

Herramientas de participación en rehabilitación de base comunitaria para población con esquizofrenia

Ferramentas para participação em reabilitação baseada na comunidade para uma população com esquizofrenia

Tools for participation in Community based rehabilitation for schizophrenia population

Barroso Niño, Maritza¹; Orozco Altamar Mauro Stefan²; Herreño, Andrea Catalina³

Como citar este artigo: Barroso Niño M, Orozco Altamar MS, Herreño AC. Herramientas de participación en rehabilitación de base comunitaria para población con esquizofrenia. J nurs health. 2018;8(2):e188310

RESUMEN

Objetivo: describir la experiencia de la implementación de estrategias participativas basadas en la historia de vida y el audiovisual, como herramientas terapéuticas aplicadas a una persona adulta con diagnóstico de esquizofrenia. **Métodos:** estudio de Investigación - Acción - Participación, desarrollado en el contexto de la Rehabilitación Basada en Comunidad aplicada en Bogotá - Colombia. **Resultados:** las acciones participativas y dialogantes, lúdicas, creativas, fortalecen la funcionalidad de la comunidad terapéutica, así como su impacto sobre la rehabilitación individual. El desarrollo de la estrategia audiovisual y de socialización permiten reconstruir significados e identidades de utilidad terapéutica, las cuales propician recursos personales que generan nuevos pensamientos y emociones. **Conclusiones:** es pertinente dar lugar a las posibilidades terapéuticas de la Rehabilitación, mediante los aportes de distintos actores sociales, dinamizan y transforman la experiencia de enfermedad a nivel individual, medio-ambiental, relacional, y comunitario; destacando en ello el poder significador asociado para el sujeto y su entorno social. **Descriptor:** Enfermería en rehabilitación; Espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; Participación de la comunidad.

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência da implementação de estratégias participativas baseadas na história de vida e no audiovisual, como ferramentas terapêuticas aplicadas a uma pessoa adulta diagnosticada com esquizofrenia. **Métodos:** estudo de Pesquisa - Ação - Participação, desenvolvido no contexto da Reabilitação Baseada na Comunidade aplicada em um Centro de Reabilitação da cidade de Bogotá, Colômbia. **Resultados:** ações participativas e dialógicas, lúdicas e criativas fortalecem a funcionalidade da comunidade terapêutica, bem como seu impacto na reabilitação individual. O desenvolvimento da estratégia: audiovisual e socialização baseada na participação permite reconstruir significados e identidades de utilidade terapêutica, que propiciam recursos pessoais que

¹ Enfermera. Post-gradado en Perinatología. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. E-mail: maritza.barroso@juanncorpas.edu.co <http://orcid.org/0000-0001-5078-2053>

² Licenciado en Educación y Tecnología y Informática. Diplomado en Alta Docencia. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. E-mail: mauro.orozco@juanncorpas.edu.co <http://orcid.org/0000-0003-3371-8708>

³ Psicóloga. Asociación Coometas Campesinas y Saludarte. E-mail: catalinaherreno@gmail.com <http://orcid.org/0000-0003-3828-8954>

geram novos pensamentos e emoções. **Conclusões:** há possibilidades terapêuticas desse tipo de reabilitação, através das contribuições de diferentes atores sociais, que dinamizam e transformam a experiência da doença no nível individual, ambiental, relacional e comunitário; enfatizando nele o poder significativo associado ao próprio sujeito e ao seu ambiente social.

Descritores: Enfermagem em reabilitação; Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; Participação da comunidade.

ABSTRACT

Objective: to describe the experience of the implementation of participatory strategies based on the history of life and audiovisual, as therapeutic tools applied to an adult person diagnosed with schizophrenia. **Methods:** Research - Action - Participation study, developed in the context of Community Based Rehabilitation applied in Bogotá, Colombia. **Results:** participative and dialogic, playful and creative actions strengthen the functionality of the therapeutic community, as well as its impact on individual rehabilitation. The development of the strategy: audiovisual and socialization based on participation allows reconstructing meanings and identities of therapeutic utility, which propitiate personal resources that generate new thoughts and emotions. **Conclusions:** there are therapeutic possibilities of these rehabilitation, through the contributions of different social actors, which energize and transform the disease experience at the individual, environmental, relational and community level; emphasizing in it the associated signifying power for the subject himself and for his social environment.

