición de un diagnóstico de algún tipo de psicosis (Ley 1413 de 2010).

Más adelante, en el año 2013 se radicó la ley 1616 o la ley de salud mental de los colombianos, enmarcando esto en su primer artículo haciendo partícipe “(...) a los niños, niñas y adolescentes mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental” (Ley 1616 de 2013, p. 1). Así mismo, los artículos 3 y 4 ayudan a la definición de la salud mental en Colombia, además de la prioridad y garantía que se le está dando al derecho de tener una salud mental digna. Es importante que tengamos en cuenta lo que se considera salud mental en Colombia por los distintos fenómenos que transcurren en nuestro país, en vista de que, en otros países por su trayecto histórico se ha podido enmarcar la salud mental desde otra perspectiva.

Este mismo año se implementa la resolución 1842 de la ley 1438 del año 2011, reforma hacia la orientación del sistema general de seguridad social en la salud, introducida para la mejora del estado de la salud mental a través del derecho a la promoción y capacitación a los ciudadanos por medio de las organizaciones sociales (Resolución 1842 de 2013). Poco después, en el 2015 se implementó la ley 1751 estableciendo que la salud mental es un derecho fundamental para todos los colombianos, incluyendo de manera pertinente el ingreso a los servicios de salud con buena calidad y eficacia ante el mejoramiento y la promoción de la salud (Ley 1751 de 2015).

Las dos leyes mencionadas anteriormente hacen parte de la importancia que se está dando en los últimos años a la salud mental. Además, han influenciado en la creación de nuevos programas que promuevan el cuidado del cuidador, un ejemplo de ello es el estudio de Landínez-Parra et al. (2015). El programa consistió en la capacitación de cuidadoras de personas mayores o con condiciones físicas, dando como resultado el empoderamiento de ellas, menos dependencia por parte de la persona cuidada y aumento de momentos en el autocuidado, mejorando así la calidad de la salud mental tanto del cuidador como la persona cuidada.

Por último, en el año 2022 se propuso el proyecto de ley 007, el cual sigue vigente y dice que “brinda igualdad de oportunidades a las personas trabajadoras que cumplen funciones de cuidadoras no remuneradas” (Cepeda Castro, 2022). Este proyecto tiene dos grandes propuestas que lo rigen: la primera, es promover “mecanismos de igualdad entre los trabajadores y fortalecer la lucha contra la discriminación laboral. La segunda, es orientar y darle el derecho al trabajo a los trabajadores que tienen responsabilidades familiares” (Posse Herrera Ruiz, 2022). Este último proyecto se enlaza a nuestra problemática a estudiar en este trabajo, pues a través de los artículos e investigaciones encontrados, se da cuenta del poco apoyo que reciben los cuidadores no remunerados, dando lugar así a múltiples cargas físicas y malestar subjetivo, teniendo en cuenta que son mínimos los programas que intervienen a esta problemática.

2. Justificación

En las últimas décadas, los múltiples estallidos y movimientos sociales dieron lugar a que se le prestara mayor atención al campo de la salud mental, reconociendo la urgencia de atención los sufrimientos subjetivos. En el siglo XX era frecuente introducir a las personas en instituciones que se denominaban manicomios y con una perspectiva de conducta-castigo. Con la creación de ciertos psicofármacos y todo este auge social que estaba atravesando el mundo, ayudó al inicio de una desinstitucionalización de los manicomios y en buscar nuevas herramientas de cuidado y prevención para que las personas aliviarán el malestar subjetivo por el que estaban pasando. Lo anterior, logró hacer grandes cambios en la rutina de los pacientes y esto logró la creación a “la reforma psiquiátrica que rompe su hegemonía y obligó a crear una red de recursos y prestaciones en el territorio, en la comunidad (...), es así como terminan surgiendo movimientos de familiares y usuarios, exigiendo su espacio, su lugar, su reconocimiento” (Desviat, 2016, p.19). Es decir, los pacientes se movilaron de las instituciones psiquiátricas o manicomios hacía un lugar de contención por parte de su familia o redes de apoyo primarias.

Estas familias o redes de apoyo primarias al igual que los pacientes con cualquier tipo de diagnóstico, necesitan una atención en salud (mental). Es por esto que, en Colombia se creó un sistema de salud por medio de la Ley 100 de 1993, en la que se da lugar a el derecho de tener una salud mental digna, por lo tanto, recibir los medicamentos y tratamientos necesarios. Con esto,

nos podríamos cuestionar si estas personas quienes asumen este rol de cuidadores reciben el apoyo necesario por parte del sistema de salud para el mejoramiento de sus condiciones de vida, teniendo en cuenta que prima el bienestar tanto de los cuidadores como del que es cuidado y cómo es necesario que se cumplan las leyes que protejan a ambos actores.

Es por esto que, nuestra investigación surge con la necesidad de poner tres elementos en cuestión: la primera, es que los cuidadores se ubican más allá de cuidar al otro que padece de discapacidades motoras, enfermedades crónicas y físicas (National Library of Medicine, 2020). Nuestro estudio quiere mostrar y darle un lugar a los cuidadores con familiares que han sido diagnosticados con algún tipo de psicosis, dando cuenta que estos cuidadores también pueden presentar un malestar, independientemente del diagnóstico físico o mental del que cuidan.

Lo segundo, si bien las personas que reciben un diagnóstico de psicosis su vida empieza a cambiar y existe un malestar de por medio, nos parece importante destacar que aquellos que se hacen cargo y cuidan de ellos también padecen de distintos malestares, como se ha mencionado a lo largo del texto. Los cuidadores, empiezan a sufrir cambios por una nueva rutina que empezaron a implementar debido al diagnóstico de su familiar/paciente. Además, muchos de estos cuidadores priorizan a la persona cuidada más que a ellos mismos y su propio bienestar (Agudelo & Ramírez, 2019; Sánchez Martínez et al., 2016). Así como lo vimos en los antecedentes, el rol de cuidador suele ser asumido por las mujeres, lo cual da cuenta de cómo esta función social está atravesada por la cuestión del género.

Por último, se quiere lograr la mejora de la salud mental al trabajar en la rehabilitación psicosocial, en concretar un mejor sistema de salud nacional y el desarrollo de la Atención Primaria y Promoción de la salud mental (Desviat, 2016). Si bien, a través del tiempo se ha trabajado por erradicar las instituciones manicomiales y el castigo como forma de corrección en el comportamiento siguen existiendo instituciones psiquiátricas con mucho poder. Además, aún se piensa que una adherencia al tratamiento farmacológico será la única clave para el alivio de los síntomas. El tratamiento termina siendo una solución a corto plazo de la sintomatología, “la oferta del medicamento es a la vez un ofrecimiento de subjetivar el conflicto, atribuir su presencia a causas exteriores al sujeto y por lo tanto eximirse de cualquier responsabilidad a la hora de entenderlo o tratarlo” (Galende 2008, p. 27), es decir, sin una psicoterapia acompañada al fármaco, termina aplazando los síntomas. Con esto, nuestro estudio apunta a la importancia de

que exista acompañamiento constante para la mejora de los síntomas y malestares de la persona cuidada y cómo también se debe de intervenir al que cuida por todo lo que conlleva este rol.

Como lo hemos resaltado a lo largo del texto, en nuestra investigación queremos visibilizar la importancia del rol de cuidador que asumen las personas en su vida cuando un familiar/paciente tiene un diagnóstico -en este caso de psicosis-. En un momento dado, la persona cuidadora empieza a tener cambios que le generan malestar y es por esto que, es necesario que tenga la posibilidad de recibir un acompañamiento constante por parte de terceros. Esto es crucial, puesto que le permite a la persona tener un espacio, en el cual podrá adquirir herramientas que le ayudarán al cuidado que brinda. Al mismo tiempo que, recibe el tratamiento adecuado para aliviar su sufrimiento subjetivo, teniendo así la oportunidad de priorizarse ante el otro.

3. Planteamiento del problema

Nuestra investigación surge, del interés por profundizar los efectos terapéuticos en el caso de dos mujeres consultantes que tienen a su cuidado un familiar/paciente diagnosticado con psicosis, es por esto que planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los significados que le adjudican el cuidar al otro, dos mujeres consultantes del Consultorio de Atención Psicosocial (CAPsi)?

Para responder a esta pregunta proponemos los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Caracterizar los significados que le adjudican el cuidar al otro, por dos mujeres consultantes del Consultorio de Atención Psicosocial de la universidad Icesi (CAPsi) cuando su familiar tiene un diagnóstico de psicosis.

Objetivos específicos

- Identificar la posición que tienen las dos consultantes frente a su rol de cuidadoras.
- Describir las historias familiares de las dos mujeres consultantes.
- Analizar las experiencias del malestar del cuidador en las dos mujeres consultantes.
- Comprender los efectos terapéuticos de dos mujeres que están al cuidado de hijas/os diagnosticadas con psicosis.

4. Marco teórico

Salud mental

Para poder hablar de salud mental, debemos de conocer primero lo que es salud. Según Dubos (1956) citado por Gómez-Arias (2018) la salud “es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado” (p. 71). Esta definición, nos brinda elementos que constituyen el concepto de salud, los cuales son: *física*, en la cual la persona tiene la capacidad de comportarse, responder y moverse de forma tal que pueda realizar adecuadamente las actividades de su cotidianidad. Y *Mental*, en la que el sujeto comprende, reflexiona y razona sobre su entorno y las cosas que suceden en este, porque “el contexto en el que viven los individuos es fundamental para el desarrollo a plenitud de todas sus capacidades” (Hernández-Paz et al, 2016).

Comentado lo anterior, hablaremos sobre lo que significa salud mental. El inicio de este concepto está en Grecia, donde se tenía el término salud-enfermedad mental y entraban allí, todos los trastornos físicos y mentales que una persona podría padecer, los cuales se daban por los 4 humores básicos (Hernández-Paz et al, 2016). Luego, en la década de los años cincuenta hubo una transformación en todo lo que se conocía en la vida de las personas, en los procesos de cultura y en el ingreso de factores que hoy en día están en una competencia constante por brindar una definición clara sobre lo que son los trastornos mentales y la manera en la que deben de ser tratados y abordados por los profesionales (Galende, 2008). Más adelante, con los cambios que

se estaban haciendo visibles dentro de la economía, existió también uno en la parte cultural, puesto que este fue señalado como un determinante importante para la concepción de los términos usados y las prácticas de salud mental.

Ahora bien, con las diferentes concepciones y perspectivas que han ido surgiendo sobre este término por diferentes autores a lo largo del tiempo, se dieron a conocer dos propósitos de la salud mental propuestos por Galende (2008): el primero, realizar un conjunto en el que se incluyan diversas disciplinas y modos de comprensión de los trastornos mentales, para así poder caracterizar el malestar y darle el tratamiento adecuado. Segundo, dar lugar y comprender la función social que existe en el campo de la salud mental. También, entender cuáles son los tratamientos para los trastornos mentales y quienes son los profesionales que están en capacidad de tratarlos (Galende, 2008).

También, el texto de Galende (2008) permite ubicar la manera en que el sujeto debería de ser un participante activo en el tratamiento que va a recibir por parte de los profesionales de la salud mental, puesto que aquello que lo atraviesa es puesto en escena a través de su palabra. Galende (2008) dice:

“El desarrollo de Salud Mental se sostiene en una ética que considera al sujeto del sufrimiento mental, su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria, la dimensión conflictiva de toda existencia humana y propone al sujeto una comprensión conjunta del malestar psíquico, esto es su participación en el proceso de atención” (p. 26).

Con esto, es importante de igual manera comprender la relación que existe entre el paciente y el profesional mediante el psicoanálisis, puesto que existen dos componentes esenciales: el primero, como ya lo nombramos es la palabra del sujeto y los significados que se le da. El segundo, la relación con otro dispuesto a escuchar y comprender (Galende, 2008, p. 26).

Por esta misma vía, Castro (2013) nos abre el panorama sobre lo que debemos de entender por salud mental y estar en la capacidad de realizar una crítica respecto a los conceptos brindados. Por ejemplo, la OMS (2022) define la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Esta definición, nos da a entender que la salud mental es un estado de bienestar, el

cual una persona tiene la posibilidad de gozar, pero es algo en lo que comúnmente caemos, pensamos que la salud mental es estar bien o es estar mal. Realmente, debemos de entender que la salud mental está inmersa en el campo de lo social, debido a que en Colombia existe una trayectoria en la cual parece importante resaltar “sus implicaciones sociales, mostrar que la salud mental trasciende la enfermedad y al sector salud y poner el énfasis en lo comunitario y la atención primaria” (Castro, 2013, p. 83). Esto último, teniendo en cuenta que por el simple hecho de ser seres humanos tenemos derechos igualitarios donde al ser condicionados por algún tipo de implicación en su salud mental, se centra más en este trastorno que en la subjetividad del sujeto.

