Percepción de la hospitalización psiquiátrica en el familiar-cuidador de personas internadas por primera vez en la Clínica Montserrat: Bogotá, 2021

Tanya Argentina Mesa Parra MD.

Mónica Jersey Sánchez Astudillo MD. Esp. Msc.

Universidad El Bosque - Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Facultad de Ciencias Naturales y de la Salud

Programa de Psiquiatría

Bogotá, D.C.

2021

Percepción de la hospitalización psiquiátrica en el familiar-cuidador de personas internadas por primera vez en la Clínica Montserrat: Bogotá, 2021

Tanya Argentina Mesa Parra MD.

Mónica Jersey Sánchez Astudillo MD. Esp. Msc.

Directores

Eugenio Ferro Rodríguez MD. Esp.

Lina María Prieto Giraldo MD. Esp.

Trabajo de grado para optar al título de Psiquiatra

Universidad El Bosque - Instituto Colombiano del Sistema Nervioso

Facultad de Ciencias Naturales y de la Salud

Programa de Psiquiatría

Bogotá, D.C.

2021

Dedicatoria

Mis horas, mis sueños y mi vida por siempre para ti, Juan Diego.

Mónica

A mi familia, la consanguínea y la que me brindó la vida durante este camino. A mis perros,

"Todo el conocimiento, la totalidad de preguntas y respuestas se encuentran en el perro"

(Franz Kafka).

Tanya

Agradecimientos

A mi familia y a la Armada de Colombia, que me permitieron cumplir mi sueño.

Mónica

A mi familia, mis perros –que hacen parte de ella, de quienes aprendo cada día y me dieron la fortaleza para no rendirme–, mis amigos, mis profesores y todos aquellos que, con una palabra, mirada o sonrisa, hicieron que valiera la pena.

Tanya

Resumen

Objetivos: describir la percepción en el familiar-cuidador respecto a la hospitalización siquiátrica de personas internadas por primera vez en la Clínica Montserrat, desde los dominios del conocimiento, imaginario y comportamientos.

Métodos: el modelo metodológico es el cualitativo de tipo fenomenológico. La población estuvo conformada por los familiares-cuidadores de las personas que fueron hospitalizadas por primera vez en la Clínica Montserrat durante 2021, que aceptaron participar del estudio. No existe un ***n*** muestral calculado de acuerdo con el tipo de estudio.

Resultados: hubo diez participantes: seis mujeres y cuatro hombres. El promedio de edad fue de 51.9 años. Siete de los participantes pertenecen al núcleo primario del paciente y tres de estos al núcleo secundario. Con respecto al conocimiento, el motivo para aceptar la atención intramural era el riesgo que corría su familiar o un tercero. Al respecto, llama la atención que la mayoría de los familiares-cuidadores desconocían el diagnóstico y el tratamiento al momento del ingreso. Al evaluar el dominio y los subdominios de imaginario, es evidente la presencia de estigma, autoestigma y estigma de cortesía; principalmente en relación con el tratamiento farmacológico, la contención mecánica y la imagen que se tiene de otros pacientes. Los participantes manifiestan tener confianza de que este hito en su historial de salud no va a tener ningún efecto sobre sí mismo, la familia y el entorno, aunque expresan desear privacidad y discreción en cuanto a quienes deben enterarse de la condición de su familiar en sus entornos más cercanos. Los procesos sicoterapéuticos y el personal asistencial cuentan con buena aceptación, aunque los participantes recalcan la falta de comunicación por parte del siquiatra a cargo de su familiar.

Conclusiones: en consonancia con la revisión bibliográfica, hay una tendencia a diferir la consulta a los servicios de salud mental, aun cuando se han reconocido signos y síntomas que sugieren la necesidad de atención médica prioritaria; el estigma es evidente con respecto

al tratamiento farmacológico, la contención física y los otros pacientes; el autoestigma y el estigma de cortesía es patente entre familiares-cuidadores. Mientras tanto, hay una visión positiva de la institución y el personal asistencial, diferente a lo encontrado en la literatura. Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la dificultad de extrapolar los resultados a la población general. Se sugiere establecer estrategias de psicoeducación dirigidas tanto a pacientes como a familiares-cuidadores y la población general sobre la importancia de la atención oportuna en salud mental.

Palabras clave: percepción, conocimiento, imaginario, comportamiento, estigma, autoestigma.

Tabla de contenido

1 Introducción 12

2 Marco teórico 13

2.1 Generalidades de la salud mental 13

2.2 Atención en salud mental 14

2.3 Hospitalización en psiquiatría 15

2.4 Estigma en salud mental 16

2.5 Perspectivas frente al estigma 19

3 Planteamiento del problema 21

3.1 Planteamiento del problema 21

3.2 Objetivos 22

3.2.1 Objetivo general 22

3.2.2 Objetivos específicos 22

4 Propósito 23

5 Materiales y métodos 24

5.1 Población de referencia y muestra 25

5.1.1 Criterios de inclusión 25

5.1.2 Criterios de exclusión 26

5.2 Dominios y variables a utilizar 26

5.3 Instrumento 28

5.3.1 Procedimiento de recolección de datos 28

5.3.2 Plan de análisis 29

5.3.3 Aspectos éticos 29

6 Resultados y análisis de datos 31

6.1 Conocimiento 32

6.2 Imaginario 35

6.3 Comportamiento 41

7 Conclusiones 42

8 Referencias 46

9 Anexos 51

Lista de tablas

Tabla 1 *Dominios: definición según los términos de MeSH y diferentes investigadores* 27

Tabla 2 *Características de los participantes de la investigación* 32

Lista de figuras

Figura 1 *Dominios y variables a utilizar* 26

Figura 2 *Proceso de reclutamiento de participantes* 31

Lista de anexos

Anexo 1 51

Anexo 2 52

1 Introducción

La hospitalización es un acto que se recomienda cuando una alteración del estado de salud del paciente requiere de un seguimiento médico estrecho, por consiguiente, supone la necesidad de confiar al personal de los servicios de salud el cuidado del enfermo. En la hospitalización siquiátrica, este acto se complejiza, puesto que en algunos casos los familiares-cuidadores que asisten por primera vez este servicio pueden estar afligidos por los motivos de hospitalización y los relatos de sus parientes, lo que dificulta la toma de decisiones en cuanto al manejo a corto y mediano plazo de este tipo de pacientes.

En los textos revisados, no se encontró bibliografía en Colombia que estudiara la percepción del familiar-cuidador de la hospitalización en siquiatría, por ende, hay un vacío en el conocimiento y las intervenciones que se realizan, pues se basan en estudios con otras poblaciones que no comparten muchas de las características sociodemográficas y culturales de este país. También es posible que las medidas que se adoptan sean tomadas desde la experiencia personal adquirida de estar al cuidado de dichos pacientes.

Lo expuesto puede dificultar la aceptación y afrontamiento de la patología mental. Por lo tanto, el presente trabajo pretende abordar desde una visión cualitativa-fenomenológica el conocimiento, imaginario y comportamiento que tienen los familiares-cuidadores de los pacientes que se hospitalizan por primera vez en un servicio de siquiatría, lo cual permitirá llevar a cabo intervenciones más específicas a las características de esta población, teniendo en cuenta sus necesidades particulares.

2 Marco teórico

2.1 Generalidades de la salud mental

A partir de los establecido en el artículo 3 de la Ley 1616 (2013), la salud mental se define como:

> […] un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es "un estado de bienestar en el cual el individuo 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" (Subdirección de Enfermedades no Transmisibles, 2017, p. 16).

A nivel global, la situación de la salud mental muestra que son cada vez más comunes los trastornos mentales. En ese sentido, la OMS estima que 450 millones de personas en el mundo sufren de alguna enfermedad mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2003). De igual modo, el Instituto Nacional de Salud Mental en Estados Unidos demostró que uno de cada cinco personas vive con una enfermedad mental, es decir, 46 millones (National Center for Biotechnology Information, 2022).

Por su parte, en Colombia, el panorama no es diferente. Según el Estudio Nacional de Salud Mental colombiano, el 40.1 % de la población ha presentado en su vida algún trastorno mental: ocho de cada veinte de estos es un trastorno siquiátrico; de los cuales, los más frecuente son los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por uso de sustancias psicoactivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2003).

2.2 Atención en salud mental

La OMS instó "[…] a desarrollar programas de salud mental, a modernizar la legislación [y velar por la] protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y a sus familias" (Rojas-Bernal et al., 2018, p. 130). Al respecto, Colombia no ha sido la excepción, por lo que ha promulgado –entre otras– la Ley 1616 de 2013, la cual pretendió reivindicar los derechos de las personas con enfermedad mental, además de garantizar su acceso al sistema de salud, su recuperación y rehabilitación.

De ese modo, "En la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan los resultados deseados y si estos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia" (OMS, 2003, p. 2). Desde la perspectiva del paciente, es posible que la calidad sea percibida de forma diferente. En el estudio de Schröder et al. (2006), se encontró que el concepto de calidad de la atención en el entorno siquiátrico debe abarcar: el respeto por la dignidad del paciente, un sentido de seguridad en cuanto a la atención, la participación del paciente en la atención, la recuperación y el entorno de atención del paciente. Ahora, otro de los elementos empleados para evaluar la calidad de los servicios de salud es la lealtad, debido a que es bastante sensible, en la medida en que mide el nivel de satisfacción y la posibilidad de volver a elegir esa institución en el caso de requerir una hospitalización nuevamente (Lin et al., 2021).