Descriptors: Rehabilitation nursing; Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders; Community participation.

INTRODUCCIÓN

A partir de los avances derivados de la implementación de la estrategia conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y la Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ocurridos en 2012, los cuales propenden por inducir nuevas técnicas y herramientas de rehabilitación a la persona con Enfermedad Mental (EM), a partir del trabajo comunitario. Para ello la OMS estructuró unas guías de implementación Rehabilitación Basada en la Comunidad [RBC-OMS 2012], cuyo objetivo central se enfoca en el fomento al desarrollo de capacidades personales en quien presenta un Trastorno Mental Severo (TMS), que les permitan insertarse de mejor manera a la sociedad, en una visión amplia del significado de la rehabilitación.¹

Así, la RBC, como una estrategia innovadora, que emerge a partir de la articulación de visiones históricas, sociales y comunitarias, donde convergen saberes propios de la ciencia social, y de las ciencias de la salud.¹

Así, los programas residenciales aportan de manera importante en el funcionamiento general de las personas con TMS, estos son considerados como potenciadores de óptimos desenlaces en salud, así como de mejoras asociadas.² La estrategia de RBC soportada en alojamientos de apoyo, incide directa y positivamente sobre muchas variables clínicas de la enfermedad, así como sobre la mejora de las condiciones básicas de vida, ello medido objetivamente desde la perspectiva de calidad de vida (aunque en una visión subjetiva originada desde cada sujeto de cuidado, esta pueda

parecer como parcialmente alcanzada.³

La prevalencia mundial de los trastornos mentales está estimada en 48% a lo largo de la vida, siendo los tres más prevalentes: Cualquier trastorno (12-48.6%); Depresión/Distimia (4.2 - 20.8%); y Esquizofrenia/Psicosis (0.3 - 1.6%). Para el caso Colombiano, la enfermedad mental es más prevalente en mujeres que en hombres, afecta más a quienes viven en las ciudades, y está fuertemente asociada con contextos de pobreza y vulnerabilidad.⁴ Estas cifras adquieren relevancia si se tiene en cuenta que el TMS involucra a toda enfermedad mental que genere discapacidad como consecuencia de la cronicidad de su duración, así como por la persistencia de síntomas psicóticos, distorsión de la realidad, y comportamientos inusuales; entre las enfermedades más comúnmente asociadas al TMS se destacan: la Esquizofrenia, el Trastorno Esquizoafectivo, y el Trastorno Bipolar.⁵

En el estudio de Carga de Enfermedad realizado en 2010 por la Universidad Javeriana se destaca la depresión mayor unipolar como responsable del 25% de los Años de Vida Saludable perdidos (AVISAS) en mujeres y del 11,6% en los hombres.⁶ Así, las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y aportan el mayor número de años vividos con discapacidad,⁶ las proyecciones estadísticas muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas a nivel mundial evidenciarán un incremento de 10,5 % respecto al total de la carga de la

enfermedad hasta llegar a un 15 % para el año 2020.⁷

Según revela el estudio denominado: “Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimiento”,⁸ es evidente que en general existe un desconocimiento acerca de la EM, por parte de la población, esta situación genera procesos sociales de discriminación y estigma que afectan la calidad con que se prestan los servicios de atención especializada, así como la adherencia al tratamiento. A lo largo del tiempo las personas con algún diagnóstico de TMS han sufrido una larga historia de marginación.⁹

Es por todo lo anterior que se precisa encontrar saberes populares y técnicos, así como herramientas, experiencias previas, entre otras, que permitan vincular los aportes de la academia, al ejercicio práctico del cuidado de la enfermedad mental. El éxito implícito a dicha tarea, estructuraría mecanismos bondadosos, humanizadores, y de rescate, como una forma de “cuidado social” no solo del individuo, sino también de su familia y comunidad, de manera que estas puedan contribuir de manera eficiente en las tareas encomendadas por la OMS y por la legislación colombiana: Ley 1616 de 2013 - ley de Salud Mental,¹⁰ y La Ley 1618 de 2013.¹¹

El objetivo fue describir la experiencia de la implementación de estrategias participativas basadas en la historia de vida y el audiovisual, como herramientas terapéuticas aplicadas a una persona adulta con diagnóstico de esquizofrenia.

