Alianza de Investigadores Internacionales S.A.S
Fondo Editorial ALININ

Revista Temario Científico

Vol 2. Nro. 1 . Enero - Junio, 2022
ISSN 2805-850X

Revista Temario Científico Vol. 2. Nº 1. 2022
E–ISSN 2805–850X
Alianza de Investigadores Internacionales, SAS (ALININ)

Cómo citar:
Valiente Torres , R. M. (2022). Colectivos de cuidadores comunitarios de la salud mental: Un apoyo psicológico para personas en duelo por la pandemia de COVID–19. Revista Temario Científico 2 (1) 24–38. https://doi.org/10.47212/rtcAlinin.1.2.3

Colectivos de cuidadores comunitarios de la salud mental: Un apoyo psicológico para personas en duelo por la pandemia del COVID-19

Rodrigo Maximiliano Valiente Torres

Valiente, R

Universidad Politécnica Territorial "Arístides Bastidas" San Felipe, Yaracuy, Venezuela.

Doctorante en Ecología del Desarrollo Humano.
Psicólogo Clínico.
Correo: rvpsicopro@gmail.com
ORCID:
https://orcid.org/0000- 0003-4875-631X

Palabras clave

Apoyo psicológico, colectivos, duelo, pandemia, salud mental

Resumen

La presente investigación se desarrolló en medio de un contexto sanitario mundial complejo, viviendo los embates de los picos de una pandemia por una nueva cepa de la familia de los coronavirus, conocida como COVID-19 o Sars-CoV2, donde peligra la salud física y psíquica, acompañando a las personas en sus pérdidas a raíz de esta situación, aspirando que la atención coyuntural de la pérdida durante la pandemia, permita expandir un nuevo horizonte en el campo de la salud mental y en la previsión y atención de las personas. Se enmarcó la investigación en el paradigma dialéctico crítico, situando los aprendizajes y experiencias en la realidad, construyendo puntos de vista distintos para construir un saber teórico ubicado en el contexto actual, con una visión más amplia y superando el academicismo de solo explicar simples teorías. Se realizó una sistematización de experiencias, lo cual permitió revivir, analizar, reflexionar y transformar en algo útil dicho conocimiento, utilizando técnicas como la revisión bibliográfica, el análisis de contenido, el estudio de casos y las entrevistas, para construir las categorías a estudiar. El objetivo general fue proponer un servicio de apoyo psicológico gratuito para personas en duelo, generado por la pandemia COVID-19. De esta experiencia surgió la propuesta de los Colectivos de cuidadores Comunitarios de la Salud Mental como una herramienta para prestar atención y apoyo primario en las comunidades.

Community mental health caregiver collectives: a psychological support for people bereaved by the Covid-19 pandemic

Keywords

Bereavement, collective, mental health, pandemic, psychological support .

Recibido 10/02/2022
Aceptado 20/04/2022

Abstract

This research was developed in the midst of a complex global health context, living the onslaught of the peaks of a pandemic by a new strain of the coronavirus family, known as COVID-19 or Sars-CoV2, where physical and psychological health is at risk, accompanying people in their losses as a result of this situation, aspiring that the conjunctural attention of the loss during the pandemic. The research was framed in the critical dialectical paradigm, situating the learning and experiences in reality, building different points of view and constructing a theoretical knowledge located in the current context, with a broader vision and overcoming the academicism of only explaining simple theories. A systematization of experiences was carried out, which made it possible to revive, analyze, reflect and transform this knowledge into something useful, using techniques such as bibliographic review, content analysis, case studies and interviews to construct the categories to be studied. The general objective was to propose a free psychological support service for people in bereavement generated by the COVID-19 pandemic. From this experience, emerged the proposal of the Mental Health Community Caregivers Collectives as a tool to provide care and primary support in the communities.

https://doi.org/10.47212/rtcAlinin.1.2.3

CC BY NC SA

Introducción

La estabilidad emocional de las personas suele verse afectada por múltiples razones a lo largo del tiempo; es parte de la vida y es una característica inherente a la humanidad. Aprender a manejar estas situaciones constituye una de las principales herramientas proporcionadas en las terapias psicológicas. Sin embargo, existe un contexto emocional sobrevenido para el cual el ser humano nunca está preparado: la muerte. "Negar la muerte, no hablar de ella, intenta evitarnos el dolor permanentemente" (Prieto, 2019, p. 2). El problema planteado en este trabajo es la administración psicológica de la conmoción producida en quienes rodean al fallecido. El 2020 fue el año donde la era del hombre fue pausada, de golpe y sin contemplaciones, se desencadenó en el mundo la pandemia del Sars-Cov2 también conocido como COVID-19, en este contexto, se incrementó la tasa de muertes en la población, la multiplicación de los casos, el colapso de los sistemas de salud públicos en todo el planeta y la disgregación de los núcleos sociales, laborales y familiares. Estar en cuarentena se convirtió en sinónimo de normalidad y las mascarillas en artículos de consumo masivo.

Esta situación, develó una importante falencia en los sistemas de atención sanitaria en materia de salud mental, ante el aumento de crisis emocionales, anímicas, de estrés postraumático y proce- sos de duelo no resueltos; como lo demuestra el informe Atlas de la (OMS) Organización Mundial de la Salud (2021); por ello, se incorporó la atención psicológica a la primera línea de atención por recomendación de la OMS. Fue idea de consenso la preocupación por la salud mental de las víctimas de la pandemia, siendo el fenómeno del duelo en los familiares de estos últimos, motivo de especial atención por parte de la OMS durante el 2021, año en el que emitió varios comunicados invitándoles a asistir a acompañamientos psicológicos que se requieren para el manejo de las pérdidas en las personas en proceso terapéutico orientado por la naturaleza de éstas, ya sea laboral, romántica, familiar, entre otras. En la situación de pandemia del COVID-19, se añade un factor esencial, la falta de cierre y despedidas de las familias, al tener que estar distanciados de quienes padecen la enfermedad, complicando la elaboración de un duelo sano. Esta situación supone que los afectados deban encarar casi siempre solos, la muerte.

La República Bolivariana de Venezuela no escapa a esta realidad y con un escenario de bloqueo económico, de inestabilidad política y socioeconómica se hacen imprescindibles profesionales que ayuden a la población a encauzar de la mejor manera las emociones que toman forma en esos momentos, previniendo el aumento de psicopatologías en el país. En virtud de lo cual, se plantearon las siguientes interrogantes: ¿Qué propuesta de apoyo psicológico para personas en duelo generado por la pandemia COVID -19 se puede hacer? ¿Cómo se puede atender a la mayor cantidad de personas necesitadas de apoyo? Para ello, se trazó el objetivo general; Proponer un servicio de apoyo psicológico gratuito para personas en duelo generado por la pandemia COVID-19, lo cual, aspira a lograr sensibilizar a la población en la necesidad del cuidado de su salud mental y estimular la asistencia a terapias psicológicas. En segundo lugar, masificar la experiencia propia respecto al trabajo con el duelo por COVID-19, con la intención de generar una red de apoyo psicosocial para los familiares y afectados por la muerte de sus seres queridos en pandemia.

Metodología

Este trabajo se ubica dentro del desarrollo del pensamiento crítico, el cual permite situar los aprendizajes y experiencias enla realidad, considerando distintos puntos de vista, para construir un saber teórico ubicado en el contexto actual, superando el academicismo que se reduce al explicar simples teorías. Se asume un pensamiento epistémico en el sentido expresado por: "consiste en el uso de instrumentos conceptuales que no tienen un contenido preciso, sino que son herramientas que permiten reconocer diversidades posibles con contenido" (Zemelman, 2001, p. 9). Este paradigma dialéctico crítico, permite: "contextualizar la investigación, tanto en términos temporales como espaciales; legitima el uso de métodos de investigación múltiples; incluye la subjetividaden su preocupación por los actores humanos y su consciencia; propone que la acción humana puede transformar las estructuras sociales", (Cebotarev, 2003, p. 23).

