



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**



AUTOPERCEPCIÓN DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES INTERNADAS EN EL HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE RIVERA

Autor:

Lic. Esp. Mariza do Prado

Tutor:

Prof. Dr. CS. Álvaro Díaz

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Rivera, 2020

FICHA CATALOGRÁFICA

HOJA DE APROBACIÓN

Siendo las _____, del día ___ del mes _____ del año _____ en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, este tribunal compuesto por:

Presidente: _____

Vocales: _____

Tutor: _____

Después de evaluar la tesis del aspirante: _____

Titulada: _____

y de evaluar la presentación y criterios del tesista, hace las siguientes consideraciones:

1. Sobre el acto de defensa.

2. Sobre las respuestas del tesista a los miembros del tribunal.

3. Sobre el cumplimiento de las normas de redacción y presentación.

4. Sobre la aplicación de la tesis y su contribución a la práctica social.

Por lo antes expuesto este tribunal acuerda otorgar la calificación de _____ al acto de defensa de la tesis referida y proponer a la Decana de la Facultad, que se le otorgue el título de MASTER EN: _____

a: _____

Recomendaciones: _____

Firman:

Vocal

Vocal Presidente

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, brindando el ejemplo de superación, humildad y sacrificio, enseñándome a valorar todo lo que tengo y lo que he sido hasta ahora.

A todos ellos agradezco que me hayan permitido la realización de este logro, porque han fomentado en mí el deseo de superación.

A mi docente por su paciencia, dedicación, motivación y aliento los que han hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio poder contar con su orientación y ayuda.

A la Facultad de Enfermería y a los docentes por su atención y amabilidad en todo lo referente a mi vida como estudiante de Maestría y una especial gratitud a quien me brindó mi primera oportunidad docente.

Al Hospital Departamental de Rivera y al Servicio de Salud Mental, institución que ha sido clave en mi vida profesional y por extensión en lo personal.

A los cuidadores principales de las personas con trastornos mentales por colaborar con la realización de este trabajo, brindándome información clara y compartiendo conmigo sus experiencias más profundas, con respeto y empatía.

LISTADO DE ABREVIATURAS

- APS:** Atención Primaria en Salud
- ASSE:** Administración de los Servicios de Salud del Estado
- BVS:** Biblioteca Virtual en Salud
- CUR:** Centro Universitario de Rivera
- ECSM:** Equipo Comunitario de Salud Mental
- Fenf:** Facultad de Enfermería
- INE:** Instituto Nacional de Estadística
- ISO:** International Organization for Standardization
- MS:** Ministerio de Salud Pública
- OIT:** Organización Internacional del Trabajo
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- OSHA:** Occupational Safety and Health Administration
- PNA:** Primer Nivel de Atención
- RAE:** Real Academia Española
- RAP:** Red de Atención Primaria
- ROU:** República Oriental del Uruguay
- SNIS:** Sistema Nacional Integrado de Salud
- SciELO:** ScientificElectronic Library Online
- UdelaR:** Universidad de la República
- UNDIE:** Unidad de Investigación Educativa

RESUMEN

El presente informe conlleva el desarrollo de la investigación realizada en el marco de la Maestría de Salud Mental cursada en el Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

En el desarrollo de la misma se buscaron conocimientos sobre aspectos relacionados a la práctica diaria y se recopiló información documentada no existente a nivel académico ni institucional, desde la autopercepción de los cuidadores principales de personas con trastornos mentales en relación a los riesgos psicosociales.

Partiendo del problema, se fortaleció la temática generando antecedentes académicos, mediante la realización de una búsqueda bibliográfica.

El objetivo planteado: Analizar los riesgos psicosociales percibidos por el cuidador principal de personas con trastornos mentales internados en el Servicio de Salud Mental de un Hospital Público de Rivera.

Con el marco conceptual se presenta las referencias que sustentaron el desarrollo y análisis desde la definición principales conceptos.

Para su cumplimiento se desarrolló una metodología cualitativa con enfoque analítico, siendo la entrevista en profundidad la técnica utilizada para la recolección de datos a la población conformada por once cuidadores principales de personas con trastornos mentales. En el proceso se consideraron los componentes esenciales permitiendo al entrevistado su libre expresión, generando un espacio de escucha activa y empatía.

Obteniéndose como principales resultados que 4 eran de sexo masculino y 7 del femenino, la franja etaria vario entre los 19 a 74 años.

Como análisis se aplicó el de contenido, que arrojó dos categorías principales Factores Internos con 6 subcategorías conformada por Estados de Ánimo, Sentimiento, Emociones, Problemas de Salud, Malestar, actitudes y Factores externos con subcategorías.

Las conclusiones exponen el cumplimiento de los objetivos. Los factores de riesgos percibidos constituyen Sentimientos, Emociones y estados de ánimo, así como la apertura a nuevas preguntas a ser consideradas.

Palabras claves: Riesgo psicosocial, Cuidador Principal, Trastornos Mentales

SUMMARY

This report involves the development of research carried out within the framework of the Master of Mental Health at the Graduate Center of the Faculty of Nursing at the University of the Republic.

In the development of the same, knowledge was sought on aspects related to daily practice and documented non-existent information was collected at the academic and institutional level, from the self-perception of the main caregivers of people with mental disorders in relation to psychosocial risks.

Starting from the problem, the topic was strengthened by generating academic records, by carrying out a bibliographic search.

The stated objective: To analyze the psychosocial risks perceived by the main caregiver of people with mental disorders admitted to the Mental Health Service of a Public Hospital in Rivera.

The conceptual framework presents the references that supported the development and analysis from the definition of the main concepts.

For compliance, a qualitative methodology with an analytical approach was developed, with the in-depth interview being the technique used to collect data from the population made

up of eleven main caregivers of people with mental disorders. In the process, the essential components were considered, allowing the interviewee their free expression, generating a space for active listening and empathy.

Obtaining as main results that 4 were male and 7 female, the age range varied between 19 and 74 years.

As analysis, content was applied, which yielded two main internal factors categories with 6 subcategories made up of moods, feelings, emotions, health problems, discomfort and attitudes. And external factors with subcategories.

The conclusions expose the fulfillment of the objectives. The perceived risk factors constitute Feelings, Emotions and moods, as well as the openness to new questions to be considered.

Key words: Psychosocial risk, Primary Caregiver, Mental Disorders

TABLA DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	1
2. Objetivos.....	6
3. Marco Conceptual.....	7
4. Contexto de Desarrollo.....	22
5. Metodología.....	25
6. Resultados.....	28
7. Análisis.....	32
8. Conclusiones.....	36
9. Referencias Bibliográficas.....	38
10. Bibliografía.....	41
11. Anexos.....	45

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se realizó en el marco de la Maestría de Salud Mental cursada en el Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. .

Entendiendo que la salud mental es el núcleo fundamental para mantener un proceso equilibrado de la persona en todas las esferas de su vida, que lo lleva a una estabilizada relación interpersonal, en su entorno familiar y social. Esta puede afectarse por una serie de factores de riesgos: de orden biológico, psicológico y social. Dicha afección presenta a su vez determinados grados según los signos y síntomas que contribuirán al diagnóstico de la misma. Estos presentan como característica común alteraciones en su vida social y afectiva que repercuten en quien constituye el cuidador principal que a su vez es el pilar fundamental en el equilibrio de su patología, dado su mayor vínculo y conocimiento con la persona afectada.

Evidentemente en ese marco de relación los cuidadores principales se enfrentan a riesgos psicosociales mayores aún en periodos donde la patología requiere una internación.

Se partió de la consideración de la relevancia que adquiere la persona referente o desde otra expresión quien asiste o cuida a otra/o con impedimentos en el desarrollo de sus funciones vitales y/o de relaciones sociales, de forma ocasional o permanente, esta función de cuidador recibe diferentes conceptos de acuerdo al desarrollo del mismo.

En este contexto el cuidador principal puede ser un miembro de la familia o no, que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo físico y emocional de manera permanente y comprometida. Venegas (2006)

Con la investigación se proyectó la búsqueda de conocimiento sobre lo que hoy se intuye en la práctica diaria y que no se cuenta con dicha información documentada a nivel académico ni institucional, de la auto percepción de los riesgos psicosociales de los cuidadores principales de personas con trastornos mentales.

Su planteo surgió desde la práctica clínica, compuesta por un amplio número de casos atendidos y la experiencia desde el vínculo y la observación en el devenir diario de las diferentes situaciones vividas en el cumplimiento del rol de enfermería en la internación de personas con trastornos mentales. Vivenciando el impacto que genera el desarrollo del rol del cuidador principal estos presentan como característica común alteraciones en su vida social y afectiva que repercuten en quien constituye el cuidador principal que a su vez es el pilar fundamental en el equilibrio de su patología, dado su mayor vínculo y conocimiento con la persona afectada. Evidentemente en ese marco de relación dichos cuidadores se enfrentan a riesgos psicosociales mayores aun en periodos donde la patología requiere una internación. y los riesgos psicosociales que conlleva, identificando la pregunta problema.

¿Cuáles son los riesgos psicosociales auto percibidos por el cuidador principal de personas con trastornos mentales?

Proyectando que este conocimiento permitirá desde su difusión impulsar a cambios estratégicos en lo asistencial y académico que apunten a la disminución de dichos factores.

La revisión bibliográfica realizada para fortalecer el tema no arrojó resultados provenientes de Uruguay, fortaleciendo la importancia de contribuir al conocimiento.

A través de la investigación se buscará aportar datos que contribuyan a la comprensión de esta problemática, dando cuenta de la experiencia sobre los riesgos psicosociales de los cuidadores que ocupan un rol de aliados terapéuticos en los tratamientos de rehabilitación y reinserción social de las personas con trastornos mentales.

Basada en la recientemente aprobación de la Ley de Salud Mental N.º 19529, en Uruguay la que con los principios de la Ley del SNIS, enfatizando ambas el PNA apuntando a la coordinación y complementación de servicios en todos los niveles, la profesionalidad y la transparencia en la conducción de las Instituciones y la participación activa de trabajadores,

usuarios y los cuidadores principales que están comprendidos en este nuevo escenario y se hacen relevantes a la hora de generar nuevas estrategias.