METODOLOGÍA

Estudio de Investigación - Acción, con enfoque participativo, desarrollado en el contexto de la RBC aplicada en la Fundación A. SALUDARTE (Centro de Rehabilitación), en apoyo de la Escuela de Enfermería - Fundación Universitaria Juan N. Corpas (Grupo de Investigación CUIDARTE).

Se empleó la metodología de Investigación-Acción-Participación (IAP), dadas sus bondades para acceder con relativa facilidad a las memorias (individuales y colectivas), de las personas afectadas por el TMS, a través del contacto previo a través de ejercicios participativos y dialogantes, talleres, conversatorios, exposiciones, trabajos fotográficos y audiovisuales. El abordaje realizado a través de la IAP permitió el análisis subjetivo y crítico de la realidad explorada, a través de la vinculación de las personas implicadas.¹²⁻¹⁴

18 personas con esquizofrenia participaron inicialmente del estudio a través del desarrollo de grupos focales (útiles en la posterior creación de juguetes y de entornos interactivos y dialógicos, donde fuesen posibles formas de interacción y de reciprocidad alrededor de la experiencia de la enfermedad mental). A partir de la deliberación y el diálogo de experiencias y sabidurías, se enfocó la observación y la descripción de la historia de vida particular de una de las residentes más proactivas en las sesiones de trabajo, con la finalidad de aportar desde su propia historia de vida, al desarrollo de nuevas estrategias de rehabilitación basadas en la participación comunitaria.

Así se concretó la vinculación de una de las residentes de la Institución de Rehabilitación, quien tras pasar más de un año en el proceso de estabilización de sus síntomas bajo tratamiento intramural, aportó como sujeto protagónico de la acción participación tras un proceso meticuloso de observación, análisis de casos y de selección a conveniencia (cuyo principal criterio fue el cumplimiento de diagnóstico de TMS, y la voluntad participativa en las sesiones de rehabilitación).

Entre los aspectos clínicos del participante objeto de observación para su historia de vida, se destaca el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide (mayor a 20 años), para la cual recibe medicación y seguimiento por Psiquiatría; entre sus antecedentes destacan múltiples hospitalizaciones psiquiátricas a lo largo de su vida, todas precipitadas por crisis de insomnio, sensación de persecución y cogniciones interpretativas.

Se estructuró la IAP en tres fases, a saber: observar, actuar y pensar. En el observar el residente participante, al cabo de un tiempo, y de manera espontánea, durante su tiempo libre elaboró unas muñecas de trapo a las que puso nombres y confirió personalidades, (con grandes parecidos a miembros de su familia y personas de su entorno), al tiempo que construyó escenarios diversos en los que quería “jugar” con esos personajes. En el ámbito terapéutico, se abrieron espacios de palabra alrededor de su tarea y se empezó a articular la idea de hacer un registro de su trabajo, a lo que el participante respondió con la elaboración de un guion.

En el actuar se tomó registro audiovisual con las creaciones de la paciente, de cuyo producto se generó un audiovisual cuya duración fue de 17 minutos, 35 segundos, llamado por su mismo creador como: “*Un millón de amigos*” (a veces también “*Las Tulitas de Chelita*”). El video está compuesto por nueve escenas cuyo centro lo constituye la sala de la tía Tulita, quien es visitada por sus sobrinas: la médica Bel y la ingeniera Chelita (ésta acompañada por su conductor Jaime), y ellas, en torno a un café, le cuentan a la tía diversas escenas de su vida (que aparecen como recuerdos dentro del audiovisual).

Se proyectó el material audiovisual como una herramienta de participación comunitaria. Tras la descripción del residente-participante acerca del proceso creativo, se presentó el producto fílmico a través de un “video-foro”, en el cual los demás residentes hicieron preguntas, comentarios y propuestas para usar esta herramienta como una estrategia de comunicación. Igual proceso socializador se realizó con la familia del residente - participante; una vez terminado el audiovisual entre aplausos y ovaciones. Llamó mucho la atención el parecido de la obra con los personajes de la vida real (es decir, el núcleo familiar). La tercera fase pensar se describe en el Resultados.