Por lo tanto, debemos de comprender que la salud mental, antes que nada, es una cuestión de sujeto, donde la palabra no puede ni debe ser eliminada puesto que es por medio de esta que la persona comunica su malestar y su necesidad. De hecho, ubicándonos desde la sociedad colombiana, el factor principal que debe de encaminar el trabajo en la salud mental es el saber observar y escuchar a través de los fenómenos que interceden a la sociedad, donde finalmente el enfoque comunitario de la salud mental es fundamental en los derechos humanos y así mismo, logra un trabajo intersectorial como tratamiento de buena calidad y cobertura en el país (Hernández-Holguín & Sanmartín-Rueda, 2018).

Cuidado

En nuestra investigación ubicaremos el cuidado más allá de un sentimiento de buena voluntad por parte del cuidador, sino más bien, un sentido activo de compromiso y reciprocidad en conjunto para así encontrar el bienestar en el otro. Con esto, a través del cuidado se busca la respuesta a las necesidades básicas para la supervivencia o actividades para garantizar los materiales simbólicos que posibilitan vivir en sociedad (Ceminari & Stolkiner, 2018), sin que esto signifique un sacrificio del que cuida, más bien, termina siendo una decisión unidireccional que va en respuesta al sentimiento de amor y cariño cuando se habla de cuidados informales.

A pesar de que el concepto de cuidado inició su desarrollo desde una perspectiva infantil, es decir, desde la maternidad y el cuidado de los niños, este se ha ido transformando a tal punto que, en la actualidad se distingue tipos de cuidados, por lo que, se ha ido abarcando más población como adultos mayores. Según Graham (1983) se distinguen dos dimensiones de cuidado: la primera, se trata de hogar-familia, la cual se basa en un cuidado bajo una obligación moral desde

las mujeres y la figura desde ser madre. La segunda dimensión se trata de afectivo-relacional, allí se distinguen los cuidados formales e informales que anteriormente se han tratado en este documento.

También, se ha constituido una perspectiva llamada economía del cuidado, la cual está regida por el artículo 2 de la Ley 1413 de 2010, donde:

“hace referencia al trabajo no remunerado que se realiza en el hogar, relacionado con el mantenimiento de la vivienda, los cuidados a otras personas del hogar o la comunidad y el mantenimiento de la fuerza de trabajo remunerado. Esta categoría de trabajo es de fundamental importancia económica en una sociedad” (Ley 1413 de 2010, p. 1).

Es con esto que, podemos identificar la importancia del trabajo que las mujeres realizan en sus hogares cuidando a otros, puesto que como bien sabemos esto conlleva para las personas unas cargas en su vida sin retribución económica por parte de terceros. Además, con el término de economía del cuidado “se enfatiza que el cuidado es la piedra angular de la economía y de la sociedad” (Pardo, 2017, p. 3).

Esta economía del cuidado proviene de la economía feminista, la cual es según Rodríguez (2015) “una corriente de pensamiento heterodoxo preocupada por visibilizar las dimensiones de género de la dinámica económica y sus implicancias para la vida de las mujeres”. (p. 30). En la historia, se ha podido observar que las personas quienes están inmersas en la economía son los hombres que tienen ciertas características y distintas representaciones sociales que ponen en una posición infravalorando a la mujer, por lo cual esto hace que los hombres sean la persona ideal para tener un buen ingreso (Payán & Durazo, 2015). A pesar de que las mujeres tengan estas mismas características, existe una brecha de desigualdad de género, puesto que es notorio que las mujeres no tienen las mismas oportunidades que los hombres. Es por esto que, la economía feminista tiene como propósito “reconocer, identificar, analizar y proponer cómo modificar la desigualdad de género como elemento necesario para lograr la equidad socioeconómica” (Rodríguez, 2015, p. 32).

La economía feminista, desde tiempo atrás ha luchado para apaciguar la desigualdad de género dentro de la economía y poder darle un lugar a las mujeres que ejercen su labor dentro de

los hogares. Es así como, hoy en día, en el término de economía del cuidado “el cuidador se ocupa del enfermo en el ambiente del hogar, sin recibir retribución económica y realiza o supervisa los cuidados necesarios para adelantar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria” (Carrillo et al., 2015, p. 395). Para poder llegar a este término, debemos de entender que la mujer empieza en la participación del mercado alrededor de los años 1960 y 1970, en un primer momento normalizando el trabajo doméstico como una obligación de la mujer que contrajera matrimonio. La economía feminista tuvo que ir transformándose, pues se empezó a denominar trabajo reproductivo con el fin de “resaltar la importancia de la reproducción de la fuerza de trabajo en los hogares, es decir la crianza de los hijos/as y el mantenimiento de las condiciones de cuidado necesarias para los trabajadores” (Pardo, 2017, p. 3). Después, con la necesidad de resaltar ese cuidado que las mujeres brindaban tanto a sus pares como al espacio, se le denominó cuidado de trabajo, para luego incluir todas estas actividades en un solo término: economía del cuidado.

Natalia Quiroga menciona cómo la mujer se ha visto envuelta en un trabajo reproductivo no remunerado y a partir del tiempo lo que se ha caracterizado como trabajo femenino ha sido en actividades del cuidado del otro (2009, p.80). Este trabajo no remunerado y elegido de manera patriarcal hacia la mujer sigue siendo absolutamente aceptado, donde la tasa de trabajos cuando las ciudadanas migran son destinadas a cuidar del otro, cayendo nuevamente en este ciclo de explotación femenina y lo que implica cuidar sin esperar nada a cambio.

También, en el libro *redes de cuidado* de Capasso et al (2022), el cual nació después de la pandemia del COVID 19, con la intención de conocer más sobre las redes de cuidado que se fueron conformando con la necesidad de hacerse cargo de personas que fueron agredidos por parte de terceros. Estas redes de cuidado que se formaron se pueden entender como “expresiones de lo comunitario que permiten la reproducción de la vida en sus diversos aspectos y espectros” (Capasso et al., 2022, p. 19). Además, se debe de tener en cuenta un elemento importante para poder vivir en una comunidad y necesario para la supervivencia: el cuidado, que como lo hemos nombrado, es ejercido principalmente por mujeres y que va dirigido hacia otros. Aparte, el libro pone en escena la cartografía, que permite en este caso a las mujeres plasmar los saberes que han adquirido sobre el cuidado y al mismo tiempo, otras mujeres pueden obtener estos conocimientos para así ponerlos en práctica en el momento que sean necesarios.

Por último, las mejoras que se deben de dar a través de las políticas públicas al progreso del cuidado son: en primer lugar, que haya una redistribución en la división del trabajo no remunerado, dando lugar a una mayor participación por parte de los hombres y la necesidad de incidir en estrategias que mejoren la salud mental sea cual sea el género. En segundo lugar, la necesidad de que haya mayor apoyo institucional, puesto que, muchos de estos trabajos son realizados propiamente por la familia sin apoyo de lugares especializados y que mejoren el bienestar tanto del cuidador como del que es cuidado (Batthyány, 2015).

Adicional a esto, se viene trabajando distintas perspectivas en torno al cuidado y es *Social Care*, la cual plantea que existen cuatro niveles que aportan de manera significativa al cuidado: el primero, es el componente informal donde se ubica la familia, amigos, entre otros. El segundo, es de beneficencia que agrupa a las iglesias u organizaciones de beneficencia. El tercero, es el comercial que mencionan empresas de asistencia o independientes que se dedican al cuidado del otro. El cuarto, es lo público-estatal que finalmente introduce a las instituciones gubernamentales, aparataje de gobiernos locales y nacionales (Bernal Terán, 2017, p. 2).

Mujeres y maternidad

La importante participación del género femenino como cuidadoras en nuestra investigación, nos llevó a preguntarnos acerca de esta función materna que la madre suele instaurar desde antes que sus hijas/os se conciba en el mundo físico, imaginándolo, idealizando y llenando expectativas al que viene en camino, construyendo simbolismos sobre él. Si bien, la maternidad a lo largo del tiempo ha sido cargada en las mujeres, desde una reflexión feminista acerca del lugar que se les están dando a ellas, es importante destacar cómo se ha transformado en ámbitos económicos y sociales dentro del hogar, y es por esto que, el cuidado termina siendo un fenómeno de preocupación en el ámbito doméstico (Tobío et al. 2010, p.12).

Para iniciar con esta discusión, es importante indagar sobre lo que ha significado la lucha femenina a través del tiempo, donde no sólo se ha clasificado a la mujer por medio de adjetivos como debilidad o dependencia del género contrario, sino también se le ha restado el poder que tiene sobre los hogares y hasta sus propias individualidades. En la actualidad, la constante lucha femenina ha dejado sus frutos para que las nuevas generaciones se apoderen de la riqueza de ser mujer y con esto, enmarcar la promulgación del poder femenino. Ante esto, Jaramillo (2013)

encuentra que lo que mayormente suscita la mujer son dos acciones fundamentales que se le ha dado socialmente al género: el *sacrificio* y la *negociación*, esto enfrentado a aquel deber materno que se le ha impuesto a la mujer y arraigado así misma.

Algunas mujeres no logran concebir la maternidad junto a sus derechos, debido a que, suele presentarse aquella maternidad como entrega total y *sacrificios* constantes o por el contrario, no se daría la maternidad sin esta vertiente de renuncia o sumisión. Mientras tanto, cuando entra un tercero a esta relación maternal, se da cierta *negociación* donde la mujer se ubica dentro del derecho de tener posibilidades equitativas en la crianza y es así como se puede establecer un pacto con el otro. A pesar de que, existan estándares donde el hombre tiene una fuerte relación en tomar el control sobre la economía del hogar o subjetividad de la mujer (Jaramillo, 2013, pp. 8-9). La hegemonía que se mantiene en muchos hogares sigue siendo fuerte y se ha reforzado a lo largo de la historia colombiana como lo menciona Jaramillo (2013) al encontrar que la mujer no se siente merecedora del derecho, debido al poder subjetivo que económica, social y culturalmente se le ha dado al género masculino.

Por otro lado, las madres son quienes están presentes en la mayoría de los hogares y así es como a través de la sociedad y este nido materno proliga a que exista una enseñanza inconscientemente a las hijas/os sobre esta idea del sacrificio respecto al cuidar del otro dejando cosas de la cotidianidad de lado. Jaramillo (2013) pone en perspectiva los dos lados: en el caso de las hijas, estas reciben los ideales de las madres como referencia de ser mujer y madres que terminan siendo atravesados por el sentimiento de sufrimiento y sacrificio (Jaramillo Burgos, 2002) y en el caso de los hijos, son ellos quienes deben de buscar una mujer que los cuide como lo hacía su madre. Ante esto último, pueden suceder tres cosas: (1) la mujer acepta y asume este rol que se le ha impuesto, (2) la mujer no acepta el sacrificio o (3) existe una negociación entre pares acerca de tareas y responsabilidades en los diferentes aspectos. En ocasiones, puede suceder que la mujer se oponga frente a lo que su madre le ha planteado que debe de ser su rol, por lo que empieza a surgir en ella “*la culpa* articulada a la imposición inconsciente de los mandatos maternos que es uno de los nombres de los obstáculos subjetivos que impiden la apropiación y el ejercicio de los derechos” (Jaramillo, 2013, p. 70).

Una de las vertientes que también ha jugado en el papel del género femenino como mayor promotor en el cuidado del otro y la entrega al hogar ha sido *la culpa*, por ejemplo, un pensamiento que recurre en ellas son el *ser egoísta* por obedecer a su propio goce en vez de

obedecer a lo que quiere el otro que generalmente suele ser una figura masculina (Gilligan, 2013). Es por esto que, la moralidad que recae frente a la mujer tiene un peso psíquico que afecta directamente y por lo que Gilligan (2013) menciona que “cuidar es lo que hacen las mujeres buenas, y las personas que cuidan realizan una labor femenina; están consagradas al prójimo, pendientes de sus deseos y necesidades (...)” (p. 50). Estas ideas que se desplazan a través de la feminidad fortalecen la idea patriarcal que divide a los géneros y hacen perder la voz femenina.

La culpa trae fuertes consecuencias que pueden iniciar un círculo de violencia, en el cual se gestiona una relación entre la culpa, el castigo y la responsabilidad, a pesar de que la mujer y su yo vean inadmisibles que haya violencia dentro de las distintas relaciones, inconscientemente existe una culpa que articula aquellas acciones como castigos (Jaramillo Burgos, 2005, p. 281). Este fenómeno se sigue manteniendo a lo largo del tiempo debido a las distintas situaciones de opresión que se articulan frente a la mujer y que el hombre también ha sido víctima del sistema patriarcal que se ha mantenido durante épocas.