Como se aprecia, se han realizado diversos estudios en los cuales se busca identificar los factores que determinan la calidad de la atención, tales como las características del paciente, el tipo de hospital y el estado mental al ingreso. Como factores asociados a una percepción negativa de la calidad de la atención, se han determinado los siguientes elementos: género masculino, edad avanzada, soltería, antecedente de internación, hospitalización en contra de la voluntad, entre otros (Lin et al., 2021).

2.3 Hospitalización en psiquiatría

Definir la conducta terapéutica frente a un paciente con trastorno mental requiere de la adecuada evaluación individual de caso, con el fin de determinar si requiere de manejo intramural, ambulatorio o ser derivado a otro tipo de servicio. La decisión de hospitalizar a un paciente depende de diferentes factores que el facultativo debe evaluar:

- Respuesta pobre al tratamiento ambulatorio.
- Conductas sicomotoras que ponen en riesgo la integridad del paciente o de quienes lo rodean.
- Alto riesgo de autoagresión, heteroagresión y suicidio.
- Comorbilidades orgánicas y siquiátricas.
- Factores estresantes sicosociales que puedan dificultar el manejo ambulatorio.

La hospitalización del paciente en un entorno siquiátrico está llena de prejuicios y tópicos que deben intentar aclararse, planteándose siempre como una alternativa transitoria que tiene como objetivo restablecer el equilibrio mental del paciente, que permita una relación posterior más adecuada y satisfactoria con su entorno (Casas, 1989). Así, la OMS concibe la hospitalización "[…] como una alternativa excepcional de atención a un episodio agudo que se presente en cualquier momento de la enfermedad, siendo esta intervención lo más breve posible, buscando la pronta integración al ambiente familiar y comunitario" (Minoletti et al., 2012, como se citaron en el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones, s.f., p. 8).

En siquiatría, la hospitalización es un acto complejo que genera múltiples emociones en los familiares-cuidadores, por ejemplo, preocupación porque sus familiares se deben mezclar con otros pacientes siquiátricos, por cómo se verá afectado el historial médico, la cobertura por las pólizas de seguro o el impacto en la reputación laboral o social (Sun et al., 2019). Factores como la discriminación y el estigma contribuyen a que las personas con

enfermedad mental tengan barreras para recibir la atención médica adecuada (Gary, 2005). En este contexto, un estudio en México encontró que, aunque un 25 % de los padres consideran que sus hijos requieren atención en una unidad de salud mental, solo el 13 % la buscaron (Caraveo-Anduaga et al., 2002).

A menudo, los familiares-cuidadores consideran que el personal médico tiene poca tolerancia frente a los comportamientos erráticos de sus familiares, no utilizan de forma adecuada los métodos de desescalamiento verbal y algunos procedimientos, como la inmovilización, son percibidos como medios de castigo ante el comportamiento disruptivo de sus parientes. Así mismo, conciben que el personal médico es reacio a comprometerse con ellos, lo que provoca que busquen otros familiares o sicólogos para enfrentar sus experiencias indirectas, asociadas a las conductas que se toman con sus familiares (Tingleff et al., 2019).

En síntesis, se sienten mal atendidos, examinados y culpados durante su interacción con el personal de salud (Sun et al., 2019); creen que el personal de salud no es empático a la hora de comunicar lo que les sucede a sus parientes y dejan una impresión de abandono y desinterés (Williamson et al., 2018); incluso, algunos padres han reportado que el personal de salud hace comentarios negativos sobre la crianza de sus hijos, lo cual despierta malos sentimientos en ellos (Sun et al., 2019).

2.4 Estigma en salud mental

El estigma hace referencia a un conjunto de cualidades que representan un rasgo característico o diferencial, generalmente negativas. Según Erving Goffman, en un atributo profundamente desacreditador que se asocia a un grupo social o individuo, que representa un estereotipo negativo en la conciencia social (López et al., 2008). Por su parte, el estigma en las enfermedades mentales se ha definido como el rechazo y aislamiento social del paciente con este tipo de patologías, el cual procede del desconocimiento de estas en la sociedad

(Comunidad de Madrid, 2011). De igual forma, el estigma en el contexto en cuestión está relacionado con tres problemas: el desconocimiento, los prejuicios y la discriminación (Hanafiah y van Bortel, 2015).

Los medios de comunicación influyen en el imaginario de las personas sobre lo que es tener este tipo de enfermedades (Vidourek y Burbage, 2019), pues presentan constantemente una descripción inexacta de los pacientes con dichas patologías, lo cual contribuye a aumentar el estigma y la discriminación (Hanafiah y van Bortel, 2015). Así, la representación de la enfermedad mental parece estar cimentada en el conocimiento que existe en la población en general, lo cual está relacionado con las características de la patología, del paciente y de los familiares (Hasson-Ohayon et al., 2019).

En ese orden de ideas, un estudio en Suecia encontró que, al evaluar las actitudes del público con respecto a la enfermedad mental, durante 1979, 2003 y 2014, no es habitual que estas se hayan vuelto más positivas a lo largo de los años; se sigue pensando que "las personas con enfermedades mentales cometen actos violentos más que otras" o que "la enfermedad mental daña la reputación más que una enfermedad física" (Mirnezami et al., 2016, p. 39).

Los pacientes con enfermedades mentales consideran que la exclusión social, él rechazo por parte de los miembros de la familia y la disminución de las oportunidades de trabajo son problemas importantes en la aceptación de la patología (Hanafiah y van Bortel, 2015). En los familiares, el estigma hace que eviten hablar del tema con otros, incluidos parientes y amigos; además, conciben la enfermedad como vergonzosa y evaden la revelación de esta a los demás para proteger a su familia (Hanafiah y van Bortel, 2015). Igualmente, los trabajadores de la salud han identificado que los grupos que más discriminan a las personas con enfermedad mental son la familia (padres, hermanos, suegros, tías, tíos y primos), los amigos, los empleadores y las alianzas relacionadas con la salud (Hanafiah y van Bortel, 2015).

Ahora, el estigma de cortesía hace referencia a que los miembros de la familia también pueden compartir parte de la estigmatización debido a su filiación con la persona con enfermedad mental; esto puede disminuir su reputación y estatus en la comunidad y poner en peligro sus relaciones con los vecinos y el público en general (Gary, 2005). Las representaciones mentales de los padres de niños y adultos con enfermedades mentales graves mostraron que los primeros apoyaron el estigma por cortesía y sintieron que fueron estigmatizados como progenitores de individuos con enfermedades mentales. También, lo anterior se vincula negativamente con la autoestima y el empoderamiento de estos (Hasson-Ohayon et al., 2019).

Por otro lado, el personal de salud cree que la estigmatización por parte de la familia impide el acceso a la salud mental para quienes más lo necesitan. Asimismo, los miembros de la familia pueden no percibir la enfermedad mental como un problema de salud, sino que la categorizan dentro del mundo socio-espiritual, lo que retrasa la búsqueda de atención en salud mental por miedo a lo que otros piensen de ellos (Mendenhall et al., 2018). Con ello, se demuestra que, dentro de los perpetradores de la discriminación y el estigma en las enfermedades mentales, se encuentran la familia y los amigos, quienes deberían ser la principal fuente de apoyo, valores y creencias, así como ser las personas que empoderen a los pacientes de un sentido de pertenencia y confianza (Hanafiah y van Bortel, 2015).

Ante el estigma, se ha identificado una disminución del efecto del tratamiento, una mayor probabilidad de recaídas, falta de recursos humanos dispuestos a trabajar en el campo y es una barrera para el buen servicio de atención e integración entre los servicios de salud (Tingleff et al., 2019).

En un estudio realizado en China, en el cual se buscó determinar las percepciones de los médicos en atención primaria y las barreras para el manejo de la depresión, se constató que más del 30 % de los profesionales de atención primaria en salud informaron que los pacientes

y sus familiares era reacios al diagnóstico de depresión y hasta el 80 % de los pacientes dudaba de consultar a un especialista en salud mental (Chen et al., 2018). De forma similar, otro análisis concluyó que, aunque el 70 % de los encuestados aconsejaría consultar al siquiatra, tan solo el 23 % seguiría su propio consejo (Mirnezami et al., 2016).

Con respecto al tratamiento, la sicoterapia ha sido y sigue siendo muy apreciada, la percepción es más crítica frente al manejo farmacológico (Mirnezami et al., 2016). En una investigación donde se valoró la percepción del tratamiento entre los jóvenes con síndrome de la Tourette y sus padres, se percibió que las preocupaciones sobre los efectos adversos de la medicación fue la causa más común para su discontinuación, además de un conocimiento limitado de los profesionales de la salud en cuanto a la patología que aqueja a sus familiares (Cuenca et al., 2015).

2.5 Perspectivas frente al estigma

El reconocimiento, la comprensión y el apoyo de la afección y el tratamiento son las características más importantes de la comunicación entre los profesionales de la salud y sus pacientes (Chen et al., 2018). En ese sentido, propender por el conocimiento de la enfermedad de los familiares y procurar por una adecuada comunicación con el personal de salud opera como un facilitador del tratamiento en las personas con patología mental. De igual modo, se considera que el ejercicio de un diálogo más genuino sobre los resultados esperados y las limitaciones del tratamiento mejora la confianza entre cada uno de los actores (Sun et al., 2019). Además, contribuye a la comprensión de la enfermedad, lo cual incluye conocer las etiquetas de esta y la necesidad de tratamiento (Hasson-Ohayon et al., 2019), y los hace sentir más tranquilos frente a la calidad de la atención brindada (Tingleff et al., 2019).

La comunicación sobre la conducta que el personal de salud va a tomar con los pacientes ayuda a reducir las ansiedades de sus familiares-cuidadores y a percibir al personal

médico como interesado, amistoso y profesional (Williamson et al., 2018). Finalmente, visitar a sus parientes que están hospitalizados favorece el vínculo con este, puesto que creen que su presencia, cariño y esfuerzo tiene un impacto positivo en su condición mental y comportamiento (Tingleff et al., 2019).