Desde una visión crítica, se tienen horizontes más amplios para observar distintas aristas, además de involucrarse en la práctica con los afectados del problema o tema a investigar, quienes proporcionan sus experiencias y contribuyen a plantear las soluciones. También, en el paradigma crítico, se trasciende la simple observación y medición propia de lo cuantitativo y como interesa el ser humano y su entorno futuro, debe hacerse desde un enfoque cualitativo. Dentro de éste, encontramos también sus alcances; si solo se desea describir, se queda dentro del actuar positivista y fenomenológico, donde se estudia, describe y recomienda. Ahora bien, si se quiere transformar la realidad, es la visión crítica la que aporta las herramientas necesarias para indagar, comprender y proponer elementos de transformación. Por ello, "se caracteriza por ser emancipador, ya que, invita al sujeto a un proceso de reflexión y análisis sobre la sociedad en la que se encuentra implicado y la posibilidad de cambios que el mismo es capaz de generar". (Melero, 2011, p. 344).

A través de un proceso de reflexión y análisis de las experiencias vividas como psicólogo clínico con las comunidades e individuos con los que se ha interactuado, se pretende en este trabajo ponerlas al servicio de esa misma sociedad para encarar un problema que afecta la salud mental de nuestro pueblo a raíz de la pandemia del COVID-19. Se consideró apropiado tomar como referencia el método de sistematización de experiencias "como ejercicio riguroso de aprendizaje e interpretación crítica de los procesos vividos", (Jara,1994, p. 6), lo cual consiste en recoger las prácticas de los movimientos sociales, producto de sus experiencias cotidianas y reflexionarlas en colectivos para que emerjan nuevos aprendizajes. También, permite retroalimentarse de procesos vividos, para interpretarlos, aplicarlos a situaciones y problemas que se deben afrontar, como en el caso de los afectados por la pandemia, además de expertos y personas interesadas en el tema. En el momento actual, debido a la a situación de cuarentena que no permite las reuniones grupales presenciales, se sumaron las TIC (Tecnologías de Información y Comunicación), como nueva forma de comunicación, como el Zoom, WhatsApp, Telegram, correos web, para intercambiar información y aprendizajes.

La sistematización de experiencias, implica comenzar desde un punto de partida con un recorrido ordenado para llevar a cabo un proceso que se va construyendo. Podríamos decir que son las preguntas, los objetivos que se van a conseguir. El siguiente paso, es crear un espacio de intercambio donde compartir, confrontar y discutir opiniones con las personas participantes. Esto se hizo con las entrevistas de pacientes y sus familiares, los diálogos socializados con colegas y expertos. Luego, se requiere organizar y ordenar lógicamente los hechos y los conocimientos aportados de estas experiencias y, a partir de allí, se recuperan las historias para luego interpretarlas, reflexionarlas y obtener los aprendizajes para producir nuevos conocimientos, que se materializan en la propuesta que se va a compartir y poner al servicio de los ciudadanos que la necesitan y cuyas vivencias la nutrieron. Se utilizan el análisis y la síntesis como métodos de interpretación de los resultados tal como lo expresan García y Cisneros (2005):

> El análisis es una operación intelectual que posibilita descomponer mentalmente un todo complejo en sus partes y cualidades. El análisis permite la división mentaldel todo en sus múltiples relaciones y componentes. La síntesis es la operación inversa, que establece mentalmente la unión entre las partes, previamente analizadas y posibilita descubrir relaciones y características generales entre los elementos de la realidad (p. 66).

Todo lo anterior, permitió descubrir las relaciones y dimensiones de los conceptos para integrarlos en nuevo conocimiento alimentado por la reflexión, enunciados de la siguiente manera: "Así, obviamente las técnicas desarrolladas por las ciencias sociales tradicionales no todas resultan de rechazar (como algunos pretendieron), sino que pueden utilizarse, perfeccionarse y convertirse en armas de politización y educación de las masas", (Fals, 2009, p. 264). Por ello se recurrió al diálogo y la observación participante, para recuperar la experiencia vivida por los afectados por la pandemia del COVID-19, reflexionar desde ella y aportar aprendizajes y soluciones. Esta investigación, también tiene base documental, lo cual consiste en "un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas" (Arias,

2012, p. 27) y, por ello, se aplicaron diferentes técnicas, siempre pensando en la necesidad de transformar. Se utilizó, por ser pertinente, el análisis de contenido, para construir la base teórica donde se explicaron las categorías a estudiar con sus unidades de análisis, este permitió comprender en profundidad los textos leídos.

Esta técnica consiste en el "análisis de las comunicaciones tendentes a obtener indicadores (cuantitativos o no), por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes", (Bardin, 1996, p. 3). Este análisis facilitó interpretar los textos consultados y extraer de ellos los elementos teóricos críticos que dan sustento a este estudio. En la parte de campo que es "aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos, (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna", (Arias, 2012, p. 27). Se empleó la técnica de observación, que "consiste en estar a la expectativa frente al fenómeno, del cual se toma y se registra información para su posterior análisis. En ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos." (Palella y Martins, 2012, p. 15).

La investigación se realizó de forma participante a los fines de obtener mejor resultado, por lo cual, el investigador se integró en las actividades realizadas. De igual manera, se empleó la entrevista en un diálogo abierto, formulándose preguntas de manera amena, para lograr la recolección de datos sobre el tema tratado, lo cual permitió conocer la opinión del entrevistado o entrevistada y su aporte a las soluciones. Se hizo de forma no estructurada, aplicando preguntas informales para facilitar la empatía y con el cuidado requerido de respeto y ética.

¿Cómo afecta la pandemia COVID-19 a la salud mental?

Desde el año 2020 el mundo se encuentra envuelto en una pandemia el Sars-Cov2, la cual llegó para redefinir la normalidad y transformar las vidas de todos. Los términos: aislamiento, autocuidado y cuarentena se hicieron parte de las comunicaciones interpersonales cotidianas. Dentro de este tejido social, las personas experimentan una situación de "incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento social y temor a enfermarse". (Hernández, 2020, p. 3), agravada por la ausencia de una red de apoyo psicosocial. De allí que, el cuidado de la salud mental, toma una importancia sin precedentes en la reducción del impacto psicológico de esta experiencia colectiva. La OMS invita al énfasis en la recuperación de la salud mental de la población afectada para promover la estabilidad social, la cual debe ser incluida en la atención integral de las personas, priorizando el cuidado de problemas de salud mental en los pacientes de COVID-19, sus familiares, las personas que se encuentran en cuarentena y las comunidades en general.

En Venezuela, no ha sido emitido desde un organismo oficial una guía para el autodiagnóstico y la prevención de estos malestares, más allá de la existencia del servicio de psicología del Hospital José María Vargas en Caracas. Sin embargo, existen recomendaciones por parte de otras iniciativas no gubernamentales, como la Federación Venezolana de Psicólogos y la Facultad de Psicología de la UCV, que se reducen a la recopilación de recomendaciones generales. Esta investigación plantea el duelo de los familiares de los pacientes de COVID-19, como un problema desatendido por el Estado y las instituciones privadas, dados los escasos recur- sos con los que cuenta la nación, producto del bloqueo económico estadounidense. Para ello requerimos precisar las acepciones base de cada uno de los postulados de esta investigación, paralo cual se aclaran los diferentes términos abordados a lo largo de este trabajo.