Además, la demanda que surge de la mujer en la entrega del otro, de constantes sacrificios y renunciaciones de su propio deseo termina instaurando *una deuda impagable* de lo que el otro ha recibido a lo largo del tiempo y a su vez, se espera que sacrifique también sus deseos y aspiraciones (Jaramillo Burgos, 2013). Con esto, existe una dualidad en las relaciones que se manejan entre el que cuida y el que es cuidado, se cree que este sacrificio es un ideal altruista, sin embargo, “(...) sin importar en qué contexto se evoque, implica sometimiento, disciplina, dedicación, renuncia a sí mismo; también es una forma de generar en el otro una deuda que después no hay con qué pagar” (Gallo et al., 2012, p. 7).

Sin embargo, esta culpa por no seguir los deseos de estas mujeres se manifiesta debido a que “el sujeto que cede en su deseo está aferrado a su forma singular de gozar, petrificando en su goce” (Bueno-Restrepo, 2012, p. 11). Durante décadas, a las mujeres se les ha prohibido precisamente ser inamovibles respecto a sus decisiones y lo que desean para sí mismas. Como menciona Fernández (2021) “(...), la culpa, en tanto efecto percibido, sería un modo de decir acerca del goce, porque indica la posición del sujeto respecto del imperativo superyoico (...)” (p. 280). Esto último es lo que finalmente prevalece en el goce de la mujer y la envuelve en la culpa, como es el caso de aquella mujer cuidadora que renuncia a la posibilidad de satisfacción sexual.

Esta idea que recae sobre la mujer y la naturalidad que se le ha dado al género como un rol reproductivo y normalizado al cuidado del otro da lugar a que se convierta en un cuidado informal. A pesar que, en las leyes colombianas existen ciertas garantías para los trabajos informales cuando se trata de cuidar al otro, aún prevalece la idea de que la mujer por naturaleza debería de ser capaz de cuidar y que le nazca hacerlo. Aquí vuelve la idea del sacrificio que debe de obsequiar, donde se afecta su calidad de vida, es mayor la sobrecarga de cuidar y aumenta un riesgo de estrés. La sociedad es un determinante social importante en el cuidado que da la mujer, debido a que, conlleva que esta tarea sea impuesta, sancionable y como compromiso moral (Vaquiro Rodríguez & Stiepovich Bertoni, 2010).

En la actualidad se sigue trabajando por medio del Estado para asegurar a través de leyes propuestas, una mejora en la formación legal de las cuidadoras informales. Pero, sigue sucediendo que a estas cuidadoras no se les asegura un contrato de trabajo, un seguro de dependencia y peor aún, se puede observar el poco crecimiento de los programas sociales que ayudan a estas mujeres dedicadas al cuidado del otro (Vaquiro Rodríguez & Stiepovich Bertoni, 2010). Este apoyo por parte del Estado a instituciones sin ánimo de lucro suele ser nulo y son muy pocos los que son apoyados.

CAPsi

El Consultorio de Atención Psicosocial fue creado hace 9 años por varios profesores pertenecientes a la Universidad Icesi, con el propósito de “ofrecer un servicio oportuno y gratuito de orientación psicológica, dirigido a los grupos más vulnerables de la ciudad de Cali” (Castro-Sardi et al, 2020, p. 11). Como lo hemos comentado, el CAPsi brinda un espacio guiado principalmente por la escucha desprejuiciada hacia las personas de la comunidad que viven en los estratos 1, 2 y 3. Además, es un lugar donde los estudiantes del programa de Psicología tienen la posibilidad de formarse en el área de psicología clínica-comunitaria, participar en brigadas para que sean un agente activo en su proceso profesional y también pueden participar en las investigaciones que se estén gestando en el consultorio. Entonces, este es un espacio el cual permite, por un lado, que las personas en el momento que lo requieran tengan el acompañamiento adecuado en su proceso y tratamiento para aliviar su malestar. Por otro lado, les permite a los estudiantes tener un acercamiento a las problemáticas que vive la sociedad diariamente como lo

puede ser la exclusión y vulneración de los derechos, es así que, los estudiantes se pueden introducir a través de nuestra profesión al rescatar la subjetividad de cada individuo.

El CAPsi se orienta por el psicoanálisis aplicado, lo cual quiere decir en primer lugar que se orienta hacia una escucha activa de caso por caso a través de tejer un lazo social con el otro. En segundo lugar, se orienta esta escucha por medio de la escuela lacaniana, desarticulando las representaciones sociales que se tienen acerca del psicoanálisis como aquel dispositivo privilegiado por cierto sector económico al tratarse de consultas privadas, duraciones extensas o altos costos de consulta, tratándose del CAPsi como herramienta y dispositivo en contextos de vulneración social. Por último, es importante aclarar que este espacio no se trata de dar formación psicoanalítica como Castro-Sardi et al (2020) lo dice “nunca hemos pretendido que el CAPsi sea un dispositivo de formación en psicoanálisis, sino un dispositivo de formación clínico para estudiantes de psicología orientado por algunos principios y conceptos psicoanalíticos” (p. 29).

Por un lado, este es un espacio en donde los estudiantes del programa de psicología tienen la posibilidad de formarse en el área clínica por medio de las diferentes actividades anteriormente nombradas y una de ellas es a través de la consulta. Ante el proceso de atención psicológica se tiene una guía para ser llevada a cabo: la primera cita que tiene un consultante en el CAPsi es con la psicóloga encargada, esto con el fin de que se recoja la información requerida y conocer el motivo de consulta para después pasarlo a la practicante del momento. Esto se hace, por medio de una reunión donde están practicantes y psicólogos, que revisan los casos para luego asignarlos y empezar el proceso, el cual se puede describir como “un proceso terapéutico de corta duración, se desarrolla en aproximadamente siete sesiones con una regularidad de un encuentro semanal (...)” (Castro-Sardi et al, 2020, p. 24). Después de ciertas sesiones, se revisa el caso para saber cómo va el proceso y así, tomar una decisión sobre qué hacer y ayudar con el malestar del individuo. Entonces, es por medio de estos espacios que los practicantes tienen la oportunidad de formarse con la supervisión de un psicólogo y conocer las herramientas que tienen a la hora de intervenir.

Por otro lado, el recurso más adecuado para conocer sobre el CAPsi y los casos que han pasado por este consultorio, es a través del texto anteriormente nombrado de Castro-Sardi et al (2020). Este texto plasma todo lo que es el consultorio, su creación, su recorrido y sus enseñanzas que han ido adquiriendo. Estas últimas se pueden dividir en varias: *su pertenencia* y *función social*, debido a la gran demanda que hay hacia los psicólogos y los pocos dispositivos de atención

a los cuales se puede acceder, el consultorio brinda a las personas de los estratos 1, 2, y 3 ese espacio en el cual ser escuchados de manera gratuita. Otra podría ser, *una investigación clínica relevante*, donde los trabajos de investigación surgen gracias a las experiencias vividas en el consultorio, por lo tanto, la práctica y la investigación se pueden trabajar por la misma vía y tener una retroalimentación permanente (Castro-Sardi et al., 2020). En resumen, el CAPsi es un espacio que brinda diversas posibilidades tanto para los consultantes como para las personas que están realizando su práctica/formación en el área clínica o psicólogos graduados, además del importante trabajo a la comunidad vulnerable en los distintos fenómenos sociales que puede estar pasando un individuo.

Psicosis

En nuestra investigación, es fundamental distinguir la psicosis como una condición mental que algunas personas pueden padecer y llegar a un malestar continuo en sus vidas cotidianas. El CAPsi se encuentra fuertemente influenciado por el enfoque del psicoanálisis aplicado, se destaca por observar a un individuo como alguien que enfrenta la psicosis en lugar de estigmatizar como alguien con un trastorno específico, esto nos permite abordar de manera más subjetiva el malestar que experimenta cada uno, sin dejar de lado su singularidad. Las personas que han sido atendidas y escuchadas a lo largo del tiempo en el CAPsi, nos brindan una comprensión de las luchas cotidianas que enfrentan. Al mismo tiempo, esto nos permite dar espacio a la singularidad de cada individuo y comprender sus relaciones interpersonales con sus familiares y cuidadores.

Con esto, la estructura de la psicosis se abordará desde el psicoanálisis, la cual se basa en los fenómenos elementales que son criterios para distinguir la estructura general de la psicosis, además de orientar hacia el diagnóstico diferencial y dirección de un tratamiento terapéutico (Álvarez, 2013, p. 82). Estos fenómenos elementales, se pueden dividir en tres: el primero, se trata de fenómenos de automatismo mental, los cuales se caracterizan por la irrupción de voces del discurso de otros. La segunda, se medía alrededor del cuerpo, también llamados fenómenos que conciernen al cuerpo, en el que hay sentimientos de separación o extrañeza, también, distorsión temporal en la percepción del tiempo o espacio. Por último, el tercer fenómeno se basa en el sentido y la verdad, en el cual, a través del discurso se busca la certeza extrema o experiencias inexpresables (Miller, 2006 p. 24).

El psiquiatra De Clérambault, definió el automatismo mental como un síndrome y así mismo, lo dividió en dos grandes grupos: el primero, son aquellos *fenómenos groseros y tardíos del automatismo verbal* y el segundo, *los sutiles y precoces* (Heuyer & Serra, 1950). Los fenómenos groseros y tardíos del automatismo verbal se caracterizan por ser mayormente alucinaciones auditivas, olfativas, gustativas, visuales, cenestésicas y genitales. También este grupo puede presentar automatismos motores tales como hechos vulgares, impulsos e inhibiciones. El segundo grupo se trata de lo que los autores mencionan como *robo y eco del pensamiento*, en el que existen hechos ideos verbales vulgares con distintos tipos de pensamientos como el anticipado, recordado, etc., junto al síntoma de adivinación del pensamiento de otra persona y emancipación de los abstractos.

Los fenómenos elementales no necesariamente suceden de manera simultánea a un diagnóstico de psicosis. Miller (2007) menciona y pone en vista lo precavido que debe ser aquel profesional que diagnostique, pues, en su mayoría, los automatismos mentales pueden haber sucedido en la infancia y finalmente, en la adultez se pueda desencadenar una crisis psicótica. Se debe de ser riguroso, metódico y seguro para discernir entre la psicosis y neurosis, debido a los síntomas que se dan, puesto que puede llegar a presentarse ciertas confusiones.

También, Álvarez (2007) identifica tres grandes categorías de la psicosis de la psiquiatría clásica: la esquizofrenia, la melancolía y la paranoia. En el caso de la *esquizofrenia*, se evidencian manifestaciones relacionadas con el cuerpo, como la fragmentación del mismo y trastornos o afectaciones en el lenguaje. Además, se presenta una desconexión de la realidad a través de alucinaciones y delirios que se manifiestan en la persona misma. En cuanto a la *melancolía*, puede ser delirante o no, y se caracteriza por manifestaciones relacionadas con el autodesprecio y sensación de ser objeto de desecho del Otro. Las personas que la padecen experimentan profunda tristeza y desesperanza, así como una disminución en la capacidad de sentir placer. Por último, en la *paranoia*, las manifestaciones están vinculadas al saber y a la verdad, como la auto referencia y las ideas de certeza. Estos síntomas generan una desconfianza extrema hacia los demás en la persona afectada.

Ahora bien, a lo largo de las décadas, ha ocurrido una transformación en la dinámica de la relación entre el paciente y su tratamiento, donde el paciente se ha convertido en el protagonista y sujeto activo. Sin embargo, las instituciones aún mantienen un papel determinante en la decisión de qué enfoque prevalece en el tratamiento del individuo, su duración y frecuencia, sin tener en

cuenta el malestar y la singularidad de cada uno de los pacientes. En la actualidad, la salud mental está experimentando un fenómeno de medicalización de la vida cotidiana, en el cual los síntomas son considerados como parte de un check list en los manuales contemporáneos de psiquiatría, convirtiéndose en el único elemento de referencia para abordar el malestar. El aplacamiento farmacéutico y la estigmatización en torno a la psicosis han dado lugar a que las personas que experimentan esta condición, junto a sus redes de apoyo, a menudo se vean atrapadas en un mundo marcado por un diagnóstico. A su vez las instituciones tienden a dirigirse hacia aquellos que disponen de los recursos privados, dejando generalmente a un lado a quienes más necesitan ayuda. Esta problemática plantea la urgente necesidad de reformar nuestro enfoque en la industria farmacéutica y en la percepción pública de las enfermedades mentales, con el fin de promover una atención equitativa y efectiva para quienes enfrentan la psicosis y cómo también están inmersos sus familiares.