3 Planteamiento del problema

3.1 Planteamiento del problema

En algunos familiares-cuidadores, la hospitalización en siquiatría es un acto que genera preocupación, temor y rabia. Con frecuencia, se sienten desconcertados, culpados y examinados durante su interacción con el personal de salud, debido a que creen que el paciente puede correr peligro con sus pares o que su vida podría afectarse (Sun et al., 2019). A la par, los pacientes con enfermedades mentales consideran que la exclusión social y la discriminación por parte de los miembros de la familia son problemas importantes en la aceptación de la enfermedad mental (Hanafiah y van Bortel, 2015).

El estigma en la enfermedad mental se relaciona con el desconocimiento, los prejuicios y la discriminación (Hanafiah y van Bortel, 2015), lo que contribuye a la disminución del efecto del tratamiento, una mayor probabilidad de recaídas y es una barrera para el buen servicio de atención e integración entre los servicios de salud (Alfredsson et al., 2017). En los familiares, el estigma hace que eviten hablar de dicha enfermedad. Así mismo, pueden percibir la enfermedad como vergonzosa y evaden la revelación de esta a los demás para proteger a su familia (Hanafiah y van Bortel, 2015).

En este orden de ideas, algunos estudios reportan que, durante la hospitalización, los familiares-cuidadores creen que el personal médico es reacio a comprometerse con ellos (Tingleff et al., 2019) y tienen una impresión de abandono y desinterés por parte del personal asistencial (Williamson et al., 2018). Sin embargo, dichos resultados no son generalizados a toda la población y provienen de grupos pequeños de familiares cercanos de pacientes con enfermedades mentales específicas, como trastornos alimentarios o agitación psicomotora.

Propender por el conocimiento de la enfermedad en los familiares y una adecuada comunicación con el personal de salud opera como un facilitador del tratamiento en las

personas con patología mental (Sun et al., 2019). Igualmente, contribuye a la comprensión de la enfermedad, lo que incluye la acción de conocer las etiquetas de esta y reconocer la necesidad de tratamiento (Hasson-Ohayon et al., 2019).

Para abordar de forma integral la atención clínica en siquiatría, es necesario intervenir desde el primer acercamiento a los familiares-cuidadores, con el fin de conocer la información previa que tienen de la patología que padece el paciente, indagar acerca de los prejuicios que tienen sobre la enfermedad mental y acerca del comportamiento que adoptan ante este tipo de patologías. Dicha información favorecerá el planteamiento de estrategias de intervención a nivel individual y familiar que lleven a una mejor adaptación del paciente y su entorno.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general

Describir la percepción en el familiar-cuidador respecto a la hospitalización siquiátrica de personas internadas por primera vez en la Clínica Montserrat.

3.2.2 Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos como todos aquellos datos objetivos que tienen los familiares-cuidadores sobre la hospitalización por primera vez en la Clínica Montserrat.
- Explorar el imaginario y las fantasías que el familiar-cuidador tiene frente a la hospitalización en la Clínica Montserrat, teniendo en cuenta sus creencias y su opinión preconcebida de este proceso.
- Reconocer los comportamientos que el familiar-cuidador percibe del personal de salud y la sociedad ante la hospitalización de sus familiares en la Clínica Montserrat.

4 Propósito

Desde una mirada cualitativa, acercarse al conocimiento, el imaginario y el comportamiento que tiene el familiar-cuidador de los pacientes que se hospitalizan por primera vez en un servicio de siquiatría permitirá realizar un entendimiento fenomenológico para plantear una hipótesis acerca del rol o la participación de los familiares-cuidadores en la atención del paciente siquiátrico.

5 Materiales y métodos

El modelo metodológico de esta investigación es el cualitativo de tipo fenomenológico, dado que busca explorar las dinámicas de la salud y la enfermedad, tal como es percibida por las personas mismas y no por la perspectiva del investigador (Morse, 2012). A partir de la recopilación, organización e interpretación sistemática del material recolectado y utilizado para la exploración de los significados de los fenómenos sociales que experimentan los individuos en su contexto natural (Grossoehme, 2014), es posible una construcción de conocimiento que ocurra sobre la base de conceptos. De manera semejante, mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos, se genera la coherencia interna del producto científico (Krause, 1995). El método recopila datos emergentes y abiertos que se utilizan luego para desarrollar los temas (Campbell, 2014).

A través de esta metodología, se pueden comprender procesos sociales complejos, capturar elementos esenciales de un fenómeno desde la perspectiva de los participantes del estudio y descubrir creencias, valores y motivaciones que subyacen los comportamientos individuales de salud (Curry et al., 2009). Además, tiene la capacidad de proporcionar información sobre el lado “humano” de un problema, en otras palabras, las conductas, creencias, opiniones, emociones y relaciones, a menudo contradictorias, de los individuos (Mack et al., 2005).

En la investigación cualitativa en salud, el análisis suele ser inductivo. El investigador trabaja desde los datos hasta los resultados de la teoría, en lugar de comenzar con una teoría preconcebida en la que se ajusta la información (Morse, 2012). Algunas características de la investigación cualitativa son (Curry et al., 2009):

- Describe la complejidad, la amplitud o el rango de ocurrencia de los fenómenos.
- Busca generar hipótesis sobre un fenómeno, sus precursores y consecuencias.

- Ocurre de forma natural (en lugar de experimental) y produce datos basados en un final abierto, con discusiones y observaciones.

Por su parte, el enfoque fenomenológico se cimienta en las siguientes premisas (Grossoehme, 2014):

- El significado y el conocimiento son construcciones sociales incompletas y en desarrollo.
- El investigador es parte de la experiencia, siendo estudiado, y sus valores juegan un papel en el estudio.
- El sesgo es inherente a toda investigación y debe articularse al principio.
- Los participantes e investigadores comparten conocimientos y son socios.
- Las formas de expresión son importantes.
- Los significados pueden no ser compartidos por todos.

5.1 Población de referencia y muestra

La población estuvo conformada por los familiares-cuidadores de las personas que fueron hospitalizadas por primera vez en la Clínica Montserrat durante 2021. Ahora, la muestra fue constituida por el familiar-cuidador que aceptó participar durante el periodo de reclutamiento. Cabe añadir que no existe un ***n*** muestral calculado debido al tipo de estudio, en tanto que el número de sujetos de investigación depende de la recolección de la información, en la medida en que se vayan saturando los dominios indagados.

5.1.1 Criterios de inclusión

- Mayores de 18 años.
- Ser el familiar-cuidador directo del paciente hospitalizado en la Clínica Montserrat.

5.1.2 Criterios de exclusión

- Haber estado hospitalizado en una unidad de salud mental.
- Haber tenido previamente un familiar hospitalizado en una unidad de salud mental de quien fuera cuidador directo.

5.2 Dominios y variables a utilizar

Para la exploración de las percepciones que tienen los participantes frente a la hospitalización por primera vez de su familia en una unidad de salud mental, se dividieron por dominios y subdominios, a los cuales se les dio una definición científica basada en los términos del Medical Subject Headings [MeSH] (National Center for Biotechnology Information, s.f.) y del diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2014). Así mismo, a partir de lo anterior, las investigadoras desarrollaron su propia definición de trabajo.