En este marco y con el objetivo de conocer el camino trazado por el conocimiento de la temática a investigar se realizó una revisión bibliográfica, fundamentada en las palabras claves: riesgos psicosociales, cuidador principal, trastornos mentales y los descriptores en ciencias de la salud, en el portal de la BVS que constituye una base de datos distribuida como campo científico y técnico en salud, registrado, organizado y almacenado en formato electrónico en los países de la región, accesible en internet

Desde los descriptores se formalizó la búsqueda en el catálogo de la Udelar y bases especializadas internacionales como: SciELO, Timbo creado por la ANNI, LILACS, Google Académico (buscador que permite localizar documentos académicos como artículos, tesis, libros y resúmenes diversos como editoriales universitarias, asociaciones profesionales, universidades y otras organizaciones académicas).

Otros lugares de búsqueda fueron la REDALYC.org; Plataforma de Información Científica en acceso abierto a nivel internacional y a través de la BIUR.

Como criterio de inclusión de la búsqueda se tuvieron en cuenta artículos comprendidos entre el 2005-2018 en el idioma español y portugués.

De los resultados se destaca que los trabajos de investigación vinculados a la temática son escasos. De los artículos seleccionados, la mayoría se referían mayoritariamente a cuidadores de otras patologías como Alzheimer y esquizofrenia.

Entre lo más destacado, Carretero en el 2009, considera la importancia de la sobrecarga del cuidador, Zarit afirma que en el entorno de los cuidadores familiares de enfermos afectados de alguna demencia como la enfermedad de Alzheimer la carga de este cuidador 3

sigue siendo un término amplio con muchas definiciones respecto al que todavía no existe homogeneidad en cuanto a su significado y uso (Zarit, 1990b; Friss, 2002).

Por otra parte, se confirma que existe un elevado nivel de sobrecarga en el cuidador informal, el cual se caracteriza por un cuadro plurisintomático que afecta de manera insidiosa, ya sea subjetiva u objetivamente, es decir hay un mayor grado de dificultad ya sea física o emocional con repercusiones médicas, sociales, económicas entre otras que experimenta el sistema familiar, quienes son identificadas como víctimas secundarias de la enfermedad. Las mismas viven bajo niveles de estrés que provocan sentimientos negativos como: culpa, incompetencia, incertidumbre, frustración, desesperanza e impotencia, las que se manifiestan en respuesta a conductas desencadenantes e inapropiadas que manifiesta el usuario.

En cuanto a la carga mental de trabajo como concepto desde la psicología social se refiere a las relaciones entre las exigencias del trabajo y los recursos mentales para afrontarlas, no hay una definición unificada, existiendo varios conceptos relacionados con el término y que el cotidiano utiliza como sinónimos, entre ellos presión, estrés, tensión, fatiga, entre otros. El cuidador principal ejerce el cuidado como proceso de trabajo que muy frecuentemente acompaña con otras tareas, lo que lo expone a riesgos laborales y dolencias relacionadas a riesgos psicosociales.

Otro fenómeno en el que se evidencia la desigualdad de género en el mercado laboral es la segregación horizontal, en el trabajo cuando se refiere a las dificultades de las personas en acceder a determinadas profesiones. (Ensignia, 1999) Al observar la distribución de varones y mujeres según ramas de actividad encontramos que una de cada dos mujeres ocupadas se desempeña en el sector servicios sociales, mientras que en varones presenta una diversificación mayor entre las diferentes ramas.

Esta búsqueda fortaleció la expectativa de la investigación, en su desarrollo se siguieron

los pasos de la metodología cualitativa con enfoque analítico. Los datos se recabaron mediante entrevistas en profundidad a 11 cuidadores principales de personas con trastornos mentales que se asisten en el hospital Público de Rivera

Los resultados permitieron una caracterización de los entrevistado y luego la conformación de categorías y subcategorías y por últimos las conclusiones.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar los riesgos psicosociales percibidos por el cuidador principal de personas con trastornos mentales internados en el Servicio de Salud Mental de un Hospital Público de Rivera.

Objetivos específicos

- Identificar las características de los cuidadores principales
- Conocer la percepción de los riesgos psicosociales desde el cuidador principal

3. MARCO CONCEPTUAL

Salud

La definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que se entiende por salud es la de la OMS (1948), que dice: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”

A pesar de que fue oficializada hace setenta años, esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias, que es el máximo organismo gubernamental a nivel mundial reconocida en materia de salud.

La definición de la OMS, es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas.

A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La OPS aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona.

Salud Mental

El concepto de salud mental se vincula a la noción del desarrollo óptimo del individuo dentro de su entorno, teniendo en cuenta su edad, su capacidad innata, sus condiciones de vida y su cultura. La salud mental está relacionada con sentimientos, pensamientos y comportamientos. Quien posea una salud mental óptima tiene capacidad de sentir, expresarse y desarrollarse de manera normal. Las enfermedades mentales modifican estos factores y contribuyen a que las personas no se desenvuelvan, no se comporten de la misma manera logrando incrementar la discapacidad para realizar diversas actividades. (Hernandez,2001).

Por otra parte, la salud mental es esencial para asegurar el bienestar de los individuos, de las sociedades en su conjunto y por ende de los países.

Es un estado de bienestar y no solamente la ausencia de trastornos mentales, que permite que los individuos realicen sus habilidades cotidianas, por ejemplo, que puedan trabajar e interactuar con su entorno de forma satisfactoria. Si existe una salud mental deficitaria se producen consecuencias económicas en la vida del individuo: disminuye el ingreso personal, disminuye el potencial de la persona enferma y de sus cuidadores, los cuales también sufren consecuencias en su ámbito laboral. Las funciones mentales se relacionan con el funcionamiento físico y social de cada ser humano.¹

Trastornos mentales

Los trastornos mentales constituyen una circunstancia que se presenta en todas las culturas y pueden aparecer en cualquier edad. Hay una gran variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con manifestaciones distintas. En general, se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás.

Entre ellos se incluyen la depresión, ansiedad, estrés, trastorno de hiperactividad y déficit de atención, esquizofrenia, bipolaridad, alcoholismo y drogodependencia. Estos trastornos generan disfunciones psicológicas que impiden que la persona que lo padece tenga una vida cotidiana normal.²

Estos suelen provocar aislamiento social, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida y en algunos casos pueden aparecer comportamientos violentos e intentos de auto eliminación.

Además, la enfermedad mental afecta los procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje y el lenguaje.

La entrada en vigencia de la nueva Ley de Salud Mental y sus disposiciones están orientados por los principios rectores del SNIS, con eje en las personas con trastornos de salud mental y sus familias, a través de sus trayectorias asistenciales que respondan a

sus necesidades y al respeto a sus derechos humanos manteniendo coherencia y coordinación con las políticas de promoción de salud integral, teniendo a usuarios y familiares como activos, informados compartiendo con los profesionales de la salud que le atienden el tratamiento y seguimiento.

Cuidado

Según el Plan Nacional de Cuidados de Uruguay el cuidado es un derecho al mismo tiempo que implica una función social. Quien brinda dicho cuidado promueve la autonomía personal, la atención y la asistencia a las personas que se encuentran en una situación de dependencia. Esas personas requieren apoyos específicos para el desarrollo de sus actividades y la satisfacción de sus necesidades básicas³

Es una actividad humana que se define como una relación y al mismo tiempo un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. Se dirige a la persona, involucrando emociones.

Tiene tres condicionantes que son: la conciencia y el conocimiento de que alguien necesita ese cuidado; la intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento y un cambio positivo como resultado de ese cuidado⁴

El cuidado comprende todas las actividades que se realizan para el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas⁵

Por otra parte, debe basarse en la colaboración del cuidador con la persona que padece el trastorno mental, para que este aumente su armonía alcanzando su tranquilidad. Implica valores, conocimientos y compromiso, donde se deben considerar las necesidades de la persona que recibe dicho cuidado, reconociendo sus limitaciones y fortalezas⁶

Cuidador

El término 'cuidador' adquiere dimensiones varias en la medida que se identifica el vínculo con la persona que cuida y las acciones están centradas en los conceptos de apoyo o ayuda.

Según Reyes (2001), el cuidador: “es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad minusvalía o incapacidad que le dificulte e impida el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”.

Para Bergero (2000), “es un concepto mixto en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde estos han adquirido el carácter de relaciones primarias”.

Cuidador Principal

Los cuidadores principales han sido descritos en la literatura como personas con vínculo o cercanía que asumen la responsabilidad del cuidado del ser querido. El cuidador en su rol realiza todas aquellas tareas necesarias para instrumentar en las actividades de la vida diaria de la persona con trastorno de salud mental y velar por su salud. Liningueer (1985), define a la práctica de cuidar como el siguiente párrafo “un fenómeno de asistencia, apoyo o facilitación a otro individuo con necesidades anticipadas o evidentes, con el objetivo de mejorarla condición humana o el estilo de vida”

El trabajo de cuidar es una experiencia de compromiso, de tiempo, y de paciencia que demandan habilidades y cualidades que son fundamentales y conduce a cambios en los estilos de vida del propio cuidador y esta última en su calidad de vida.

Ejercer el rol de cuidador principal puede provocar la supresión de casi cualquier actividad de ocio, por falta de tiempo libre, lo que genera un sentimiento de culpabilidad por dejar a la persona dependiente en manos de otra persona?

La literatura al respecto apunta que los cuidadores principales son mujeres ya sea con vínculo afectivo o consanguíneo concentrando en edades mayores de 35 años con grado de escolaridad primaria completa y con ciertas características socioculturales y biológicas.