Salud mental

Hablar de salud mental suele suscitar un debate en las opiniones de los expertos en la materia. Según el paradigma que se maneje, se incluyen elementos a su definición, como ejemplo de ello podemos citar a Fromm (1995) en su libro La Patología de la normalidad en el cual decía que:

> La salud mental tiene que ver para mí con la superación del narcisismo y con esto, para formularlo de un modo

> positivo, alcanzar la meta del amor y la objetividad; con la superación de la enajenación y así alcanzar identidad e independencia; con la superación de la enemistad y con ello la capacidad de vivir pacíficamente y finalmente lograr ser productivo, que significa la superación de la fase arcaica de canibalismo y de dependencia, (p. 104).

Esta perspectiva holística acerca del hombre y la sociedad, tuvo derivaciones significativas en la percepción de la terapia, la cual pasó de ser un espacio donde se repara a las personas que presentan dificultades adaptativo-funcionales, a un sito centrado en el individuo, donde la interacción con su sociedad es considerada fundamental. Asimismo, ofreció una comprensión diferente a la contraposición de enfermedad y salud mental donde el entorno en el cual se manifiestan los signos mentales fue tomado en cuenta para el análisis, el ser humano y la sociedad como unidad, es decir,"Mens sana in societate sana" (Fromm, 1995, p. 105).

La OMS, (2020), en su constitución, define la salud mental como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (parr. 1), describe una situación vital en la que la persona se desempeña al máximo de sus capacidades al hacer frente a las cotidianidades, al prestar un trabajo productivo o una contribución a sus colectivos. Estas definiciones permiten observar la amplitud del significado de la salud mental y el cómo está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos, lo que hace fundamental su promoción y protección, en un momento donde el mundo está sometido a presiones sociales y económicas sin precedentes.

COVID-19

El mundo conocía de la existencia de los coronavirus como causa de diversas afecciones que van desde el resfriado común hasta enfermedades más complicadas como el síndrome respirato- rio de oriente medio (MERS-CoV), o el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV), sin embargo, el COVID-19 es una nueva rama apenas conocida y cuyos estudios aún se están reali- zando; por ello, nos remitiremos a la OMS para conceptualizar acerca del nuevo coronavirus.

En este sentido, cabe preguntarse ¿Qué es el COVID-19? Se- gún la OMS (2020) en su página web "La COVID-19, es la enfer- medad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS- CoV-2". (Parr.1). Fue el 31 de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan en la República Popular China que fue notificada la exis- tencia de una neumonía vírica en un grupo de casos y el mundo comenzó a estar al tanto de una nueva cepa de esta familia de vi- rus.

En cuanto a la sintomatología de esta nueva variante de los coronavirus, la OMS, en la página anteriormente mencionada, describe los síntomas de acuerdo a su frecuencia, de la siguiente manera: "Los síntomas más habituales de la COVID-19 son: fiebre, tos seca y cansancio". (Parr.2). Igualmente, agrega como síntoma frecuente los siguientes: "…pérdida del gusto o el olfato, congestión nasal, conjuntivitis (enrojecimiento ocular), dolor de garganta, dolor de cabeza, dolores musculares o articulares, diferentes tipos de erupciones cutáneas, náuseas o vómitos, diarrea y escalofríos o vértigo".

Los casos de un cuadro grave de la COVID-19 incluyen: "… disnea (dificultad respiratoria), pérdida de apetito, confusión, dolor u opresión persistente en el pecho, temperatura alta (por encima de los 38° C)". (Parr.2). En esa misma página, referencian como distintos síntomas menos usuales: "irritabilidad, merma de la conciencia (a veces asociada a convulsiones), ansiedad, depresión, trastornos del sueño", concluyendo que se pueden presentar "… complicaciones neurológicas más graves y raras, como accidentes cerebrovasculares, inflamación del cerebro, estado delirante y lesiones neurales". (Parr.2). La COVID-19, es una enfermedad nueva, en estudio y casi a diario nos enteramos de nuevas cepas con distintos síntomas, entre ellas están: la Alfa, Delta u Ómicron, tratamientos, medicamentos y vacunas; influye negativamente sobre la salud mental de la población en general, al generar incertidumbre sobre su gravedad, aunado al efecto del distanciamiento social, el aislamiento y la cuarentena. Por ello, lo importante es saber que es una enfermedad viral altamente contagiosa y que, de no tratarse a tiempo, es mortal.

Pandemia

Fue la palabra del año 2020 según Merriam-Webster (2020). Pandemia ha sido una de las palabras más pronunciadas en los últimos meses, pero ¿Qué significa? ¿Cómo se llega a este punto de inflexión sanitario en el mundo? y ¿Qué consecuencias trae para el ser humano? La primera interrogante la aclara la Real Aca-demia de la Lengua Española (RAE) (2020, p. 4), la cual establecesu significado como "Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región". Anteriormente, el mundo ya se había encontrado con esta situación; el mayor precedente conocido, no se asoció con el término, aunque cumplía sus criterios, como fue la peste negra, que causó entre 75 y 200 millones de muertes en el siglo XIV, y, por otra parte, en 1918, la gripe española, que fue la primera pandemia del siglo XX.

Los pasos para calificar y declarar una pandemia se norman en un documento de la WHO (2009), titulado "Pandemic Influenza Preparedness and Response" en idioma original. Para efectos de este trabajo, será referido como: "Fases Pandémicas de la OMS – Preparativos y Respuesta ante una Influenza Pandémica". En él, se describe el proceso para declarar una pandemia, que comienza con la detección de la circulación de una nueva cepa en animales, la transmisión animal-humano, humano-humano y las actividades de contención en las regiones de brotes comunitarios, previendo los nuevos picos de casos y la supervisión de los niveles de actividad vírica hasta el fin de la misma, esto ocurre en diferentes fases. Según el documento citado, en las tres primeras, la probabilidad se considera incierta.

Durante la primera, los virus de influenza que circulan entre animales aun no son transmitidos a los humanos; al darse el pri- mer contagio en humanos se habla de la fase dos y al registrarse transmisión entre humanos, pero que no sostenga brotes comunitarios, se estima en fase tres. Durante las fases siguientes, la probabilidad se eleva de media-alta a alta-cierta, lo que correspondería a las fases cuatro y cinco, que se caracterizan, primero por el sostenimiento de brotes comunitarios y luego por su expansión a al menos dos países en una región de la OMS.

Se considera una pandemia en progreso a partir de la fase seis, cuando se observan brotes en países diferentes a la región de la OMS donde se identificaron los primeros casos. A partir de allí, los niveles de amenaza sanitaria y los números de casos deben alcanzar un pico causado por la toma de medidas sanitarias en los países afectados, lo que nos traslada a el periodo Post-pico, donde los niveles de amenaza descienden con adecuada vigilancia de las autoridades de los países. Esto, sin embargo, no supone el final de la pandemia en progreso, puesto que, el documento plantea la posibilidad de una nueva ola, con variantes de la influenza pandémica y aun estando presente la adecuada vigilancia, los niveles podrían elevarse.

Finalmente, se habla del periodo Post-pandemia, donde los niveles regresan a niveles de influenza estacional observados en los países antes del progreso de la pandemia, manteniendo los niveles de vigilancia. Aunque en 2021, la OMS dijo que ya no utilizaría la categoría pandemia, fue con estos lineamientos que los países del mundo, incluyendo a la República Bolivariana de Venezuela, se prepararon para enfrentar esta nueva situación de crisis del siglo XXI y son estos los protocolos que se aplican para comprender el comportamiento de la COVID-19.

Abordaje terapéutico del duelo

Enfrentar la pérdida de un ser querido, es un compromiso complejo. Tener que hacerlo en circunstancias de emergencia sanitaria y cuarentena le añade dolor y sufrimiento. La COVID-19 ha sido la causa del término de millones de vidas en todo el mundo, más de un millar en Venezuela; además, ha dado origen a un escenario de incomunicación que ha impedido el acompañamiento de pacientes terminales, postergando los ritos fúnebres y prolongando el luto. Perder amigos o familiares, se ha convertido en riesgo para quienes deben encarar el duelo, por la falta de apoyo psicosocial y lo traumático de la muerte.

