

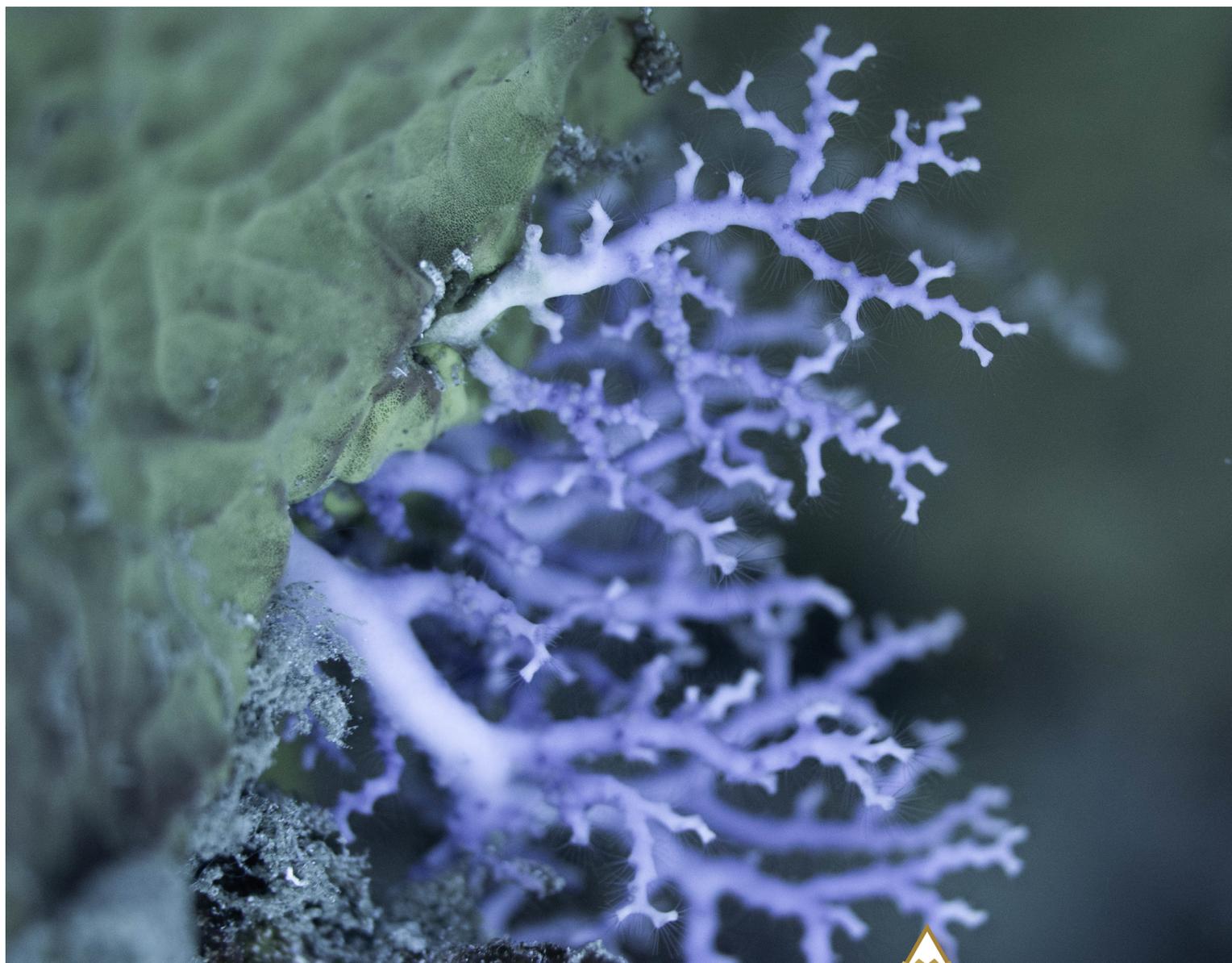
R E V I S T A

Paradigmas Socio-Humanísticos

Publicación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas

ISSN: 2711-242X (En línea) | Bogotá, D.C., Colombia | Volumen 3, Supl. 1, octubre, 2021

Realizado por: Las Escuelas de Enfermería, Educación y Ciencias Sociales.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

50
Años



VIGILADA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

La Revista Paradigmas Socio-Humanísticos es una publicación semestral de las escuelas de Educación y Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, orientada principalmente a la divulgación de trabajos inéditos de investigación socio-humanística, en especial desde los paradigmas investigativos cualitativos en el campo de las ciencias humanas y sociales, incluyendo el área de la salud y la educación; igualmente se publicarán revisiones sistemáticas de la literatura, propio del campo objeto de la Revista, así como estudios culturales en diálogo con la sociedad contemporánea.

El comité editorial de la revista Paradigmas Socio-humanísticos, recibe con entusiasmo los documentos que den cuenta de resultados de investigación, revisiones sistemáticas, revisiones de literatura, innovaciones educativas y artículos de reflexión temas contemporáneos que contribuyan al conocimiento y debate dentro de la Educación y la Enfermería en contextos nacionales e internacionales.

Vol. 3, Supl. 1 (oct.) Año 2021

ISSN: 2711-242X (En línea)
Edición especial. La salud mental:
la cotidianidad del estigma

DOI:
<https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v3iSupl.1>

Sitio Web:
<https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/revistaparadigmash>

Contacto Revista Paradigmas Socio-Humanísticos

Claudia Patricia Motta León
PBX: (+57 1) 662 2222 Ext.: 702
revistapsh@juanncorpas.edu.co

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Rectora:
Dra. Ana María Piñeros Ricardo

Vicerrector Académico:
Dr. Luis Gabriel Piñeros Ricardo

Vicerrector Administrativo:
Dr. Juan David Piñeros Ricardo

Secretario General:
Dr. Fernando Noguera

Diseño Editorial Institucional

Director Centro Editorial:
Dr. José Arlés Gómez A.

Corrección de Estilo:
María Alejandra Uribe Cadena

Director Departamento de
Promoción Institucional:
Andrés Rojas Piñeros

Jefe de Diseño:
Carlos Eduardo Uribe Cléves

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Diseño Gráfico y Maquetación:
Carlos Eduardo Alarcón Rodríguez

Agradecimiento fotografía de la portada

Enfermera Maritza Barroso Niño
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

Directoras

María Antonina Román Ochoa
Decana, Escuela de Enfermería,
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Marta Osorio de Sarmiento
Decana, Escuela de Educación,
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia.