Es así como, el CAPsi termina siendo un dispositivo de atención primaria en salud mental, el cual está guiado por la escucha desprejuiciada a personas de la comunidad (Castro Sardi, 2016). Durante su funcionamiento, han recopilado datos sobre los diferentes sectores y comunas de donde provienen los consultantes, incluyendo información sobre su estrato y motivos de consulta. En esta última, se ha realizado una categorización de los casos relacionados con enfermedades mentales, donde se incluyen personas con psicosis. De este grupo, los consultantes que asisten al CAPsi, se destacan por cuatro características: primero, llegan de forma autónoma, exceptuando los menores de edad, quienes sí asisten en compañía de un adulto. Segundo, los consultantes pueden tener fórmula de medicamentos psiquiátricos, pero presentan dificultades de adherencia o pueden haber pasado por una internación y prefieren no repetir esa experiencia. Tercero, los consultantes se encuentran en situaciones de desinserción laboral o educativa y tienen relaciones interpersonales conflictivas (Castro Sardi, 2016), por lo que se busca la reinserción a estas actividades. Por último, muestran una fuerte necesidad de ser escuchados y reconocidos, lo que se refleja en su asistencia puntual a las citas y en la extensión del tiempo de sus sesiones.

Frente a esto, cuando los consultantes llegan al CAPsi, ingresan al proceso de atención y si se observan estas características, se trabaja con una hipótesis de diagnóstico de psicosis y así se les ofrece el acompañamiento adecuado. Castro (2016) dice “hemos acogido a estos consultantes en el dispositivo, ofreciéndoles un espacio de escucha desprejuiciada y, más importante, procurando palpar el momento de una crisis o desencadenamiento” (p. 151). El desencadenamiento de una crisis puede darse por diversas razones, como una acción, palabra o

frase, por lo tanto, la persona que lo acompaña en el proceso debe ser rigurosa. También, “muchos de ellos pueden encontrar lugares, lazos y períodos durables de estabilización, (...) como los recursos subjetivos y sociales que les proporcionan elementos estabilizadores, para promoverlos y fortalecerlos” (Castro Sardi, 2016, p. 151). Por lo tanto, es importante que el consultante reconozca esto al igual que los elementos que podrían desencadenar una crisis, para así evitarlos en la medida de lo posible. Por último, es necesario destacar que el CAPsi no ofrece consejos, ni recetas o soluciones a los consultantes, debido a que se trabaja en una "escucha basada en el reconocimiento de la singularidad" (Castro Sardi, 2016, p. 152).

5. Metodología

Nuestra investigación está enmarcada en una epistemología cualitativa y se basa en una metodología de estudios de caso. Se entiende como estudio de caso a “abordar un hecho, fenómeno, acontecimiento o situación particular de manera profunda y en su contexto, lo que permite una mayor comprensión de su complejidad y, por lo tanto, el mayor aprendizaje del caso en estudio” (Durán, 2012, p. 121). Además, según González (2013) “el método de estudio de casos es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica, en que a través del mismo se puede registrar y describir la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado” (p. 140). Si bien, es importante para nuestra investigación rescatar la subjetividad de las personas a través de la descripción y análisis de cada caso, teniendo en cuenta que, cada experiencia de un cuidador es distinta cuando uno de sus familiares es diagnosticado con psicosis.

Como lo hemos mencionado, se utilizarán dos casos del CAPsi, que es el Consultorio de Atención Psicosocial de la universidad Icesi ubicado en la ciudad de Cali. Adicionalmente, la información brindada sobre los casos permanece bajo el total anonimato y con consentimientos informados previamente diligenciados. Es por lo anterior que, este estudio de caso será *múltiple*, debido a que los casos seleccionados tienen en común la misma problemática, pero cada uno es único. También, será *exploratorio*, puesto que este, “pretende conseguir un acercamiento entre las teorías inscritas en el marco teórico y la realidad objeto de estudio” (González, 2013, p. 140).

Población

En nuestra investigación, se construirán dos casos clínicos de dos mujeres que asistieron al Consultorio de Atención Psicológica de la Universidad Icesi (CAPsi) a partir de sus historias clínicas. El primer caso, es una mujer de 53 años, vive en estrato 2, su actividad económica se basa en el cuidado en casa de personas enfermas, tiene un técnico-auxiliar de enfermería, vive en unión libre y asistió a 5 sesiones. El segundo caso, es una mujer de 57 años, se ubica en un municipio aledaño a Cali, vive en estrato 2, su ocupación es artesana, es soltera y asistió a 8 sesiones. Estos dos casos, fueron filtrados a través de una serie de análisis sobre la base de datos del CAPsi, para así encontrar una relación donde se evidenciará los significados que las dos consultantes le dan al estar al cuidado de un pariente diagnosticado con psicosis. Además, las consultantes al iniciar su proceso en el CAPsi firmaron un consentimiento informado, en el cual autorizan el uso de la información de dicho proceso para propósitos de investigación académica, salvaguardando la confidencialidad.

6. Categorías de análisis

Significados sobre el diagnóstico en salud mental

Un elemento clave que la mujer gestiona dentro de sí al ser también madre es cómo significan y asumen el diagnóstico de una condición mental de aquel ser que ha idealizado desde el inicio o antes del embarazo. Otro aspecto que entra en juego es lo que menciona, Rivera-Negrón (2017) donde aquellas personas que asumen el rol de cuidador evidencian “una tendencia a sentirse estigmatizados y aislados de los recursos habituales de apoyo social y emocional” (p. 35), donde aspectos como la falta de información y comprensión de la condición mental tampoco se le amplía a aquel que la padece y al que, en nuestro caso, son las cuidadoras primarias.

Las mujeres frente al cuidado

Esta categoría se refiere a la posición que tienen las dos mujeres consultantes acerca del rol que han asumido como cuidadoras de sus hijas/os que tienen un diagnóstico de psicosis. De esta manera, comprender la manera de pensar de cada una de las mujeres sobre lo que para ellas significa el cuidado, el cuidar de otro que tiene un diagnóstico y lo que esto para ellas demanda en su vida. Además, conocer las prácticas de cuidado que realizan en la cotidianidad, entendiendo que “el “trabajo” de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios (...). Cuidar también supone dar apoyo emocional y social” (Bódalo-Lozano, 2010, p. 87) y así mismo, indagar cómo ellas se sienten al respecto de lo que le están brindando al otro. También, es importante conocer cómo ellas asumen ahora este rol de ser cuidadoras, debido a que su tiempo se centra más en el cuidado del otro que en el de ellas mismas y, como consecuencia de esto, pueden estar dejando un poco de lado las cosas que antes hacían con mayor frecuencia.

Los significados alrededor de la vida siendo mujer

Hace referencia a la construcción de lo que la mujer hace y cree sobre sí misma alrededor de los aspectos sociales, culturales, semánticos, económicos y maternos que recaen sobre su género. A través del tiempo, “(...) las mujeres incluyen en sus proyectos de vida, otra variedad de metas, no sólo ser madres, y al parecer esas otras posibilidades les aportan felicidad y satisfacción, al igual que hace la maternidad.” (Londoño et al. 2016). Esto ha sido una transformación que ha oscilado alrededor de múltiples cargas sociales y que se le ha dado por el deber ser “buena” madre, esposa y/o mujer reprimida.

Resignificación del cuidado

Peña (2019) comenta que “se puede afirmar que resignificación es un proceso de reconstrucción que da importancia nuevamente a algo” (p. 258). Por ejemplo, una persona antes tenía una perspectiva sobre las personas que tienen un diagnóstico y hoy tienen una perspectiva diferente del mismo tema, puesto que tuvieron la oportunidad de darle un nuevo significado por

medio de las experiencias que han tenido. Entonces, esta categoría está dirigida a comprender la resignificación que las mujeres consultantes le dan al cuidar de sus hijas/os con diagnóstico de psicosis. Es así que, está la posibilidad de que las mujeres antes de asistir al CAPsi tuvieran una perspectiva sobre lo que era el cuidado y la manera en que debían de ponerlo en práctica con sus hijas/os en su cotidianidad. Pero, está la pregunta si a través del proceso que llevaron en el CAPsi, del acompañamiento y espacio de escucha que les brindaron, de entender diferentes puntos en el camino, entre otras más, hicieron que las mujeres consultantes le dieran un significado nuevo a su rol de cuidar.

7. Casos

A continuación, presentaremos los dos casos construidos a partir de las historias clínicas de los procesos de atención psicológica desarrollados en el CAPsi de la Universidad Icesi.

Caso de Florencia

Florencia es una mujer de 53 años que se dedica al acompañamiento y cuidado en casa para personas enfermas y está graduada de técnico – auxiliar de enfermería. Actualmente, vive en la ciudad de Cali junto a su esposo y tiene una relación estrecha con sus hermanas. La consultante solicita el servicio del CAPsi en mayo del 2022, debido a que ha tenido muchos conflictos con su hija Alba de 34 años, quien recibió tratamiento por psiquiatría, dado que llevaba 3 días sin dormir y estaba “ida”. Además, su hija se ha comportado grosera con ella, insultándola de manera verbal. En el CAPsi, la consultante llevó un proceso de cinco sesiones con dos inasistencias entre la cuarta y quinta sesión.

En la primera sesión, Florencia narra que tuvo que ir por su hija hace 7 meses a Panamá, dado que tuvo una crisis. En dicho país, Alba vive sola y tiene una hija llamada Cecilia de 14 años, quien vive con su padre. Las crisis de Alba iniciaron en el 2014, cuando la consultante se separó de su esposo. Florencia, refiere que se da cuenta de las crisis de su hija, porque deja de contestar las llamadas y los mensajes. El día que regresaban a Colombia, tenían que tomar un vuelo, pero Florencia “explotó”, ya que Alba la dejó encerrada mientras iba al mercado y cuando

vuelve, llorando le dice a su hija que no quiere quedarse en Panamá y logra que vuelva con ella a Cali. Al llegar a la ciudad, Alba se niega a ir al hospital psiquiátrico siendo agresiva con Florencia. Ante esta situación, las hermanas de Florencia intervienen llevándola al hospital para que fuera medicada, pero no internada. Esto, debido a la situación que habían vivido con su madre durante la pandemia del Covid - 19, pues se enfermó y Florencia autorizó para fuera trasladada a UCI, donde murió días después. La consultante refiere que sus hermanas “le cargan todo”, por lo que siente “culpa” e “impotencia”.

En el hospital psiquiátrico, le recetaron un medicamento a Alba, sin embargo, no ha tenido adherencia al tratamiento, debido a que lo toma de forma intermitente, y han estado a la espera de una cita con control con psiquiatría para reformular el medicamento. Florencia, trata de explicarle la importancia de que se tome el medicamento como es, pero su hija le dice “que no la joda” y se encierra, porque “ella no quiere que la maneje”. Aún sin saber si se lo toma, durante las sesiones, Florencia dice que su hija está más “centrada”, además su relación ha ido mejorando y en una de las sesiones, se le reitera la importancia de que Alba se tome el medicamento, para evitar una nueva crisis.

A raíz de la situación vivida con su madre, Florencia comenta que se siente “desanimada” con sus hermanas por la forma en que tomaron su muerte. Además, se da “garrote”, porque “si la hubiera llevado a una clínica privada”, “su madre no hubiera muerto”. Por otro lado, Florencia tiene una relación complicada con el exesposo de su hija, debido a que Alba entró en crisis hace 4 años cuando gestionaban la custodia de Cecilia para que pudiera venir a Colombia, pero él se negó y trató mal a Alba diciéndole “es una loca”, por lo que Florencia intervino y tuvieron un “altercado”. En cuanto a su nieta Cecilia, la llama para explicarle la situación de su mamá, pero ella se siente incómoda, debido a que, Alba la llama cuando está en crisis. También, comenta que Cecilia quiere venir a Colombia, pero su papá se niega y la idea de que pueda venir le parece positiva, porque su nieta “es la medicina” de su hija. También, Florencia destaca el apoyo que su esposo le ha brindado. Comenta que desde que su hija regresó a Colombia, ha estado viviendo con ellos, pero esto ha generado inconvenientes dentro de la casa, como groserías dirigidas hacia ellos y discusiones debido a que a su hija no le gusta que él vea noticias en la sala.

Actualmente, Alba regresó a Panamá por sus propios medios y una de los motivos fue Cecilia, quien ya casi cumple 15 años. Ante esta decisión, Florencia se siente afectada emocionalmente, porque “no quiere que su hija se vaya a Panamá”, no por ser “egoísta”, sino por

“miedo”, puesto que anteriormente le han mandado videos de su hija desorientada en Panamá. Además, sobre la idea que se fuera, sus hermanas en repetidas ocasiones le habían dicho “debería dejar que su hija se vaya” y “quitarse ese problema de encima”, pero Florencia “no puede dejarla sola” y en Panamá no tiene a nadie.

Alba para poder regresar a Panamá como lo hizo en el año 2018, adquirió deudas que no ha tenido la oportunidad de pagar y ha sido difamada como “estafadora”, por lo que Florencia ha considerado la posibilidad de asumir esas deudas en su lugar. Su motivación para tomar esta decisión radica en el deseo de evitar que Alba se endeude más en Panamá, ya que sabe que el estrés generado por las deudas puede desencadenar crisis en ella. Florencia siente que está siguiendo el ejemplo de su madre, quien la ayudó en una situación similar en el pasado. Además, una de las hermanas de Florencia ayudó a Alba prestando dinero para conseguir un préstamo, a pesar de que en ocasiones anteriores les había dicho que no lo hicieran.