El duelo es un fenómeno complejo universal. Como seres so-

ciales que establecen vínculos y relaciones desde el nacimiento, se unen y separan, no solo de personas sino de creaciones, ilusiones, posesiones e ideales. Es un proceso psicológico que enfrentamos tras las pérdidas y que establece un proceso de autopoiesis en relación con esto. Elisabeth Kübler-Ross público en 1969, el libro "On death and Dying" ("Sobre la muerte y el morir"), en el cual planteó por primera vez su célebre modelo psicológico en el que describió las 5 etapas del duelo de la siguiente manera: "Negación, Ira, Negociación, Depresión, Aceptación". Sin embargo, aunque Kübler-Ross fue la primera en plantear una teoría acerca del morir, la precedieron en esta área Bowlby, Murray Parkes y otros que avanzaron teorías acerca del duelo que incluían etapas o fases con diferentes nombres.

Algunos autores citados en Lacasta et al. (2020), proponen distintos tipos de duelo de acuerdo al padecimiento de la COVID-19 como:

> Wallace (2020) distingue entre: a) duelo anticipado, b) duelo desautorizado, c) duelo normalizado, y d) duelo complicado. – Maarten (2020): a) duelo resiliente, b)duelo complicado, c) duelo complicado comórbido. –Nickerson 2020: a) duelo resiliente, b) duelo complica- do, c) duelo complicado y trastorno de estrés postraumá- tico, d) trastorno de estrés postraumático. – Selman 2020 (fallecidos en UCI): a) duelo normalizado, b) trastornode duelo prolongado, c) trastorno de estrés postraumáti- co, d) depresión. (p. 4).

La pandemia por COVID-19, incluye nuevos elementos al proceso de duelo. Estos factores de riesgo incluyen la pérdida súbita y la imposibilidad de acompañar al fallecido, pensamientos acerca de que la persona no fue atendida con los cuidados necesa- rios, percepción de que el afectado se encontraba solo al no poder estar presente; el confinamiento, la falta de apoyo social y losritos, afecciones emocionales graves, ira, tristeza y culpa intensas, agravamiento de patologías previas o falta de regulación emocional. Las circunstancias que rodean al duelo por muerte de COVID-19, como falta de tiempo para anticiparlo, culpa por el contagio, desinformación, desenlace rápido e inesperado, ausencia de contacto sociofamiliar e incertidumbre; hacen que abordar a los dolientes de las pérdidas se considere prioritario en la atención sanitaria y la contención de las secuelas de la pandemia.

Perder un ser querido, un objeto significativo o una parte de nuestro cuerpo, requiere que caminemos por un proceso de duelo, este proceso se ha elaborado durante años, incluso antes de que surgieran profesionales de la salud mental siendo la religión, la familia y amigos quienes brindaban apoyo para aceptar la pérdida. Los psicólogos han desarrollado terapias según la escuela en la cual se especializan. Algunos enfoques suelen ser más individua- les, otros más holísticos, pero todos estructurados con el mismo fin: la elaboración de un duelo sano y la adaptación a la pérdida.

Existen distintas técnicas de terapias, entre ellas el modelo Cognitivo Conductual para el Manejo del Duelo de Cruz, et al., (2017), el cual integra elementos de la terapia cognitiva para la depresión de Beck (1976), la terapia cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático y el modelo de procesamiento dual de Stroebe y Schut (1999) el cual se divide en 4 fases: descriptiva, explicativa, resolutiva y constructiva, las cuales surgen de un proceso de evaluación previo, el cual se encarga de indagar los factores que dificultan el duelo, la personalidad de la persona, su autoconcepto, antecedentes de otras pérdidas, relación y vínculo con el fallecido y la historia del evento traumático.

Por su parte, Millán y Solano (2010), plantean el uso de la terapia interpersonal para el abordaje del duelo. En un escenario idílico, el terapeuta comienza por diagnosticar la depresión y ex- plora el cuadro afectivo de la persona, estableciendo tareas para la toma de conciencia de su condición. En un segundo momento, se conocen las expectativas del paciente, se observan las opciones de tratamiento y se comienza la aplicación de un nuevo comportamiento para restituir las relaciones que sustituyan lo perdido. Finalmente, se discute el término del procedimiento, fortaleciendo la capacidad para reconocer y manejar problemas y trazando estrategias para futuras situaciones similares. La terapia interpersonal, es una estrategia muy utilizada para abordar la depresión y otras patologías o cuadros afectivos; suele brindar resultados adecuados y un requerimiento de mantenimiento de apenas una o dos sesio-

nes mensuales. Permite una exploración profunda acerca de las posiciones de una persona respecto a la pérdida, a sus consecuencias, sus relaciones y hacia sí mismo.

Otro ejemplo, es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) por sus siglas en inglés, que, dentro de las terapias de tercera generación, tiene un buen respaldo empírico. Según Pérez (2008, p. 10), ésta propone a los clientes de la terapia "…aceptar y experimentar los eventos privados sin someterlos a 'juicios valorativos', a la vez que les propone perseguir los valores y objetivos relevantes para su vida.". Esto quiere decir, que la ACT se concentra en aceptar los síntomas y orientarse hacia objetivos que valgan la pena, a pesar del sufrimiento y síntomas vividos. Esta terapia así descrita, ofrece una gran flexibilidad, es aplicable a múltiples problemas. En el caso del duelo, puede contribuir a la disminución de la sintomatología depresiva del cliente y la adopción de una transformación en su vida y en la capacidad de decisión del mismo.

Los tres ejemplos mencionados, muestran solo un esbozo de las diversas estrategias que se utilizan para tratar el duelo, desde la resolución de síntomas depresivos o cuadros ansiosos asociados al mismo. En el contexto sanitario actual, donde los factores de riesgo aumentan, las complicaciones en el duelo por la pérdida de un ser querido víctima de COVID-19, hacen que sea necesario manejar la mayor cantidad de estrategias posibles para afrontar las variaciones en el proceso terapéutico.

Situación venezolana de las políticas de salud mental en relación a la pandemia de Covid-19

Ante un problema que afecta a la colectividad, se hace necesario que el Estado formule planes para darle respuesta; esto debe hacerse a través de políticas públicas, las cuales se definen como "aquel conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés/beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos, se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente (Aguilar, 2012, p. 17). Por ello, ante la situación de Pandemia, el Estado tiene la obligación de tomar medidas que intenten dar respuestas oportunas y acertadas y proporcionen los elementos que hagan falta para atender a la población afectada. Siguiendo la idea de Lobelle, (2017), éste las describe resaltando sus características, que se resumen de la siguiente manera:

- Es una acción orientada a un objetivo de interés público.
- Casi siempre las orientaciones se imparten por el Ejecutivo y se ha desarrollan por un colectivo.
- El Estado pone a disposición del ente ejecutante: instrumentos, mecanismos y definiciones institucionales para su implementación.
- Son implementadas a través de los organismos públicos vinculados al aparato administrativo del Estado.

De lo anterior se desprende, que cada acción gubernamental va a estar destinada a responder a un área determinada de atención e inspirada en proteger un derecho humano a la población que lo amerita; que en el caso del COVID-19, es a la población en general, por encontrarse en riesgo permanente. Dentro de este campo, la acción de respuesta debe llegar, por supuesto, a la salud, como derecho humano. Para ello, existen instituciones que se especializan en generar planes que tienden a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades en general, incluida la salud mental. Estas políticas públicas, que atienden a los problemas que garanticen el bienestar psíquico de las personas, son necesarias y pertinentes, pues no solo el cuerpo se enferma, también la mente necesita de atención y cuidado para garantizar una sociedad sana.