Editores

Ana Cecilia Becerra Pabón
Coordinadora Investigación
Escuela de Enfermería
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

José Arlés Gómez Arévalo
Director Centro Editorial
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Editoras Junior

Claudia Motta León
Docente Escuela de Enfermería
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Luisa Alejandra Aguilar Bernal
Enfermera
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.
Bogotá, Colombia

Marcela Pulido Mora
Jefe de Biblioteca. Centro de
Información y Consulta
Fundación Universitaria Juan N. Corpas.
Bogotá, Colombia

Comité Científico Miembros Nacionales

PhD. Daniel Gonzalo Eslava
Fundación Universitaria del Área Andina
Bogotá, Colombia

PhD. Claudia del Pilar Vélez
Universidad de San Buenaventura
Valle del Cauca, Colombia

PhD. Jesús Ernesto Urbina
Universidad Francisco
de Paula Santander
Cúcuta, Colombia

Comité Científico Miembros Internacionales

PhD. Tomás Sola Martínez
Universidad de Granada
Granada, España

PhD. Howard Butcher
The University of Iowa
Iowa City, United States

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

PhD. Marcos Jesús Iglesias Martínez
Universidad de Alicante. Alicante, España

PhD. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, México

Comité Editorial
Miembros Nacionales

Mag. Luzmila Hernández Sampayo
Universidad del Valle
Cali, Colombia

PhD. Lina María Vargas Escobar
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

PhD. Olga Osorio Murillo
Pontificia Universidad Javeriana
Cali, Colombia

PhD. Luis Gabriel Piñeros Ricardo
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

PhD. María Antonina Román Ochoa
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

PhD. Lorena Martínez Delgado
Universidad de Ciencias Aplicadas
y Ambientales U.D.C.A.
Bogotá, Colombia

PhD. Marta Osorio de Sarmiento
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

PhD. Ana Cecilia Becerra Pabón
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Mag. Claudia Motta León
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Mag. Martha Isabel Sarmiento
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia

Esp. Marcela Pulido Mora
Fundación Universitaria Juan N. Corpas
Bogotá, Colombia
Comité Editorial

Miembros Internacionales

PhD. Martha Vergara Fregoso
Universidad de Guadalajara
Guadalajara, México

PhD. José Antonio Méndez Sanz
Universidad de Oviedo
Oviedo, España

PhD. Horacio Ademar Ferreyra
Universidad Católica de Córdoba
Córdoba, Argentina

Contenido

Editorial

Salud mental en Colombia: atención biomédica de los trastornos mentales, no el cuidado de las personas y comunidades	6 - 8
---	-------

Edwin Herazo Acevedo

Artículos Originales

Aportes de la enfermería a la valoración de la funcionalidad mental en rehabilitación comunitaria	9 - 25
--	--------

Maritza Barroso Niño

Estigma internalizado en personas con trastorno mental, residentes de hogar protegido con rehabilitación de base comunitaria (primer semestre de 2019)	26 - 35
---	---------

Maritza Barroso Niño, Jennifer Revelo Fonseca, Wendy Johana Torres Cubillos, Holman Nicolay Torres Osorio

Artículo de innovaciones educativas y artísticas

La relación intrapersonal: primer pilar de la relación de cuidado. Experiencias y reflexiones del campamento de salud mental	36 - 46
---	---------

Andrés David Bernal Galvis, Vanessa Margarita León Ospina, Nicol Vanessa Posada Sánchez, Andrés Steven Ibagué Peralta, Jack Bejarano Duarte, Sandra Vibiana Carvajal Muñoz

Cartilla: Hilando el cambio	47 - 68
------------------------------------	---------

Maritza Barroso Niño, Laura Catalina Piñeros López, Daniel Becerra Pabón

SALUD MENTAL EN COLOMBIA: ATENCIÓN BIOMÉDICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES, NO EL CUIDADO DE LAS PERSONAS Y COMUNIDADES

Edwin Herazo Acevedo¹

Resumen:

Pensar la salud mental en Colombia se ha convertido en todo un desafío, especialmente en las condiciones y contextos que nos plantea las realidades de nuestro país. Históricamente se han trasgredido los límites del respeto y de la dignidad y con el argumento por la protección, se han vulnerado derechos fundamentales de los pacientes. Atender el trastorno mental, desde una perspectiva integral es el desafío disciplinar vigente que nos debe ocupar y llamar a la reflexión.

Palabras clave: trastornos mentales, salud mental, atención a la salud mental

MENTAL HEALTH IN COLOMBIA: BIOMEDICAL CARE OF MENTAL DISORDERS, NOT CARE OF INDIVIDUALS AND COMMUNITIES

Abstract:

thinking about mental health in Colombia has become a challenge, especially in the conditions and contexts posed by the realities of our country. Historically, the limits of respect and dignity have been transgressed and, under the argument of protection, patients' fundamental rights have been violated. Attending to mental disorders from an integral perspective is the current disciplinary challenge that should occupy us and call for reflection.

Keywords: mental disorders, mental health, mental health assistance

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas (FUJNC).
Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.
DOI: <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v3iSupl.1.610>

¹Médico psiquiatra, docente e investigador. Grupo de Investigación del Comportamiento Humano. Bogotá, D.C., Colombia. ORCID 0000-0002-9461-7997. Autor de correspondencia: eh@comportamientohumano.org

El campo de la salud mental representa un desafío para las sociedades alrededor del mundo. Esta afirmación no hace referencia solo al hecho de que, de acuerdo con las cifras de los estudios de carga de enfermedad, las causas relacionadas con salud mental año tras año suben escalones en la lista de enfermedades con mayor impacto en la población a nivel mundial, si no a aquellas condiciones y situaciones que raras veces se hacen visibles por parte de los gobiernos: insatisfacción laboral, frustraciones derivadas de no poder realizar su proyecto de vida o alcanzar las metas impuestas por el contexto social y cultural o, incluso, autoimpuestas, redes de apoyo ineficientes o en ocasiones inexistentes, entornos generadores y favorecedores de discapacidad psicosocial, violencia de género, abuso infantil, violencia sexual, escolar y laboral (Instituto Nacional de Salud, 2017).

El reto de conservar, promover y recuperar la salud mental de las personas y comunidades debe sortearse en medio de condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales adversas. Adicionalmente, los distintos sectores que se intersectan en el campo de la salud mental, lejos de integrarse y afrontar este desafío de una manera más coherente y consistente, terminan por potenciar la fragmentación múltiple que ha acompañado a la salud mental desde los inicios de su configuración como campo a mediados del siglo XX.

En medio de la fragmentación del campo de la salud mental, el sector salud ha sido tradicionalmente el titular de su gestión, exponiendo una enorme dificultad: se ha responsabilizado por la atención de los trastornos mentales, pero no del cuidado de las personas a quienes se les han diagnosticado estos trastornos. Se han dejado de lado las personas, en sí mismas, para centrarse en la presencia de los trastornos mentales de las personas. Esto es consecuencia del predominio de una perspectiva biomédica excluyente de los demás factores que rodean el sufrimiento y el malestar psíquico de las personas, especialmente en un país donde la violencia producto del prolongado conflicto sociopolítico tiene a su haber desplazamientos forzados, homicidios, secuestros, violencia sexual y de género y suicidios. En ese contexto de irrespeto a la diversidad ideoló-

gica, política, cultural, sexual y comportamental el poder hegemónico de la perspectiva biomédica, anclada en un sistema de salud que la favorece, potencia y de la cual se lucran sus actores, lo biomédico termina por encubrir lo psicosocial (Herazo, 2014).

Lo anterior se plasma en la cotidianidad del sistema de salud, cuando, a pesar de la promulgación de la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015), en la práctica la autoridad sanitaria nacional asume que todo aquello que no hace parte de las intervenciones en salud, en sentido estricto, es decir, aquello que desborda los límites de lo biomédico, pasa a hacer parte de algo que denominaron “socio-sanitario”. Es en esa categoría a la que asignan las acciones de cuidado de las personas con diagnósticos de trastornos mentales.

El trato marginal que se le ha prodigado al cuidado impone una sobrecarga física, emocional y económica a las personas, familias y comunidades, que no cuentan con las condiciones para brindar un cuidado dirigido a evitar la exclusión de las personas con diagnósticos de trastornos mentales y favorecer su recuperación e integración real y completa a las comunidades de las que hacen parte.