Durante el proceso, Florencia logra hablar con su esposo y hermanas sobre la situación de su hija y lo que esto implicaba, para que estuvieran todos “en la misma línea”. Por un lado, Florencia le pide a su esposo que cuando Alba esté en la casa, evite ver noticias en la sala, ya que esto la altera, por lo que él accedió, porque es "respetuoso" y si Alba la trataba mal, "solo se fuera" para establecer límites y evitar conflictos. Por otro lado, durante toda la situación, ha contado con el apoyo de sus hermanas, quienes están ahí cuando ella lo necesita. Aparte, desde que Alba está en Panamá, Florencia hace seguimiento de la adherencia del medicamento de su hija por medio de Cecilia y “cuida del negocio” de Alba, aunque ella le dice “cierre el negocio”, pero se esforzó en “ponerlo bonito”. En la última sesión, Florencia comenta que “ha dejado de hacer muchas cosas” por cuidar de su hija Alba, pero en ese momento no se profundizó más.

Caso de Gloria

Gloria es una mujer de 57 años que se dedica a las artesanías, aunque ocasionalmente trabaja en un supermercado. Actualmente, vive en un municipio aledaño a la ciudad de Cali con su hijo menor Mario de 21 años. Además, mantiene una relación con Javier, el papá de sus hijos y una relación estrecha con su hijo mayor Daniel y su tía materna de 80 años. La consultante solicita el servicio del CAPSi en febrero del 2022, debido a que se estaba sintiendo mal y “culpable” desde que Mario fue hospitalizado debido a los delirios y agitación que experimentó

en los últimos meses. Cuando solicita la cita al Consultorio, ella refiere que no ha tenido contacto con su hijo durante 3 días desde que lo internaron, y no sabe qué puede hacer. También, manifiesta sentir “desespero” por la situación de su hijo menor, quien la hace sentir “invadida”, lo que le dificulta concentrarse y conciliar el sueño. En el CAPSi, la consultante llevó un proceso de ocho sesiones con una inasistencia entre la sexta y séptima sesión.

Durante la hospitalización de su hijo Mario, Gloria comenta que lo llamaba a diario, pero dejó de hacerlo, porque él trataba de convencerla para que lo sacara o la hacía sentir mal por “haberlo dejado allí”, por eso decidió comunicarse directamente con el hospital para que le informaran sobre su estado. También, su hijo mayor Daniel estuvo más presente a lo largo del proceso que estaban viviendo. Gloria dice que sus hijos son diferentes el uno del otro, porque Mario es “afectuoso” con ella mientras que Daniel es “poco expresivo”, pero hay cosas que él hace que le demuestran cariño, como llamarse todos los días.

Gloria se sentía mal por “haberlo dejado allí” a su hijo Mario, por lo que se indagó si antes había vivido otra situación que la hiciera sentir de esa manera. Ante esto, habla sobre su divorcio, pero dice que “no se permitió sentir mucho” como lo está haciendo ahora, porque se “está destapando” al buscar ayuda. A pesar del divorcio, mantiene comunicación con Javier, el padre de sus hijos y se ven unos días a la semana, pero Gloria no le pone nombre a la relación, porque dice “a veces ya no quiero más esta relación”. También, siente molestia por las llamadas diarias que Javier le hace, pues no tienen de qué hablar y deja el celular en alguna parte de la casa para que él la vea.

En marzo, Gloria comenta que su hijo Mario sale de la hospitalización y le expresa que “está preocupado por conseguir trabajo”. Incluso su hijo tiene miedo de salir de casa y Gloria expresa que no ha podido conciliar el sueño, porque Mario le dijo “ojalá Dios se acordara de mí y me llevara”. Aparte, Gloria dice que él antes de la hospitalización tenía un trabajo, pero no pudo sostenerlo, porque no se concentraba y respondía de manera incoherente. Además, ha notado que Mario “come demasiado” cuando era una “persona de poco comer” y esto le genera preocupación, pues piensa que todo en exceso es malo y en sus citas con el psiquiatra su hijo Mario expresa no acordarse sobre su internación.

Gloria dice sentirse triste por el comportamiento que Mario tiene hacia ella y cuando es el momento del medicamento, él dice “nadie me quiere, ni usted, usted me dejó solo”. Pero, al

transcurrir las sesiones, Gloria comenta que su hijo está respondiendo al medicamento y gracias a esto está más activo y comunicativo. También, empieza a sentir que Mario “quiere absorber su tiempo”, pues, al querer salir de casa, le hace preguntas y le insiste que se quede o si puede acompañarla. Sin embargo, hay pocos sitios a los que le gusta ir como la iglesia cristiana, pero Gloria “no confía” en ellos por una situación del pasado. Aun así, cuando quiere salir debe avisar con tiempo a Daniel y Javier para que supervisen a Mario, sin embargo, a Javier no le gusta que ella salga, por lo que Gloria expresa “yo he dejado mi vida por mis hijos” por lo tanto, siente que es injusto. Además, a Javier, a Mario y a su tía materna no les gusta que salga del hogar por temor a que le pase algo, así que ella sale con este mismo presentimiento.

Más adelante en el proceso, Gloria manifiesta sentir culpa por la hospitalización de su hijo Mario, pues la llamó “falsa” ya que él no quería que lo internaran y este sentimiento, le hace preguntarse si ella tuvo algo que ver con que Mario se colocara así. Con esto, trae a colación un recuerdo: cuando su hijo estaba en séptimo, en ese momento se vió en la obligación de cambiarlo de colegio, porque le hacían bullying, aunque él no quería estudiar y decía que “todos le iban a hacer daño”, es allí donde Daniel intervienen y empiezan a discutir, esto finaliza con Mario siendo golpeado por su madre y lo cambia de colegio.

Otra situación de culpa para Gloria fue cuando dejó su hogar, porque su esposo decía que no le dedicaba tiempo a él, aunque ella “nunca quería dejar la casa de su mamá y su papá”. Cuando no estaba en su hogar, su madre muere a causa de un derrame cerebral, por lo que siente culpa al no haberla acompañado. Así que, vuelve a su hogar para acompañar a su padre, quien murió años después por cáncer, pero no se siente culpable. A parte de ellos, tiene una media hermana, pero dice que ella cuenta su vida personal a todos, a lo que dice “la vida de uno es de uno y no se tiene por qué hablar de eso”. Además, con Gloria se presenta la dificultad, de que al interpelar con preguntas sobre si misma, ella refiere sentirse mareada, con visión borrosa, con dolor de cabeza y llora, a lo que manifiesta que “por eso no le gusta hablar de sus cosas”. Por este motivo, se decidió no seguir cuestionando a la consultante.

En cuanto a su trabajo, Gloria cuenta que las ventas han estado bajas por falta de material, precios elevados y demás por la pandemia del Covid-19, por lo que se le da la opción de que cuando las haga, las ofrezca por redes sociales. Ante esto, Gloria ha tenido el tiempo para realizar artesanías, pero no las ha empezado a vender, porque no sabe cómo manejar las redes sociales y

le pide ayuda a Daniel, aunque mantiene ocupado. También, por cuenta propia ha visto videos, pero siente que “no le ha puesto el suficiente interés” y sin sus gafas, se le complica.

A partir del proceso, Gloria ha podido identificar que la relación con su hijo Daniel se ha vuelto cercana durante las crisis de Mario y él le pide ayuda a Gloria para que cuide a su hijo mientras él está trabajando, por lo que va diariamente a la casa de Daniel. Respecto a Javier, cuando no la puede llamar, ella lo extraña y con eso se da cuenta, lo que siente por él, pero reconoce que la relación es inestable, “a veces ya no quisiera tener a nadie” y respecto a lo “íntimo”, “lo rechaza mucho”. Por otro lado, es importante que Gloria identifique sus redes de apoyo para el cuidado de su hijo Mario cuando necesita salir y así mismo, nombre de instituciones en caso de necesitarlas. En la última sesión, se le reitera la idea de que es imposible “mantener a todos contentos” y esto la ha llevado a “dejar de hacer sus cosas”, así que debe identificar qué es lo que desea respecto a su trabajo, su vida, su tiempo, entre otras, pues su hijo Mario requiere cuidado, pero eso no significa que ella “deje de vivir”.

8. Análisis

Significados sobre el diagnóstico en salud mental

A lo largo de los casos de las dos mujeres se resalta una expectativa del mundo del que rodea a su hija/o, es decir, estas mujeres entienden la demanda social que recae en su familiar y es así como reconocen que constantemente la sociedad está buscando personas *funcionales*, un ejemplo de esto es la preocupación que causa en Gloria el hecho de que su hijo no tenga un trabajo estable. Además, Mario el hijo de Gloria fue hospitalizado, porque en los últimos meses empezó a presentar síntomas como delirio y agitación. Tiempo después, sale de la hospitalización y empieza tratamiento con medicación psiquiátrica. En cuanto a Alba la hija de Florencia, fue llevada al hospital psiquiátrico, porque llevaba tres días sin dormir y estaba *ida*, por lo que es atendida en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico, pero las tías se niegan a la hospitalización.

En el caso de Florencia, ella experimenta un constante vaivén desde que su hija Alba recibió el diagnóstico, puesto que le ha resultado difícil adherirse al tratamiento. Esto se suma al hecho que *no quiere que su hija se vaya a Panamá*, debido al *miedo* de revivir situaciones del pasado, en las que su hija se ha encontrado desorientada en las calles. Además, Florencia siente una falta de control sobre las acciones que pueda realizar Alba, pues no pudo hacer nada frente a la decisión de su hija de regresar a Panamá. También, existe una dinámica de protección constante por parte de Florencia, ya que busca pagar las deudas que tiene su hija y mantener el negocio que organizó para ella. Esto último demuestra la necesidad de suplir ciertas decisiones de Alba, lo que podría ser un efecto de la situación delicada en la que se encuentra cuidando a una adulta que ha sido diagnosticada recientemente con psicosis y tiene poca adherencia a su tratamiento psiquiátrico.

Ahora bien, es necesario delimitar hasta qué punto el suplir las decisiones de su hija cae en el control maternal, ya que, de manera inconsciente, Florencia está inmersa en la demanda de funcionalidad y adaptabilidad. Este control se deriva de una normalización de un sujeto adiestrable frente a lo que esta persona desea o no, existe un discurso hegemónico en lo que se espera de una persona *normal y razonable*, refiriéndonos a una problemática actual, es cómo han sido culturizados los psicofármacos para “vivir mejor y más feliz” (Castro, 2013, p.88). Las expectativas sociales que enmarcan a estas personas, las encapsulan en una hipótesis psiquiátrica desde que les dan un diagnóstico.

Lo anterior, finalmente genera múltiple segregación y exclusión en torno a aquellos que experimentan malestar subjetivo, que constantemente se incrementa cuando se ausenta la medicación y la terapia psicológica. Para terminar, es así como la preocupación que siente esta madre al tratar de volver a lo que era una vida sin el diagnóstico en su país de origen y cómo ha transcurrido la condición de su hija Alba entre fronteras y altibajos, es una premisa en su malestar y ubicarse más allá de ser cuidadora, como en el estudio de Bódalo-lozano (2010) y Giraldo Molina & Franco Agudelo (2006), en los cuales las participantes no se reconocen como mujeres más allá de cuidadoras.

Ahora, no es nuevo que cuando una persona es rotulada con un diagnóstico de salud mental quieran ejercer algún tipo de control y vigilancia en las acciones que tome esta persona, porque, no fue hasta el siglo XX que se replanteó esta premisa que venía desde hace años, cuando a aquel que sufría un malestar psicológico se enmarca como loco y el único tratamiento que

ofrecía era el aislamiento social (Dimenstein, 2013, p. 48). Es así como se puede evidenciar la preocupación de Gloria y cómo reconoce las crisis en la salud mental de su hijo Mario. También, la consultante menciona *sentir desespero*, debido a todo lo que ha desencadenado la crisis y la hospitalización de su hijo, pues, de alguna manera para ella fue impactante que su hijo fuera aislado de toda su familia y no tener contacto con él los primeros días. Estas prácticas de la persona aislada no es algo nuevo en las instituciones, donde se mantenía la creencia de que “los locos deberían ser sistemáticamente investigados para que sus defectos fuesen ajustados y no perturbasen el orden público y el bienestar de las clases dominantes” (Dimenstein, 2013, p. 48). Es así como, es importante destacar la preocupación que siente Gloria ante este suceso, en el cual existe un “aplastamiento de la dimensión subjetiva” (Gallo, 2011 citado por Castro, 2013, p. 106) de Mario, en la cual la institución impone el tipo de tratamiento, su duración y alta, nuevamente, ubicándolo en un lugar pasivo como sujeto y rotulando su nombre por un diagnóstico.