Figura 1

Dominios y variables a utilizar

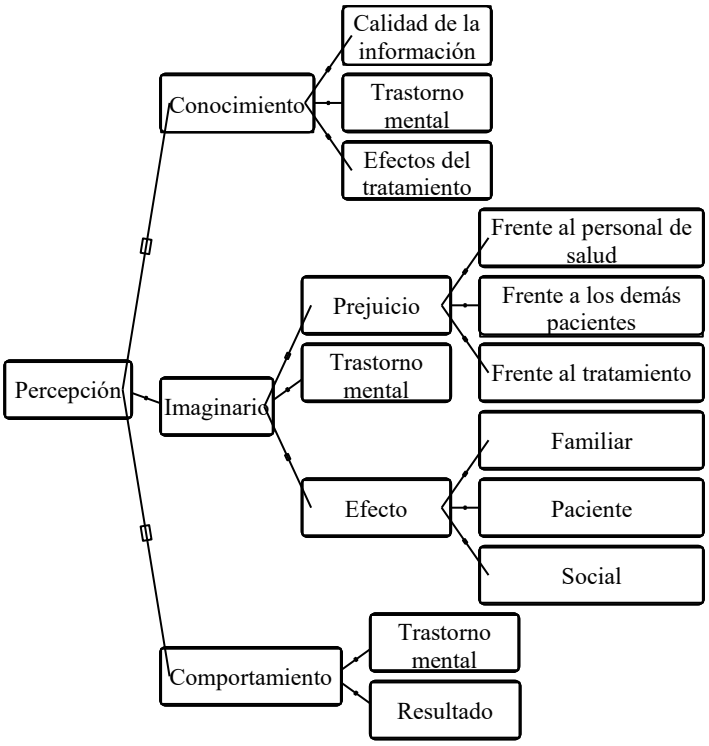


Tabla 1

Dominios: definición según los términos de MeSH y diferentes investigadores

Variable	Definición teórica	Definiciones conceptuales para el análisis
Percepción	Actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene como consecuencia de esta acción, la cual refleja el grado de satisfacción de estos (Hernández-Herrera y Flores-Hernández, 2002)	La percepción es la primera impresión sobre la hospitalización en una unidad de salud mental, teniendo en cuenta los conocimientos y las actitudes previas que tiene el familiar-cuidador
Conocimiento	Recopilación de hechos, suposiciones y descubrimientos que se usan en combinación con datos previos (McGraw-Hill y Parker, 2003) para entender un fenómeno	El conocimiento son todos aquellos datos objetivos que tienen los familiares-cuidadores sobre la hospitalización por primera vez en una unidad de salud mental
Imaginario	Matrices de sentido que permiten comprender, dar forma a la experiencia e incorporarla dentro del conocimiento adquirido (Randazzo, 2012)	El imaginario es la fantasía que el familiar-cuidador tiene frente a la hospitalización en una unidad de salud mental, considerando sus creencias y opiniones preconcebidas de este proceso
Comportamiento	Acciones y reacciones del sujeto hacia el medio que lo rodea (Echegoyen, 2005)	Son todas aquellas actitudes que adopta el familiar-cuidador frente a la hospitalización por primera vez en una unidad de salud mental
Calidad de la información	Se habla de calidad de la información cuando esta es completamente útil en la toma de decisiones o la solución de algún problema específico (González-Valiente, 2014)	Refiere si la información suministrada por el profesional de la salud al momento del ingreso del paciente fue adecuada, pertinente y clara; por lo cual, le permitió tomar una decisión informada
Trastorno mental	Es la "alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida" (Ley 1616, art. 5, 2013)	El trastorno mental son todas aquellas patologías síquicas que impiden el adecuado desarrollo, mantenimiento y desenvolvimiento del individuo, de acuerdo con el medio que lo rodea
Efecto	Son factores que llevan a un organismo a comportarse o actuar de una manera en la búsqueda de metas o satisfacción. Estos pueden ser influenciados por impulsos	Se refiere a lo que el familiar espera de la atención hospitalaria del paciente

	sicológicos o estímulos externos (OMS, s.f.)	
Efecto del tratamiento	Es lo que sucede tras la administración de un fármaco (Goienetxe Fagoaga et al., s.f.) o la realización de algún procedimiento, tal como la inmovilización mecánica o la sicoterapia individual o grupal	Son los efectos que el familiar-cuidador conoce del tratamiento administrado al paciente durante la hospitalización
Prejuicio	Actitud constituida por un componente cognitivo, afectivo y conativo hacia un grupo (Alfredsson et al., 2017)	Son los preconceptos, principalmente de origen negativo, que el familiar-cuidador tiene acerca de la hospitalización siquiátrica y de lo que esto deriva
Resultado	"Hecho o acontecimiento derivado o que resulta inevitable y forzosamente de otro" (Oxford University, 2022, párr. 1).	Son todas las implicaciones en el paciente, su familia y sociales que pueden ocurrir al alta hospitalaria

5.3 Instrumento

El instrumento utilizado (Anexo 1) fue una entrevista semiestructurada, la cual fue llevada a cabo por las investigadoras principales. El entrevistador tuvo plena libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos y obtener más información. En la literatura revisada, no se encontraron escalas que midieran de forma cualitativa el motivo de este estudio.

Es pertinente añadir que la entrevista fue revisada por el asesor científico, la asesora metodológica y el familiar-cuidador de dos pacientes hospitalizados en la Clínica Montserrat. Posterior a esto, se hicieron los cambios que se creyeron convenientes para afinar el instrumento de medición.

5.3.1 Procedimiento de recolección de datos

1. Contacto telefónico por parte de las investigadoras principales con el familiar-cuidador del paciente para presentar el proyecto de investigación y permitir la resolución de dudas.

2. Al aceptar la participación, se citó al familiar-cuidador para el diligenciamiento del consentimiento informado, brindando otro espacio para resolver dudas.
3. Se realizó la entrevista semiestructurada, la cual fue grabada previa autorización del participante.
4. Se transcribió la entrevista por medio de un convertidor de voz a texto. Luego, se verificó que el texto fuera la fiel copia de lo dicho en la entrevista.

5.3.2 Plan de análisis

1. Se categorizaron los participantes y la información suministrada. Esto permitió descomponer los datos obtenidos y codificarlos.
2. Se analizó la información obtenida, al asociar etiquetas a fragmentos de textos, en busca de respuestas comunes y no comunes, según los dominios propuestos.
3. Se compararon los resultados obtenidos con los descritos por la literatura y fueron presentados a partir de narrativas.

5.3.3 Aspectos éticos

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, "por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud", el presente estudio se clasificó como "riesgo mínimo", puesto que la investigación se realizó a partir de una entrevista semiestructurada, donde se indagó sobre temas sensibles como el imaginario y los comportamientos de los familiares-cuidadores ante la hospitalización por primera vez en la Clínica Montserrat.

Previo a la aplicación de las entrevistas, se aplicó el procedimiento para la toma del consentimiento informado para los sujetos del estudio (Anexo 2). Además, para mantener oculta la identidad, los datos que se analizaron fueron anonimizados a través de un código que solo conocen los investigadores y que evitará el reconocimiento de los participantes. Por

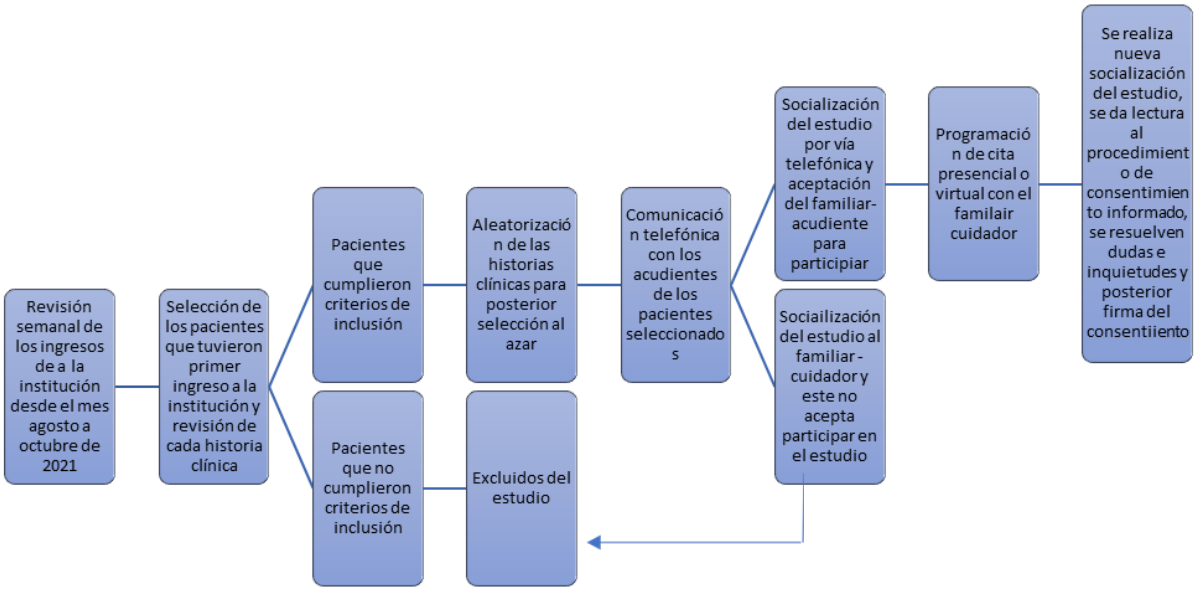
último, el protocolo de investigación fue puesto en consideración ante el Comité de Investigación del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat y el Comité de Ética en Investigación de Campo Abierto Ltda., con el fin de garantizar el respeto por los principios éticos establecidos en la normatividad para la investigación en humanos consignada en la Declaración de Helsinki y en la normatividad nacional vigente.

6 Resultados y análisis de datos

Aplicando el protocolo de investigación expuesto en “Materiales y métodos”, se recolectaron diez entrevistas; previa lectura, resolución de dudas e inquietudes referentes al estudio y posterior firma del consentimiento informado. De este modo, se aplicó una entrevista semiestructurada de nueve preguntas que posibilitaron conocer los significados que tienen para los sujetos de investigación los dominios indagados frente a la hospitalización por primera vez en la clínica Montserrat: conocimiento, imaginario y comportamiento. Para el reclutamiento de los participantes y la recolección de la información, se siguió el proceso descrito en la Figura 2.

Figura 2

Proceso de reclutamiento de participantes



De los resultados obtenidos con respecto a la población participante, de los diez entrevistados, seis eran mujeres y cuatro hombres. También, el promedio de edad de los familiares-cuidadores fue de 51.9 años, donde la edad más baja fue de 25 años (correspondiente al individuo FP6H) y la más alta, de 66 años (relativa al sujeto FP10E). En cuanto al vínculo con el paciente hospitalizado en la institución, siete pertenecen al núcleo primario del paciente

(padre o madre) y tres al núcleo secundario, dos de estos eran hijos y uno era el cónyuge. Con respecto al grupo sindromático al que pertenecieron sus familiares durante la hospitalización, según la dinámica asistencial de la institución: dos pertenecían al grupo de jóvenes; dos, al de afecto; cuatro, a TAB (Trastorno Afectivo Bipolar) y pensamiento; y dos, a psicogeriatría (Tabla 2).

Tabla 2

Características de los participantes de la investigación

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Código	FP1M	FP2P	FP3M	FP4P	FP5M	FP6H	FP7H	FP8M	FP9P	FP10E
Sexo	F	M	F	M	F	F	F	F	M	M
Edad	53	64	51	59	46	25	45	46	64	66
Parentesco	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre	Hija	Hija	Madre	Padre	Esposo
Grupo	J	A	A	TAB Y P	J	P	P	A	TAB Y P	P
Diagnóstico CIE 10	F332	F42.9	F33.2	F233	F332	F302	F228	F332	F228	F238

Nota. F: Femenino. M: Masculino. J: Jóvenes. A: Afecto. TAB y P: TAB y pensamiento. P: Psicogeriatría.