Para Álvarez (2007), la cuidadora es: “la persona que suele tener el mayor peso en la responsabilidad de los cuidados de la persona dependiente. El cuidado de una persona dependiente repercute en la salud de la persona que lo presta, debido a la gran carga física, psíquica que conlleva el mismo, llegando a una pérdida de su salud física y mental al sufrir problemas osteoarticulares, mala percepción de su salud y a veces elevada frecuencia de depresión”.

La presencia de usuarios con trastornos mentales internados en una institución pública, requiere del acompañamiento de una persona que se haga cargo de los cuidados básicos y necesarios. Esta persona puede ser un familiar, un cuidador, quienes serían los responsables de dar apoyo a las personas con trastornos mentales. La tarea de cuidar conlleva a menudo a una gran responsabilidad en cuanto al cuidado diario, la alimentación, el tratamiento, entre otros.

Percepción

Es un conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro entorno y a nuestros estados internos.

Es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades de cada persona.

La percepción es subjetiva ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. Presenta dos componentes: las sensaciones o estímulo físico que proviene del medio externo y las necesidades, motivaciones, experiencia previa, que provienen del interior del individuo.

El individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión.⁸

Para que un estímulo sea percibido debe ser conocido por el individuo o ser una alteración dentro de un contexto que conoce.⁹

Riesgo

Según la RAE es: contingencia o proximidad de un daño. Es la posibilidad de que se produzca un accidente o una desgracia, de que alguien o algo sufra perjuicio o daño.

Un riesgo consiste en la posibilidad de perder algo o a alguien o de tener un resultado no deseado. Tiene dos componentes: la probabilidad de que un resultado negativo ocurra y la dimensión de ese resultado¹⁰

También se lo considera como una amenaza potencial a la salud del cuidador, la cual proviene de un desequilibrio entre este último y las condiciones de trabajo. Los riesgos pueden ser biológicos, químicos, físicos, psicosociales o ergonómicos.¹¹

Por otra parte, es una combinación de la probabilidad de que ocurra un suceso peligroso y las consecuencias del daño que pueda causar el suceso.

Riesgo = probabilidad x consecuencias.

Los riesgos se pueden reducir disminuyendo las probabilidades a través de las medidas de prevención y disminuyendo las consecuencias a través de las medidas de protección.

Un riesgo químico es la probabilidad de que ocurra un daño a la salud por exposición a un agente químico, el cual puede estar presente en estado líquido, sólido, gaseoso o en forma de vapor. Por ejemplo, la nafta, el polvo, el humo, los plaguicidas, entre otros.

Las sustancias químicas de acuerdo a su peligrosidad pueden ser inflamables, reactivas, explosivas, tóxicas. Sin embargo, de acuerdo a los efectos sobre la salud pueden ser asfixiantes, irritantes, cancerígenos, sensibilizantes, corrosivos, anestésicos o sistémicos.

Los riesgos físicos comprenden sustancias, microorganismos y formas de energía que se

absorben directamente y que se encuentran especialmente en los ambientes de trabajo pudiendo afectar la salud de las personas. Por ejemplo, el ruido, las vibraciones, las radiaciones.

Por su parte, los riesgos biológicos son agentes vivos, microscópicos (bacterias y gérmenes) que se encuentran presente en el ambiente de trabajo, pueden producir infecciones, reacciones alérgicas o tóxicas¹²

Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.¹³

Los factores de riesgo pueden dividirse en los siguientes grupos: de conducta, fisiológicos, demográficos, medioambientales, psicosociales y genéticos.¹⁴

Factores de Riesgo Psicosociales

La OIT y la OMS definen como riesgo psicosocial a las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente, las satisfacciones y las condiciones del trabajador, sus necesidades, cultura y situación personal fuera del trabajo; todo lo cual canalizado a través de percepciones y experiencias que pueden repercutir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción laboral del individuo

Son características de las condiciones de trabajo que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos, las cuales se pueden agrupar en cinco grupos: exceso de exigencias psicológicas del trabajo; falta de control, influencia y desarrollo en el trabajo; falta de apoyo social y de calidad de liderazgo; escasas compensaciones del trabajo; doble jornada o doble presencia.

Los factores de riesgo psicosociales se pueden clasificar en factores internos y en factores externos.

Factores internos: Los factores internos son los sentimientos, las emociones, las necesidades, las expectativas y la percepción de cada persona.

Factores externos incluyen el nivel educativo, ingresos económicos, relaciones interpersonales (familiares o sociales), apoyo psicosocial de las instituciones de salud.¹⁵

Uno de los más relevantes es el riesgo ergonómico que según Ojeda (2017), “es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño físico, por la sobrecarga y fatiga que le demanda el esfuerzo, ya sea por posturas forzadas, movimientos repetitivos o condiciones ambientales, al que está expuesto en su jornada laboral, con la posibilidad de desarrollar una alteración musculo-esquelético”.

En general la mayoría de los factores psicosociales actúan como factores desencadenantes de tensión y de estrés, con alta probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar de los cuidadores.

Sentimientos

Según la RAE es un hecho o efecto de sentir o sentirse¹⁶ Por otra parte, se lo considera como una sensación que se produce en baja intensidad, pero de larga duración.

Están relacionados con el cerebro y determinan la forma en que una persona reacciona a distintos eventos o sucesos que ocurren en su vida cotidiana.

Se pueden clasificar en dos tipos: positivos o negativos. Son positivos cuando fomentan las acciones buenas en las personas generando bienestar y son negativos cuando producen el efecto contrario.

El amor, la fe, el respeto, la empatía, la solidaridad, la responsabilidad, entre otros, son sentimientos positivos; mientras que la preocupación, la soledad, la desesperanza, la depresión, el miedo, son sentimientos negativos.¹⁷

Son la expresión mental de las emociones y se codifican en el cerebro¹⁸; mientras que una emoción está definida por la RAE como “una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa.

Un sentimiento es un estado de ánimo que se produce por la valoración y conceptualización de las emociones y sus causas. Ambos términos, sentimiento y emoción no son sinónimos, si dependen uno del otro. Es decir, para que se genere un sentimiento previamente ha de experimentarse una emoción ante una persona, situación, objeto, entre otros.

Diversos estudios psicológicos demostraron que desde la experiencia de una emoción, los sentimientos activan neurotransmisores cerebrales que permiten a la persona reaccionar y dar respuesta de manera consciente ante un hecho, individuo, animal u objeto; funcionando como una herramienta emocional que permite la interrelación, toma decisiones, estado de ánimo e incluso, estado de salud y gesticulación de cada individuo.

Entre ellos se destacan los sentimientos de:

Nostalgia: Sentimiento de pena por la lejanía, la ausencia, la privación o la pérdida de alguien o algo querido. Necesidad de una situación o suceso anterior anhelada, sentimiento que cualquier persona puede atravesar en cualquier etapa biológica.

Representa el sufrimiento de pensar en algo que se ha tenido o vivido en un marco temporal anterior y ahora no se tiene, está extinto o ha cambiado.

Soledad: Sentimiento de tristeza, melancolía o estado subjetivo. Existen distintos grados o matices de soledad que pueden ser percibidos de distintas formas según la persona; es prolongado, desagradable, involuntario.

Se corresponde a una emoción primaria, considerando al temor como parte del esquema adaptativo de los seres humanos, representando un mecanismo de supervivencia y defensa.

Una persona puede sentirse sola incluso estando rodeada de muchas personas. Está vinculada a la incomprensión, a la inseguridad, el miedo, la ansiedad.

Se relaciona con el debilitamiento del sistema inmunológico. En casos graves puede causar depresión. La persona que se siente sola pierde el interés en las actividades del día a día y generalmente es tímida, no sabe acercarse a los demás.¹⁹

Cada persona percibe la soledad de manera distinta. La mayoría de las personas necesitan estar solas para conectarse con sus sentimientos y necesidades. Por su parte, otras personas al sentirse solas se sienten excluidas, aburridas y sin objetivos.²⁰

Depresión: La palabra depresión proviene del término latino depressio que, a su vez, procede de depressus (“abatido” o “derribado”).

Se trata de un trastorno emocional o trastorno afectivo, que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno. Siendo una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos (Vázquez, 1990).

Evidentemente, en la depresión el estado de ánimo estaría asociado al polo desagradable, la tendencia a la negatividad.

Se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos, una de sus características principales es el estado deprimido. “Esta distinción es muy importante porque la depresión-síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos” (C. Vázquez, 1990, p. 902).

Mediante la depresión las personas expresan un sentimiento de profundo dolor, culpa y tristeza, caracterizándose por ser la tristeza y el desánimo mucho mayor que cuando se está afligido o cabizbajo, situaciones que son pasajeras.

Desesperanza: Es una actitud o estado de ánimo en el cual la persona puede hallarse deprimida a causa de haber perdido o sentir haber perdido la posibilidad de lograr algo. 16

Opuesta a la esperanza o su pérdida, provoca decaimiento en el ánimo, con ello las implicaciones que pudiera traer, abatimiento, rendimiento, realización de determinadas acciones bajo su influjo.

Culpabilidad: La culpa y el sentimiento de culpabilidad es una emoción desagradable que se produce cuando hicimos algo que pensamos que no deberíamos haber hecho, o al revés, no hicimos algo que pensamos que sí deberíamos haber hecho o sea la consideración de alguien como responsable de actuar en contra de una norma o de su propia conciencia.

La culpabilidad puede analizarse desde varias perspectivas desde el derecho, de la religión o como sentimiento personal

Frustración: Sentimiento generado al no poder satisfacer un deseo planteado, reaccionando por medio de la ira o ansiedad

El origen está en la forma de afrontar los problemas, forma parte de los aspectos de la vida humana, su esencia está en la capacidad de procurar y aceptar la diferencia entre lo ideal y lo real

Impotencia: El término proviene de impotencia y refiere a la falta o insuficiencia de poder para concretar una cosa.

Angustia: Del latín angustia (“angostura”, “dificultad”). Es la congoja o aflicción.

Se trata de un estado afectivo que implica un cierto malestar psicológico, acompañado por cambios en el organismo (como temblores, taquicardia, sudoración excesiva o falta de aire).