Se realizó el diseño de un consentimiento informado el cual fue leído y aceptado por quien ostenta de cuidador oficial, ya que el sujeto participante está en condición de interdicción. Estado por el cual una persona con discapacidad mental, es sujeto de protección tanto de su

persona, así como de su patrimonio, cuando esta no está en condiciones para administración de sus bienes y recursos; es en sí, una forma de representación legal amparada por la Ley 1306 de 2009.

La investigación fue avalada por el Comité de Investigación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y se tuvieron en cuenta los aspectos éticos establecidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.¹⁵

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la fase de pensar se establecen tras el desarrollo de la actividad participativa, tres temas emergentes sobre los cuales se estructura una discusión contrastada con la literatura más relevante:

Comunidad y rehabilitación de base comunitaria

La OMS, en las guías para la RBC de 2012, invita a tener atención en 4 temas que siempre son descuidados y que requieren atención prioritaria: Salud Mental, VIH/SIDA, tuberculosis, y crisis humanitarias. Esta define a la RBC como una estrategia para el desarrollo inclusivo basado en la comunidad que tiene en cuenta los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.¹⁶ En complemento, la noción: Cuidado y Bienestar Mental (CBM) define así la salud mental: “como aquel estado de bienestar en el cual una persona realiza su propia actividad, puede adaptarse a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y

fructífera y es capaz de contribuir con la comunidad”.^{16:417}

Por tanto, esta estrategia tiene como meta el desarrollo comunitario de las personas en condición de discapacidad. Según su folleto complementario, la meta será apoyar a las personas con problemas de salud mental en su inclusión a la vida comunal, mientras el rol de los programas de RBC será “promover y proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental, apoyar su recuperación y facilitar su participación e inclusión en sus familias y comunidades”.^{12:5} Y con ello se busca que la salud mental sea “reconocida como un requisito para el desarrollo comunal”, que se incremente la sensibilización acerca de la salud mental, que las personas con problemas de salud mental tengan acceso “a las intervenciones médicas, psicológicas, sociales y emocionales a los miembros de la familia”. Con ello estas personas tendrán “una mayor inclusión y participación en la familia y la vida comunal”.^{12:5}

En esta búsqueda por promover el desarrollo comunal surge la iniciativa de desarrollar una herramienta donde las comunidades sean partícipes. En ello, la metodología audio-visual resulta ser un aporte novedoso para el trabajo tanto individual como colectivo en la rehabilitación en Salud Mental.

A su vez, el contenido basado en la historia de vida personal, necesariamente redefine significados, autoestima y liderazgo entre pares y por parte de la comunidad se rompe la barrera de creer la herramienta ajena e inaccesible y definitivamente estimula en los integrantes la

participación en experiencias similares.

Lo terapéutico del audiovisual y el juego

En el juego se pueden tener en cuenta elementos simbólicos para dar cuenta de la personalidad del que juega o se puede tener en cuenta el acto mismo que relaja, abre otro tipo de palabra y establece una relación de confianza con el terapeuta y con el entorno. Es en libro Realidad y Juego apuntado la psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta.¹⁸

Un ejemplo del juego y su uso terapéutico, se representa en la oportunidad emergente al estructurar oportunidades enraizadas en la participación comunitaria, para profundizar la relación entre terapeuta y paciente, como ocurrió cuando el participante-residente hizo sus personajes, escenarios y libretos, y luego (como un trabajo colaborativo), todo el equipo participó en la construcción del documento audiovisual, aceptando el juego ejecutado bajo su dirección. Es en el juego al que fuimos invitados, donde surge la oportunidad para escuchar las reflexiones propias acerca de lo que significan sus familiares, (en este caso su tía representada en las muñecas); todo esto hace parte del encuentro emocional, el cual invita a la reflexión sobre las posibles conexiones cognitivas, espacio-temporales y simbólicas del trabajo, y su conexión con aproximaciones del orden terapéutico.