6.1 Conocimiento

Para efectos de este estudio por conocimiento, se hace referencia a todos aquellos datos objetivos que tienen los familiares-cuidadores sobre la hospitalización por primera vez en una unidad de salud mental. Entre ellos, se evaluó la calidad de información que tenían, qué entendían del diagnóstico realizado a su familiar y el conocimiento referente a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos utilizados en siquiatría.

En 2018, Mendenhall et al. realizaron un estudio en donde encontraron que los miembros de la familia pueden no percibir la enfermedad mental como un problema de salud, sino que la categorizan dentro del mundo socio-espiritual, lo que retrasa la búsqueda de atención en salud mental y perpetúa el estigma hacia la salud mental y los pacientes con trastornos mentales. Esto contrasta con lo encontrado en esta investigación, donde al interrogar

sobre los elementos que se tuvieron en cuenta para aceptar la hospitalización del familiar, la mayor parte de los participantes manifestaron que los pacientes tenían riesgos importantes que no se podían contener en el hogar, como autoagresión, agitación o suicidio. Así mismo, las alteraciones del comportamiento dado por los síntomas del paciente motivaron la consulta y posterior hospitalización.

FP1M: “Vimos que necesitaba ayuda y teníamos temor a lo que podía hacer” (comunicación personal, 2021).

FP3M: “Saber que tenía pensamientos negativos y podía quitarse la vida nos motivó a autorizar la hospitalización” (comunicación personal, 2021).

FP5M: “La vi descompensada y por los riesgos que estaba teniendo” (comunicación personal, 2021).

Con respecto al entendimiento del diagnóstico al momento de la consulta y la hospitalización, en la investigación se encontró que cinco de los entrevistados desconocen el diagnóstico con el que ingresa su familiar a la hospitalización. Llama la atención que, incluso, algunos mencionaron que no recibieron diagnóstico al momento del ingreso, por lo cual, luego de dicha consulta y de que se diera la hospitalización, buscaron información en internet sobre los síntomas del paciente. Por su parte, cinco de los entrevistados indicaron que, aunque no tenían claridad con el diagnóstico, entienden que los síntomas descritos hacen parte de algún síndrome clínico afectivo (depresión) o comportamental.

FP4P: “El diagnóstico no fue claro y solo fue que tenía que dejarlo. No recibí información al respecto” (comunicación personal, 2021).

FP5M: “El diagnóstico no me lo dieron como tal. Tiene una enfermedad mental que la está afectando tanto física como mentalmente, necesita tratamiento sicológico y siquiátrico” (comunicación personal, 2021).

FP8M: “Nos dijeron que tenía todos los síntomas de depresión” (comunicación personal, 2021).

FP2P: “Hacer una cosa de forma tan repetida que causa daño” (comunicación personal, 2021).

Por otra parte, no se encontró información en lo revisado hasta el momento frente a la claridad del diagnóstico por parte de los familiares al momento del ingreso. Sin embargo, Sun et al. (2019) indicaron que los profesionales de la salud deberían propender por el conocimiento de la enfermedad de los familiares y procurar por una adecuada comunicación con el personal de salud, en tanto que esto facilita el manejo de las personas con enfermedad mental y mejora la confianza entre los actores. Luego, Hasson-Ohayon et al. (2019) anotaron que el conocimiento acerca de la enfermedad contribuye a la comprensión de esta y genera conciencia sobre la necesidad de tratamiento.

Referente al tratamiento farmacológico en un grupo de jóvenes con síndrome de la Tourette y sus padres, Cuenca et al. (2015) encontraron que los progenitores presentan múltiples preocupaciones sobre los efectos adversos a la medicación y la contención mecánica. En esta muestra, al consultar su percepción sobre los efectos de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos administrados a su familiar, se encontró un descontento por la utilización de medicamentos, pero también un reconocimiento de la necesidad de emplearlos, independientemente del diagnóstico de su pariente. Todos los participantes esperaban que el tratamiento farmacológico fuera usado por un periodo corto, manifestando temor por el riesgo de adicción o presentar efectos secundarios.

Al consultar sobre los miedos ante la medicación, indicaron que estos nacen a partir de la creencia cultural de que los medicamentos siquiátricos son peligrosos o dañan el sistema nervioso central; dichas creencias son compartidas por otros familiares o amigos cercanos. Así mismo, tienen una visión positiva de la terapia sicológica, describiéndola como necesaria

dentro del plan terapéutico y como una forma de lograr la remisión sintomática a largo plazo, lo cual confirma lo encontrado por Mirnezami et al. (2016).

Frente a métodos como la inmovilización, los familiares describieron sentimientos como angustia y temor; tan solo un familiar lo reconoció como necesario, solo si su pariente se comportaba de manera violenta. Este hallazgo contrasta con lo descrito por Tingleff et al. (2019), puesto que, si bien la contención mecánica genera angustia entre los familiares, no fue considerado como un castigo ante las conductas erráticas de su familiar.

FP6H: "Tengo una percepción de la película, creo que los medicamentos son fuertes para el organismo. Me da angustia y miedo lo que pueda sentir mi familiar con la inmovilización… creo que la sicoterapia le ayudaría para estar más tranquila" (comunicación personal, 2021).

FP8M: "Nos parece horrible el tratamiento con medicamentos, porque hasta cuándo va a tener que depender de un medicamento para no sentirse triste…con sicología es terrible que no compartan la información con los padres" (comunicación personal, 2021).

6.2 Imaginario

El imaginario se definió como la fantasía que el familiar-cuidador tiene frente a la hospitalización en una unidad de salud mental, teniendo en cuenta sus creencias y su opinión preconcebida de este proceso. En este dominio, se exploraron los prejuicios hacia el personal de salud, los demás pacientes hospitalizados y el tratamiento dado, así como el imaginario frente a la enfermedad mental y a los efectos que podría traer al paciente hacia sí mismo, su familia y la comunidad en que se desenvuelve.

Con respecto al personal asistencial de la institución, todos los entrevistados sintieron un trato humanizado, respetuoso y cálido. Este hallazgo es opuesto a lo encontrado en algunos artículos revisados, que plantearon la creencia de que el personal médico es reacio a

comprometerse con los familiares (Tingleff et al., 2019), se sienten mal atendidos, examinados y culpados durante su interacción con el personal de salud (Sun et al., 2019).

Empero, en la literatura, se ha descrito que el personal de salud no es empático a la hora de comunicar lo que sucede a sus parientes y dejan una impresión de abandono y desinterés (Williamson et al., 2018). Esto es consistente con lo informado por los participantes FP1M, FP3P y FP5M, que desearon tener una comunicación más cercana y con mayor profundidad en cuanto a la enfermedad de su familiar, el tratamiento y el pronóstico. Ahora, llama la atención que quienes expresan esta inconformidad son padres y el paciente es menor de 18 años.

FP1M: "Me sentía como esperando algo más cercano, como "mira, hoy pasó tal cosa, ella está sufriendo de tal, ustedes como familia ya tal cosa"; de pronto, esa parte sí fue como lo que pasó. Yo pensaba: en algún momento nos va a llamar alguien y nos va a decir algo. (comunicación personal, 2021)

FP3P: "Nos trató bien. Pues digamos, cómo te digo, no es tan clara en los diagnósticos y sus cosas, pero sí nos trató de explicarlo lo mejor que pudo, pues yo diría que sí, que como formal" (comunicación personal, 2021).

FP5M: "Todos los doctores han tratado de responder en la medida de su conocimiento y con la información que tienen, pero me hace falta información del doctor, él que reúne toda la información y si él me puede responder cosas más puntuales, pero en general, la verdad bien, he podido resolver todo lo que he necesitado". (comunicación personal, 2021)

Al hablar de los demás pacientes hospitalizados en la clínica, algunos participantes utilizaron términos como "locos", "tienen un cortocircuito" o "tristes", los cuales reflejan una visión negativa y estigmatizante hacia las personas con enfermedad mental. Lo expuesto corrobora lo encontrado por Mirnezami et al. (2016), quienes reconocieron que el público ha mejorado su percepción frente a las personas con enfermedad mental, aunque se sigue pensando que "las personas con enfermedades mentales cometen actos violentos más que otras" o que "la enfermedad mental daña la reputación más que una enfermedad física" (p. 39). Ahora, llama la atención que algunos familiares imaginan que todos los pacientes

hospitalizados están en un peor estado clínico que su pariente y desearían que este no tuviera contacto con otros, para que no corriera algún peligro.

FP2P: “Pacientes amarrados y con choques eléctricos” (comunicación personal, 2021).

FP3M: “Hay de todo, pacientes con muchas patologías que ya no se pueden quitar. Saber que hay problemas de locura que ya no se puede quitar” (comunicación personal, 2021).

FP4P: “Me los imagino corridos de la teja, no me los imagino pasivos… Preocupación por el tipo de pacientes, con quién se está mezclando… Intranquilidad por no conocer con qué otras personas están” (comunicación personal, 2021).

En menor proporción, se observa una visión más neutra con respecto a los otros pacientes:

FP7H: “El hecho que tengan un problema mental no quiere decir que están locos... Cada tiene su problema o algo que lo hace inducir o actuar de una manera... No me aterra tampoco de una persona que tenga algo así” (comunicación personal, 2021).

FP8M: “Que cada uno tiene una situación diferente…Que tienen un cortocircuito” (comunicación personal, 2021).