A la angustia se puede asociar la preocupación e inquietud producida por algún motivo, generando preocupaciones varios tipos, algunas de ellas pasajeras y otras derivar en problemas psicológicos.

Emociones

Una emoción es una sensación intensa, de corta duración, que puede suceder en cualquier momento y genera cambios biológicos que se normalizan a medida que disminuye el tiempo¹⁸

Presentan algunas diferencias con los estados de ánimo, entre otras que este último, dura más tiempo, es menos intenso y específico y no necesariamente necesita un estímulo para que aparezca, siendo difícil encontrar su causa, entre otros motivos porque no presenta expresiones faciales propias, mientras que las emociones básicas sí, son universales y siguen un patrón único en todos los seres humanos.

Las emociones son reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc.

Son una parte esencial de la vida humana. Una emoción se activa a partir de un acontecimiento (también denominado estímulo). Este acontecimiento puede ser externo o interno, actual, pasado o futuro, real o imaginario.

Las emociones son una respuesta del organismo que se inicia en el Sistema Nervioso Central. Tienen funciones en otros procesos mentales, por ejemplo, la percepción, la atención, la memoria, el razonamiento, entre otros.

Son importantes para el desarrollo personal y el bienestar. Son percibidas, identificadas, valoradas y expresadas por el individuo.

En la respuesta emocional se pueden identificar tres componentes: neurofisiológico, comportamental y cognitivo. En el componente neurofisiológico se presentan respuestas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, cambio en el tono muscular, secreciones hormonales, rubor, etc.

Por su parte el componente comportamental coincide con la expresión emocional, por ejemplo, el lenguaje no verbal, las expresiones faciales y el tono de voz.

El componente emocional consiste en una experiencia subjetiva, que permite tomar consciencia de la emoción que se está experimentando. Este componente coincide con el sentimiento.

Las emociones pueden ser negativas o positivas. Las primeras se experimentan ante acontecimientos que son valorados como una amenaza, una pérdida, etc.

Las emociones positivas se experimentan ante acontecimientos que permiten alcanzar los objetivos personales (supervivencia y progresar hacia el bienestar).

A su vez influyen en el inicio y desarrollo de varias enfermedades: trastornos cardiovasculares, respiratorios, endócrinos, gastrointestinales, etc.²¹

Entre ellas se destacan el:

Miedo/Temor: El miedo se define como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión) (Sandín&Chorot, 1995).

Por su parte la sensación de ansiedad o inquietud intensa provocada por una situación, problema o dificultad provocan a su vez agobio, cansancio, fatiga y opresión

Tristeza: Proviene del latín: *tristitia*. Alude a una de las emociones características del ser humano, como un sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto. Dependiendo del tipo de circunstancias o vivencias que la provoquen, se comporta como un estado de ánimo el que si se sostiene un tiempo prolongado puede volverse crónica y derivar en un estado depresivo

4. CONTEXTO DE DESARROLLO

En el Uruguay el MSP rige la salud del país, a través de la reforma de la salud se implementa el SNIS el cual mediante la Ley N° 18.211 (promulgada 2017, reglamentada 2008), establece que se asegurará a todos los habitantes del país atención integral de salud. A partir de su implementación el objetivo esencial es la salud del individuo en su comunidad como estrategia tomando los problemas de salud en forma integral, orientado por principios de equidad, continuidad, oportunidad y calidad. El MSP es el responsable de ejercer la rectoría, definir las políticas de salud, regular los programas de salud, habilitación, regulación y contralor de los efectores de salud. Las prestaciones de servicios son realizadas por la ASSE e instituciones médicas privadas de asistencia colectiva y seguros privados integrales en los tres niveles de atención, que se organiza el SNIS mediante adhesión a contratos de gestión.

El PNA se implementa en los lugares donde residen los grupos sociales, familias utilizando actividades de promoción, prevención y rehabilitación.

Es el primer contacto con la población y configura la puerta de entrada al acceso a la salud a la cual llega un 80% de la población. Este nivel ofrece un espectro de mayor tamaño y menor especialización con baja tecnificación de recursos, entre ellos encontramos los centros de salud, policlínicas y consultorios. El Segundo Nivel de Atención se ubican en el establecimiento donde se prestan servicio de salud, atienden el 95% de la población con atención en medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía, pediatría y enfermería.

Tercer Nivel de Atención: atiende patologías complejas, problemas de salud no prevalentes que requieren procedimientos especiales y alta tecnología y altos costos.

En cuanto a la cobertura pública que desde ASSE rige a todo el país, en Rivera, el Hospital como servicio del Norte del país, entre otros ofrece la atención de Salud Mental en una sala de internación para 24 pacientes con un índice de ocupación de 90%.

Actualidad de la salud mental en Rivera

La salud mental de Rivera pertenece a la Regional Norte que depende de ASSE, siendo ASSE una mutualista pública a partir del 2007 cuando se crea la Ley N° 18131, aprobada en mayo de 2007, que crea el FONASA, la cual le otorga a los beneficiarios elegir una opción asistencial, pública o privada.

ASSE conjuntamente con la Asociación Civil: El Patronato del Psicópata, en el año 1992, hacen posible la instalación del Área de Salud Mental de Rivera, quien a su vez depende de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables.

Salud Mental de Rivera brinda asistencia todos los usuarios con trastornos mentales que requieren de un determinado tratamiento o consultas con especialistas, algunos pertenecen a ASSE de Rivera y otros a usuarios del sector privado. También ingresan al padrón de asistencia personas con trastornos mentales particulares como (por su particularidad de ciudad fronteriza) ciudadanos brasileños y desde regional norte como el caso de los departamentos de Tacuarembó, Artigas (en especial de la ciudad de Bella Unión), Salto y Paysandú. Todo este flujo de usuarios se debe a que, tanto los centros de atención a la salud pública y los de salud privada no cuentan con un servicio acorde para recibir y brindar la calidad de atención adecuada a las necesidades que requieren estos pacientes.

A lo expuesto anteriormente la atención a la salud mental se centraliza en el departamento de Rivera, generando una superpoblación, lo cual repercute considerablemente en el desarrollo eficaz de los servicios que se brindan allí.

El Área de Salud Mental funciona bajo la Ley de Salud Mental: (Anexo N°1)

En Rivera está integrada por tres áreas (policlínica/consultorio externo con asistencia ambulatoria, taller de rehabilitación y sala de internación) ubicada en el antiguo Pabellón Morel (declarado monumento histórico en la década de los años noventa) el cual contaba con

dos salas, cada una con seis camas, una sala para hombres y la otra para mujeres. Para personas con trastornos mentales descompensados, había dos apartados “especiales”, adaptados para su condición. Según el relato de una enfermera la cual narró su estadía en esa época del patronato, se podía apreciar que, a pesar de las carencias de recursos materiales y humanos, el equipo de trabajo era integrado, con la presencia permanente de un psicólogo dentro del área de Internación, Enfermería y Psiquiatra.

En la actualidad está conformada por un equipo multidisciplinario integrado por una Licenciada en Trabajo Social, una Licenciada en Enfermería, una Auxiliar de Enfermería, un funcionario administrativo, cuatro Licenciados en Psicología (dos para niños, uno para adolescentes y uno para adultos), seis Médicos Psiquiatras (tres para niños y tres para adultos) y una Neuropediatra.

Este sector funciona de lunes a viernes en el horario comprendido de 8 a 18:00 horas. La sala/internado está a casi un año en proceso de reforma. Esta sala era el antiguo Pabellón Moril, localizada al fondo del terreno separada del hospital, sumando estigmatización y discriminación, por parte de los que allí desempeñan sus diferentes labores.

5. METODOLOGÍA

El diseño metodológico utilizado para la realización de esta investigación corresponde a un estudio cualitativo analítico.

La recolección de datos se realizó en el Hospital Departamental en la ciudad de Rivera, en el servicio de Salud Mental, mediante entrevista semiestructurada utilizando como guía un instrumento previamente elaborado por la investigadora

La Población se constituyó por Cuidadores principales de personas con trastornos mentales internados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Departamental de Rivera:

Muestra

Constituida por cuidadores principales de personas con trastornos mentales internados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Departamental de Rivera: que cumplieran como

Criterios de inclusión:

Ser mayor de 18 años.

Ser cuidador principal de la persona con trastorno mental en un período mayor a un año.

Personas que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Personas que mantuvieron una convivencia menor de un año con la persona con trastorno mental.

Personas que no aceptaron participar en el estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada

El instrumento para la misma consistió de una guía (Anexo N° 2.) conformada por dos secciones, en la primera las preguntas que permitieron el conocimiento o caracterización de los entrevistados y la segunda con una guía con ítems consideradas relevantes para dar respuesta al objetivo

Por otra parte se utilizó un grabador y un cuaderno de campo en el cual se realizaron los registros de información recabada como complementación de la entrevista.

Procedimientos

Luego de aprobado el proyecto de investigación se enviaron las notas para la autorización de la realización de la investigación a Dirección del Hospital Departamental de Rivera y a la Coordinadora de Salud Mental (Anexo N° 3), a quien se le pidió que derivara a la Licenciada en Enfermería del Servicio, se tomó contacto con ella con el fin de informarle de la investigación y se coordinó un espacio para realizar las entrevistas a los cuidadores de personas con trastornos mentales.

Posteriormente se pidió el aval al comité de ética de la Fenf.

Una vez de realizados los pasos previos se logró un acercamiento a los cuidadores de personas con trastornos mentales a quienes se les dio a conocer el objetivo de la investigación y se confirmó que cumplieran con los criterios de inclusión, en ese caso se fijó la entrevista que podría haber sido ese mismo día, solicitándole la firma del consentimiento informado.

El contacto con los cuidadores principales se realizó en el horario que se ejecutan las visitas a las personas con trastornos mentales en el horario de 9 a 17 hs de lunes a viernes .Una vez establecido el contacto se verifica el cumplimiento de los criterios de inclusión; mayores de 18 años, cuidador principal de la persona en un periodo mayor a un año.