El cuidado de las personas con diagnósticos de trastornos mentales no debe asumirse como una prolongación de la vigilancia y control propios de los antiguos manicomios pero que están muy incorporados a la prestación tradicional de los servicios de salud mental, en los que no siempre se reconoce la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, la capacidad para tomar decisiones en torno a sus vidas e incluso a estas personas se les llegó a negar su capacidad jurídica por el solo hecho de reunir los criterios establecidos para diagnosticar un trastorno mental. Es como si el tiempo hubiera quedado congelado desde aquel Código Civil Colombiano de 1887. En este aspecto, la Ley 1996 de 2019 (“Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad”), está llamada a ser una herramienta que permita reparar el daño y la vulneración continua a los derechos de las personas con trastornos mentales.

El cuidado a las personas con trastornos mentales deberá ser emancipador y respetuoso de los derechos, o será nuevamente un instrumento de

sometimiento, violencia y de vulneración sistemática de los derechos humanos de quienes han recibido un diagnóstico de trastorno mental.

Referencias Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Salud (2017). Guía metodológica para el observatorio nacional de salud mental. [Fecha de Consulta 5 de Octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
2. Herazo, Edwin (2014). La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), S21-S27. [fecha de Consulta 5 de Octubre de 2021]. ISSN: 0120-386X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12058124003>.
3. Ley Estatutaria 1751/15 de 16 de Febrero por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015*. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
4. Ley 1996/19 de 26 de agosto por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad, mayores de edad. *Diario Oficial No. 51.057 de 26 de agosto 2019*. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1996_2019.html

APORTES DE LA ENFERMERÍA A LA VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD MENTAL EN REHABILITACIÓN COMUNITARIA

Maritza Barroso Niño¹

Resumen:

La rehabilitación de base comunitaria en salud mental ha hecho la diferencia en la vida de muchas personas y promete seguir aportando al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de quienes padecen trastornos mentales. No obstante, este tipo de intervenciones aún requiere fortalecer sus instrumentos y escalas de medición, en especial, aquellos asociados a la funcionalidad mental de las personas en proceso de rehabilitación. En un esfuerzo mancomunado, la organización Asociación Coometas Campesinas y Saludarte, después de diez años continuos de trabajo en esta área, y la Fundación Universitaria Juan N. Corpas desarrollaron una investigación para atender esta necesidad, en el periodo de 2015 a 2020. La investigación produjo como resultado la Batería de Estimulación y Valoración de la Funcionalidad Mental, y también permitió identificar puntos críticos que es necesario discutir en relación con la principal clasificación de la funcionalidad y la discapacidad: la Clasificación Internacional de Funcionalidad de la Organización Mundial de la Salud. Este artículo presenta algunas de las críticas y reflexiones que surgieron durante la investigación. Se espera que estas permitan abrir un camino de exploración para construir la comprensión de la funcionalidad mental que integre efectivamente la perspectiva desde los cuidados de la enfermería.

Palabras clave: rehabilitación psiquiátrica, salud mental, atención de enfermería.

Historial del artículo:

Fecha de recibido: 08-09-2021 – Fecha de aceptado: 07-10-2021

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons

Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmassh.v3iSupl.1.606>

¹Enfermera y especialista en perinatología por la Universidad Nacional. Docente e investigadora en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y líder coordinadora en el programa Rehabilitación de base comunitaria a la persona con diagnóstico de trastorno mental (A. SALUDARTE). Bogotá, D.C., Colombia. ORCID: 0000-0001-5078-2053. Autor para correspondencia. Correo electrónico: maritza.barroso@juanncorpas.edu.co

CONTRIBUTIONS TO THE ASSESSMENT OF MENTAL FUNCTIONING FROM A NURSING PERSPECTIVE IN COMMUNITY-BASED REHABILITATION IN MENTAL HEALTH

Abstract:

Community-based mental health rehabilitation has made a difference in the lives of many people, and promises to continue to contribute to improving the health and quality of life of those with mental disorders. However, this type of intervention still needs to strengthen its instruments and measurement scales, especially those associated with the mental functioning of people undergoing rehabilitation. In a joint effort, the organization Asociación Coometas Campesinas and Saludarte after 10 continuous years of work in this area and the Fundación Universitaria Juan N. Corpas developed a research to address this need (2015-2020). The research produced as a result the Battery of Stimulation and Assessment of Mental Functionality, and also allowed identifying critical points that need to be discussed in relation to the main classification of functionality and disability, the International Classification of Functionality of the World Health Organization. This article presents some of the criticisms and reflections that emerged during the research. It is hoped that these will open a path of exploration to build an understanding of mental functioning that effectively integrates the nursing care perspective.

Keywords: psychiatric rehabilitation, mental health, nursing care.

Introducción

El diseño de la Batería de Estimulación y Valoración de la Funcionalidad Mental (por brevedad, se hablará de la Batería) se basa en quince años de trabajo en el cuidado y atención de las personas con trastornos mentales; en cinco años, se sistematizaron los avances en las formas de valorar ese cuidado y en el conocimiento profundo de los estudios y apuestas que otras personas dedicadas al área han desarrollado. La Batería articula estos dos mundos, el de la práctica y la teoría, y sus instrumentos derivan de la sistematización de los procesos de cuidado a partir de las clasificaciones, manuales diagnósticos y lenguajes estandarizados en salud mental, funcionalidad, discapacidad y diagnósticos en enfermería. Dicha sistematización fue, a su vez, un proceso de análisis y teorización dirigido a comprender los desfases que se presentaban entre las necesidades de los procesos de rehabilitación de base comunitaria y lo que las clasificaciones y lenguajes estandarizados existentes permitían, en particular, la Clasificación Internacional de la Discapacidad y la Funcionalidad (CIF-OMS) (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

En el presente artículo se hace una descripción de la Batería, que enfatiza en las relaciones que guarda con la literatura: teorías, modelos, clasificaciones, manuales, etc., en el campo de la salud mental, la rehabilitación de base comunitaria, la funcionalidad, la discapacidad y el cuidado en salud mental en enfermería. El objetivo es doble: por un lado, explicitar los compromisos teóricos que subyacen a la construcción de la Batería, al evidenciar la manera en que esta incorpora múltiples lenguajes y clasificaciones estandarizadas, y, por el otro, hacer evidente el distanciamiento de la Batería frente a estos, así como las críticas que de allí derivan.

El texto se divide en tres secciones, de la siguiente manera: en la primera sección, se plantea brevemente el contexto que da lugar a la creación de la Batería. En la segunda parte, se describen tanto la Batería como sus objetivos de aplicación, así como las relaciones que guarda cada una de sus partes con la bibliografía y marcos de referencia pertinentes; a partir de allí, se explica el distanciamiento y críticas que surgieron en relación

con la CIF-OMS. En la tercera y última parte, se recogen las conclusiones generales y se esboza lo que serían los comienzos de un camino de exploración para construir una comprensión de la funcionalidad mental que integre efectivamente la perspectiva desde los cuidados de enfermería.

Sección I. El contexto

La ineficacia de la atención asilar ha llevado a los profesionales a generar diversas propuestas para la atención interdisciplinar de pacientes con trastorno mental (Bouttelet et al., 2008). Una de estas propuestas es la rehabilitación de base comunitaria en salud mental, entendida, según López y Laviana (2007), como una orientación o enfoque teórico, organizativo y funcional, alternativo a otros modelos que basan la atención en hospitales psiquiátricos, la cual se caracteriza por cuatro dimensiones básicas:

- a. Un planteamiento de salud pública, basado en el compromiso de atención al conjunto de problemas de salud mental, de territorios y poblaciones concretas, así como en la utilización de criterios epidemiológicos, tanto en el enfoque poblacional general como en el establecimiento de prioridades en la atención.
- b. Una filosofía de la rehabilitación que dirige las intervenciones preferentemente hacia el incremento de la autonomía personal y la funcionalidad social de usuarios y usuarias, que enfatice en sus capacidades y respete sus intereses y expectativas; esto implica una atención integral, con actividades de prevención, tratamiento, rehabilitación en sentido estricto e integración social.
- c. La organización de la atención mediante una red de dispositivos sanitarios y no sanitarios, con capacidad para facilitar un conjunto amplio de prestaciones accesibles y adaptables a las necesidades individuales.
- d. Un funcionamiento que se basa tanto en el trabajo en equipo, con mecanismos de coordinación que aseguren la continuidad de cuidados, como en la participación de profesionales, usuarios y usuarias, familiares y otros grupos sociales (López y Laviana, 2007, p. 92).