Al indagar sobre el significado para la familia de tener a un miembro hospitalizado en una unidad de salud mental, se encontró que ocho de los entrevistados creen que la familia verá la hospitalización con “malos ojos”, describiendo este hecho como “una tragedia, algo terrible, una fatalidad”. En ese sentido, es interesante que cuatro de los entrevistados hayan ocultado la hospitalización de su pariente a algunos miembros de la familia extensa. Lo anterior podría describirse como el estigma de cortesía que consiste en el estigma que lleva la familia por tener un pariente que sufre una enfermedad mental (Gary, 2005). De este modo, los familiares directos del paciente hospitalizado temen que se conozca la situación que llevan y la consideran como algo vergonzoso tanto para ellos como para el paciente.

FP2P: “De por sí, nadie sabe, porque él ha pedido que su familia no se entere, que sus primos ni sus tíos, que nadie se entere… Yo pensaría que inicialmente lo lamentarán, como yo lo lamente cuando mi sobrino estuvo acá” (comunicación personal, 2021).

FP3M: “Fue terrible, la verdad mi esposo y mi hija… mi esposo, digamos que es cero expresivo. Mi esposo ni siquiera llamó a su hermana a contarle, yo fui quien llamó. Yo le conté a mis hermanos; no le conté a mis papás, porque ellos son mayores y no los quise preocupar. Eso fue un impacto muy fuerte, nos ha dejado a los tres una huella…” (comunicación personal, 2021)

FP4P: “La fatalidad más grande, mi familia toda esta todavía así. Mi hijo está en las oraciones más grandes de familiares, que son monjas y sacerdotes, toda la familia reza y cada día están...” (comunicación personal, 2021).

A partir de lo expuesto, se aprecia que los entrevistados FP7H y FP9P han mostrado una postura más abierta con respecto a la necesidad de involucrar a los miembros de la familia extensa en el proceso de hospitalización de su familiar. De hecho, expresaron que su familia estaba muy tranquila con la decisión que se había tomado

Con respecto al imaginario del futuro, se consultaron a los participantes sobre los efectos que podría traer el hecho de haber estado hospitalizado en una unidad de salud mental. En ese sentido, se documentó que las expectativas con respecto al futuro y a los diferentes escenarios en los que se puede desenvolver su familiar son positivas y creen que no se verán afectados por el antecedente de la hospitalización; hallazgo inconsistente con lo encontrado en la literatura, donde se planteado que frente a la hospitalización en siquiatría se generan múltiples emociones en los familiares-cuidadores, como la preocupación, porque se podría ver afectado el historial médico, la cobertura por las pólizas de seguro o el impacto en la reputación laboral o social (Sun et al., 2019). Referente a la vida cotidiana, dijeron lo siguiente:

FP1M: “Mejorará un 100 %” (comunicación personal, 2021).

FP5M: “Un poco positivamente… Deseo que ya no quiera volver acá… Tenga el compromiso de salir adelante” (comunicación personal, 2021).

En relación con los familiares que se encuentran en el grupo de sicogeriatría, la postura es menos positiva con respecto al impacto sobre la vida cotidiana:

FP7H: “Es un impacto fuerte… No va a poder seguir trabajando como lo venía haciendo… Tiene que descansar mucho” (comunicación personal, 2021).

FP10E: “Ya no poder salir a paseos… Nuestros sueños quedaron truncados, porque él debe tener cuidado…” (comunicación personal, 2021).

Por su parte, sobre el proyecto de vida, se evidencian tres posiciones diferentes. Primero, una optimista:

FP2P: “Bien, es un paciente muy pilo, con metas y sueños… Moderar la carga académica” (comunicación personal, 2021).

FP3M: “Con el tratamiento y las terapias entender lo que pasó… Cumplirá todos sus sueños” (comunicación personal, 2021).

Una segunda postura expectante:

FP4M: “De pronto de forma transitoria se retrasarán algunos proyectos” (comunicación personal, 2021).

FP9P: “No conozco qué efectos traerá esto en las personas con quien socializa” (comunicación personal, 2021).

Una tercera postura más negativa, en la que nuevamente priman los familiares-cuidadores en el grupo de sicogeriatría.

FP10E: “Yo creo que va a cambiar, es decir, creo que va a poner mucho de su parte, porque él no tiene la culpa, pero él va a poner todo lo de su parte, porque no quiere vivir esta situación…” (comunicación personal, 2021).

FP7H: “Pues tendría un impacto fuerte, un impacto fuerte, porque tenemos que replantear muchas cosas… Mirar cómo se replantea todo” (comunicación personal, 2021).

Los familiares-cuidadores se muestran optimistas sobre cómo la hospitalización en la unidad de salud mental impacta de forma positiva en la autoimagen de su familiar, de las que describen: *“*mejorará su autoestima… Saldrá adelante... Si logra vencer esto, se verá muy bien… Esto le servirá mucho” (comunicación personal, 2021). En ese sentido, el familiar-cuidador FP4P no cree que se vaya a impactar la forma en la que se ve su familiar; en cambio, FP3M, FP6H y FP9P perciben que es una experiencia difícil, que impactará de forma negativa la autopercepción de su familiar, describiendo sentimientos de mucha afectación, rabia con familiares e inseguridad, respectivamente.

El último imaginario por explorar refiere a la vida social de su familiar. Igual que cuando se explora con respecto a la familia, se evidencia que cinco de los entrevistados piensa que se debe ocultar la información para evitar un impacto en la esfera social:

FP2P: “[Amigos] ellos no saben, ni él les va a contar, ni nosotros… Él decía que eso de encubierto es bueno, porque eso también lo obliga a mejorar” (comunicación personal, 2021).

FP4P: “No, yo no creo que ninguno, porque creo que mientras el retome su vida normal y esto es un tema que pasó, no tiene por qué estar, digamos, tampoco divulgando ni contando” (comunicación personal, 2021).

FP6H: “Mi mamá trato de ocultarlas y cuando yo me enteré, pues fue tenaz, siempre ha tratado de ser así, como de: “aquí todo está perfecto, aquí no pasa nada” […] y así va a hacer con su familia, va a tratar de que no le contemos a nadie lo que está pasando”. (comunicación personal, 2021)

FP8M: “Que nadie supiera, porque nos parece harto el tema. Hay amigos que lo van a apoyar y otros que no. Entonces, nos da mucho miedo eso. Por protegerlo a él, estuvimos en el colegio pidiendo que eso no saliera de acá”. (comunicación personal, 2021)

FP10E: “Casi nadie sabe, nadie sabe y lo que más me ha dicho es que no le vaya a contar nada a nadie” (comunicación personal, 2021).

6.3 Comportamiento

Por comportamiento se alude a aquellas actitudes que adopta el familiar-cuidador frente a la hospitalización por primera vez en una unidad de salud mental. Con respecto a las prioridades sobre la hospitalización, la evolución y el pronóstico de los familiares-cuidadores entrevistados, estos plantearon que las prioridades principales fueron el esclarecimiento del diagnóstico, aumentar el conocimiento de la enfermedad y su curso, y el inicio o continuación del manejo farmacológico y no farmacológico.

FP2P: “Esclarecer diagnóstico” (comunicación personal, 2021).

FP5M: “Que se estabilice… Que le estabilicen los medicamentos… Realizar un mejor diagnóstico y un mejor tratamiento” (comunicación personal, 2021).

FP8M: “Conocer y saber cómo funciona todo en la hospitalización… Saber cuándo va a pasar esto y cuánto durará” (comunicación personal, 2021).

FP9P: “Que nos enseñen a tratar a las personas con este tipo de problemas” (comunicación personal, 2021).

En consonancia con lo descrito por la literatura, hay una tendencia a diferir la consulta a los servicios de salud mental, aun cuando se han reconocido signos y síntomas que sugieren la necesidad de atención médica, ya que resultan incontenibles de forma ambulatoria.

7 Conclusiones

El objetivo de este trabajo fue describir la percepción en el familiar-cuidador en cuanto a la hospitalización psiquiátrica de personas internadas por primera vez en la Clínica Montserrat desde un enfoque cualitativo, el cual permite responder a las necesidades de cada individuo, atendiendo a sus particularidades en torno a un evento como este que genera diversos sentimientos, pensamientos y comportamientos que influyen en todos los aspectos de la vida tanto del paciente como de su entorno familiar.

En cuanto al dominio de conocimiento, se percibió que la dificultad para el manejo ambulatorio por parte de los familiares-cuidadores –dada por la presencia de riesgo de suicidio y auto o heteroagresión– es un factor determinante al momento de aceptar la internación en una unidad de salud mental; esto pone de manifiesto la sensibilización de los parientes frente a las conductas que ponen en riesgo la integridad del paciente, viéndolas como producto de un trastorno mental y validando de alguna forma los sentimientos de este, buscando ayuda profesional frente a la sintomatología que presenta. Ahora, es interesante el desconocimiento que refieren los familiares-cuidadores referente al diagnóstico inicial de su familiar, lo cual puede afectar la toma de decisiones informadas, en donde es de vital importancia conocer todo lo concerniente a la patología, los síntomas, los tratamientos, los riesgos y, eventualmente, el pronóstico de esta.

Sobre los tratamientos farmacológicos, se encontraron datos muy similares a los informados por diferentes autores: persiste la creencia popular de que los medicamentos siquiátricos afectan de forma negativa la salud de sus familiares y, pese a que al momento de la hospitalización los familiares-cuidadores no se oponen al inicio de estos, sí esperan que sean administrados por un corto periodo de tiempo, lo cual puede no ser posible en algunas patologías crónicas. Es de destacar la importancia que tiene para los familiares-cuidadores la

terapia sicológica, dándole una gran relevancia en cuanto al manejo integral de su paciente en aras de promover la estabilización sintomática a largo plazo.