En primera instancia se realizó una entrevista piloto, para ajustar contenidos y formas de realización de la entrevista, esto permitió ajustar la misma.

Las entrevistas se realizaron en un ambiente privado con la presencia del entrevistado y la investigadora respetando los principios éticos, explicándole en primera instancia el proceso, dando lectura al consentimiento (Anexo N° 4) y se le pidió la firma del mismo (Anexo N° 5)

En todo el proceso se cumplieron con las pautas éticas solicitadas por la Comisión de ética de la Fenf.

Se protegió la identidad del cuidador, explicándole detalladamente para brindarles tranquilidad y seguridad en relación a la información recibida que serían identificados por las iniciales de su nombre.

Una vez confirmada la saturación y luego de la transcripción de las entrevistas, teniendo en cuenta los registros del cuaderno de campo se conformaron las categorías que surgieron desde las percepciones de los entrevistados

6. RESULTADOS

I - Caracterización de la población entrevistada

Posteriormente a la obtención de la aprobación del Proyecto de Investigación para implementar las entrevistas planificadas se realizó una primera entrevista piloto a un cuidador principal de una persona con trastorno mental para comprobar si la estructura de la misma y el tiempo de realización eran adecuados. De este modo se realizaron los ajustes correspondientes para el desarrollo de esta investigación.

A partir de las entrevistas implementadas se obtuvo (Cuadro N°1) que 4 de los entrevistados se identificaban con el sexo masculino, mientras que se identificaban con el sexo femenino.

En relación a la franja etaria se obtuvo que las edades de los entrevistados varían desde los 19 hasta los 74 años, siendo 5 de ellos con edades comprendidas entre los 50 y los 69 años, mientras que entre los 30 años y los 49 años corresponden 2 de los entrevistados. Por otra parte, solamente un entrevistado se ubica entre los 19 y 29 años, mientras que el 2 de ellos, corresponden a cuidadores mayores de 70 años.

En cuanto al estado civil 5 entrevistados son casados, 2 manifestaron ser solteros y 2 divorciados. Por otra parte 1 refirió ser separados y viudo, respectivamente. Cabe mencionar que se obtuvo que el 4 de los cuidadores principales que refirieron ser casados corresponden al sexo femenino.

En relación al vínculo entre el cuidador principal y la persona con trastorno mental se obtuvo que el 8 son familiares directos (padre y madre) y 3 son hermanos. En cuanto al nivel educativo 5 de ellos refirió tener primaria completa, 3 secundaria incompleta, 1 corresponde a primaria incompleta, 1 secundaria completa y 1 universidad, respectivamente. Por otra parte,

en cuanto a otras ocupaciones 4 de los entrevistados refieren que su actividad principal es el cuidado de la persona con trastorno mental, los cuales 3 de estos se identifican con el sexo femenino.

Luego de la realización de las entrevistas a partir de las cuales se recolectaron datos para obtener información sobre la caracterización de la población se clasificaron los mismos para cumplir con los objetivos de esta investigación.

Para conocer la percepción en relación a los riesgos psicosociales del cuidador principal se presentará la información obtenida de cada uno (once entrevistados) haciendo énfasis en sus emociones, sentimientos, necesidades, expectativas clasificados en factores de riesgo psicosociales internos y externos.

Cuadro N° 1 Características de los cuidadores principales entrevistados

Cuidador	Edad	Sexo	Escolaridad	Est Civil	Otra ocupación	Vínculo
1 N T	38	Masculino	3° primaria	Soltero	Industria	Hermano
2 M R	54	Femenino	Primaria compl	Casada	No	Madre
3 J P	74	Masculino	1° secundaria	Viudo	No	Padre
4 H F	19	Masculino	4° secundaria	Soltero	Albañil	Hermano
5 M P	54	Femenino	Prim completa	Casada	Panadería	Madre
6 A S	63	Femenino	Prim completa	Casada	No	Madre
7 P C	66	Femenino	Sec completa	Casada	Cocinera	Madre
8 A M	74	Femenino	Univ completa	Divor.	Abogada	Madre
9 C D	57	Femenino	Prim completa	Separada	No	Madre
10 F R	38	Femenino	Ciclo báscompl.	Divor	Auxiliar Enf	Hermana
11 A d M	68	Masculino	Prim Completa	Casado	Artesano	Padre

Elaboración Lic Esp Mariza do Prado **Fuente** Entrevistas a cuidadores principales

II - Categorías de la percepción de los entrevistados

Los contenidos de las entrevistas realizadas se clasificaron en dos categorías: factores psicosociales internos y factores psicosociales externos. (Cuadro N° 2)

Los factores internos, como aquellos que se relacionan e influyen directamente en la persona y las externas las que se relacionan e influyen en el cuidador desde el entorno del cuidado, establecido.

Estos están integrados por 6 subcategorías: Estados de Ánimo, sentimientos, emociones, problemas de salud, actitudes

Siendo lo más presentes los sentimientos y emociones.

Los factores externos producidos por condiciones del entorno, cormorán las subcategorías Familiares, Institución de Salud, Otras instituciones

Estando mas representadas las sociales, seguida de las familiares e institucionales.

Cuadro N°2 Categorías de las percepciones identificadas en las entrevistas

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
Sub Categoría	Componentes	Sub Categoría	Componentes
Estados de Ánimos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Depresión ■ Duelo ■ Desesperanza ■ Angustia ■ Estrés ■ Preocupación 	Familiares	<ul style="list-style-type: none"> ■ Apoyo ■ Vínculos ■ Sostén
Sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soledad ■ Aislamiento ■ Culpabilidad ■ Nostalgia ■ Impotencia ■ Frustración ■ Añoranza ■ Sentimientos 	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vínculos ■ Apoyos ■ Incomprensión ■ Participación
Emociones	<ul style="list-style-type: none"> ■ Miedo ■ Desconfianza ■ Tristeza ■ Cansancio ■ Agobio ■ Felicidad ■ Sobrecarga 	Institución Salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consideración ■ Apoyo

Problemas de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ Somatización ■ Dolor muscular ■ Visión ■ Columna ■ Cardiacos 	Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> ■ Capacitación ■ Redes ■ Recreación
Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preocupación ■ Nerviosismo Pensativa 		

Elaboración Lic Esp Mariza Do Prado **Fuente** Entrevistas a cuidadores principales

7. ANALISIS DE INVESTIGACIÓN

La mayoría de la población entrevistada pertenece al sexo femenino, coincidiendo con la generalidad de los estudios sobre cuidadores, mientras que todos son familiares directos, lo que se puede pensar como factor decisivo de las personas del sexo masculino para ejercer el rol ya que no hay otro motivo sustancial como el hecho que para ninguno es fuente laboral.

Por otra parte, no se encuentra relación importante entre sexo, edad y el nivel de educación, muy probablemente reafirmando la elección personal por ser cuidador de una persona que cursa un trastorno mental impulsado generalmente por su vínculo.

En relación a las categorías, es evidente que los sentimientos, emociones y estado de ánimo se relacionan con las dificultades del rol de cuidador a personas con trastornos mentales, ocasionando muchas veces sentimientos de desesperanza “no hay una solución y nadie me da una salida”(Cuidador número 3: JP), “he sentido que no tiene salida”(Cuidador número 8: AM), y como contrapartida la presencia de otros sentimientos que sin ser contradictorio permiten el fortalecimiento a seguir, como la esperanza “espero que mi hijo esté bien, yo sé que no se va a mejorar” (Cuidador número 9: CD).

Muchos expresan sentir soledad lo que se relaciona con los factores externos social y familiar al identificarlo con la ausencia de compañía durante el rol de cuidador, correspondiendo con una vida social inactiva y principalmente con la falta de apoyo familiar.

La frustración ante situaciones que vivencian repetidamente, “a mi lo que me cuesta aceptar es que él era un chiquilín sano” (Cuidador número 5: MP) y “ya no lo voy a cuidar más” (Cuidador número 7: PC).

Otras expresiones traen percepciones que se relacionan con su historia vida que los lleva a sentir nostalgia “me apena mucho porque me acuerdo cuando él era jovencito” (Cuidador número 3: JP) y “me da pena que antes él podía hacer cosas que hoy ya no puede” (Cuidador número 10: FR).

La soledad es otro de los sentimientos presentes, que generalmente los lleva a no tener vínculos interpersonales causados por la tendencia al aislamiento y por consecuencia generan emociones y estados de ánimos como la depresión y el estrés "...a veces es estresante" (Cuidador número 6: AS). "no quería aceptar que él tenía esa enfermedad" (Cuidador número 4: HF), "yo me deprimó de verlo mal a él" (Cuidador número 5: MP), "me enfermo de verlo así, estoy mal" (Cuidador número 7: PC), "yo me siento horrible" (Cuidador número 8: AM).

Algunos de los estados de ánimo como la preocupación percibidos se relacionan con la relación vincular -"Quien se preocupa soy solo yo" (Cuidador número 1: NT), "yo estoy las veinte y cuatro horas controlándolo" (Cuidador número 2: MR), "me preocupa que cada vez esta enfermedad aumentaba" (Cuidador número 5: MP) , "me preocupa que tome mal la medicación" (Cuidador número 6: AS).

Si bien las patologías personales y el reconocimiento de malestares y dolores están presentes, pasan a ser un factor secundario "me preocupa enfermarme yo por cuidarlo a él" (Cuidador número 9: CD), "ahora el tiempo que me quedaba tengo que dedicarlo para ayudar a mi hermano" (Cuidador número 10: FR).

Las emociones también aparecen en expresiones de cansancio, tristeza-"se sabe que a veces nos agotamos" (Cuidador número 1: NT) , "ganas de llorar"(Cuidador número 2: MR).

La sobrecarga esta también presente pero muchas veces ligada con el motivo de continuidad "yo estoy las veinte y cuatro horas controlándolo" (Cuidador número 2: MR), "para mi es muy importante que él esté bien" (Cuidador número 2: MR).