En este sentido, la rehabilitación de base comunitaria en salud mental busca proveer espacios protegidos, no excluyentes, que permitan atender las necesidades de las personas usuarias y de sus familiares o redes de apoyo cercanas. Por su lado, la rehabilitación, a diferencia de la medicina curativa, tiene por objetivo contener las consecuencias del deterioro, al reducir las discapacidades y la minusvalía, así como ayudar a las personas a desarrollar habilidades y estrategias que les permitan alcanzar una existencia significativa (Haffey y Johnston, 1990). La rehabilitación no busca curar el trastorno mental, sino que las personas alcancen la recuperación.

El resultado de la rehabilitación es una función que involucra principalmente las habilidades que las personas en este proceso pueden ejercer y los recursos de apoyo que aquellas tengan en sus comunidades (Anthony, 1979, 1994; Anthony et ál., 1984; Anthony et ál., 1978; Anthony y Jansen, 1984; Anthony y Liberman, 1986; Arns & Linney, 1995; Cohen & Anthony, 1984; Dion & Anthony, 1987). Así, las intervenciones de rehabilitación en salud mental de base comunitaria se enfocan fuertemente en el desarrollo de las habilidades y el aseguramiento de los recursos idóneos para cada persona de la comunidad; en consecuencia, las evaluaciones de la rehabilitación deben valorar las habilidades y los apoyos presentes y necesarios de los clientes.

La evaluación funcional de las personas es un área especialmente importante en la rehabilitación, en tanto permite obtener información sobre las falencias cruciales a intervenir, las dinámicas más adecuadas y su efectividad; sin embargo, aunque en el área de los resultados clínicos existen cientos de instrumentos para su uso con personas con trastornos de salud mental. La razón principal es que algunos instrumentos existentes se centran en el diagnóstico y los síntomas psiquiátricos; otros, en las funciones neuropsicológicas; ciertos, en el comportamiento y las habilidades; algunos en el funcionamiento y el estado, y otros en los recursos (Dahlstrom et al., 1972; Derogatis, 1994; Derogatis et ál., 1976; Eisen et ál., 1994; Honigfeld y Klett, 1964). Y sin embargo, como lo explican claramente Schaber et ál., “[e]l desafío en la evaluación cognitiva es que las herramientas de detección estandarizadas para

la cognición global no se vinculan con la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria” (Schaber, 2013). Esto resulta altamente problemático, al tener en cuenta que la funcionalidad, desde la perspectiva de la rehabilitación, está íntimamente relacionada con la habilidad efectiva para desarrollar las actividades de la vida diaria en el entorno adecuado para ello.

La carencia de herramientas de medición que integren tanto las habilidades de la persona como sus recursos actuales y necesarios, desde la perspectiva de las habilidades para realizar las actividades de la vida diaria, es especialmente problemática en el campo del cuidado de la enfermería. Dado el curso crónico de los trastornos mentales, se requiere asegurar la estabilización de síntomas para evitar el deterioro y promover calidad de vida, lo que amerita valoraciones semanales y supervisión diaria de los comportamientos predictores que orienten los cuidados o custodias en las áreas de riesgo para estados críticos. En tanto el personal de enfermería es el que tiene la relación de cuidado más cercana con las personas y presta el apoyo en el desempeño de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, es crucial que aquel cuente con las capacidades y herramientas necesarias para realizar su valoración y seguimiento. Sin embargo, los instrumentos específicos de enfermería que guían la valoración de aspectos críticos de la disfunción mental son limitados y, de la misma forma, la aplicación de la taxonomía de los diagnósticos enfermeros podría convertirse en un obstáculo en la orientación del cuidado comunitario de enfermería de personas con trastornos mentales. Adicionalmente, las valoraciones funcionales son todavía muy globales, pues no penetran en el inestable mundo de la psicosis y por tanto no dan luces oportunas en las franjas de cambio de síntomas en el trastorno mental. Tal es el caso de la Escala Funcional Global o el Índice de Katz, que evalúan los cambios en el estado de salud declinante según las actividades básicas de la vida diaria; o de la escala de Lawton, que evalúa el grado de autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Este complejo contexto motivó la realización, en 2015, de un proyecto de investigación en conjunto entre la Fundación Universitaria Juan N.

Corpas y la Asociación Coometas Campesinas y Saludarte (A. SALUDARTE), orientada a facilitar herramientas ágiles que contribuyan a la planeación del cuidado de enfermería de la población diagnosticada con trastorno mental. El objetivo principal de la investigación era optimizar una serie de instrumentos de valoración de la funcionalidad mental en la rehabilitación de base comunitaria, para lograr integrar el lenguaje estandarizado de enfermería. La principal conclusión de la investigación es que una adecuada valoración de la funcionalidad mental en la atención comunitaria de cuidado social, que integre el lenguaje estandarizado enfermero, requiere de una batería completa de estimulación y valoración. Esta debe permitir: a) tutorar el cuidado, hacer seguimiento y evaluar el proceso de cuidado de la persona diagnosticada con trastorno mental en proceso de rehabilitación; b) valorar su funcionalidad mental, diagnosticar y planear el cuidado, y c) diseñar el aspecto terapéutico de las relaciones de cuidado. El principal resultado de la investigación fue el diseño y validación de dicha batería. El resultado secundario fue una serie de reflexiones y críticas sobre las principales clasificaciones y guías en funcionalidad y discapacidad; en este caso, el artículo está centrado específicamente en la CIF-OMS.

Sección II. La Batería y su acercamiento crítico a los postulados de la CIF-OMS

La Batería de Estimulación y Valoración de la Funcionalidad Mental consiste en un conjunto de seis instrumentos que recogen tres procesos, diseñados para que las personas del equipo de cuidado (profesionales, cuidadores, auxiliares y otros a cargo de la rehabilitación de base comunitaria) realicen: a) una adecuada estimulación de las funciones involucradas en el desarrollo de múltiples actividades de la vida diaria; b) un registro sistemático de las respuestas ante la estimulación; c) una valoración de la funcionalidad mental basada en estos registros y los perfiles de funcionalidad de las personas en rehabilitación, y d) la planeación de los cuidados, diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones NANDA Internacional (2008), NIC. NOC. NNN. La articulación entre las diferentes partes de la Batería permite tutorar el cuidado; planear apoyos, actividades y correctivos, y diseñar relaciones de

cuidado para los sujetos individuales y colectivos que se encuentran en procesos de rehabilitación de base comunitaria.