En cuanto a la contención física, los participantes manifestaron de forma generalizada sentimientos de temor y angustia; es importante tener esto en cuenta al momento de utilizar estos mecanismos en el paciente, puesto que supondría la necesidad de explicar el procedimiento de forma detallada al familiar-cuidador, en busca de disminuir dichos, pues se podrían inferir de forma negativa en la relación médico-paciente-familiar.

Asimismo, se encontró que la percepción del familiar-cuidador con respecto al personal de salud es buena, siendo algo de destacar, en tanto que, en la literatura revisada, el familiar describe al personal que trabaja en salud mental como ajeno a sus necesidades. No obstante, se debe reconocer que el familiar-cuidador siente que la comunicación entre ellos y el personal de la salud es distante y poco satisfactoria. Este hecho, aunado a la poca información sobre la patología que presenta el paciente, podría ser un disparador de angustia en los parientes.

Es pertinente añadir que persiste el estigma frente a los pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental, además de una propensión por parte del familiar-cuidador a utilizar adjetivos descalificantes; por último, asumen una posición de superioridad al sentir que los demás pacientes hospitalizados están en peores condiciones que su familiar. De manera similar, se evidencia el estigma de cortesía del familiar-cuidador por el hecho de tener un pariente con una enfermedad de salud mental. Esto es importante, dado que podría actuar como un limitante en cuanto a la creación o consolidación de las redes de apoyo en torno al familiar hospitalizado.

En lo referente al imaginario del familiar-cuidador ante los efectos de la hospitalización siquiátrica en su familiar, se evidenció que no hay una visión unificada al respecto. Es preciso notar que esto es influido por la etapa del ciclo vital del paciente. Además, el familiar-cuidador no siente que la hospitalización siquiátrica sea un impedimento para que el paciente continúe su proyecto de vida de forma satisfactoria. Por último, en relación al desarrollo de la vida social

de su familiar teniendo en cuenta la hospitalización, cabe anotar que la mitad de los entrevistados considera que se debe ocultar todo lo referente a la hospitalización, puesto que piensan que esto traerá consecuencias negativas en el desarrollo de su vida profesional y relacional.

Con respecto a la enfermedad, la hospitalización y las perspectivas a futuro, se evidencia una tendencia general por parte de los familiares-cuidadores a negar la condición médica de su cuidado y cómo esto impacta en diferentes esferas de la cotidianidad del paciente que se encuentra internado en una institución de salud mental. En parte, este comportamiento podría estar motivado por la información insuficiente sobre la patología con la que cursa el paciente y al estigma que recae sobre la enfermedad mental.

En este sentido, la percepción de la primera hospitalización siquiátrica en el familiar-cuidador de los pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental es influida por múltiples factores, los cuales se pretendió abarcar en esta investigación. Es menester recalcar la necesidad de que la población general se familiarice con la salud mental y, a partir de allí, se cree la necesidad de recibir atención temprana ante alguna alteración de esta. Asimismo, es pertinente continuar con la sensibilización al personal de salud sobre la importancia de mantener un trato humanizado con los pacientes y sus familiares, partiendo de la presunción de que este evento genera diversos sentimientos encontrados en todos sus actores, entre los cuales, prevalece la angustia y el temor.

Entre las limitaciones de este estudio, se encuentra la dificultad de extrapolar los resultados a la población general; empero, dado que hasta lo que se consultó no se han realizado estudios que abarque este tema desde una visión cualitativa en Colombia, el presente trabajo acerca a los familiares de los pacientes internados en una unidad de salud mental al personal de salud, hallando puntos de encuentro en pro de mejorar la calidad de atención del paciente y sus familiares.

Recomendaciones que se realizan a la Clínica Montserrat:

- Fortalecer la psicoeducación en los trastornos mentales más prevalentes en la institución, desde el mismo ingreso, pues aumentaría la confianza en el personal de salud, permitiría a los familiares-cuidadores la toma de decisiones informadas frente al diagnóstico de su familiar y promovería la necesidad de tratamiento.
- Conocer las creencias sobre los distintos tratamientos utilizados en siquiatría, en busca disminuir el temor frente al tratamiento farmacológico, fortalecer la adherencia al tratamiento sicoterapéutico y aclarar los mitos existentes frente a estos.
- Sensibilizar al personal que labora en la institución sobre la necesidad que tiene el familiar-cuidar de tener información sobre su familiar, teniendo en cuenta sus características individuales.
- Explorar los sentimientos de angustia, miedo y temor frente a la hospitalización siquiátrica y los actores que participan en ella, con el objeto de desmitificar la imagen del paciente siquiátrico en la población general e intervenir el estigma de cortesía, lo cual favorece la creación o consolidación de las redes de apoyo en torno al paciente hospitalizado.

8 Referencias

Alfredsson, M., San Sebastián, M., & Jeghannathan, B. (2017). Attitudes towards mental health and the integration of mental health services into primary health care: a cross-sectional survey among health-care workers in Lvea Em District, Cambodia. *Global Health Action, 10*(1), 1331579. https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1331579

Campbell, S. (2014). What is qualitative research? *American Society for Clinical Laboratory Science, 27*(1), 3. https://doi.org/10.29074/ascls.27.1.3

Caraveo-Anduaga, J. J., Colmenares-Bermúdez, E., & Martínez-Vélez, N. A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México, 44*(6), 492-498.

Casas, R. (1989). Indicaciones de ingreso psiquiátrico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 9*(31), 605-612.

Chen, S., Conwell, Y., Cerulli, C., Xue, J., & Chiu, H. F. (2018). Primary care physicians' perceived barriers on the management of depression in China primary care settings. *Asian Journal of Psychiatry, 36*, 54-59. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.019

Comunidad de Madrid. (2011). *Declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental.* https://bit.ly/3tQ1jr1

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 del 21 de enero 2013. Diario Oficial No. 48.680. [Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones]. Bogotá, D.C., Colombia.

Cuenca, J., Glazebrook, C., Kendall, T., Hedderly, T., Heyman, I., Jackson, G., Murphy, T., Rickards, H., Robertson, M., Stern, J., Trayner, P., & Hollis, C. (2015). Perceptions of treatment for tics among young people with Tourette syndrome and their parents: a mixed methods study. *BMC Psychiatry, 15*(1), 46. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0430-0

Curry, L. A., Nembhard, I. M., & Bradley, E. H. (2009). Qualitative and mixed methods provide unique contributions to outcomes research. *Circulation, 119*(10), 1442-1452. https://doi.org/10.1161/circulationaha.107.742775

Echegoyen, J. (2005). *Diccionario de psicología científica y filosófica.* Torre de Babel.

Gary, F. A. (2005). Stigma: barrier to mental health care among ethnic minorities. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(10), 979-999. https://doi.org/10.1080/01612840500280638

Goienetxe Fagoaga, E., Garrido Fernández, S., & Lizaso Bacaicoa, M. T. (s.f.). *Reacción adversa a medicamentos.* https://bit.ly/33EPAAE

González-Valiente, C. L. (2014). Midiendo la calidad de la información gestionada: algunas reflexiones conceptuales-metodológicas. *Biblios*, (54), 42-50. https://doi.org/10.5195/biblios.2014.149

Grossoehme, D. H. (2014). Overview of qualitative research. *Journal of Health Care Chaplaincy, 20*(3), 109-122. https://doi.org/10.1080/08854726.2014.925660

Hanafiah, A. N., & van Bortel, T. (2015). A qualitative exploration of the perspectives of mental health professionals on stigma and discrimination of mental illness in Malaysia. *International Journal of Mental Health Systems, 9*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s13033-015-0002-1

Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Lavi-Rotenberg, A., Roe, D., & Pijnenborg, G. H. (2019). Illness representations among parents of children and adults with serious mental disorders: a systematic review and theoretical model. *European Psychiatry, 58*, 27-37. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.02.001

Hernández-Herrera, D. E., & Flores-Hernández, S. (2002). Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 10*(3), 125-129.

Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación,* (7), 19-39.

Lin, E. C.-L., Hsiao, F.-H., Schröder, A., Lundqvist, L.-O., Chao, H.-L., Lee, S.-K., Hung, T.-M., Lu, M.-J., Lu, H.-L., Laio, S.-J., Chang, K.-Y., & Pan, A.-N. (2021). Factors influencing patient-perceived quality of care in psychiatric hospitals in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing, 35*(1), 9-16. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.006

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 28*(1), 48-83.

Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: a data collector's field guide.* International FH.

McGraw-Hill, & Parker, S. P. (2003). *McGraw-Hill dictionary of scientific and technical terms* (6.ª ed.). McGraw-Hill.

Mendenhall, E., Isaiah, G., Nelson, B., Musau, A., Koon, A. D., Smith, L., Mutiso, V., & Ndetei, D. (2018). Nurses' perceptions of mental healthcare in primary-care settings in Kenya. *Global Public Health, 13*(4), 442-455. https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1207196

Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993. [Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud]. Bogotá, D.C., Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social & Organización Internacional para las Migraciones. (s.f.). *Modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga*

estancia hospitalaria, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Protección Social en Colombia. https://bit.ly/3IjITmq

Ministerio de Salud y Protección Social. (2003). *Abecé sobre la salud mental, sus trastornos y estigma.* https://bit.ly/3nQMlx7

Mirnezami, H., Jacobsson, L., & Edin-Liljegren, A. (2016). Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976-2014 in a Swedish population. *Nordic Journal of Psychiatry, 70*(1), 38-44. https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1046916

Morse, J. M. (2012). *Qualitative health research: creating a new discipline.* Routledge.