Algunos sentimientos generan otros como empatía, generalmente vivenciadas ante desacuerdos con quienes constituyen factores externos como los integrantes de la sociedad "paso pendiente de él"(Cuidador número 8: AM) "los enfermos son seres humanos" (Cuidador número 1: NT), "el que tiene que hacer tratamiento sos tú el cuidador" (Cuidador

número 11: AdM)“la sociedad y las instituciones no están preparados para esa inclusión” (Cuidador número 4: HF), “el médico no le da importancia” (Cuidador número 8: AM), “nosotros como cuidadores tenemos que poner nuestra parte” (Cuidador número 1: NT). Esta empatía genera responsabilidad “ellos tienen que tener atención” (Cuidador número 1: NT), “para mí es muy importante que él esté bien” (Cuidador número 2: MR), “ahora el tiempo que me quedaba tengo que dedicarlo para ayudar a mi hermano” (Cuidador número 10: FR).

Por otra parte el temor y la preocupación se relaciona también con factores externos “no lo puedo dejar en una clínica tirado psiquiátrico...no los cuidan adecuadamente” (Cuidador número 1: NT), “yo estoy las veinte y cuatro horas controlándolo” (Cuidador número 2: MR), “...las personas que conviven con él no saben cómo actuar” (Cuidador número 4: HF), “tengo miedo que la enfermedad empeore” (Cuidador número 9: CD), “no hay una solución...y nadie me da una salida” (Cuidador número 3: JP).

En este contexto la importancia del amor en el cuidado referido desde el vínculo para lograr ese cuidado de forma eficaz, manifestando que “yo lo amo porque es mi hijo” (Cuidador número 2: MR), “el amor es todo para ellos” (Cuidador número 1: NT), “con el cariño ellos viven muchos años” (Cuidador número 1: NT). Esto se fortalece con un gran reconocimiento de fe, como motivación para el rol, muchas veces relacionada con la esperanza de recibir una recompensa, “Dios nos da la recompensa” (Cuidador número 1: NT), “me consagro a Dios, le pido la guía a él porque sin eso tampoco no existimos y no vivimos” (Cuidador número 11: AdM).

8. CONCLUSIONES

El proceso metodológico permitió a más del logro de los objetivos, el llegar al otro (cuidador principal) desde otra faceta.

Las características que identifican a los cuidadores principales de personas con trastornos mentales de otros cuidadores principales, se generan desde la demanda y necesidades de cuidados en dichos trastornos

Las expresiones, verbales, físicas y emotivas en las entrevistas permiten considerar que los factores de riesgos percibidos por los cuidadores principales de personas con trastornos mentales se constituyen principalmente por Sentimientos, Emociones y estados de ánimo, generados.

Las sentimientos, emociones y estados de ánimo que auto perciben los cuidadores principales de personas con trastornos mentales, se entrelazan entre sí, derivando una en otras, identificando una fuerte resiliencia basada en el amor y la fe

Los factores externos a la persona del cuidador principal, son percibidos como negativos, enfrentado entre otras cosas un alto contenido de discriminación a la persona con trastornos mentales, que también aíslan a cuidador. Considerando la relevancia del cuidador principal de personas con trastornos mentales en el desarrollo de la nueva ley de Salud Mental, los conocimientos generados pueden ser punto de partida para nuevas estrategias a nivel asistencial como el académico.

Por consiguiente esta investigación abre nuevas preguntas, cuya respuestas permitirían seguir fortaleciendo el tema ¿cuál es el conocimiento que tienen los cuidadores Principales para el desarrollo de este rol?, ¿Qué percepción tiene el equipo de salud sobre los cuidadores principales de personas con trastornos mentales? ¿Cómo es el vínculo de los Lic en Enf con los cuidadores principales de personas con trastornos mentales?.

Por último con la información obtenida a partir de la realización de esta investigación se pretende fomentar que otros investigadores profundicen en la temática investigada y/o que se implementen estrategias para fortalecer las diferentes áreas de capacitaciones en las cuales el cuidador principal sea el objetivo, utilizando las distintas herramientas tecnológicas actualmente disponibles.

9. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Organización Mundial de la Salud. (30 marzo, 2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. [Artículo en página web]. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- ² Organización Mundial de la Salud. (28 noviembre, 2019). Trastornos mentales. [Artículo en página web]. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- ³ Mayorbe, P., Vázquez, I. (2015). Cuidar cuesta: Un análisis del cuidado desde la perspectiva de género. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 151, pp. 83-100. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-CuidarCuesta-5145036.pdf>
- ⁴ Landam, C., Candes, S., Garay, V., García, P., López, C., Pérez, J., Sáez, C., Saldivia, María. (2014). Cuidado Humanizado desde la perspectiva del enfermero de Emergencia en un hospital de Quillota, Chile, 3 (2), pp. 12-21. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/564-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2193-1-10-20151027.pdf>
- ⁵ Gorostiaga, J. (2012). *La percepción como medio de desarrollo del individuo. (Tesis de grado, Universidad de Palermo)*. Recuperado de https://fido.palermo.edu/servicios_dyc/proyctograduacion/detalle_proyecto.php?id_proyecto=1126
- Universidad de Murcia. La percepción (Tesis de grado). Recuperado de <https://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
- ⁷ Báez, F., Nava, V., Ramos, L., Medina, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería, 9 (2), pp. 127-134. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>

⁸ Echemendía Belkis. (2011). Definiciones acerca del riesgo y sus implicaciones. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49 (3), pp. 470-481. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie14311.pdf>

Solórzano, O. (2014). Manual de conceptos de Riesgos y Factores de Riesgo Para Análisis de Peligrosidad. Recuperado de http://www.mag.go.cr/acerca_del_mag/circulares/rec_hum-manual-riesgos-peligrosidad.pdf

¹⁰ Universidad de la República. (2011). *Manual básico en salud, seguridad y medio ambiente de trabajo*. Recuperado en http://gestion.udelar.edu.uy/pcet-malur/wp-content/uploads/sites/15/2018/04/manual_b%C3%A1sico_en_salud_seguridad_y_medio_ambiente_de_trabajo-1.pdf

¹¹ Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Artículo en página web]. Recuperado de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

¹² Academia Europea de Pacientes. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. [Artículo en un blog]. Recuperado de <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/>

¹³ Observatorio de riesgos psicosociales UGT. (2012). *Fichas de prevención. Factores psicosociales*. Recuperado de http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_fichas_1_12/1-12_fichas%20factores%20psicosociales.pdf

¹⁴ Academia Europea de Pacientes. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. [Artículo en un blog]. Recuperado de <https://www.eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/>

¹⁵ Real Academia Española. Sentimiento. Recuperado de <https://dle.rae.es/sentimiento>

¹⁶ Narváez, D. (2015). *¿Qué son los sentimientos?* Recuperado de https://www.academia.edu/29349465/_Qu%C3%A9_son_los_sentimientos_Breve_

¹⁷ Otero, María. (2006). Emociones, sentimientos y razonamientos en didáctica de las ciencias. *Revista Electrónica de Investigación en Educación en Ciencias*, 1 (1), pp. 24-53. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2733/273320433004.pdf>

¹⁸ Linares, R. (28 marzo 2020). El sentimiento de soledad [Artículo en página web]. Recuperado de <https://www.elpradopsicologos.es/blog/el-sentimiento-de-soledad/>

¹⁹ Carrasco, R. Estar solo no es lo mismo que sentirse solo. ¿Qué nos hace sentirnos solos? [Artículo en página web]. Recuperado de <https://www.psicologiamadrid.es/blog/articulos/salud/sentimiento-de-soledad>

²⁰ Carrasco, R. Estar solo no es lo mismo que sentirse solo. ¿Qué nos hace sentirnos solos? [Artículo en página web]. Recuperado de <https://www.psicologiamadrid.es/blog/articulos/salud/sentimiento-de-soledad>

²¹ Giraldo, Y., Ruiz, A. (2019). La solidaridad. *Otras formas de ser joven en las comunidades de Medellín*. Recuperado de http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20190905072459/Libro_Solidaridad.pdf

- Álvarez, M., Morales, A. (2007). *Guía para cuidadoras de personas dependientes. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria*. Málaga, España: Gráficas Europa.
Recuperado de <https://www.asanec.es/bibliografias/IMPRESA%20Guia+cUIDADORAS+asanec+VOL+1.pdf>
- Anierte, N. Psicología y Salud. Integración mente y cuerpo. [Artículo en página web].
Recuperado de http://www.anierte-nic.net/apunt_psicolog_salud_1.htm
- Borges, G., Medina, M., Wang, P., Lara, C., Berglund, P., Walters, E. (2006). Tratamiento y adecuación del tratamiento de los trastornos mentales entre los encuestados de la Encuesta Nacional de comorbilidad de México. *Psychiatry online*. [Artículo en página web].
Recuperado de https://uc3m.libguides.com/guias_tematicas/citas_bibliograficas/APA#articuloe
- Batthyány, K., Genta, N., Perrotta, V. (2015). Avanzando hacia la corresponsabilidad en los cuidados. Análisis de las licencias parentales en el Uruguay. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39167/1/S1500975_es.pdf
- Cruz, J., Ostiguín, R. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. *Enfermería Universitaria*, 8 (1). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007
- Del Castillo, R., Villar, M., Dogmanas, D. (2011). Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1(4), pp. 83-96. [Artículo en página web].
Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>

- De Oliveira, L.,Schuwart, E., Prado, L. (2008). La sobrecarga de familia que convive con la realidad del trastorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), pp 588-594. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000400009&script=sci_abstract&tlng=es
- De León, N. (2013). Procesos de Reforma en la región y en nuestro país: del modelo manicomial al abordaje comunitario. *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las Políticas en Salud Mental*. (pp. 87-92). Montevideo, Uruguay: Psicolibroswaslala. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9499>
- Del Pino, R. (2015). Estrategia de bioética en el plan integral de salud mental de Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (126). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000200008
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Colombia: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de <https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>
- Gines, A. (2013). *Salud mental en la perspectiva del sistema nacional integrado de salud*. Uruguay: Mastergrafsrl. Recuperado de https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9499/1/salud_mental_en-debate.pdf
- Hernandez, R.,Fernandez, C. y Batista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Graw Hill.
- Instituto Sindical de trabajo, ambiente y salud. *Riesgo Psicosociales*. [Artículo en página web]. Recuperado de <https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/riesgos-psicosociales>