La Batería valora diferentes dominios² de funcionalidad en la cotidianidad, en tres áreas de intervención clave en salud mental (autocuidado, convivencia y ocupación), al relacionar las funciones mentales involucradas en la ejecución de los dominios. Múltiples estudios han demostrado que el deterioro cognitivo propio de algunos trastornos mentales se manifiesta en dificultades en el desarrollo de actividades de la vida diaria y que estas dificultades corresponden a habilidades de proceso específicas (Cooke et al., 2000). También se ha demostrado que la valoración de la funcionalidad cognitiva permite predecir los niveles esperados de ejecución funcional de actividades de la vida diaria (Schaber et al., 2013). Así pues, el enfoque de la Batería resulta ideal a la hora de abordar la funcionalidad a partir de un enfoque combinado, que cruza las funciones mentales con las actividades de la vida diaria en las que estas se involucran. Lo anterior no solo porque es más completo que hacerlo únicamente desde uno de los dos componentes, sino también porque permite explorar aspectos combinados que son altamente informativos. Adicionalmente, esto responde al gran reto detectado por Schaber et al. (2013), al vincular la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria a la valoración de la cognición global. A continuación, se describen los instrumentos de la Batería de acuerdo con el proceso al que corresponden:

Parte 1. Estimulación y registro: la batería contiene tres cintas de funcionalidad mental (CFM), una por cada eje de intervención. Las CFM permiten guiar de manera sistemática la estimulación de diecinueve funciones mentales intervenidas en cuarenta y cuatro dominios, así como registrar la respuesta a la estimulación y la calidad de la ejecución. Las CFM están diseñadas para un registro de un mes calendario.

Parte 2. Semaforización de éxito: la Batería incorpora una matriz de semaforización (MS) para el registro del nivel de éxito de las veinte actividades-participaciones / dominios que hacen parte de las CFM en los ejes de intervención autocuidado y convivencia. Una vez diligenciada, la MS

²Los dominios son una categoría usual dentro de la valoración de la funcionalidad mental. En el caso de la Batería, la línea de abordaje coincide con lo propuesto por la CIF-OMS, pero se diferencia en que selecciona un número más restringido de dominios.

permite visualizar los resultados de la realización de las actividades tanto a nivel individual como a nivel de la comunidad, y los ubica en tres niveles: bueno, regular y malo.

Parte 3. Matriz de evolución (ME): la ME es un instrumento que integra los registros de cada categoría y arroja, de manera automática, los siguientes resultados: a) nivel del déficit del funcionamiento mental (porcentaje), de acuerdo con las bases conceptuales de la CIF - OMS; b) histórico semestral del nivel de déficit de funcionamiento mental; c) perfil de funcionalidad mental por eje de intervención (autocuidado, convivencia, ocupación); d) perfil por calidad de la ejecución, y e) perfil según calidad de la ejecución por eje de intervención. A partir de estos datos, se logran los siguientes diagnósticos: a) clasificación de la extensión del déficit (primer calificador); b) naturaleza del déficit (segundo calificador); c) perfil de desempeño menor logro; d) porcentajes de apoyo que ha definido la CIF, según el primer calificador CIF-OMS, y e) diagnósticos enfermeros. Parte 4. Plan de cuidados que parte de los diagnósticos de enfermería, intervenciones terapéuticas recomendadas o resultados esperados, con indicadores que mide la Batería, según la evidencia científica para los cuidados enfermeros (según la CIF-OMS y NANDA-NIC-NOC) que aparecen en documento anexo.

La información arrojada por la ME permite hacer una valoración integral de la funcionalidad mental de la persona cuidada e identificar las intervenciones y estimulaciones que requiere, al permitir ajustar las CFM y, así, guiar el cuidado y la estimulación de acuerdo a las necesidades específicas ya identificadas. En otras palabras, esta información es el insumo base para que el equipo defina un plan de cuidados acorde a la condición, contexto y necesidades de la persona, basado en registros que responden a la situación particular. Estos se analizan a partir de las categorías de los principales lenguajes estandarizados para la valoración de la funcionalidad y los diagnósticos e intervenciones enfermeras.

En conclusión, la Batería tiene una naturaleza adaptativa, de acuerdo con la cual la información recolectada y transformada a partir del proceso de valoración permite modificar los campos de

esta (dominios, funciones mentales y funciones de ejecución), para ajustarlos a las necesidades y características específicas de cada persona cuidada. Esto permite que la Batería se acople a la naturaleza cambiante del cuidado y a su vez optimice tanto la planeación de la estimulación y el cuidado como el seguimiento de la evolución de logros. Puesto que el cuidado y el autocuidado es universal en la especie humana y comparte categorías de funcionalidad mental, como ha quedado explicado para el cuidado de personas con trastorno mental, se sugiere el uso en población general, para así potenciar la agencia de todo autocuidado y cuidado.

Utilizar los perfiles de funcionalidad que la Batería produce permite procesos de rehabilitación personalizados y con rendimientos más estimulantes, lo que aligera la pendiente de deterioro definida en la historia natural del trastorno mental. A su vez, la articulación que hace la Batería de los componentes y dominios de la CIF-OMS, con la taxonomía de las funciones mentales propuesta por Mariño y Pabón (2011), así como los diagnósticos e intervenciones NANDA-NIC-NOC, asegura la unidad en el diseño de planes, permite comparar resultados a nivel global y provee el marco para la interoperatividad con los demás servicios de atención en salud mental. Esto permite que los procesos de rehabilitación basada en comunidad, que históricamente han estado desarticulados de otras formas institucionales de intervención en salud, puedan dialogar con estas.

El proceso de diseño de la Batería se nutrió de la experiencia de quince años de trabajo en el cuidado y atención de la salud mental en A.SALUDARTE, quienes se dedican a la protección y rehabilitación de personas con diagnóstico de trastorno mental y tienen un conocimiento profundo de los estudios y apuestas que otras personas en el área han desarrollado. En este sentido, la Batería articula dos mundos: el de la práctica y la teoría. Sus instrumentos reflejan una sistematización de los procesos de cuidado desde la perspectiva de enfermería, que se nutre de las clasificaciones, manuales diagnósticos y lenguajes estandarizados en salud mental. Es importante resaltar la perspectiva de la enfermería porque su función en los procesos de cuidado es diferente del

de otras disciplinas: este cuidado se construye en contacto permanente con las personas cuidadas, pues prestan el acompañamiento y apoyo para las actividades de la vida diaria. En este sentido, el personal de enfermería tiene acceso a todos aquellos detalles que son altamente significativos desde la perspectiva de la funcionalidad y que otros profesionales no atestiguan. Por eso, su papel tanto en los procesos de rehabilitación de base comunitaria en salud mental como en su evaluación es primordial.

El hecho de que la Batería se haya construido desde la perspectiva del cuidado de enfermería permitió evidenciar una serie de elementos problemáticos en relación con varias clasificaciones y lenguajes estandarizados que son referentes obligados dentro del universo de la atención y el cuidado de la salud mental, principalmente la CIF - OMS. A continuación, se describen las relaciones que tiene cada una de las partes de la Batería con la literatura y marcos de referencia pertinentes, y a partir de allí se explica el distanciamiento y críticas que surgieron en relación con la CIF-OMS.