Venezuela en cuarentena

Para comprender esta realidad que se está viviendo, se recurre a revisar las decisiones del gobierno de Venezuela, ante la llegada de la pandemia del COVID-19. Para ello, utilizaremos la información emanada del (MPPS) Ministerio del Poder Popular para la Salud, como ente rector, y de fuentes digitales, de la cual hicimos un paneo en línea de tiempo.

Los primeros meses del 2020 fueron caóticos en el mundo. España e Italia con contagios exponenciales y muertes por millares, China aislando ciudades enteras y Estados Unidos negando la pandemia, desatendiendo por completo al virus. Así, en el mes de marzo de 2020, se cernía sobre Venezuela la pandemia; la población continuaba en su normalidad, cuando para el día 7 de marzo el medio Fe y Alegría Noticias, a través del reportaje de González (2020), reportó, que un extranjero que respondía al nombre de Enrol Knowles (31), había ingresado al Hospital "Dr. Pedro Itur- be" en el Estado Zulia, posteriormente fue trasladado al Hospital Universitario de Maracaibo, presentando aparentes síntomas, siendo descartado a los pocos días.

Aun sin confirmar casos, el 12 de marzo de 2020, el Ejecutivo nacional anuncia la suspensión de vuelos con Europa y Colombia, además de la prohibición de eventos, reuniones, concentraciones a nivel nacional y se decretó estado de emergencia permanente por el COVID-19. Tan solo había transcurrido un día de la suspensión de vuelos, cuando la vicepresidencia confirmó los dos primeros casos de COVID-19 en Venezuela, residentes del Estado Miranda, provenientes de viajes al exterior e informó a la colectividad de la suspensión de actividades escolares en todo nivel y modalidad, a partir del 16 de marzo y hasta nuevo aviso. Oficialmente, Venezuela entraba en la pandemia. Los diarios el Carabobeño (2020), El Nacional (2020), Finanzas digital (2020), los portales web Infobae (2020), Reuters (2020), Telesur (2020), VTV (2020), fueron algunos de los que anunciaron las primeras acciones que se sucedieron en los próximos días. El 14 de marzo, Jorge Rodríguez, entonces ministro de comunicaciones, anunció 8 nevos casos en 4 estados del país, así como la suspensión de vuelos provenientes de Panamá y República Dominicana, por 30 días a partir del día 15 de marzo. De la misma forma, el terminal de pasajeros de Mara- caibo no realizaría viajes.

Para el 16 de marzo, el presidente de la República, en cadena nacional, anunciaba un total de 33 casos en 7 estados del país. Estas fueron las razones por las cuales el día siguiente, 17 de mar- zo, fue ordenada la cuarentena total en todo el país. Para el día 21, había 70 casos activos e informó de 15 recuperados, al no mostrar síntomas en 5 días. Con diez días en cuarentena total, la vicepresidenta informó del primer fallecido por COVID-19 en el Estado Aragua. En el mes de abril, el día 17, se evidencio el primer pico en la curva, al reportarse un foco de contagio en el Estado Nueva Esparta, en una escuela de béisbol perteneciente a las Grandes Ligas de Béisbol (MLB, por sus siglas en ingles), que previa ins- pección del director de epidemiologia del estado, perteneciente al partido opositor al gobierno, y en violación del decreto de cuaren- tena, se le permitió continuar activa, habiendo un total de 63 per- sonas en labor.

En las primeras pruebas se encontraron 20 nuevos casos, producto del arribo de un vuelo procedente de Maiquetía, en donde coincidieron un caza talentos de las grandes ligas y el alcalde del Municipio Maneiro del mismo estado. El día 14 de marzo realizaron un evento superpropagador de aproximadamente 70 personas, 4 de las cuales estaban asintomáticos. Para el día 19, se informa de21 nuevos casos provenientes del mismo foco, y al siguiente día, 21 contagios más, consecuencia del foco, para un total de 62 y el aumento a 10 fallecidos para esa fecha.

El 12 de mayo, se extendió la cuarentena 30 días más. Igualmente, el Instituto Nacional de Aeronáutica Civil (INAC) suspendió los vuelos nacionales. Para el 19 de mayo, informó de 131 casos nuevos, récord en el país, para un total de 749. El 20 de mayo, se reportó un brote en el Estado Zulia, cuyo origen fue el Mercado Las pulgas de Maracaibo. Las medidas ante el hecho se sucedieron rápidamente, la jornada de trabajo se restringió de 8 am a 2 pm, en alimentos y medicamentos y la restricción del trán- sito del puente sobre el lago de Maracaibo "General Rafael Urda- neta". Se indicó a la población la obligatoriedad en el uso de tapa- bocas, y la detención durante 24 horas para quienes no la cum- plieran. Por último, se estableció el toque de queda para los muni- cipios Guajira y Jesús María Semprúm. Con este brote, para el 23 de mayo Venezuela superó la cifra de mil casos y para fin de mes, ya eran 1459 casos registrados, coincidiendo con la flexibilización de la cuarentena.

El 9 de junio, el ministro de Comunicaciones, actualizó la cifra

de infectados, siendo ésta de 2646, con un nuevo récord de 157 casos nuevos. Tras el informe, añadió que se habían realizado 1.046.118 pruebas, que representaban 34.871 pruebas por millón de habitantes, no se aclaró si eran pruebas rápidas o moleculares (PCR). El 16 de junio, se registra el fallecimiento de Samuel Viloria, primer médico fallecido, director del Hospital Dr. Régulo Pachano Añez, con él se sumaron 27 decesos y un total de 3150 casos de COVID-19.

Para el día 20 de junio se informó de nuevas medidas, entre las que estaban: Cuarentena Radical en 9 estados (La Guaira, Miranda, Aragua, Zulia, Táchira, Apure, Bolívar, Lara, Trujillo y el Distrito Capital), además, suspendieron temporalmente el metro de Caracas y el Ferrocarril de los Valles del Tuy, se restringió el tráfico vehicular en las entidades y se colocaron barreras entre municipios. En el resto del país, permanecían exceptuados los sectores: salud, alimentación, comunicaciones, agua y electricidad. De la misma forma, se comunicó la presencia de 198 casos, discriminando entre 106 comunitarios, el resto provenientes del extranjero y 3 fallecidos. Para el 30 de junio, se registraban un total de 5832 casos y 51 fallecidos.

Con el inicio de julio, el Estado Zulia se convirtió en la entidad con mayor cantidad de casos y muertes en el país. Asimismo, se confirmó el 9 de julio que Diosdado Cabello, presidente de la Asamblea Nacional Constituyente, (segundo cargo en importancia en Venezuela para ese entonces), había dado positivo, al igual que el gobernador zuliano Omar Prieto. En esta fecha, se tenía registro de 8372 casos, 80 muertes y 2544 recuperaciones. El 10 de julio, se prolongó un mes más el estado de alarma, reportando 431 casos nuevos para un total de 8803. En días posteriores, se superaron los 10 mil casos confirmados, en esta situación es puesta en cuarentena radical Caracas y el Estado Miranda, y el 15 de julio se arriba a los 100 decesos, habilitándose el Poliedro de Caracas como centro COVID.

A mediados del mes, se reportó un brote en el canal estatal, Venezolana de Televisión donde hubo 46 positivos, incluido el presidente del canal. El mes de agosto inició con récord de casos (869), siendo el Distrito Capital el estado más afectado. El ministro de Comunicaciones, discriminó los mismos en 834 comunitarios y 35 importados. Días después, se registraron 7 fallecimientos, el mayor número para ese momento en un día y la cifra de contagiados alcanzaba los 21.438. Debido a este auge, el presidente de la República decretó dos semanas de cuarentena estricta. Para la tercera semana de agosto, se anuncian dos niveles de cuarentena: Parcial y Vigilada, situación sujeta a cambios, según el comportamiento de la pandemia; en este momento se registraban 21.199 casos y 208 muertes.