Además, durante las sesiones, Gloria mencionó sentirse *invadida*, no solo por su hijo menor, sino también por su tía materna y Javier, el padre de sus hijos. A pesar de que, dentro del cuidado que tiene hacia su hijo Mario logra ubicar la importancia de las hospitalizaciones, del tratamiento, las redes de apoyo y demás herramientas para la recuperación de su hijo, en las sesiones se le dificulta centrar el discurso en ella y en lo que siente. También, Gloria hace el trabajo de ubicar las crisis de su hijo Mario en la infancia, como cuando él estaba en séptimo grado y Gloria tomó la decisión de cambiarlo de colegio, porque le estaban haciendo bullying, pero su hijo le dijo que no quería seguir estudiando y que “todos le iban hacer daño”. Esta situación, le permitió a Gloria preguntarse si lo que había sucedido en ese momento, ocasionó que sus hijos fueran como son hoy en día y como ella lo nombra, tan diferentes el uno del otro.

Para concluir, ambas madres se ven inmersas en tres puntos claves que dieron lugar a la urgencia subjetiva y lo que finalmente llevaron a acudir al dispositivo de escucha. El primero, en los casos de ambas consultantes se pudo identificar por medio de sus relatos, situaciones que pudieron ser posibles detonantes para el desencadenamiento de las crisis de cada uno. En cuanto a Florencia, lo que implicaba para ella cada una de las crisis que ha vivido su hija Alba desde el 2014, año en el que empezaron las crisis por la separación de sus padres y en el caso de Gloria, quien asiste al dispositivo, debido a que está muy angustiada por la hospitalización de su hijo Mario y a través de las sesiones, menciona la situación de bullying que Mario vivió en el colegio, esto en un intento por comprender lo que le ocurre a su hijo.

El segundo, cuando se da el diagnóstico a su hija/o, y el tratamiento psiquiátrico que puede ser el inicio de la mediación o la hospitalización donde aparecen nuevamente síntomas de malestar que se han gestado desde que se enmarcan como psicótica/o, y no como lo que realmente son: una persona con una realidad distinta el uno al otro y ubicándolos como agentes inactivos de su tratamiento. Esta inactividad prima el silenciar síntomas a través de medicación y ni siquiera una observación y escucha activa de la persona que se está viendo inmersas en un sistema de salud que prioriza lo capitalista, la productividad y deja de lado un enfoque comunitario de la salud mental. Si se lograra pactar en algún momento aquel enfoque comunitario se podría lograr un trabajo intersectorial dando frutos en tratamientos de buena calidad y cobertura alrededor del país.

Finalmente, Dimenstein (2013) comenta que “el desarrollo de servicios que atiendan a las amplias necesidades y problemáticas sociales de la población portadora de trastornos mentales, especialmente lo que respecta a la rehabilitación psicosocial (..)” (p. 53), pues es importante que cuando un sujeto ha pasado por un proceso de hospitalización y tratamiento, se integre nuevamente a las actividades cotidianas de la vida como lo puede ser el trabajo, el estudio, entre otras. Además, las consultantes presentan dificultades para contar con un sistema que ofrezca procesos de rehabilitación psicosocial para sus hijas/os y ellas, para que las orienten sobre cómo pueden acompañar a sus hijas/os y no sientan que son las únicas responsables de ellos como en el estudio de Wagner et al. (2011).

Las mujeres frente al cuidado

Bódalo-Lozano (2010) comenta que el “trabajo de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios (...). Cuidar también supone dar apoyo emocional y social” (p. 87). Un ejemplo de ello, es el acompañamiento en la toma del medicamento psiquiátrico que le han recetado a cada uno. Por un lado, Gloria en el momento de la medicación de su hijo, escucha por parte de él comentarios como *nadie me quiere, ni usted, usted me dejó solo*, aunque al transcurrir las sesiones, Gloria dice que su adherencia ha sido buena pues le ayudó a su hijo a estar más activo y comunicativo. Por otro lado, Florencia está pendiente de que su hija Alba se tome el medicamento, aunque no ha tenido buena adherencia y aun estando en Panamá, Florencia se comunica con su nieta Cecilia para recordarle la importancia de este para evitar una nueva crisis. Teniendo en cuenta que, en ocasiones persiste “la necesidad de acudir al

saber psiquiátrico y a la medicación en los casos donde se avecinan episodios críticos” (Castro Sardi, 2016, p. 154), si bien la medicación psiquiátrica tiene un lugar relevante en el tratamiento de la psicosis en los sujetos, el plan de intervención antes de las crisis psicosis no puede quedar reducido a esto como en el caso de la hija de Florencia, quien debe de tomarse la medicación para evitar una nueva crisis.

Uno de los elementos que nombra Bódalo-Lozano (2010) en la cita anteriormente es “cuidar también supone dar apoyo emocional y social” (p. 87), pues ambas consultantes al asumir el rol de cuidadoras con sus hijas/os, empezaron a dejar de lado lo que cada una estaba atravesando y como se estaban sintiendo, para comprender las situaciones de sus hijas/os y así mismo, responder ante sus necesidades sin que ellos directamente lo pidan. Además, la posición subjetiva de las consultantes es cambiante a lo largo del proceso que vive cada una, lo que va muy impregnado a lo que van sintiendo y las decisiones que van tomando sus hijas/os, a pesar de ser adultos con sus propios hogares, tanto Florencia como Gloria los infantilizan desde que fueron diagnosticados, esto se puede observar en el caso de Florencia, cuando su hija toma la decisión de regresar a Panamá por sus propios medios, expresa sentirse *afectada emocionalmente* por lo que está sucediendo y trataba de buscar estrategias para que su hija no se fuera. En cuanto a Gloria, a lo largo de las sesiones dice se ha estado con *desespero*, tranquila, triste, entre otros, debido a las situaciones por las que pasa con su hijo, las cuales la afectan a ella, por ejemplo, cuando Mario no ha podido conseguir trabajo y Gloria está preocupada, pues está la idea de que su hijo siga siendo un sujeto funcional para la sociedad (Castro, 2013).

También, por medio del discurso de las dos consultantes, se entiende que en su vida empezaron a priorizar las necesidades de sus hijos antes que las de ellas, lo cual las ha llevado a descuidarse en diferentes aspectos como puede ser su tiempo de ocio, sus relaciones sociales, su trabajo, entre otros. Ante esto, Jaramillo (2013) dice que “el bienestar del otro renunciando a las propias satisfacciones” (p. 10), como Gloria, quien comenta que *ha dejado de vivir su vida por sus hijos*, dejando así de lado lo que a ella le interesa hacer como: la artesanía o salir, para colocar en primer lugar las necesidades de los demás. También, Florencia, comenta que *ha dejado de hacer muchas cosas* como descuidarse en general y en salud, por estar al pendiente de su hija Alba cada vez que lo necesite.

Por otro lado, en ambos casos puede observar que desde el primer momento en que sus hijas/os empezaron a presentar crisis psicóticas y síntomas como los mencionados en la categoría

anterior, comenzaron a asumir un rol de cuidadoras con ellos, brindándoles la mayor parte de su tiempo y atención. Se puede observar que, Florencia deja sus propias ocupaciones para viajar a Panamá y ayudar a que su hija Alba se estabilice en cada crisis que atraviesa, o cuando Gloria está presente en cada etapa de la hospitalización y dada de alta de su hijo. Además, a raíz de las diferentes situaciones que viven Gloria y Florencia con sus hijas/os, se da cuenta de la singularidad de cada uno de ellos con su diagnóstico y la manera en que son cuidados por parte de sus madres. Esto se puede evidenciar por Mariana Otero, quien decidió realizar una película sobre el Courtil, para “mostrar una visión singular del mundo, a través del recorrido de algunos niños que tienen una relación radicalmente diferente con ellos mismos, con el cuerpo, y con el otro” (Otero & Brémond, 2014, p. 9). En este lugar, se tuvo la oportunidad de observar cómo los niños y las niñas son acompañados desde el “lado de la singularidad” (Otero & Brémond, 2014, p. 8) y el cuidado brindado a cada uno depende de las necesidades, intereses y los modos singulares de relacionarse con el mundo, que tiene cada uno. Por lo que, refuerza la idea en los casos de Mario y Alba, los cuales permiten entender que cada uno vive su diagnóstico de manera individual y así mismo, el cuidado se acomoda a lo que cada uno requiere.

Para finalizar, en ambos casos las personas que asumen el rol de cuidadoras son mujeres y no hay una carga en el cuidado directo en los hombres que atraviesan la vida de estas madres, como lo puede ser el padre de Mario o el padrastro de Alba. Por esta línea, Batthyány (2015) dice “reconocer el cuidado como un derecho de las personas y, por lo tanto, como una responsabilidad que debe ser compartida por hombres y mujeres de todos los sectores de la sociedad, las familias, (...)” (p. 7). Por esto, no solo las mujeres deben de asumir este rol de cuidadoras y así mismo, cambiar parte de su vida para cubrir las necesidades de sus hijas/os, sino que los hombres también pueden asumir este rol de cuidadores, porque como bien lo dice Gilligan (2013) “el cuidado y la asistencia no son asuntos de mujeres, sino intereses humanos” (p. 8).

Entendiendo esto último como parte de una normalización social, donde la mujer ha sido participe en el cuidado del Otro históricamente y es resultado a una marginalidad social, cultural y de vínculos familiares la cual da lugar a una segregación a la figura parental (Vaquiro Rodríguez & Stiepovich Bertoni, 2010). Alrededor de esto, existen estudios que sustentan esta práctica como el de Sandra Villegas (2010) en el cual demuestra que entre el 70 - 90% de las mujeres han asumido el rol de cuidadoras, más del 90% son de bajos recursos económicos sin importar el país o cuál apunte a mejores proyectos en el cuidado del cuidador como lo puede ser España o Canadá en este caso.

Los significados alrededor de la vida siendo mujer

En ambos casos, se puede evidenciar una relación entre el vínculo materno y lo que ha significado la culpa en la vida de las dos consultantes. También, en cómo ha afectado ese diagnóstico en el cambio en las vidas de estas mujeres madres. Por un lado, Gloria en su discurso, demuestra una sensación de culpabilidad al comenzar una nueva etapa de su vida lejos del nido materno y, finalmente, enfrentar la pérdida de su madre. Ahora bien, en el caso de Florencia existe esta similitud, en la cual se da *garrote* por no tener las herramientas necesarias para evitar la muerte de su madre, quien murió en la pandemia del Covid – 19. Ante esto, Jaramillo Burgos (2002) comenta que “(...) el sentimiento de culpa es la respuesta del sujeto ante un cuestionamiento venido de otro, cuestionamiento que apunta al “deber ser”, al ideal de madre y esposa al que no está respondiendo adecuadamente la mujer en cuestión” (p. 64). Las dos consultantes a través del sentimiento de culpa que han estado cargando a lo largo de los años, pueden valorar más el cuidado al otro como lo están haciendo con sus hijas/os y cómo de alguna manera, sienten que no lo hicieron con sus madres. Además, en el caso de Gloria, no solo está al cuidado de su hijo Mario, sino que también de su nieto, hijo de Daniel, por lo que toda su vida se ha dedicado a asumir este rol de cuidadora y existe una pregunta sobre qué puede hacer Gloria para que el cuidado de otros no abarque totalmente su existencia, hasta el punto de que dejar de salir de su casa, por la culpa que siente cuando su hijo le pide que no lo deje solo.

Otra cuestión que hubiera sido importante seguir indagando a las consultantes es la relación que tiene cada una con sus hermanas. Pues, en el caso de Florencia, al crecer con varias hermanas, ella fue la única que toma decisiones sobre su madre y son ellas las que refuerzan esta culpabilidad, pues expresa sentimientos de *desánimo* por cómo ellas tomaron la muerte de su madre o como la media hermana de Gloria no es nombrada en el cuidado de los padres, sino que es Gloria quien lo asume, pues vuelve a casa cuando su madre muere para acompañar a su padre, quien muere tiempo después. Hubiese sido pertinente, conocer más a profundidad sobre las dinámicas familiares que existen dentro de la red del hogar y relaciones paternas, para así mismo comprender la manera en cómo cada uno acepta un rol. Pero, las dos consultantes no asumen solamente un rol en vida, sino que tienen varios como: “mujer madre, mujer hija, mujer esposa” (Londoño et al. 2016, p. 310) y mujer cuidadora.

Por otro lado, las dos consultantes, a lo largo de su proceso en el CAPsi se logra vislumbrar cómo se nombran ciertos elementos sobre la pregunta de qué es ser mujer. En el caso de Florencia, existe una resistencia a saber lo que significa para ella el ser mujer, además, el cuidar es una función que por momentos esconde la pregunta que surge alrededor de ese significante, pues, el cuidar de su hija Alba le da un lugar en la sociedad como cuidadora y durante el proceso, no se le brindó el espacio para que se cuestionara sobre sí misma. Mientras que, para Gloria tratar de responder preguntas que remiten a su posición subjetiva de ser mujer toca un punto frágil, pues se observa que en el momento que intenta hacerlo a lo largo de su proceso, empieza a sentirse mareada, con visión borrosa, dolor de cabeza y llora. Gloria lo puede reconocer al mencionar que en el trámite de su divorcio *no se permitió sentir mucho* como lo está haciendo con la situación de su hijo Mario y cómo le molesta mostrarse vulnerable debido a que *la vida de uno es de uno y no se tiene por qué hablar de eso*, debido a que su hermana habla abiertamente acerca de sus malestares con los demás.