Generalidades de la relación entre la Batería de Estimulación y Valoración de la Funcionalidad Mental y la CIF-OMS

Como clasificación, la CIF - OMS no establece un modelo para el “proceso” del funcionamiento y la discapacidad. Sin embargo, puede utilizarse para describir dicho proceso proporcionando los medios para delinear los diferentes “constructos” y dominios. Proporciona un abordaje, desde una perspectiva múltiple, a la clasificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo. Proporciona las “piezas de construcción” para poder crear modelos y estudiar los diferentes aspectos del proceso. En este sentido, podemos considerar la CIF - OMS como un idioma y los textos que se pueden crear dependerán de los usuarios, de su creatividad y de su orientación científica. (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 29)

La Batería hace uso de las piezas de construcción propuestas por la CIF-OMS, y las articula al seguir el modelo de atención de A.SALUDARTE. En primer lugar, la Batería, así como la CIF-OMS,

tiene en cuenta no solo los estados de salud, sino también otros aspectos relacionados con esta y el bienestar, y aborda las deficiencias: signos y síntomas, como problemas de las funciones mentales asociados con las condiciones de salud. La propuesta teórica y clasificatoria de la CIF-OMS, tal y como la incorpora la Batería, permite reemplazar la visión basada en los conceptos tradicionales de deficiencia, discapacidad y minusvalía asociados con los trastornos mentales por una visión más compleja, en la que “el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 12). En segundo lugar, “incluyen la visión, audición, movilidad, aprendizaje y memoria [...] aquellas áreas de funcionamiento, que aun teniendo una fuerte relación con una condición de salud, no se incluyen dentro de las responsabilidades prioritarias de los sistemas de salud, sino más bien, dentro de las de otros sistemas que contribuyen al bienestar global (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 206) En otras palabras, en línea con la perspectiva de la rehabilitación, la Batería parte de los componentes de la salud, para abordar el estado de la persona, y no la perspectiva de las consecuencias de las enfermedades, que se refiere al efecto de las enfermedades.

Los componentes de la salud

Las cintas de funcionalidad mental (CFM), instrumentos que componen la primera parte de la Batería, guían la estimulación (tutoran en cuidado) y registro del resultado de esta en la ejecución de los dominios. En estos instrumentos se hace operativa, por primera vez, la relación conceptual entre la Batería y la CIF-OMS.

La CIF-OMS comprende cuatro componentes de la salud, distribuidos de la siguiente forma. Los componentes de funcionamiento y la discapacidad, que son: a) las funciones y estructuras corporales, y b) las actividades y la participación. Los componentes de factores contextuales, que son: c) los factores ambientales, y d) los factores personales. Cada componente comprende su

propia serie de dominios, que se evalúan a partir de los constructos y su relación con los calificadores (véase la tabla 1).

En relación con el primer componente, las CFM incluyen tanto las actividades como las participaciones nombrada como dominios CIF-OMS. En este sentido, los dominios de las CFM se alimentan de la lista comprensiva ofrecida por la CIF-OMS (Organización Mundial de la Salud, 2001, pp. 131-171).

En relación con el otro componente, mientras que la CIF-OMS³ incluye tanto las funciones corporales y mentales como las estructuras físicas/materiales, la Batería únicamente incluye las fun-

ciones mentales, lo que le permite avanzar por los linderos de la fisiología, en tanto su objeto se centra en la estimulación y registro de la funcionalidad mental, y no pretende incluir los aspectos anatómicos o neuronales asociados a estas.

Mientras que los dominios del componente de actividad y participación de las CFM siguen la lista de la CIF-OMS, las funciones mentales se elaboran a partir de trabajos en valoración de funciones mentales desde enfermería (Mariño y Pabón, 2011). Hay tres razones para esto: la primera, y más importante, es que el trabajo de Mariño y Pabón (2011) está construido desde la perspectiva del cuidado de enfermería, la cual se enfoca en la manera en que las funciones hacen

Tabla 1. Visión de conjunto de la CIF-OMS

Componentes	Parte 1. Funcionamiento y discapacidad		Parte 2. Factores contextuales	
	Funciones estructurales corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológico) Cambios en las funciones de cuerpo (anatómicos)	Capacidad de realización de tareas en entorno uniforme. Desempeño/realización de tareas en entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los tributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades participación	Facilitadores	No aplicable
	Funcionamiento			
Aspectos positivos	Deficiencia	Limitación en la actividad, restricción en la participación	Barreras/obstáculos	No aplicable
	Discapacidad			

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2001, p. 16).

³“Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 21).

parte de procesos globales para el desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas, perspectiva que, a diferencia de las más biologicistas, está en consonancia con la rehabilitación en salud mental de base comunitaria. En segundo lugar, su trabajo incluye un mayor rango de funciones que dialogan con la observación y acompañamiento de las actividades de la vida diaria. En tercer lugar, Mariño y Pabón (2011) definen con mayor claridad la relación entre los grupos funcionales, las funciones generales y las sub-funciones, lo cual permite realizar análisis más robustos en relación con los perfiles de funcionalidad.

Con respecto al componente de factores ambientales de la CIF-OMS, surge un segundo distanciamiento. Los factores ambientales son definidos por la CIF-OMS como las influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad, y [...] refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los factores ambientales incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes. (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 208)

La CIF-OMS recomienda hacer una medición independiente de los factores ambientales porque su objetivo es ofrecer un diagnóstico del nivel de funcionalidad y discapacidad. En efecto, si “el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 12). Entonces, ambos factores contribuyen al resultado y deben medirse independientemente para ofrecer un diagnóstico.

En contraste con esto, la Batería está construida para ser aplicada en ambientes de rehabilitación basada en comunidad y para que sus mediciones contribuyan a optimizar los procesos de rehabi-

litación. Es en entornos protegidos especializados en rehabilitación, es decir, que tienen una infraestructura, personal y programas diseñados para cumplir dicho objetivo, que se ajustan a las necesidades y apoyos que las personas residentes requieren para poder llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En este sentido, en el proceso de valorar la funcionalidad de la persona en el desarrollo de sus funciones, se identifica inmediatamente si es necesario modificar o incluir alguno de los apoyos en su entorno. En otras palabras, en tanto la valoración de la funcionalidad tiene lugar durante una relación de cuidado/atención/apoyo, la respuesta hallada habla de la relación entera y no solo de uno de sus polos. Así, el mantenimiento del entorno protegido está a cargo de todo un equipo de cuidado especializado en procesos de rehabilitación, cuyo norte apunta a integrar en lugar de fragmentar. Es por esta razón que la Batería, a diferencia de la CIF-OMS, no toma el componente de los factores ambientales por separado.

La diferencia entre la CIF-OMS y la Batería que se acaba de explicar no es superficial, de hecho, deriva de las diferencias en la orientación conceptual con la que fueron construidas ambas herramientas: mientras que en la CIF-OMS priman intereses asociados a la toma de decisiones en salud pública y por ello integra, con mayor o menor éxito, los modelos médico y social, la Batería tiene claros intereses en aportar a la rehabilitación en la salud mental de las personas en procesos comunitarios. Por esta razón, en sus CFM trae a la realidad el tipo de valoración de la funcionalidad que requieren los centros de rehabilitación basada en comunidad, espacios en los que el modelo social ya está en ejecución, aún si es de manera parcial. Es importante tener esto en cuenta porque abre una serie de preguntas acerca de la idoneidad de lo propuesto por la CIF-OMS, cuando el interés desde el cuidado social es la rehabilitación en salud mental basada en comunidad: ¿es la orientación biopsicosocial de la CIF-OMS adecuada para la valoración de la funcionalidad mental en el interior de los centros de rehabilitación de base comunitaria?, ¿es coherente con el enfoque de la rehabilitación mantener los aspectos del enfoque médico que

la CIF-OMS mantiene? Estos aspectos se verán con más claridad en la sección sobre los calificadores en este mismo artículo.