En ese sentido, cuando el participante-residente asumía un rol

de dirección de las escenas audiovisuales, e invitaba a otros residentes a la escena, en realidad pidió que se involucraran jugando; señalaba cambios y adecuaciones del lenguaje, la entonación, la prosodia de cada parlamento, improvisaciones y chistes. Al respecto: *“Todo lo que diga sobre el jugar de los niños también rige, en verdad, para los adultos”, [...] debemos esperar que el jugar resulte tan evidente en los análisis de los adultos como en el caso de nuestro trabajo con chicos. Se manifiesta, por ejemplo, en la elección de palabras, en las inflexiones de la voz, y por cierto que en el sentido del humor*”.^{17:52-54.}

Por otra parte, el juego como acción tiene dos características que al ser reconocidas y sostenidas lo hacen terapéutico: *“el jugar tiene un lugar y un tiempo*”.^{17:105} Un lugar particular en cuanto recrea un espacio que no pertenece ni al paciente ni al terapeuta *“[...] no se encuentra adentro según acepción alguna de esta palabra [...] tampoco está afuera, es decir, no forma parte del mundo repudiado, el no-yo, lo que el individuo ha decidido reconocer [...] como verdaderamente exterior*”.^{17:55} Es un lugar artificial tan ajeno como propio en el que ocurren sucesos particulares a ese escenario, al igual que ocurre en el consultorio durante las sesiones de psicoterapia.

Estos sucesos ocurren en un tiempo también particular, en el que predomina la dimensión lógica por encima de la cronológica, y *“para dominar lo que está afuera es preciso hacer cosas, no sólo pensar o desear, y hacer cosas lleva tiempo. Jugar es hacer*”.^{17:55} También aporta en este

sentido: *“[...] lo universal es el juego, y corresponde a la salud: facilita el crecimiento y por lo tanto esta última; conduce a relaciones de grupo; puede ser una forma de comunicación en psicoterapia [...]”*.^{17:51} Siendo el juego una actividad en la que se articulan formas diversas y novedosas de comunicación, implica que *“ [...] el juego es una experiencia siempre creadora, y es una experiencia en el continuo espacio-tiempo, una forma básica de vida*”,^{12:7} que en el caso de esta investigación además ha traído a la residente la oportunidad de recrear elementos de su vida personal. *“El motivo de que el juego sea tan esencial consiste en que, en él, el paciente se muestra creador*”.^{17:67}

Actividad artística como alternativa para el tratamiento del TMS

Las terapias artísticas y lúdicas son aplicadas al campo del tratamiento del TMS, con el ánimo de complementar los abordajes propuestos por la psiquiatría tradicional, enfocada en el manejo farmacológico, como eje principal y la identificación con un diagnóstico más allá de los demás elementos que constituyen la identidad de un sujeto.

Desde los años 70 en particular, con el surgimiento de la psiquiatría democrática o movimiento anti-psiquiátrico en Trieste - Italia, de la mano del psiquiatra Franco Basaglia, quien logró establecer la Ley 180 (primera ley en salud mental que apunta a garantizar los derechos humanos de personas con TMS); en esta, se empieza a considerar abrir las puertas del manicomio como sede de

discriminación y aislamiento de personas con diagnóstico psiquiátrico, y transformarlo en sede de producción cultural, creación, actividad productiva remunerada, escucha y juego.¹⁸

Esta propuesta fue paralela al surgimiento de las comunidades terapéuticas en el Reino Unido y Canadá, donde se propone un abordaje a pequeña escala, que también rompe con el manejo manicomial y apuesta por la autonomía y potencia creativa de los sujetos más allá de su diagnóstico. Con el acompañamiento de profesionales se diseña una estructura replicable en la que conviven pocas personas, reparten actividades de la vida diaria y participan en actividades creativas y productivas a pequeña escala, dando las bases del hogar de protección, basado en regulación de actividad diaria desde la participación en talleres creativos y artísticos.

Más tarde, en la década de los 80, a medida que caían las dictaduras en Sur América, se abre la discusión por el manejo institucional del TMS en Brasil y Argentina, donde surgen movimientos artísticos dentro de los hospitales psiquiátricos, como el “Frente de Artistas del Borda” en Buenos Aires. Se establecen leyes que regulan el tratamiento farmacológico, el carácter voluntario de los tratamientos, emprendimientos productivos y los servicios de hospital día y hospital noche.¹⁹

Resulta retador para los servicios de atención y rehabilitación en salud mental de Colombia y de América Latina, permea la práctica con nuevas estrategias participativas, que

potencien el poder recuperador y rehabilitador que subyace en la interacción social participativa. Ejemplos de ello son la experiencia portuguesa de involucramiento de los pacientes, en el auto-reporte de sus experiencias psicóticas, y con ello, mejorar la forma en que el terapeuta vigila y atiende las necesidades derivadas de la experiencia psicótica.²⁰