National Center for Biotechnology Information. (2022). *Mental illness.* https://bit.ly/3tNEAMb

National Center for Biotechnology Information. (s.f.). *Medical Subject Headings (MeSH).* https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Mejora de la calidad de la salud mental.* Edimsa Editores Médicos.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS).* https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm

Oxford University. (2022). *Consecuencia.* Lexico: https://bit.ly/3qRash3

Randazzo, F. (2012). Los imaginarios sociales como herramienta. *Imagonautas, 2*(2), 77-96.

Real Academia Española [RAE]. (2014). *Diccionario de la lengua española.* https://dle.rae.es/

Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med, 32*(2), 129-140. http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6

Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson, B. W. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing, 15*(1), 93-102. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x

Subdirección de Enfermedades no Transmisibles. (2017). *Guía metodológica. Observatorio Nacional de Salud Mental.* Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud.

Sun, K. S., Lam, T. P., Kwok, K. W., Chong, K. Y., Poon, M. K., & Wu, D. (2019). Treatment of Chinese adolescents with anorexia nervosa in Hong Kong: the gap between treatment expectations and outcomes. *PLoS One, 14*(5), e0216582. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216582

Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K., Wilson, R. L., & Gildberg, F. A. (2019). A matter of trust and distrust: a qualitative investigation of parents' perceptions about the use of mechanical restraint on their adult children in a forensic psychiatric setting. *Journal of Forensic Nursing, 15*(2), 120-130. https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000237

Vidourek, R. A., & Burbage, M. (2019). Positive mental health and mental health stigma: A qualitative study assessing student attitudes. *Mental Health and Prevention, 13*, 1-6. https://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2018.11.006

Williamson, V., Halligan, S. L., Coetzee, B., Butler, I., Tomlinson, M., Skeen, S., & Stewart, J. (2018). Caregiver experiences of public services following child trauma exposure: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems, 12*(1), 15. https://dx.doi.org/10.1186%2Fs13033-018-0190-6

9 Anexos

9.1. Anexo 1. Entrevista semiestructurada sobre la percepción de la hospitalización psiquiátrica en el familiar cuidador de personas internadas por primera vez en la Clínica Montserrat.

1. Preguntas generales.

- Fecha de realización: Se refiere al día en que se recolectó la información
- Código del sujeto: Con el fin de mantener el anonimato de los sujetos de estudio se utilizarán los últimos 4 dígitos de ingreso del paciente.
- Edad: Edad en años del familiar – cuidador.
- Patología por la cual el familiar fue hospitalizado: De acuerdo al CIE-10.
- Fecha de hospitalización: Se refiere a la fecha en que sucedió el ingreso a la institución.
- Parentesco con el familiar hospitalizado: Se refiere a la relación que se tiene con el paciente hospitalizado.

2. Preguntas orientadoras:

- ¿Qué elementos se tuvieron en cuenta para aceptar la hospitalización de su familiar? (Circunstancias, cosas, comportamientos, actitudes)
- ¿Qué entendió del diagnóstico que se le realizó a su familiar al momento de la hospitalización?
- ¿Cuáles son sus prioridades con respecto a la hospitalización, la evolución y el pronóstico de su familiar?

- Con respecto al tratamiento farmacológico y no farmacológico realizado a su familiar (medicamentos, medidas de sujeción, procedimientos, psicoterapia): ¿Qué piensa con respecto a esto y qué efectos considera le podría traer?
- Con respecto al personal de salud que trabaja en la clínica:
  - ¿Cómo se sintió?
  - ¿Qué trato recibió?
- ¿Cómo se imagina a los demás pacientes hospitalizados en la clínica? (comportamiento y actitudes)
- ¿Qué significa para su familia el hecho de tener un integrante de esta hospitalizado en la clínica?
- ¿Qué resultados individuales cree que le traerá a su familiar el estar hospitalizado en la clínica?
  - ¿Qué imagina de cómo será su vida cotidiana?
  - ¿Cómo será el desarrollo de su proyecto de vida?
  - ¿Cree que cambiará la forma en que se percibe su familiar luego de estar hospitalizado en la clínica?
- ¿Cree que habrá efectos sociales (amigos, barrio, colegio, trabajo) en su familiar por estar hospitalizado en la clínica?
  - ¿Cuáles serían?
  - ¿Por qué?

9.2. Anexo 2. Procedimiento de consentimiento informado

Nombre del estudio: Percepción de la hospitalización psiquiátrica en el familiar-cuidador de personas internadas por primera vez en la Clínica Montserrat: Bogotá, 2021.

Este formulario de consentimiento forma parte del proceso de consentimiento informado.

Tómese todo el tiempo necesario para leerlo.

Si desea más detalles sobre algún aspecto, se le invita a que realice todas las preguntas que requiera a las investigadoras del estudio.

Descripción del estudio:

El fin de este estudio es describir la percepción de la hospitalización psiquiátrica en los familiares de personas internadas por primera vez en la Clínica Montserrat.

Los objetivos de esta investigación son:

- Identificar los conocimientos como todos aquellos datos objetivos que tienen los familiares-cuidadores sobre la hospitalización por primera vez en la Clínica Montserrat.
- Explorar el imaginario y las fantasías que el familiar-cuidador tiene frente a la hospitalización en la Clínica Montserrat teniendo en cuenta sus creencias y opinión preconcebida de este proceso.
- Reconocer los comportamientos que perciben del personal de salud y la sociedad el familiar-cuidador ante la hospitalización de sus familiares en la Clínica Montserrat.

El procedimiento del estudio es la entrevista semiestructurada la cual será realizada de forma virtual a través de videollamada vía Zoom y previo acuerdo entre usted y las investigadoras principales.

La videollamada será grabada con el fin analizar los datos y presentar los resultados de este estudio, en todo caso no será necesario mantener el video, sin embargo, si es necesario tener el

micrófono activado durante la entrevista.

Confidencialidad

La comunicación, cuestionarios y el tratamiento de datos personales se ajustarán a los dispuesto en la legislación vigente. No se utilizarán nombres, sino que serán sustituidos por un código numérico.

La información obtenida es de absoluta confidencialidad y no se utilizará para ningún propósito diferente al de la investigación. Toda la información del estudio será guardada de forma confidencial y anónima y será manejada únicamente por las investigadoras. Sólo el personal a cargo del estudio y el Comité de Ética en investigación que lo supervisa podrá tener acceso a esta información. Sin embargo, en caso de usted solicitarlo podrá acceder de manera individual a sus datos.

Los datos serán difundidos en congresos y artículos científicos, con resultados generales y sin identificar a ninguno de los participantes.

Usted puede negarse a participar o salirse del estudio en cualquier momento que desee sin ningún tipo de multa, penalidad o perjuicio.

Riegos y beneficios del estudio

Se considera que este estudio es de riesgo mínimo, dado que indagará acerca de temas sensibles como el imaginario y los comportamientos del familiar-cuidador ante la hospitalización por primera vez en un hospital mental.

El beneficio que traerá el participar en este estudio es el de aportar al desarrollo de la

investigación científica y tener más información sobre la percepción de la hospitalización psiquiátrica y a partir de esto, la planificación de intervenciones que contribuyan a la mejoría y calidad de vida del paciente.

Los resultados se analizarán de manera colectiva y se divulgarán en congresos y revistas científicas, para fomentar un mayor conocimiento sobre el tema, contribuyendo al desarrollo del conocimiento humano. Ya que los cuestionarios son anónimos, no habrá identificación de los participantes en las publicaciones.

Adicionalmente usted podrá solicitar información sobre los resultados generales de la investigación una vez se haya realizado el análisis de la información al finalizar es estudio y también de sus resultados individuales producto de la entrevista practicada.

Por esta participación no obtendrá ninguna compensación en dinero ni en especies.

Investigadores:
Mónica Jersey Sánchez Astudillo y Tanya Argentina Mesa Parra.
Personas que pueden dar información adicional
Si usted desea hacer cualquier consulta sobre el estudio puede contactar a las investigadoras en la ciudad de Bogotá: Dra. Mónica Jersey Sánchez Astudillo (Cel.: 3186515133) y Dra. Tanya Argentina Mesa Parra (Cel.: 3183775177).

Además, puede contactarse con la oficina de investigación del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso en la ciudad de Bogotá. Dr. Eugenio Ferro, Tel: (57) 310 6182238, (571) 2596000, extensión 6062.

En caso de cualquier duda/pregunta, o que sienta vulnerado sus derechos, podrá comunicarse con el Comité de Ética en Investigación CEI CAMPO ABIERTO LTDA, Dr. Eduardo Angarita Rojas, Tel (+57) 310 6974943, eticaeninvestigacion@hotmail.com, Carrera 53 No. 104B-35 oficina 511, Bogotá, Cundinamarca.

Formulario de consentimiento informado para participante

Mediante la firma de este documento, ratifico que:

1. He leído atentamente y comprendido la información contenida en el documento de consentimiento.
2. En calidad familiar-cuidador, acepto la participación voluntaria en el estudio.
3. Comprendo que puedo retirar la participación en el estudio en el momento que lo considere.
4. Comprendo que se mantendrá la confidencialidad y la información obtenida será utilizada solo para fines del estudio.
5. Me han informado los riesgos que pueden derivarse del estudio.
6. Me han informado los beneficios que pueden obtenerse.
7. Puedo formular preguntas en cualquier momento y puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.
8. Sé que se entregará una copia de este formulario de consentimiento informado

Nombre del participante

_____ fecha de firma (dd/MM/AAAA)_____

Firma: _____

Nombre del investigador que obtuvo el consentimiento

_____ fecha de firma (dd/MM/AAAA)_____

Firma: _____

Nombre del testigo

_____ Firma: _____

Dirección_____ fecha de firma (dd/MM/AAAA)_____