- Rodríguez, J., Kohn, R., Aguilar, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales de América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>
- Ley N° 9.581. (1936). *Psicópatas*. Uruguay. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5437689.htm>
- Ley N° 18.211. (2007). *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Uruguay. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3211794.htm>
- Leininger, M. (1988). Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *NurseHealthCare*, 6 (4): pp. 209-212. Recuperado de: <https://www.significados.com/metodologia-de-la-investigacion>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. España: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (Diciembre 2017). Salud y derechos humanos. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Ojeda, I. (2016). *Riesgos ergonómicos de cuidadores en residencias asistidas para adultos mayores en Lima – Perú*. (Tesis de Pregrado, Universidad Científica del Sur). Recuperado de <https://es.slideshare.net/funiber/funiber-ingrid-ojeda-riesgos-ergonmicos-de-cuidadores-en-residencias-asistidas-para-adultos-mayores-en-lima-per>
- Real Academia Española. Riesgo. Recuperado de <https://dle.rae.es/riesgo>
- Yáñez, S. (1999). *Consideraciones sobre flexibilidad laboral planteadas desde una mirada de género* (Fundación Friedrich y Centro de Estudios de la Mujer, Uruguay). Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/flexibil_laboral.pdf

11. ANEXOS

Anexo N°1 Ley N° 19.529 Salud Mental

Promulgación: 24/08/2017 Publicación: 19/09/2017

Reglamentada por: Decreto N° 226/018 de 16/07/2018.

CAPÍTULO I - DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1: (Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2: (Definición).- A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.

Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno.

Artículo 3: (Principios rectores).- Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

A) Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular.

B) La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental.

C) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

D) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.

E) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

F) La calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.

G) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.

H) Debe considerarse que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.

I) La posibilidad de autodeterminarse y la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.

J) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.

K) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3° y 4° de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

Artículo 4: (Principio de no discriminación).- En ningún caso podrá establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- A) Estatus político, económico, social o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
- B) Solicitudes familiares o laborales.
- C) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.
- D) Orientación sexual e identidad de género.
- E) Mera existencia de una historia de tratamiento u hospitalización.

Artículo 5: (Consumo problemático de sustancias psicoactivas).- El consumo problemático de sustancias psicoactivas, en tanto su naturaleza es multidimensional, será abordado en el marco de las políticas de salud mental desde una perspectiva integral que incluya la reducción de riesgos y daños, la atención psicosocial, la integración educativa y laboral, la gestión del tiempo libre y el placer y la atención de los vínculos con referentes socio afectivos en los ámbitos familiar y comunitario.

CAPÍTULO II - DERECHOS

Artículo 6: (Derechos).- La persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a:

- A) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano.
- B) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión.
- C) Ser reconocida siempre como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.
- D) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

E) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

F) Recibir información completa y comprensible inherente a su situación, a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.

G) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.

H) Solicitar cambio de profesionales o de equipo tratante.

I) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona designe, de acuerdo al procedimiento indicado por el equipo tratante.

J) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.

K) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.

L) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador correspondiente.

M) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que se crea en la presente ley.

N) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.

O) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales y recreativas.

P) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.

Q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un diagnóstico actual o pasado.

R) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin el consentimiento informado.

S) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.

T) Contar con asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona y bienes. Si fuera objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.

CAPÍTULO III - AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 7: (Rectoría).- Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud públicos y privados.

Artículo 8: (Plan Nacional de Salud Mental).- El Ministerio de Salud Pública elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley y en la reglamentación respectiva.

Artículo 9: (Formación profesional).- El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y en la calidad de la atención.

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización permanente para los profesionales de los equipos interdisciplinarios de salud mental, así como para los equipos básicos de salud, en base a los mismos criterios.

Artículo 10: (Investigación).- Se promoverá la investigación en salud mental.

Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiere el país.

CAPÍTULO IV - INTERINSTITUCIONALIDAD

Artículo 11: (Coordinación).- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurran al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.

Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.

Reglamentado por: Decreto N° 331/019 de 04/11/2019.

Artículo 12: (Capacitación e inserción laboral).- Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, promoverán:

A) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona.

B) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada.

C) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares.

D) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y especiales para los de empleos con apoyo y trabajo protegido, entre otras.

Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

Artículo 13: (Acceso a vivienda).- Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:

A) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales, con dispositivos que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía como son entre otras las cooperativas de viviendas y de la Comisión Honoraria pro Erradicación de la Vivienda Rural Insalubre (MEVIR Doctor Alberto Gallinal Heber).

B) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.

C) La inclusión de aquellas familias con niñas, niños o adolescentes con trastornos mentales. Se implementarán medidas para prevenir

la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

Artículo 14: (Inclusión educativa y cultural).- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la integración educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.

CAPÍTULO V - ABORDAJE

Artículo 15: (Integralidad de las prestaciones).- Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 16: (Niveles de atención).- La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública definirá los tipos de dispositivos que deben conformar la red de servicios, establecerá las competencias de cada uno de ellos y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

Artículo 17: (Ámbito de atención).- El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

Artículo 18: (Redes territoriales).- Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

Artículo 19: (Equipos interdisciplinarios).- La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial.

Artículo 20: (Salud y capacitación de recursos humanos).- Se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.

Artículo 21: (Rehabilitación).- Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital.

Artículo 22: (Dispositivos residenciales con apoyo).- Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivo a la adquisición progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.

Artículo 23: (Consentimiento informado).- Se requerirá el consentimiento informado de la persona para la realización de las intervenciones biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.

Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de éste, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.

Artículo 24: (Hospitalización).- La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

Artículo 25: (Extensión de la cobertura).- La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria.

Artículo 26: (Modalidades de hospitalización).- Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

Artículo 27: (Requisitos previos).- Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

A) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.

B) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.

Artículo 28: (Hospitalización voluntaria).- Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

Artículo 29: (Deber de notificación).- El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos, las hospitalizaciones voluntarias e involuntarias que se prolonguen por más de cuarenta y cinco días corridos, dentro de las setenta y dos horas de vencido dicho plazo.

Artículo 30: (Hospitalización involuntaria).- La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

A) Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros.

B) Esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

En la reglamentación de la presente ley, el Poder Ejecutivo establecerá cuáles son las situaciones de riesgo inminente de vida para el usuario y para terceros.

Artículo 31: (Formalidades para hospitalización involuntaria).- La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

A) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el literal siguiente del presente artículo.

B) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad

o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario.

C) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.

Artículo 32(Carga de la notificación).- Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, la institución Nacional de Derechos Humanos y al Juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

El Juez podrá requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

Artículo 33: (Hospitalización por orden judicial).- El Juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique.

El Juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización, información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida.

Cuando estén dadas las condiciones para el alta de la persona, el Director Técnico del prestador deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al Juez. Éste deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a tres días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

Artículo 34: (Hospitalización de niñas, niños y adolescentes).- El Juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niñas, niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley N° 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 de la Ley N° 19.149, de 24 de octubre de 2013.

Artículo 35: (Notificación de hospitalización por orden judicial).- En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras veinticuatro horas a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos.

Artículo 36: (Alta y permiso de salida).- El alta y el permiso de salida son facultad del médico tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

Artículo 37: (Desinstitucionalización).- Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

Artículo 38: (Establecimientos asilares y monovalentes).- Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas en los establecimientos asilares existentes. Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y la transformación de las estructuras monovalentes. El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley.

El Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025.

CAPÍTULO VI - ÓRGANO DEL CONTRALOR

Artículo 39: (Creación).- Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 40: (Cometidos).- Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

A) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

B) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales, públicos y privados, incluyendo las sujetas a procedimientos judiciales.

C) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental, con la debida protección a los derechos de los usuarios.

D) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.

E) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.

F) Inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.

G) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, actores involucrados en el proceso asistencial y de terceros.

H) Requerir la intervención judicial o de otros organismos competentes, ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

I) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental.

J) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.

K) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas.

L) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional.

M) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

Artículo 41 (Integración).- La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales deberá acreditar conocimientos, formación y experiencia en el tema de la salud mental. Uno de ellos la presidirá.

B) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley.

C) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental.

D) Un miembro representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental.

E) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental.

F) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental.

G) Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

Artículo 42: (Descentralización).- Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento.

Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social.

Artículo 43: (Duración del mandato).- La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de tres años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos. Sin perjuicio de ello, la delegación del Poder Ejecutivo podrá modificarse en todo momento.

Artículo 44: (Quórum).- Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de siete de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.

Artículo 45: (Competencia del Presidente).- Compete al Presidente de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

- A) Presidir las sesiones de la Comisión.
- B) Ejecutar las resoluciones de la Comisión.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos ocho de los miembros de la Comisión.
- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo.
- E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.

Artículo 46: (Protección especial). Encomiéndase especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada por la Ley N° 18.446, de 24 de diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley.

CAPÍTULO VII - DEROGACIÓN Y ADECUACIÓN

Artículo 47: Derógase la Ley N° 9.581, de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.

Artículo 48: Efectúanse las siguientes adecuaciones en la normativa vigente:

A) La remisión efectuada por los artículos 40 y 46 de la Ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974, debe entenderse realizada a la presente ley.

B) La remisión efectuada por el literal B) del artículo 35, del Decreto-Ley N° 15.032, de 7 de julio de 1980 (Código del Proceso Penal), debe entenderse realizada a la presente ley.

C) La remisión efectuada por el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008, debe entenderse realizada al artículo 23 de la presente ley.