Para terminar, un punto interesante es cómo las consultantes se desenvuelven en sus relaciones amorosas. En el caso de Gloria, existe una ambivalencia en cuanto a la relación que mantiene con Javier, pues hay un intercambio constante de *a veces ya no quisiera tener a nadie*. Además, el seguir insistiendo en esta relación para poder así encontrar una red de apoyo dentro de manipulación que finalmente su hijo Mario posee en el diario vivir de su madre, cuando ella desea salir, pero en ocasiones a Javier no le gusta que ella salga. También, Gloria comenta rechazarlo frente a las relaciones sexuales cuando Javier se le insinúa. Mientras tanto Florencia no se expone más allá de ser madre y estar constantemente al cuidado de su hija entre países y adherencia al tratamiento de ella. No se logra hilar más información acerca de este ámbito, pues en su discurso, comenta las dificultades que hay entre su esposo e hija y como él es *respetuoso*, pues se acomodó a lo que Florencia le estaba demandando para tener una buena convivencia y colocar límites con su hija Alba. También, es importante agregar que en ambos casos no se menciona exactamente cuánto tiempo llevaban con sus relaciones en pareja lo que permitiría que existiera un mejor contexto de cómo se desenvuelven con ellos y la relación que tienen finalmente con sus hijas/os.

Resignificación del cuidado

El CAPsi es un dispositivo que “trata de abordar el malestar subjetivo a través de la escucha y la palabra” (Castro Sardi, 2020, p. 20), es decir, las dos consultantes por medio de las sesiones a las que cada una asistió, tuvieron la oportunidad de poner en palabras las situaciones por las que estaban pasando y así mismo, decir cómo se sentían respecto a eso. Por medio del relato de las consultantes, se observa que han configurado el cuidado del otro como parte de sí, pues han dejado de lado sus intereses y necesidades para priorizar la de sus hijas/os. Esto, en consecuencia, de un sistema social que posiciona a la mujer como aquella que cuida a un otro por medio de los roles de géneros que se han impuesto en la sociedad. Además, este rol de cuidadoras que ellas han asumido por el diagnóstico que tiene cada uno de sus hijas/os, es una respuesta a su lugar como mujer en la sociedad. De igual forma, comprender lo que esto ha configurado en su estructura psíquica, pues ha sido complejo, debido a que abarca preguntas bilaterales en su vida y terminan enfrentando una parte de su ser como lo hemos nombrado anteriormente.

Otro de los principios de abordaje del CAPsi, es que este es un espacio que se basa en “una práctica que responde a una demanda de un sujeto que sufre y se dirige a un psicólogo en búsqueda de una salida de su malestar. Sin la formulación de una demanda no hay clínica” (Castro Sardi, 2020, p. 20). Esto, se puede observar tanto en Gloria como en Florencia, pues ambas consultantes llegan al CAPsi de manera voluntaria para hablar de aquello que les preocupa frente a los diagnósticos de sus hijos y las situaciones vividas. Por un lado, Gloria a lo largo de su proceso comenta que *le cuesta mucho tener que hablar de sí misma y la vida de uno es de uno y no se tiene por qué hablar de eso*, aun así, fue ella misma quien decidió acudir al espacio para expresar su malestar, pues dice que se *está destapando* al buscar acompañamiento psicológico. En cuanto a Florencia, al comienzo se evidencia una demanda por parte de ella y hablar sobre aquello que está generando malestar en ella, pero después al cuestionarla más allá del rol de cuidadora, hay una resistencia hacia esa pregunta de ser mujer, aunque tuvo la oportunidad de poner en palabras aquello por lo que estaba pasando.

Por otro lado, la “subjetividad va más allá de la tradicional dicotomía individuo-sociedad, aproximándose al malestar del sujeto en relación a los contextos y significados sociales que lo han constituido y lo constituyen” (Castro Sardi, 2020, p. 21). Como hemos mencionado con anterioridad, la sociedad influye de manera significativa en estas dos madres consultantes, pero

es importante que no solamente se vean desde esta posición de manera, sino desde Gloria y Florencia, quienes tienen su propia subjetividad. Esto, porque debemos orientarnos por la subjetividad, por la singularidad de caso por caso, es decir, verlo desde una perspectiva de Gloria y Florencia. A pesar de que ambos casos tienen elementos similares, es necesario tener en cuenta que el contexto donde se ubica cada una arraiga las experiencias que han vivido a lo largo de su vida. Por lo tanto, es importante no generalizar las vivencias que tienen los sujetos, pues no todos los casos y experiencias van a ser las mismas.

Finalmente, por situaciones pasadas las consultantes se han ubicado en el lugar de culpables a las muertes de sus madres, momento en los cuales recae el sentimiento de no *haber estado allí* físicamente y no haber estado para su cuidado. Posiblemente, esto ha llevado que en la actualidad el cuidar de su hija/o sea un pilar primordial dentro de su proyecto de vida. Pero, a lo largo de su proceso en el CAPsi, cada una se ha dado cuenta de que es importante no dejar sus intereses y necesidades de lado para estar pendiente de la de su hija/o. En el caso de Florencia, al final de las sesiones se le enfatiza esta idea de que retome lo que a ella le interesa hacer, siga con el negocio de su hija y se cuide a nivel general en su salud, a lo que se muestra flexible. Por otro lado, con Gloria sucede algo similar, pues el cuidar no debe implicar que *deje de vivir*, de hacer las cosas que le gusta o descuidar su trabajo, por lo que comprende que para poder realizar esto necesita de otras personas que sean una red de apoyo para ella. Con esto, podemos identificar en las consultantes, lo que comenta Peña (2019) que “se puede afirmar que resignificación es un proceso de reconstrucción que da importancia nuevamente a algo” (p. 258), pues ellas dejaron de hacer *sus cosas* por cuidar a sus hijas/os que necesitaban de su atención, pero esto no implicaba que su vida, necesidades e intereses quedarán de lado.

9. Conclusión

A lo largo de este documento se ha tratado de discernir y localizar el caso por caso de estas mujeres madres y cuidadoras de su hija/o con diagnóstico de algún tipo de psicosis. Si bien, en ambos casos se presentan múltiples puntos en común, también, se diferencian unos de otros. Así pues, a partir de las categorías que hemos decidido elaborar podemos llegar a las siguientes conclusiones:

En cuanto a los significados que le han adjudicado estas madres al cuidar al otro, es evidente que tanto Gloria como Florencia han resignificado para lo que ellas era ser cuidadoras por medio de su experiencia de escucha en el dispositivo del CAPsi. Estas dos mujeres consultantes transformaron de manera significativa su vida cotidiana, para mediar entre sus intereses y la función de cuidado; y cómo priorizan lo que sus hijas/os necesitaban en su cotidianidad. Con esto, ponemos en evidencia lo que pasa con las personas cuando su vida da un giro alrededor de un diagnóstico de salud mental y cómo cambia la vida de las personas que asumen este rol de cuidar, pues, estos cambios afectan aspectos tales como: físicos, mentales, en sus relaciones interpersonales, de trabajo, entre otros.

A pesar que en el caso de Gloria al tratar de indagar sobre su lugar más allá sobre su relación con el ser mujer, se decidió no seguir este cuestionamiento, debido a que se tocan fibras de su estructura como individuo, logra mediar con su rol de cuidadora, y no priorizar de la misma manera el cuidar a su hijo como cuando empezó su proceso en el dispositivo. De igual modo, en el caso de Florencia, se trabajó y logró avanzar sobre lo que para ella significaba cuidar a su hija, una de las limitaciones que se dio en este caso fue el no poder detallar en la sesión final la demanda que ejerció al practicante, quien cortó la pregunta y no se pudo indagar más allá de lo que le estaba sucediendo. A pesar de todo eso, todo termina siendo parte del quehacer del psicólogo y de lo que constantemente estamos expuestos a vivir en la construcción de nosotros como futuros profesionales.

También, la experiencia de escucha que vivió cada mujer en el dispositivo del CAPsi, les permitió darse cuenta que su vida había experimentado una transformación significativa cuando sus hijos pasaron por procesos de internación y tratamiento psiquiátrico. Al final del proceso de cada una, se dieron cuenta que cuidar a otras personas, no implicaba que se dejaran de cuidar a ellas mismas, pues aparte de ser cuidadoras, también son mujeres. Aunque, como bien se ha comentado, el cuidado para cada una de ellas tiene un significado singular, pues a Gloria el cuidado le permite darse un lugar social para transitar en la vida. Mientras que, en el caso de Florencia, el cuidar es una función que hasta cierto punto le permitía hacerse una respuesta a la pregunta sobre ser mujer, pero en el CAPsi ella logra cuestionar este rol, para tal vez dejar esta pregunta abierta. Con esto, consideramos que cada una de las consultantes vivió cosas significativas al lado del acompañamiento brindado en el CAPsi, que les permitió comprender lo que estaban viviendo y así mismo, entender que son sus necesidades y ellas son igual de importantes que sus hijos.

Ahora bien, por medio de las experiencias de las dos consultantes, se tuvo la posibilidad de identificar diferentes elementos. Primero, tanto para Gloria como para Florencia, fue complejo identificar una red de apoyo estable en el cuidado de su hija/o, que permitiría a las consultantes tener un espacio, en el cual salieran solas, hicieran sus actividades cotidianas y lograran transitar el cuidar del Otro con un acompañamiento más cercano. Pues, en el caso de Gloria, debía de comentarles con anticipación a Javier, a su tía materna o a su hijo mayor si podían ayudarle a cuidar de Mario y cuando ella deseaba salir sola, su hijo Mario le hacía diferentes comentarios para que no lo hiciera. En cuanto a Florencia, está el esposo, quien no es padre biológico de su hija Alba y sus hermanas para el cuidado de su hija Alba, pero le hace diferentes comentarios en los que deberá dejar a su hija para quitarse ese problema. Por lo que, consideramos que, al no tener una red de apoyo definida, no les permite a los consultantes tener un tiempo a solas, para que así ellas mismas puedan realizar las cosas que más les interesan y así mismo, no tienen la oportunidad de delegar tareas con los otros. Esto también, es importante pensarlo en el contexto colombiano, en el cual están inmersas estas mujeres y lo que finalmente también las arraiga culturalmente a través de su vida.

Segundo, en muchos casos es importante que las personas tengan apoyo por parte de un sistema ofertado del Estado, el cual les pueda ayudar en caso de una emergencia como Florencia, quien estando su hija en Panamá identificó una institución que los pudiera ayudar en caso de una nueva crisis. Y termina siendo una problemática que nos gustaría dejar al debate en futuras investigaciones, debido a que, a pesar que institucionalmente dicen existir distintas leyes y decretos, como la Ley 1616 del 2013 que procura la promoción, prevención y atención integrada a todo lo que concierne la salud mental, sigue existiendo de manera vacía en la realidad social. Por lo que solo aquel que cuente con recursos económicos puede delegar el cuidado en el sector privado, logrando tener mayor bienestar a través de instituciones especializadas y de monopolio.

Por último, ambas consultantes viven en estrato 2, lo cual les permitió acceder al dispositivo del CAPsi de la Universidad Icesi, que como lo hemos comentado con anterioridad atienden a personas que viven en estrato 1, 2 y 3 de la ciudad de Cali de manera gratuita. Esto, permitió que Florencia y Gloria tuvieran la oportunidad de tener un proceso, en donde asistieron de manera voluntaria, lo cual nos permite comprender que cada una de ellas estaba pasando por una situación que les estaba generando malestar subjetivo y que necesitaban ser escuchadas. Es de rescatar tanto el trabajo hacia la comunidad del CAPsi saliéndose de la privatización de la

salud mental, tanto la demanda que hubo por parte de las consultantes, debido a que, finalmente se está haciendo uso del dispositivo y que da cuenta de lo mucho que falta trabajar aspectos psicológicos particulares de las personas en Cali. Además, de lo ineficiente que está siendo la constitucionalidad de las leyes, las cuales quedan pactadas en un papel jurídico, pero a la hora de ejercerlo en la realidad de la sociedad termina por no cumplirse las necesidades individuales y colectivas en el campo de la salud mental.