Para el 24 de agosto, el país superó los 40 mil casos en plena flexibilización y se registran 337 muertes. Asimismo, se confirma el positivo del director del Hospital de emergencia en el Poliedro de Caracas, Antonio Álvarez. El mes de octubre comenzó con la llegada el día 2, del entonces candidato vacunal Sputnik V, destinado a 2000 voluntarios en la fase III de los ensayos clínicos. Ese mismo día, el nuevo ministro de comunicaciones, Freddy Ñañez, informa de 76.820 casos con 643 muertes. El 5 de octubre, se presentaba un nuevo esquema de cuarentena, denominado “7+7 Plus”, que se trataba de 7 días estrictos y 7 días flexibilizados, bajo la consigna “En Venezuela decidimos cuidarnos”.

El 11 de octubre se anunció la llegada de la vacuna de origen chino para la realización de la fase III de sus ensayos. Ese mismo día, se confirmó que sería de acceso gratuito para todo el pueblo. Los últimos dos meses del 2020 se superaron los 800 fallecidos y se anunció el inicio de la Liga de Béisbol Profesional Venezolano. En el marco de esta apertura se reabrieron los espacios para el culto religioso, con medidas de bioseguridad y un aforo de 40%. Para diciembre se decretó la flexibilización durante todo el perio- do estival, incluyendo tránsito libre y solo exigiéndose el uso de mascarillas, antimaterial y distanciamiento social en espacios públicos y comercios, para retomar el sistema “7+7” en enero.

Para el 2021, Venezuela se vio sumergida en el proceso de vacunación masiva de su población, el cual se vio afectado y retrasado por las medidas coercitivas unilaterales de los EEUU que restringieron el acceso a las vacunas del mecanismo COVAX. El

proceso comenzó finalmente en mayo con la llegada del primer contingente de la vacuna Sputnik V y Sinopharm fabricadas por la Federación Rusa y la República Popular China respectivamente, con el proceso en marcha, el presidente Nicolas Maduro señaló, que para finales de octubre se esperaba alcanzar el 70% de la po- blación vacunada y el regreso a clases presenciales en todo el país.En la actualidad el país presenta 521.325 casos positivos, de los cuales 513.890 se encuentran recuperados y los fallecidos 5.692, según datos provenientes de la página COVID-19 del blog patria 2022).

La presente investigación se realizó en el Estado Yaracuy, que ha sido uno de los estados más afectados por el COVID-19, al punto de ser epicentro de la pandemia por varias semanas y obte- niendo el índice de contagios por habitante más alto por un breve periodo de tiempo. En fecha 28 de marzo de 2021, el Estado Yara-cuy fue declarado en Alerta Epidemiológica al registrarse un au- mento de casos del 1200%. Junto con la cuarentena radical y la restricción de horarios de trabajo para comercios y demás institu- ciones, para ese día el estado registraba 8.045 casos, de los cuales 741 se encontraban en aislamiento domiciliario, 132 en hospitali- zación y 6822 recuperados, con un total de 350 fallecidos.

La segunda ola de COVID-19 mantuvo al estado en primer lugar nacional en contagios, del 17 a 23 de mayo se tuvo un pro- medio de 133 casos por cada 100 mil habitantes, aproximadamen- te un 454% más que el promedio nacional según el presidente Nicolas Maduro. Asimismo, según Marvin Parra, médico especia- lizado en atención COVID-19, en la entidad se desarrolló un pro- tocolo para atender a aquellos sospechosos o contagiados, con el cual se enfrentó la alta cifra de casos por semana y se sostuvo un proceso de diagnóstico constante, en medio del auge de casos. Para el mes de abril 2022 la entidad presentaba 38217 casos con- firmados.

Resultados y discusión

Bajo este contexto, se conocieron las experiencias de varios entrevistados y cómo han vivido su duelo ante la pérdida de un familiar debido al COVID-19. Estos encuentros tropezaron con dificultades de realización por la sensibilidad del tema a tratar, hallándose situaciones donde la persona canceló reiteradas veces el encuentro.

En la primera entrevista realizada a una mujer adulta de 48 años de edad, profesional, profesora universitaria la cual experi- mento la pérdida de amigos y un exesposo a causa de COVID-19, en una conversación fluida respondió lo siguiente: ¿Sabe Ud. qué es el duelo? “Es un sentimiento de pérdida, de estar incompleto y de que te cambia la vida por completo, no sabes cómo reaccionar porque no te lo esperas”. ¿Cómo Cambió su vida la pandemia? “Con mi hija aprendimos a estar más juntas, mutuamente tolera- mos más que antes, perdimos contacto con los demás porque con la cuarentena no salimos más de la casa y todo es por teléfono, mejoró un poquito la economía porque no teníamos que gastar en transporte y demás.”. ¿Cómo enfrentó la pérdida o las pérdidas que sufrió? “Perdí como a 3 personas por el COVID, fue muy fuerte porque no me pude despedir y tampoco apoyarlos porque fue todo muy rápido, quisiera haber podido darles como un home- naje o algo así. Me tocó llorarlos y sentirme muy triste como per- dida, no tenía con quien apoyarme y de paso tenía que ser fuerte por mi hija, así que todo tuvo que ser como quien dice, la proce- sión va por dentro.”

¿Qué cambiaría de su forma de enfrentar la pérdida? “Cambiaría el que pudiera despedirme de ellos, o darles a entenderque no están solos. Buscaría ayuda porque entiendo que no debo enfrentar esto sola, pero por el asunto económico no puedo conse- guir ayuda profesional privada y en los ambulatorios y hospitales es raro cuando están presentes los psicólogos”.

La segunda entrevista fue realizada a una mujer adolescente de 17 años de edad, bachiller, quien padeció la pérdida de su padre a causa del COVID-19. ¿Sabe Ud. qué es el duelo? “Es aprender a estar sin algo, viviendo etapas, sintiendo que te hace falta algo por hacer.” ¿Cómo cambio su vida la pandemia? “Horrible, al princi- pio vivía con miedo siempre, y con peleas con mi mamá, con el tiempo pasé más momentos con ella y nos entendimos mejor, me

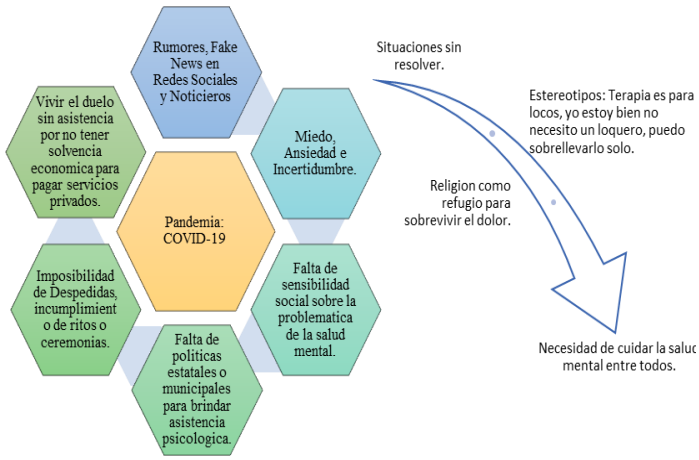
gradué, pero fue chimbo porque no fue como yo quería." ¿Cómo enfrentó la pérdida o las pérdidas que sufrió? "Con mucha ira hacia mí y sintiéndome culpable por lo que pasó. Quisiera poder morir. Con mucha incertidumbre, preguntándome si pensó en mí en los últimos momentos." ¿Qué cambiaría de su forma de en- frentar la pérdida? "Trataría de mejorar la relación, creo que lo abandoné y me gustaría despedirme de mejor manera, decirle que lo quería y que no estaba solo, después de eso todo se ha compli- cado mucho con mi familia paterna."