El debate en relación con las funciones mentales tal y como se mencionó en la sección anterior, las funciones mentales empleadas en la Batería siguen la categorización de funciones mentales ofrecida por Mariño y Pabón (2011) en su Manual Valoración de Funciones Mentales. La razón principal para esto es que no todas las taxonomías de las funciones mentales son compatibles con, o favorables para, la perspectiva de la rehabilitación en salud mental basada en comunidad y, a diferencia del Manual de Mariño y Pabón (2011), no resulta claro qué tipo de taxonomía sigue la CIF-OMS.

Existe un álgido e importante debate acerca de cuáles son los criterios adecuados de clasificación de las funciones mentales; en consecuencia, tampoco existe un consenso absoluto en relación con cuáles son las principales funciones mentales, cómo se agrupan y cómo se relacionan (Lezak et ál., 2004; Mesulam, 2000). Tal y como Harvey (2019) lo explica:

Hay varias formas de conceptualizar los dominios de capacidad cognitiva. Estas incluyen la clasificación por el proceso general involucrado, como la memoria o la atención, el lenguaje o el funcionamiento ejecutivo. Otras estrategias se basan en funciones cerebrales regionales, derivadas sobre la base de estudios de lesiones, que caracterizan las funciones como originadas en el lóbulo frontal, lóbulo temporal, lóbulo parietal, hipocampo u otras estructuras. Una organización adicional de la estructura (de las funciones cognitivas) es jerárquica y se basa en la complejidad de las operaciones... [a] menudo denominada de arriba hacia abajo (top-down). (p. 227)

Y más adelante:

Aunque en general se acepta la naturaleza de la mayoría de estos dominios, existen claras inconsistencias en la literatura clínica y de investigación. La mayoría de las inconsistencias se encuentran en dominios amplios que pueden incluir procesos de múltiples componentes. Si estos procesos pertenecen a dominios más genera-

les (funcionamiento ejecutivo) o un dominio más simple (velocidad de procesamiento), a menudo no está claro. (Harvey, 2019)

Originalmente, las funciones mentales fueron comprendidas en relación con su localización en las áreas del cerebro en las que parecía que ocurrían los diferentes procesos (Babcock, 1930). De hecho, esta es una perspectiva que continúa teniendo auge en la actualidad (Damasio y Damasio, 1989). Es más, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) se basa en este tipo de aproximación taxonómica a las funciones mentales (Lezak et ál., 2004; Andrianopoulos et ál., 2017).

Una corriente emparentada con la anterior basa su categorización de las funciones mentales en el estudio de circuitos y se centran en la activación e interacción de estos (López-García et ál., 2016). Tal y como Grossman e Irwin (2016) lo expresan:

En lugar de localizar una deficiencia en un locus anatómico específico, nuestra perspectiva sobre las relaciones cerebro-conducta es más consistente con un enfoque que se centra en la interrupción de una red neuronal o de conexión a gran escala. En este enfoque, cada red está compuesta por múltiples nodos de materia gris que están interconectados por proyecciones dentro de la materia blanca, y estos tractos de materia blanca sirven para integrar el funcionamiento de los nodos de materia gris. (p. 385)

En contraste con las dos perspectivas mencionadas, otras personas, como Al-Aidroos et al. (2012), abordan la taxonomía de las funciones mentales a partir de perspectivas conocidas como top-down, cuya idea central “es que las operaciones sensoriales y perceptuales básicas son menos complejas y el razonamiento y la resolución de problemas, conocidos como funciones ejecutivas, son las más complejas” (Harvey, 2019, p. 227).

La CIF-OMS contiene una lista comprensiva de funciones mentales (Organización Mundial de la Salud, 2001, pp. 73-83). Esta lista no define grupos de funciones, sino que se limita a dividir las

entre funciones globales y funciones específicas, y no explicita qué relaciones existen entre estos grupos ni en qué tipo de taxonomía se emplea (top-down, taxonomía basada en el proceso general involucrado, en las regiones cerebrales de las funciones o en las redes de circuitos y su interacción). Estas omisiones en el texto no deben pasar desapercibidas para quienes emplean el lenguaje que ofrece la CIF-OMS para construir modelos e instrumentos. Por el contrario, es crucial saber qué compromisos teóricos hay detrás de la clasificación de funciones mentales que hace la CIF-OMS para garantizar que estas estén en consonancia con los objetivos y compromisos de la construcción expuesta.

La división ofrecida por la CIF-OMS entre funciones generales y funciones específicas no parece corresponder a la diferenciación que hacen las posturas top-down entre funciones básicas y funciones complejas, porque la CIF-OMS incluye las funciones relacionadas con la energía y los impulsos, y las funciones del sueño en el grupo de funciones generales, las cuales no clasifican como de alta complejidad en el sentido en que lo entienden los enfoques top-down. Tampoco parece coincidir con los enfoques taxonómicos que se basan en el proceso general involucrado, en tanto la atención, memoria y lenguaje aparecen clasificadas como funciones específicas y no como procesos generales, y se encuentran separadas de algunas otras funciones que contribuyen a dichos procesos; además, tampoco se tiene en cuenta la categoría de funciones ejecutivas. Dicho esto, resultaría ciertamente sorprendente que la CIF-OMS, al tratarse de un manual que busca tener una visión integral de la funcionalidad y la discapacidad, utilizara aproximaciones que se basan en la ubicación cerebral de las funciones, dada la carga biologicista de estos enfoques. No obstante, ante el silencio en relación con ello y los aspectos del modelo médico que la CIF-OMS mantiene, no es una opción que pueda ser descartada.

Al tener en cuenta la dificultad del debate en relación con la definición y delimitación de las funciones mentales y el silencio de la CIF-OMS en los compromisos teóricos que subyacen a su taxonomía, la Batería fue elaborada al seguir el enfoque propuesto por Mariño y Pabón (2011),

producido en la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque. Aquella es cercana en la comprensión de las pesquisas del profesional de enfermería cuando busca elaborar planes de cuidado que integran en el lenguaje estandarizado, NANDA Internacional (2008) y sus vínculos con NIC-NOC. El manual es, en palabras de las autoras, una guía para realizar de forma “[...] ordenada y completa una adecuada valoración de enfermería de las funciones mentales” (Mariño y Pabón, 2011, p. 7). Es decir que aborda la categorización de las funciones mentales desde la perspectiva del cuidado de enfermería, la cual se enfoca en la manera en que las funciones hacen parte de procesos globales para el desarrollo de las actividades de la vida diaria de las personas, perspectiva que, a diferencia de las perspectivas biologicistas, está en consonancia con la rehabilitación en salud mental de base comunitaria.

Además, el trabajo de Mariño y Pabón (2011) incluye un mayor rango de funciones que dialogan con la observación y acompañamiento de las actividades de la vida diaria y define con mayor claridad la relación entre los grupos funcionales, las funciones generales y las subfunciones, lo cual permite realizar análisis más robustos en relación con los perfiles de funcionalidad. Todo esto hace del manual de Mariño y Pabón (2011) un referente conceptual idóneo para el trabajo en rehabilitación de base comunitaria en salud mental desde la perspectiva enfermera, pues aporta a la construcción de modelos y herramientas de valoración de la funcionalidad en estos contextos.