10. Referencias

- Agudelo, D. D., & Ramírez, O. J. G. (2019). Efecto del programa «Cuidando a los cuidadores®» en cuidadores familiares de personas con artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*, 26(3), 177-184. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2019.07.003>
- Álvarez, J. M. (2007). La certeza como experiencia y como axioma. *Virtualia*, 16. Recuperado de: <https://www.revistavirtualia.com/storage/articulos/pdf/NdKJAwOald1yEvwS4IeJZiVuNx2iw2Jel5KoSnUL.pdf>
- Álvarez, J. M. (2013). *Estudios sobre la psicosis*. Pensódromo. Recuperado de: https://www.academia.edu/download/61962400/Jose_M._Alvarez_-_Estudios_sobre_la_psicosis20200201-86019-7z1rkz.pdf
- Batthyány, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales. *RePEc: Research Papers in Economics*. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/11362/37726/1/S1500041_es.pdf
- Bernal Terán, F. M. (2017). Cuidados en salud y psicoanálisis. Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/168182>
- Bódalo-Lozano, E. (2010). Cambios en los estilos de vida de las cuidadoras de personas dependientes. Changes in lifestyle: The Caregivers of Dependent People. *Portularia*, 10(1), 85-97. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161015610007>

- Bonnett, P. (2013). *Lo que no tiene nombre*. Alfaguara. DOI: <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v8i1.1555>
- Brodsky, H. & Donkin, M. (2009) Family caregivers of people with dementia, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodsky>
- Bueno-Restrepo, J. M. (2012). Ecos del deseo en el cuerpo, el enigma de la autoinmunidad. *Affectio Societatis*, 9(17), 2-13. Recuperado de: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/2730>
- Capasso, R., Del Guerra, D. & Kieling, G. (2022). Redes de cuidado, revoluciones invisibles para una vida vivible. Colectiva Etinerancias. Recuperado de: https://etinerancias.com.br/wp-content/uploads/2022/10/2022_Etiner%C3%A2ncias_12x18cm-miolo-ES-final-site-1.pdf
- Carreño, S. P., & Chaparro-Díaz, L. (2017). Agrupaciones de cuidadores familiares en Colombia: perfil, habilidad de cuidado y sobrecarga. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 87-101. DOI: <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-1.ACFC>.
- Carrillo, G. M., Sánchez-Herrera, B., & Barrera-Ortiz, L. (2015). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares de niños con cáncer. *Revista de salud pública*, 17(3), 394-403. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642015000300007&script=sci_arttext
- Castro Sardi, X. (2016). Salud mental y atención psicosocial. Reflexiones a partir de la experiencia de un dispositivo de escucha y su impacto en la rehabilitación de la cronicidad mental. En Bravo, O, A., (Editor), *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos* (14-45). Cali: Oficina de Publicaciones. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/81081/1/bravo_pensar_salud_2016.pdf

- Castro-Sardi, X., Arana, M. P. L., Martelo, N., Murillo, M. M., Sicachá, D. M. H., Rojas, M. M. M., ... & López, L. M. G. (2020). *Caso por caso: clínica y lazo social*. Editorial Universidad Icesi. Recuperado de: <https://www.icesi.edu.co/editorial/caso-por-caso/>
- Castro, S. X. (2018). Sobre la actualidad de la clínica psicoanalítica de la psicosis: el caso de H. En Bravo, O, A., (Editor), *Una década del Programa de Psicología en la Universidad Icesi: trayectorias y enfoques plurales* (10-39). Cali: Editorial Universidad Icesi. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/83522/1/bravo_programa_psicologia_icesi_2018.pdf
- Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *CS*, (11), 73-114. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n11/n11a04.pdf>
- Ceminari, Y., & Stolkiner, A. (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. In *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* (p. 38). Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-122/142.pdf>
- Cepeda Castro, I. (2022). Aprobado en primer debate proyecto de ley que protege a cuidadores no remunerados. Recuperado de: <https://www.ivancepedacastro.com/aprobado-en-primer-debate-proyecto-de-ley-que-protege-a-cuidadores-no-remunerados/>
- Desviat, M. (2016). La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo (Notas para otra salud mental). En Bravo, O, A., (Editor), *Pensar la salud mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos* (14-45). Cali: Oficina de Publicaciones. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/81081/1/bravo_pensar_salud_2016.pdf

- Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS*, (11), 43-72. DOI: <https://doi.org/10.18046/recs.i11.1566>
- Durán, M. M. (2012). El estudio de caso en la investigación cualitativa. *Revista nacional de administración*, 3(1), 121-134. DOI: <https://doi.org/10.22458/rna.v3i1.477>
- Fernández, L. P. (2021). Sentimiento de culpa y culpa muda. Su relación con el cuerpo y con el goce. In *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-012/466>
- Figuroa, Y. (2011). Situación del cuidador y características del cuidado de personas con discapacidad en Santiago de Cali. *Revista Chilena de Salud Pública*, 15(2), 83-89. Recuperado de: <https://adnz.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/17174>
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (20), 25-34. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7478651>
- Gallo, H., Jaramillo, Á. M., & Ramírez, M. E. (2012). Sacrificio y negociación: algunos obstáculos subjetivos a las conquistas feministas. *Affectio Societatis*, 9(16), 1-22. Recuperado de: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.12055>
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado* (Vol. 30, pp. 12-39). Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. Recuperado de: https://www.revistaseden.org/boletin/files/6964_etica_del_cuidado_2013.pdf
- Giraldo Molina, C. I., & Franco Agudelo, G. M. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares: Life Quality among Family Carers. *Aquichan*, 6(1), 38-53. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100005

- Gómez-Arias RD. (2018) ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad?. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 36(1), 64-102. Recuperado de: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/335873/20791472>
- González, W. O. L. (2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*, 17(56), 139-144. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35630150004>
- Graham, H. (1983). Caring: a labour of love. In *A labour of love*. Routledge.
- Hernández-Holguín, D. M., & Sanmartín-Rueda, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56. DOI: <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-35.psmc>
- Hernández-Paz, M, T, J., De La Torres-Herra, J, N., Espinosa-Gómez, M, C., Lara-García, B. Gutiérrez-Cruz, S. (2016). El concepto de salud mental desde la visión del Estado mexicano. *Revista de Educación y Desarrollo*, 37. Recuperado de: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/37/37_HdzPaz.pdf
- Heuyer, C., & Serra, J. M. P. (1950). ORIGINALES: El síndrome de automatismo mental de De Clérembault y su importancia en psiquiatría. In *Anales de medicina y cirugía*, 126-147. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/download/181124/253866>
- Jaramillo Burgos, Á. M. (2002). La tiranía de los ideales. La subjetividad femenina y la violencia intrafamiliar. Recuperado de: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/53015>
- Jaramillo Burgos, Á. M. (2005). Consentimiento, responsabilidad y culpa. Aspectos subjetivos de la violencia conyugal. Recuperado de: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/23487>

- Jaramillo Burgos, Á. M. (2013). Las mujeres: entre el sacrificio y la negociación. Recuperado de: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/boletin/article/view/17768/15344>
- Landínez-Parra, N. S., Caicedo-Molina, I. Q., Lara-Díaz, M. F., Luna-Torres, L., & Beltrán-Rojas, J. C. (2015). Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63, 75-82. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63s1/v63s1a10.pdf>
- Larrañaga, I., Valderrama, M. J., Martín, U., Begiristain, J. M., Bacigalupe, A., & Arregi, B. (2009). Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 50-55. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000100009
- Ley 1413 de 2010 - Gestor Normativo. (2010). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40764>
- Ley 1616 de 2013 - Gestor Normativo. (2013). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=51292>
- Ley 1751 de 2015 - Gestor Normativo. (2015.). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>
- Londoño, J. A., García, J. B., & Tamayo, D. L. O. (2016). Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Poiésis*, 31, 306. DOI: <https://doi.org/10.21501/16920945.2121>
- Marcos, M. M., & De la Cuesta Benjumea, C. (2016). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atención primaria*, 48(2), 77-84. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715001249>
- Martínez, A., Nadal, S., Beperet, M., & Mendióroz, P. (2000). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. In *Anales del sistema*

sanitario de Navarra (Vol. 23, pp. 101-110). Recuperado de:
<https://recyt.fecyt.es/index.php/assn/article/view/6419>

Miller, J, A. (2006). Introducción al método psicoanalítico. (Vol. 1, Issue 5). Paidós.

Miller, J, A. (2007) El método psicoanalítico y diagnóstico psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós
Lectura clase pasada.

National Library of Medicine. (2020). *Salud del cuidador*. Recuperado de:
<https://medlineplus.gov/spanish/caregiverhealth.html#:~:text=Un%20cuidador%20>

Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., & Garety, P. (2008). Caregiving and illness beliefs in the course of psychotic illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 460-468. Recuperado de:
<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370805300711>

Organización Mundial de la Salud. (2010). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de:
<https://www.paho.org/es/documentos/tratamiento-farmacologico-trastornos-mentales-atencion-primaria-salud>

Organización Mundial de la Salud (2022). Trastornos mentales. Recuperado de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud (2022). Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>

Organización Mundial de la Salud (2023). La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

- Otero, M., & Brémond, M. (2014). *A cielo abierto. Entrevistas; Courtil, la invención en lo cotidiano. Grama Ediciones, Buenos Aires.*
- Palacios, E., & Pinzón, D. (2017). Sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador de paciente con enfermedad cerebrovascular. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 26(2), 118-120. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.04.003>
- Pardo, C. P. (2017). Economía del cuidado y desarrollo humano. Recuperado de: <https://vidayfamilia.antioquia.gov.co/wp-content/uploads/2022/02/BFGCC2.pdf>
- Payán, L. F., & Durazo, I. A. S. (2015). Las brechas de género en la calidad del empleo en México. Una valoración basada en modelos de lógica difusa. *Análisis Económico*, 30(75), 89-112. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/413/41343702004.pdf>
- Peña, A. B. (2019). Resignificación pedagógica: reinención de la educación. *Palabra: Palabra que obra*, 19(2), 256-269. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7461192.pdf>
- Pérez-Balaguer, A., Sanz-Aranguez-Ávila, B., Gil-Benito, E., Solari-Heresmann, L. M., del Sol-Calderón, P., Gayubo-Moreo, L., & de Arce-Cordón, R. (2021). ¿La pandemia de COVID-19 condiciona el contenido delirante de los pacientes con psicosis? Un estudio observacional. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021001335>
- Posse Herrera Ruiz. (28 de octubre de 2022). Proyectos de ley en materia laboral y seguridad social en curso periodo 2022 a 2023 [Diapositivas de Power Point]. Recuperado de: <https://phrlegal.com/wp-content/uploads/2022/10/posseherreraruiz-laborallandingpage-proyectosley2022-2023-oct28-2022.pdf>
- Quiroga, N. (2023). Género, migración y tareas del cuidado: Desafíos en América del Sur. Recuperado de: [hS-Genero-migración-tareas-del-cuidado.pdf](https://buenosaires.iom.int/sites/g/files/tmzbdl626/files/documents/2023-03/OIM-ONU-MUJER)
<https://buenosaires.iom.int/sites/g/files/tmzbdl626/files/documents/2023-03/OIM-ONU-MUJER>

Resolución 1842 de 2013 [Ministerio De Justicia Y Del Derecho]. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 04 de junio de 2013.

Rivera-Negrón, D. (2017) Experiencias y Percepciones de Cuidadores Puertorriqueños ante el Cuidado de un Familiar Diagnosticado con Esquizofrenia. Recuperado de: <http://rsych.com/s/Rivera-Negron-2017.pdf>

Rodríguez Enríquez, C. M. (2015). Economía feminista y economía del cuidado: Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. Recuperado de: https://static.nuso.org/media/articles/downloads/4102_1.pdf

Sánchez Martínez, R. T., Molina Cardona, E. M., & Gómez-Ortega, O. R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista cuidarte*, 7(1), 1171-1184. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>

Tobío, C., Agulló Tomás, M. S., Gómez, M. V., & Martín Palomo, M. T. (2010). El cuidado de las personas. *Un reto para el siglo xxi*, (9–2). Barcelona: Fundación La Caixa. Recuperado de: <https://www.academia.edu/download/37750270/estudio-social-n-28-i-el-cuidado-de-las-personas-un-reto-para-el-siglo-xxi-i.pdf>

Vaquiroy Rodríguez, S., & Stieповich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 17-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>

Villegas, S. (2010). Características de los cuidadores informales a nivel nacional e internacional. *Movimiento Científico*, 4(1), 8-14. Recuperado de: <https://revmovimientocientifico.iberu.edu.co/article/download/279/247>

Wagner, L. C., Runte Geidel, A., Torres-González, F., & King, M. B. (2011). Cuidado en salud mental: percepción de personas con esquizofrenia y sus cuidadores. *Ciencia & Saude Coletiva*, 16, 2077-2087. Recuperado: <https://www.scielo.br/j/csc/a/F6yt67PCnnhVKG4jZDf8Rnw/?format=html&lang=es>

Walter, K. (2021). CDC Report Highlights Mental Health Issues During COVID-19. *HCP Live Network*. Recuperado de: <https://www.hcplive.com/view/cdc-mental-health-covid-19>