La tercera entrevista fue realizada a una mujer adulta de 32 años de edad, fisioterapeuta, quien padeció la pérdida de su madre a causa del COVID-19, estando en el exterior. ¿Sabe Ud. qué es el duelo? "Creo que un duele es el proceso que pasa la persona por una pérdida. Un proceso diferente que puede traer muchas emo- ciones. "¿Cómo cambió su vida la pandemia? "Al principio no cambió mucho después sí empecé a sentir lo que realmente es una pandemia. No notaba lo que realmente puede significar una pan- demia. Pero al pasar el tiempo uno se da cuenta que, sí es vulnera- ble y que, sí es real, que existe, que mueren personas. Después de la muerte uno se vuelve más vulnerable y paranoico, quizás uno intenta cuidar lo mejor posible a algún otro familiar para no volver a pasar por lo mismo. Esto le pasó mucho a mi papá, no me dejaba salir ni hablar con nadie él decía que me podía enfermar y pasar- me algo." ¿Cómo enfrentó la pérdida o las pérdidas que sufrió? "Mal, no estamos preparados psicológicamente para una pérdida y menos por una pandemia. Yo creo que una de las cosas más difíci- les es no poder estar en el momento que tu familiar te necesita. No saber por lo que pasa. Y no poder ayudar. Y otra de las cosas tam- bién que afecta es no poder despedirte como se acostumbra. No es fácil ver cómo simplemente personas con trajes las bajan de un carro y las entierran y ya. Es decir, como si fuera una más".

¿Qué cambiaría de su forma de enfrentar la pérdida? "Estar más presente, porque, aunque solo ella, Dios y yo sabemos cómo era nuestra relación, le di todo lo que merecía. Es distinto para cada quien, porque lo que yo creo que a mí me ayudó fue que yosí pude verla antes de que muriera y ella pudo ver que yo estaba allí. Pienso que para muchos es necesario un funeral. Una despedi- da acorde a lo que estamos acostumbrados.".

En la figura se resume la situación de salud mental en la pande- mia COVID-19 en Yaracuy, explorada en el rastreo documental digital y las entrevistas realizadas anteriormente:

Figura 1. *Situación de la salud mental en pandemia COVID-19 en Yaracuy*



Fuente: elaboración propia (2021).

La Solución propuesta

Se trata en este apartado de proponer una respuesta, es un papel de trabajo que se presenta a la discusión, como expresión de las ideas aprendidas y sistematizadas, la cual se denomina Colecti-vos de Cuidadores Comunitarios de la Salud Mental. Los psicólo- gos y profesionales de la salud tradicionalmente se han conforma- do con mantenerse dentro de un consultorio, sin salir a las comu- nidades, por ello, esta transformación, al integrarse en la organiza- ción propuesta, es un paso de gran trascendencia en la formación de un profesional comprometido.

En este sentido, se propone arraigar un referente en servicios de Psicología, fortaleciendo la empatía, la sinergia con la comuni- dad, capaz de dar respuesta a cualquier necesidad psicológica planteada por las personas, integrando al psicólogo como colabo- rador a través de objetivos estratégicos diseñados en conjunto, en la atención de éstas. Estimular el desarrollo personal y el espíritu

solidario, con el fin de mitigar los impactos en la salud mental de la pandemia por COVID-19, previniendo escenarios similares y extendiéndonos a otros contextos estresores de la sociedad. Formar ciudadanos autónomos, conocedores y críticos de su entorno, que puedan desarrollar proyectos que impacten de forma positiva en el colectivo y que puedan emprender acciones en todos los planos de sus vidas con honestidad y respeto, ajustándose a los valores personales, familiares, sociales y éticos. Adicionalmente, González et al.,(2021) consideran que los cuidadores necesitan ser preparados para el rol que asumen.

La idea propuesta surge frente al escenario de la pandemia del Sars-CoV2, la cual somete a la población a contextos estresores como aislamiento, duelo, depresión y ansiedad, haciendo que se necesite el abordaje de estas situaciones y el desarrollo de una cultura preventiva de afecciones de salud mental. Se compone de un conjunto de acciones estratégicas como sigue:

Sensibilización: En este momento, la sociedad venezolana no considera la salud mental como una prioridad; existe un tabú acerca del cuidado y mantenimiento de la misma. Es común escuchar expresiones como "Loquero" o "Los psicólogos son para locos", para referirse a los especialistas y quienes asisten. Es por ello que, dentro del plan para establecer el servicio se incorporaría el impulso de charlas, conversatorios, entrevistas radiales, televisivas, en redes sociales u otros métodos de contacto con las comunidades, con el objetivo de organizar y capacitar a los Colectivos de Cuidadores Comunitarios de la Salud Mental, los cuales se encargarán de recolectar información acerca de la presencia de posibles afecciones y realizarían un acompañamiento a los núcleos familiares.

Organización: Una vez alcanzada la conformación de los Colectivos de Cuidadores Comunitarios de la Salud Mental, se procedería a la interconexión de las comunidades mediante la conformación de una Mesa Técnica de Salud mental, la cual integraría un vocero de cada colectivo comunitario existente y en ella se trazarían las rutas de cada comunidad y sus organizaciones del poder popular como la comuna, el parlamento comunal, los consejos comunales entre otros, de acuerdo a sus necesidades psicológicas y tomando en cuenta la posible atención a éstas, de acuerdo a las experiencias de las demás y las realidades propias de cada una.

Estos voceros en ningún momento ejercerían un cargo ejecutivo, o gerencial, resultando en que sus propuestas, experiencias o necesidades expresadas surjan del debate del grupo al que integra y del cual es su voz. Asimismo, se asignarían especialistas a las comunidades de acuerdo con su disponibilidad y localización.

Consolidación: En esta etapa se brindaría el acompañamiento, asesoramiento o terapia psicológica necesitada, por parte de los especialistas en salud mental que se encuentren asignados a la comunidad. Los colectivos se encargarían del acompañamiento en la comunidad, del control de los factores de riesgo que pertur- ben la salud mental de las personas, de la recolección de informa- ción y la vinculación del o los terapeutas, con su comunidad.

Evaluación: En paralelo al proceso de organización y consolidación, el servicio debe ser sometido a un proceso evaluativo por parte de las comunidades, los integrantes de los colectivos y la mesa técnica, en virtud de corregir aquellas fallas que se presenten y fortalecer esos elementos que se desenvuelvan correctamente. Para ello se diseñarán instrumentos, que permitirán expresarse libremente y sin coacciones a la comunidad, incluyendo evaluaciones anónimas, sugerencias o críticas constructivas a la estructura y funcionamiento del servicio. La mesa técnica será la encargada de establecer los métodos para la evaluación, de acuerdo con cada comunidad.

Conclusiones

Comienza esta investigación producto de un momento de incertidumbre, cuando el mundo se sorprendió e interrumpió su cotidianidad. En Oriente surgió un virus, familia de viejos conocidos por la especie humana, sin embargo, nadie pudo prever que esta cepa de los coronavirus supondría un punto de inflexión en la historia de la humanidad. Comenzó en 2019, se tenían noticias de que había empezado a extenderse una infección desconocida, extremadamente contagiosa y mortal, que ocasionó el cierre de la ciudad

de Wuhan en China. El mundo occidental vivió en la República Italiana y el Reino de España, escenas dramáticas cuando sus fallecidos y contagios superaron todos los récords. En la Abya Yala, Colombia y Brasil superaron sus previsiones estableciendo cifras récord de contagios y fallecidos. Chile, Argentina y Perú se vieron confinados y las imágenes que surgieron de Guayaquil Ecuador eran impresionantes y, en medio del caos en el norte del sur de América, Venezuela se encontraba asediada por los Estados Uni- dos y el Grupo de Lima, vetada de cualquier ayuda humanitaria, y ahora amenazada por una pandemia; el escenario se mostraba muy difícil, no obstante, la rápida reacción del gobierno y el acatamien-to del pueblo de las medidas básicas de bioseguridad, permitieron la contención desde un primer momento.