Por su parte, la experiencia de nuevas aplicaciones de la Psicoterapia apoyadas en técnicas participativas, prometen mejores resultados en la resolución del evento psicótico en la persona con avanzada carga de TMS. Ejemplo de ello es el trabajo desarrollado por investigadores en Finlandia, quienes implementaron la estrategia de “Diálogo Abierto” para fortalecer la relación terapéutica, el apoyo psico-social, y optimizar la calidad del diálogo durante la terapia de apoyo. El impacto de esta estrategia denota (entre otros), la reducción del uso de las dosis de medicación para los pacientes.²¹

En Colombia, la inclusión de nuevas técnicas de tratamiento y rehabilitación ha sido diferente, adecuándose a modelos de atención que transforman el manicomio en clínicas especializadas, con servicios de hospital día, consulta externa y hospitalizaciones cortas, que hacen un mayor énfasis en el poder hegemónico del tratante, subestimando los recursos propios del sujeto de cuidado.

Para el caso del presente estudio, el desarrollo de las actividades realizadas permite identificar tres focos terapéuticos: el primero en la pre-producción al construir de manera espontánea los muñecos, las

escenografías y el guion; el segundo foco, que resulta un juego, ocurre durante la grabación en formato audiovisual de la puesta en escena, donde la residente opera desde la dirección de las escenas y la ejecución de la actuación por medio de los muñecos y el último, lo constituye la proyección del video, que integra todo el trabajo en un producto audiovisual y que busca convertir la herramienta en un medio de participación comunitaria.

Así, la herramienta audiovisual puede usarse en múltiples escenarios para el trabajo terapéutico. De modo individual: ocupación del tiempo libre, cognitivo, significación y simbolización, proyección y representación, ejecución y exposición al grupo, entre otros. Y a nivel comunitario: convivencial, motivador, reflexivo; evidenciador de capacidades, legitimador de discursos subjetivos, fortalecedor de vínculos.

En particular la reelaboración de su “historia de vida” por medio del audiovisual parece haber contribuido a que la residente diera un sentido e inteligibilidad a la multiplicidad de lo que ha vivido al haber elegido acontecimientos significativos de su vida y haber tratado de organizarlos por medio de un guion. Esa coherencia de la que se dotan las historias de vida ayuda a construir y a definir la identidad, un aspecto clave de la vida en sociedad,²² ya que en el mundo social se tiende a equiparar “normalidad” con una identidad definida.

En el video vemos diferentes escenas de la vida de la residente con múltiples elementos de ficción (como ella misma lo revelaba en la

presentación a los residentes). Así es como se construyen las historias de vida: de eventos completamente fragmentarios y sin un sentido se construye una narración inteligible. Aunque también hay una escena del audiovisual, la final, en la que se da pie a lo aleatorio y azaroso, pues “la elaboración de la escena se da en el mismo momento de su puesta en acción [...]. Todo esto, es lo real, es decir lo fragmentario, lo huidizo, lo inútil, incluso tan accidental y tan particular que todo acontecimiento aparece a cada instante como gratuito, y toda existencia a fin de cuentas como privada de la más mínima significación unificadora”.^{23:1} Es importante señalar que para AMG, esta escena, sin preparación, más espontánea, en últimas un verdadero juego en el que las reglas se elaboran al mismo momento que la acción, fue la que más disfrutó haciendo y la que la dejó más satisfecha al ver los resultados, según sus palabras en la presentación del video.

En cuanto a la socialización, la herramienta audiovisual, permite otras voces fuera del discurso clínico del síntoma. La utilización del material audiovisual en el tratamiento de personas con TMS, les permite seguir construyendo pensamientos desde otras lógicas restando hegemonía al discurso de patología instaurada, evidenciándose mejorías significativas en la autoestima, sentimientos de ser útil ante su comunidad y sentir el apoyo familiar. Todo esto redundo muy favorablemente en su desempeño.

La definición del concepto de creatividad plantea varias dificultades y se impide aún más por su uso banal.