Anexo N°2 Instrumento para recolección de datos

Características del cuidador

Edad _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Estado civil _____

Otra ocupación _____

Vinculo del cuidador con la persona con trastorno mental

1) ¿Cuánto tiempo hace que cuida al paciente? _____

2) ¿Cuántas horas dedica usted al cuidado? _____

• ¿Cuáles fueron las circunstancias que lo llevaron hoy a ser cuidador?

• ¿Como transcurre un día como cuidador?

Elementos a considerar

Relación Interpersonales

¿Con quién vive? _____ ¿Tiene amigos? _____ ¿Tiene Familia? _____

¿Qué cosas le preocupan del cuidado?

¿Cómo se siente como cuidador?

Cambios sociales

El ser cuidador le produjo cambios, cuales recuerda (sociales, económicos, culturales, personales)

¿Cómo ve su situación actual?

Expectativa de auto eficiencia

El cuidar le presenta emociones y/o sentimientos, síntomas físicos ¿cuáles? ¿lo/la afectan y cómo?.

Anexo N°3: Carta a Dirección Hospital Departamental de Rivera

Centro Departamental de Rivera -ASSE. Rivera, de 2019.

Directora Dra. Florencia Eula.

Quien suscribe, estudiante de posgrado de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, cursando el Programa de Maestría en Salud Mental.

En este momento me aboco a la recolección de datos para la tesis en Salud Mental, la misma se titula “Riesgos psicosociales: Auto percepción de cuidadores principales de personas con trastornos mentales en el Hospital de Departamental de Rivera” teniendo como tutor al Prof. Agdo. PhD. Álvaro Díaz.

Cabe mencionar que para realizar dicha recolección se realizarán entrevistas a cuidadores principales de personas con trastornos mentales internadas en el Servicio de Salud Mental, las mismas serán confidenciales y voluntarias y con el consentimiento informado. Por otra parte se cuenta con el aval de la comisión de Ética de la Facultad de Enfermería y se mantendrá en todo momento las consideraciones éticas correspondientes.

Ante lo expresado, solicito a Ud. la autorización para realizar las entrevistas y su referencia con la jefatura del Servicio de Salud Mental del Hospital de Rivera con quienes se coordinaran las mismas.

Una vez que la investigación sea aprobada por el tribunal otorgado, se le acercará una copia de la misma.

Sin otro particular la saluda muy atentamente

Lic. Esp. Mariza Do Prado

Maestreanda en Salud Mental

Facultad de Enfermería

Anexo N°4: Información al Entrevistado

Rivera,..... de..... 2019

Quien suscribe, Mariza Do Prado, me presento ante usted como estudiante del Programa de Maestrías en Salud Mental de Facultad de Enfermería, Universidad de la República. Ante esto, me encuentro realizando la Investigación con el Título: Auto percepción de los cuidadores principales de Personas con trastornos mentales internadas en el Hospital Público de la ciudad de Rivera

Con el Objetivo de: Analizar los riesgos psicosociales percibidos por el cuidador principal de personas con trastornos mentales internados en el Servicio de Salud Mental de un Hospital Público de Rivera.

Como parte de ella se realizarán entrevistas individuales a cuidadores principales, utilizando un Instrumento guía, siendo grabada para una la obtención de la exacta información obtenida para luego analizarla.

Se guardará el anonimato identificando al entrevistado con las iniciales del nombre y se asegurará la confidencialidad del mismo.

Por su parte los resultados estarán a disposición de los participantes y serán divulgados en revistas y eventos científicos garantizando su anonimato.

La entrevista no acarreará daños físicos ni riesgos, pues no será realizado ningún procedimiento invasivo y o doloroso, como recolección de material biológico o experimentos con seres humanos.

El/la entrevistado/a responderá preguntas de libre y espontánea voluntad y podrá desistir de participar en cualquier momento, sin prejuicio alguno.

La entrevista será grabada para luego transcribir la misma y analizar los datos.

Anexo N°4. Consentimiento Informado

Rivera,..... de..... 2019

Yo,, he recibido información respecto a la investigación Auto percepción de los cuidadores principales de Personas con trastornos mentales internadas en el Hospital Público de la ciudad de Rivera.

Cuyo objetivo es: Analizar los riesgos psicosociales percibidos por el cuidador principal de personas con trastornos mentales internados en el Servicio de Salud Mental de un Hospital Público de Rivera.

He realizado las preguntas sobre la investigación, aclarando mis dudas y se me ha entregado información escrita.

También se me ha informado que me puedo retirar cuando lo desee y que no será perjudicial para mi persona.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para participar en el estudio, respondiendo libremente en la entrevista y que la misma sea grabada.

Participante de la Investigación

Investigador Responsable

Firma

Firma

Aclaración

Aclaración

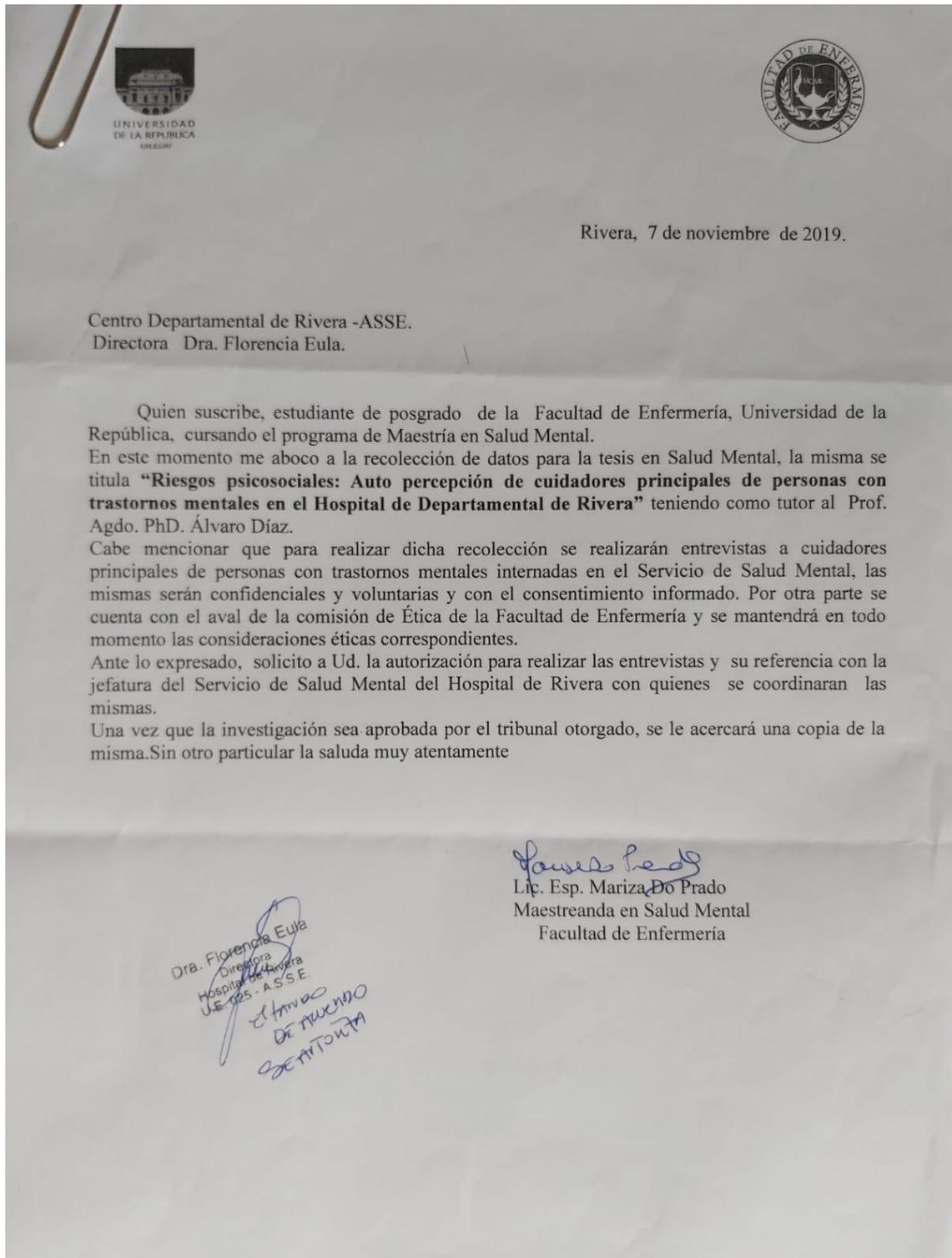
CI.....

CI.....

**Anexo N°5: Aval del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de
Enfermería**

	UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE ENFERMERÍA	
Montevideo, 16 de diciembre de 2019.		
De: Comité de Ética de la Investigación.		
A: Lic. Mariza de Prado		
El Comité de Ética de la investigación ha recibido las enmiendas realizadas al protocolo: "Auto percepción de los cuidadores principales de personas con trastornos mentales internadas en el Hospital Público de la ciudad de Rivera".		
El mismo cumple con los resguardos éticos para la protección de los participantes de la investigación.		
En tanto lo expresado se extiende el Dictamen: Aprobado		
Sin perjuicio de lo anterior, ajustar las preguntas al tipo de estudio.		
Por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería.		
Prof. Inés Umpiérrez		
Prof. Agdo.(s) Araceli Otárola		
<small>SEDE CENTRAL: JAIME CUBEL 2818. TEL: (998) 2487-00-50 / 2487-00-44 - FAX: (998) 2487-00-43 SEDE HOSPITAL DE CLÍNICAS DR. MANUEL QUINTELA: Rodr. Ballez s/n 5to piso TEL-FAX: (998) 2486-70 91/2487-68-67 C.P.: 11600 página web: www.fenf.edu.uy correo electrónico: secretaria@fenf.edu.uy Montevideo-República Oriental del Uruguay</small>		

Anexo N°6: Aval de Equipo de Gestión y Ética del Hospital Departamental de Rivera



Anexo N°7: Fotografías de la fachada del Hospital Departamental de Rivera y del Servicio de Salud Mental