En contacto con el sufrimiento del pueblo, surge esta propuesta como herramienta de auxilio a los vulnerables, para resolver el duelo sanamente, para mitigar el dolor, para construir la esperanza. El duelo es un proceso adaptativo complejo que busca sustituir una relación significativa por otra en el ser humano, Kübler-Ross lo ha establecido en etapas, otros en tareas, todos coinciden en que se atraviesan diferentes estados emocionales y se produce una reconfiguración de los esquemas axiológicos, teleológicos y ontológicos. Podría definirse como un proceso de autopoiesis. La pande- mia atacó la salud física con secuelas respiratorias, cardíacas y motrices, nadie parecía preocuparse de las consecuencias para la salud mental, hasta que se hicieron inobjetables. Depresión, ansie- dad y miedo, fueron estados afectivos comunes y surgieron mu- chas curas milagrosas, que solo eran placebos.

Es allí, donde esta propuesta que da respuesta al objetivo propuesto permite a través de la integración del esfuerzo del Ejecutivo Municipal, la organización popular y personal especializado, diseñar un servicio de apoyo psicológico gratuito para personas en duelo generado por la pandemia COVID-19, a través de la figura de los Colectivos de Cuidadores Comunitarios de la Salud Mental, para brindar apoyo, información, atención y una mano solidaria a todos aquellos que la requieran.

Para finalizar, investigar sobre el duelo y la pérdida no resultó fácil, requirió encarar aquel miedo oculto en los confines de la psique e intentar resolver conflictos inherentes a la finitud de la vida expresados al constatar la realidad. Los ritos, homenajes y despedidas a los fallecidos son parte importante de la herencia cultural de la humanidad, desde las ceremonias más encumbradas hasta el más simple adiós, las personas siempre llevan consigo a aquellos que un día estuvieron entre ellas. La interpretación que se le da al término de la existencia ha sido objeto de estudio por parte de los filósofos del mundo. Sartre hablaba de una "esencia antes de la existencia", Stephen Hawking vivió 76 años esperando una muerte temprana y decía: "no tengo miedo a la muerte, pero no tengo prisa por morir, hay tanto que quiero hacer primero", Kübler -Ross decía sobre su muerte luego de haber elegido estar con tantos moribundos: "Cuando muera, voy a bailar primero en todas las galaxias… voy a jugar, bailar y cantar" y Viktor Frankl, quien sobrevivió al horror nazi en Auschwitz dijo: "La muerte solo puede causar pavor a quien no sabe llenar el tiempo que le es dado para vivir". Quienes danzaron con la muerte no le temían, sino quelo aceptaban; la pérdida de su ser se hacía normal y vivían esperándola con tranquilidad.

Quien les escribe, espera que la figura de los Colectivos de Cuidadores Comunitarios de la Salud Mental, no se quede solo en la atención coyuntural de la pérdida durante la pandemia, sino que permita expandir un nuevo horizonte en el campo de la salud mental, en la previsión y atención de las personas, que otros tomen el testigo y aporten a que la figura crezca. El dolor hace a las personas lúcidas y al mundo cristalino y, como Frankl afirmó "He encontrado el significado de mi vida ayudando a los demás a encontrar en sus vidas un significado", la hora pasa, la persona se olvida pero la obra queda, seguir compartiendo la vida es la invitación permanente.

Referencias

Aguilar, L. (2012). *Política Pública. Una visión panorámica*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – Boli- via. https://www.undp.org/es/bolivia/publications/politica-publica-una-vision-panorámica

Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación, Introducción a*

la Metodología Científica. Editorial Episteme.

Bardin, L. (1996).*Análisis de contenido*. Editorial Akal. https://bit.ly/3MqDMT5

Cebotarev, E. (2003). El Enfoque Crítico: Una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1), 17-56. https://bit.ly/3O4bS15

Cruz, J, Corona, I Porras, J. (2017). *Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de Duelo Complicado.* https:// bit.ly/3LOcRk0

Fals, O. (2009). *Cómo investigar la realidad para transformarla. En una sociología sentipensante para América Latina*. Siglo del Hombre Editores CLACSO.

Fromm, E. (1995). *La Patología de la normalidad*. Editorial Paidós.

García, D. y Cisneros, Y. (2005). *Metodología de la investigación para las ciencias administrativas*. 2ª ed. Universidad de Matanzas.

González, S. (7 de marzo 2020). Detectan un caso sospechoso de Coronavirus en Maracaibo. *Fe y Alegría* Noticias. https://www.radiofeyalegrianoticias.com/category/covid-19/page/278/

González, A; Gamarra, T; y Pitre, G. (2021). Reflexiones sobre la elaboración del informe final de las tesis de doctorados en ciencias pedagógicas. En Chirinos, Ramírez, Godínez, Barbera y Rojas. *Tendencias de la Investigación Universitaria. Una visión desde Latinoamérica*. Volumen XII. fondo editorial Servando Garces. DOI: www.doi.org/10.47212/tendencias2020vol.xii.42

Hernández, J. (2020). *Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas*. Medicentro Electrónica, 24(3),578-594. Recuperado en 22 de mayo de 2021, de https://bit.ly/3GjPGwG

Jara, O. (1994). *Para Sistematizar Experiencias*. 1ª. Ed, Alforja.

Kübler-Ross, E. (1969). *"On death and Dying" ("Sobre la muerte y el morir").* Macmillan Publisher editores.

Lacasta, M., Torrijos, M., López, Y., Carracedo, D., Pérez, T., Casado, C., Rocamora, C., Blanco, L., Iglesias, N., Vidal, E., Trigo, D. y Martí, J. (2020). Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente. *Revista Medicina Paliativa*. número 27(3): pp.201-208. en https://bit.ly/3NWbthr

Lobelle, G. (2017). Políticas públicas sociales: apuntes y reflexiones. *ALCANCE Revista Cubana de Información y Comunicación*, 6(14), 81–96. de https://bit.ly/3v2wuOG

Melero, N. (2011*).* El Paradigma Crítico y los Aportes de La Investigación Acción Participativa en la transformación de la realidad social: Un Análisis desde las Ciencias Sociales. Secretariado. *Cuestiones Pedagógicas*, 21.P.p 339-355. en https://bit.ly/3xhRjbF

Merriam-Webster Inc. (2020). *Pandemic,' plus 'malarkey,' 'kraken,' 'antebellum,' and 8 more of our top lookups of 2020.* https://bit.ly/3Htdejn

Millán, R. y Solano, N. (2010). Duelo, Duelo patológico y Terapia Interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría,* Vol. 39/ No. 2. https://bit.ly/3KvaimU

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Sección Constitución*. Consultada en fecha 28 de agosto de 2020 en https://bit.ly/3E0zsaH

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental*. https://bit.ly/3GtF1j6

Palella, S. y Martins, F. (2012). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

Pérez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de terapia. *Revista FOCAD*,1, 3-16

Prieto, V. (2019). Entrevista en portal digital Salud esfera. https://bit.ly/38OW1Ut

Real Academia Española. (2020). *Coronavirus, claves de escritura.* Consultado en fecha 25 de agosto de 2021 en https://bit.ly/35XJj4i

Stroebe, M. y Schut, H. (1999). The Dual Process Model Of Coping With Bereavem. *Death Studies*, vol 23. num 3. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/074811899201046

WHO Global Influenza Programme & World Health Organization. (2009). Pandemic influenza preparedness and response : a WHO guidance document. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/44123

Zemelman, H. (2001). *Pensar teórico y pensar epistémico: Los retos de las ciencias sociales latinoamericanas*. Instituto Pensamiento y Cultura en América A. C., https://bit.ly/3JsJVwo