Sería más adecuado para aplicar la "productividad" apropiadamente en lugar de utilizar la creatividad en sentido excesivamente amplio. Todas estas capacidades se utilizan en la auto-curación y la terapia (ver terapia de arte). Los elementos de los anteriores mecanismos tienen un papel importante tanto en la creatividad y en el placer artístico.²⁴ Se hace necesario destacar lo productivo que resulta a nivel profesional la puesta en marcha de programas de intervención para la rehabilitación en salud mental no convencionales, como fuente de motivación y creación de vínculo terapéutico.²⁴

CONCLUSIONES

El compromiso por la práctica de la RBC, permite encontrar instrumentos donde las comunidades sean partícipes, potenciando su capacidad para construir la estructura que contiene a este sujeto colectivo. Se trata de encontrar discursos de interés endógeno a la comunidad, formas vistosas de comunicación, y en últimas "momentos vivos". El audiovisual comunica reflexiones personales de una residente, que afirman la vivencia del TMS y buscan sentido entre las palabras de pares y familiares, posteriores a la proyección de la cinta.

Es necesario reconocer el poder rehabilitador del ambiente comunitario dinamizado por intereses locales. Los resultados tocan varios niveles: individuo, ambiente, relaciones, estructura de la comunidad y comunidad. También en la capacidad de rehabilitación al TMS, entrena funciones mentales alteradas por los

síntomas, habilita competencias psicosociales y expresivas; estimula las relaciones, re-significa recuerdos, objetos espacios y horarios y en fin, la protagonista recuerda y reasigna sentido a su historia para seguir manejando su realidad inmersa en el TMS.

La comunidad tiene mucho que decir, con un vocabulario que nació de la experiencia colectiva, la palabra gravita y es legítima a una historia que se hace en conjunto y construye memoria. El discurso sale de la hegemonía de la enfermedad, favorece la construcción de identidad del sujeto colectivo teniendo en cuenta potencias, dignidad y subjetividad. La herramienta audiovisual, tiene cualidades magníficas de participación comunitaria, por la motivación de la imagen de sí mismo y el carácter recreativo y anecdótico de la proyección; el encuentro comunitario refuerza su significación de protección y camaradería, función última de esta comunidad.

REREFENCIAS

- 1 Guajardo Córdoba A, Recabarren Hernández E, Parraguez Correa V. Rehabilitación de base comunitaria: diálogos, reflexiones y prácticas en Chile [Internet]. 1ª ed. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello; 2014 [citado 2018 nov 01]. Disponible en: <http://cetram.org/wp/wp-content/uploads/2013/11/RBC-en-Chile.pdf>
- 2 Tapia C Carolina, Grandón F Pamela, Bustos N Claudio. Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo,

el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet]. 2014 mar [citado en 2018 jun 07];52(1):20-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000100003>.

3 García-Perez O, Fernández García CM, Inda Caro MM. Calidad de vida, alojamiento con apoyo y trastorno mental severo: el valor de la perspectiva socioeducativa en su recuperación. *Revista complutense de educación* [Internet]. 2017 [citado en 2018 jun 07];28(2):573-90. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/49633>

4 Tejada Morales PA. Situación actual de los trastornos mentales en Colombia y en el mundo: prevalencia, consecuencias y necesidades de intervención. *Rev salud bosque* [Internet]. 2016 [citado en 2018 jun 07];6(2):29-40. Disponible en: <http://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2017>

5 González Vasquez AI, Seijo Ameneiros, Díaz Del Valle JC, Lopez Fernandez E, Santed Germán MA. Revisiting the concept of severe mental illness: severity indicators and healthcare spending in psychotic, depressive and dissociative disorders. *Journal of mental health* [Internet]. 2017 [cited 2018 June 07]:1-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2017.1340615?journalCode=ijmh20>

6 Peñaloza Quintero RE, Salamanca Balen N, Rodríguez Hernández JM, Rodríguez García J, Beltrán Villegas AR.

Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 [Internet]. 1ª ed. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. 2014. [citado en 2018 jun 07]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e>

7 Vanegas-Medina CR, Espriella-Guerrero RA. La institución psiquiátrica en Colombia en el año 2025: investigación con método Delphi. *Rev gerenc políticas salud* [Internet]. 2015 [citado 2018 jun 07];14(29):114-35. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a08.pdf>

8 Grandón P.; Aguilera AV, Bustos C, Castro Alzate E, Saldivia S. Evaluación del estigma hacia personas con diagnóstico de esquizofrenia mediante una escala de conocimientos. *Rev colomb psiquiatr* [Internet]. 2017 [citado en 2018 jun 7];47(2):72-81. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v47n2/0034-7450-rcp-47-02-00072.pdf>

9 Grandón Fernández P, Bustos Navarrete C, Cova Solar F, Tapia Cárdenas C. Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de Salud Mental Comunitaria en Chile. *Univ psychol* [Internet]. 2015 [citado en 2018 jun 07];14(4):1359-69. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672015000400016

10 Colombia. Ley 1616 de 2013. Se expide la Ley de Salud Mental y se

dictan otras disposiciones. Diario oficial [Internet]. 2013 ene 21 [citado en 2018 jun 07]; n°48680. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

11 Colombia. Ley 1618 de 2013. Se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de las personas con discapacidad. Diario Oficial [Internet]. 2013 feb 27 [citado en 2018 jun 07]; n°48717. Disponible en:

http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1618_2013.pdf

12 Organización Mundial de la Salud (OMS). Rehabilitación de Base Comunitaria: guías para la RBC [Internet]. Ginebra: OMS; 2012 [citado en 2017 jul 25]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44809/9789243548050_Complementario_spa.pdf;jsessionid=67819A6B4E2DA84C271AE45344DEBF53?sequence=1

13 Calderón J, López Cardona D. Orlando Fals Borda y la investigación acción participativa: aportes en el proceso de formación para la transformación. In: Imen P, Frisch P, Stoppani N. I encuentro hacia una pedagogía emancipatoria en nuestra américa [Internet]. Buenos Aires: Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. 2012 [citado en 2017 jul 25]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/blogs/boviedo/files/pedagogc3adas-emanlc3b3pez-cardona-y-calderc3b3n.pdf>

14 Figueroa Sebastián L, Pérez Pastor V. De mi for you: proyecto artístico de

colaboración internacional entre personas afectadas por trastorno mental grave. Arteterapia [Internet]. 2016 [citado en 2018 jun 07]; 11:55-66. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/54115/49496>

15 Colombia. Resolución 008430 de 1993. *Se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Ministerio de Salud. [Internet]. 1993 oct 04 [citado en 2017 jul 25]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

16 World Health Organization (WHO). Community based rehabilitation: CRB guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2017 Sept 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310955/>

17 Winnicott DW. *Playing and reality*. New York: Routledge Classics; 2005.

18 Rueda Cuenca O. El taller de videoterapia experimental y las nuevas metodologías audiovisuales. *Revista de comunicación y salud* [Internet]. 2014 [citado en 2018 nov 01]; 11:99-107. Disponible en: <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/72/77>

19 Frente de artistas del Borda. *Creando belleza desde la panza del monstruo*. [Internet] 2012 [citado en 2016 sept 12]. Disponible en: <http://frentedeartistasdelborda.blogspot.com.co/>

20 Martins F, Soares SC, Bem-Haja P, Roque C, Madeira N. *The other side of recovery: validation of the Portuguese*

version of the subjective experiences of psychosis scale. *BMC psychiatry* (Online) [Internet]. 2015 [citado en 2017 sept 10];15(246). Disponible desde:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4605124/pdf/12888_2015_Article_634.pdf

21 Lakeman R. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: a review. *Psychotherapy in Australia* [Internet]. 2014. [cited 2017 sept 10]; 20(3): 28-35. Available from: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=267467486046068;res=IELHEA>

22 Bourdieu P. *La ilusión biográfica. Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. Barcelona: Anagrama; 1997.

23 Hándi I. *Pszichiátria, képi kifejezés és a dinamikus rajzvizsgálat*. *Magyar Tudomány* [Internet]. 2004 [citado en 2018 jun 5];4:433. Disponible en: <http://www.matud.iif.hu/04apr/03.html>

24 Martínez de la Torre A, Aranda Muros I, Gómez Carracedo MV, Durán Jiménez F, González Aceituno P. Taller de cine y recursos audiovisuales para la recuperación en salud mental. *Revista española de enfermería de salud mental* [Internet]. 2017. [citado en 2018 jun 5];(2):28-34. Disponible en: <http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESM-AEESME/article/view/3>

Data de submissão: 02/02/2018

Data de aceite: 24/09/2018

Data de publicação: 23/11/2018