Los constructos y los calificadores

La distancia entre la Batería y la CIF-OMS no se limita a los componentes; de hecho, se agudiza en los aspectos que tienen que ver con los constructos y los calificadores. Tal y como aparece en la CIF-OMS:

Los componentes del funcionamiento y la discapacidad pueden interpretarse mediante cuatro “constructos” diferentes pero relacionados entre sí. Estos “constructos” se hacen operativos cuando se utilizan los calificadores. Las funciones y estructuras corporales pueden interpretarse mediante cambios en los sistemas fisiológicos o en las estructuras anatómicas. El componente Actividades y Participación dispone de dos

“constructos”: capacidad y desempeño/realización. (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 12)

Los constructos tienen sus respectivos calificadores: deficiencias, limitaciones y restricciones, todos los cuales se miden con la norma, es decir, en términos de lo que pueden hacer personas que no padecen enfermedades, trastornos, daños o condiciones que comprometen la funcionalidad:

Las limitaciones y restricciones se evalúan contrastándolas con los estándares comúnmente aceptados en la población. Los estándares o normas frente a los que valoramos la capacidad y el desempeño/realización de un individuo son los de las personas que no padecen un estado de salud similar (enfermedad, trastorno, daño, etc.). La limitación o restricción mide la discordancia entre el desempeño/realización esperado y el observado. [...] Las deficiencias representan una desviación de la “norma” generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones. (Organización Mundial de la Salud, 2001, pp. 18 y 24)

Esta perspectiva sobre los constructos y calificadores claramente sigue un modelo médico de la discapacidad y sus resultados ofrecen una lectura de esta como desviación de la norma, perspectiva que no está en consonancia con el abordaje de la rehabilitación basada en comunidad. Por esta razón, la Batería no comparte los mismos constructos y calificadores de la CIF-OMS.

La Batería cuenta con tres calificadores: a) si la función mental estimulada en la persona durante la ejecución de los dominios tuvo que ser auxiliada o no; b) la frecuencia con la que la persona inició la actividad, sostuvo la atención, finalizó la actividad y obtuvo la meta (medido en términos de una escala de Likert), y c) si la persona ejecutó con éxito los dominios valorados. Estos tres calificadores permiten separar los diferentes aspectos del uso de las funciones mentales en la ejecución de los dominios que es necesario identificar para llevar a cabo una adecuada rehabilitación. En primer lugar, permiten identificar si la persona tiene habilitada una función mental, pero no logra emplearla en la ejecución de ciertos dominios; en

segundo lugar, permite apreciar individualmente las propiedades de las funciones ejecutivas en la ejecución de los dominios, y, en tercer y último lugar, permite comprender si las personas lograron ejecutar los dominios de forma exitosa, independientemente de los resultados obtenidos con los otros calificadores.

Es importante aclarar que estos tres calificadores no miden la funcionalidad o discapacidad de la persona, sino que dan una noción del nivel de ayudas requeridas para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, de las áreas en las que dichas ayudas deben ser enfatizadas y de la evolución de su proceso de rehabilitación. Lo anterior es posible al detallar cómo se está en términos de habilitación de funciones mentales y su uso en la realización de las actividades de la vida diaria.

Los tres calificadores de la Batería reconocen que la valoración de la funcionalidad que se hace con miras a la rehabilitación debe darse en el contexto de la estimulación de las funciones mentales en el ejercicio de los dominios y que aquella se da en el contexto de una relación de cuidado en la que las personas cuidadoras prestan su apoyo a las personas diagnosticadas con trastorno mental. La estimulación, entonces, es una actividad de doble vía y, al valorar la funcionalidad de la persona, se obtiene información acerca de cómo está llevando su vida en el desarrollo de las actividades de la vida diaria, así como qué ayudas adicionales necesita para que su proceso de rehabilitación sea adecuado. Es por esto que los instrumentos de la Batería logran tutorar el cuidado de las personas que se encuentran en procesos de rehabilitación en salud mental de base comunitaria.

Los registros basados en los calificadores descritos son recogidos en el proceso de valoración del funcionamiento mental, el cual se expresa en el tercer instrumento de la Batería: la matriz de evoluciones (ME). Esta matriz arroja los siguientes resultados: a) nivel del déficit del funcionamiento mental expresado en porcentaje, de acuerdo con las bases conceptuales de la CIF-OMS; b) histórico semestral del nivel de déficit de funcionamiento mental; c) perfil de funcionalidad mental por eje de intervención (autocuida-

do, convivencia, ocupación); d) perfil por calidad de la ejecución, y e) perfil según calidad de la ejecución por eje de intervención. Según estos datos, se logran los diagnósticos así: a) clasificación de la extensión del déficit (primer calificador); b) naturaleza del déficit (segundo calificador); c) perfil de desempeño menor logro; d) porcentaje de apoyo según la CIF-OMS, y e) diagnósticos enfermeros, con los que se construye el plan de cuidados y las intervenciones terapéuticas recomendadas, que proyectan los resultados esperados y los indicadores de medición articulados a la Batería, según la evidencia científica para los cuidados enfermeros, según la CIF-OMS y el NANDA-NIC-NOC. Toda esta información tiene la ventaja de estar expresada en los lenguajes estandarizados de la CIF-OMS y de las guías de diagnóstico e intervenciones del NANDA, NIC, NOC, lo que permite una mayor interoperatividad de los procesos de rehabilitación de base comunitaria. Otra de las virtudes de la ME es que, si bien emplea el lenguaje estandarizado de la CIF-OMS, también hace un énfasis considerable en el histórico de la evolución de la funcionalidad mental de la persona, en las relaciones que tienen los aspectos cognitivos, emotivos y ejecutivos, así como su aplicación en los tres ejes de intervención, el autocuidado, la convivencia y la ocupación, tanto a nivel global, como a nivel de los grupos de funciones mentales.

En conclusión, la Batería se distancia de la visión médica de la funcionalidad de la CIF-OMS cuando se trata de estimular y registrar la manera en que las personas en proceso de rehabilitación realizan su cotidianidad y participan en las actividades de su comunidad, pero rescata algunos elementos, como la escala de déficit, para ayudar a la interoperatividad de sistemas de atención y cuidado, que deben articularse para que pueda haber una rehabilitación exitosa. Este distanciamiento crítico es precisamente lo que permite que la Batería pueda a la vez guiar la estimulación en los procesos de rehabilitación y servir como herramienta de valoración de la funcionalidad que le habla a los diferentes profesionales involucrados en dicho proceso.

Sección III. Conclusiones

Este artículo se centró en presentar las relaciones entre la Batería de Estimulación y Valoración de la Funcionalidad Mental, construida por la organización Asociación Coometas Campesinas Saludarte y la Universidad Juan N. Corpas, así como la Clasificación Internacional de la Discapacidad y la Funcionalidad (CIF-OMS). Presentó, además, las reflexiones y críticas a la CIF-OMS que se produjeron durante el proceso de construcción de la Batería. A continuación, se listan las conclusiones más relevantes del artículo, con miras a contribuir a abrir un camino de exploración para lograr una comprensión de la funcionalidad mental, desde la rehabilitación de base comunitaria, que integre efectivamente la perspectiva de los cuidados de la enfermería.

1. La CIF-OMS, el principal referente para la clasificación de la discapacidad y la funcionalidad, aunque procura integrar el modelo social de la discapacidad, aún mantiene aspectos determinantes del modelo médico, los cuales deberían estar en coherencia con los principios de la rehabilitación de base comunitaria en salud mental. Un claro ejemplo es que los constructos y calificadores de esta mantienen una visión de la discapacidad como la desviación de la norma, perspectiva claramente capacitista y distanciada de la perspectiva desde la filosofía de la rehabilitación. En esta, el racero de la funcionalidad no es la comparación desde la mirada hegemónica de los cuerpos, sino la medida en que una persona puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria y logra tener una vida con sentido, centrada en sí misma.

Esta reflexión trae preguntas acerca de qué tan adecuado resulta utilizar la CIF-OMS a ojos cerrados para guiar e informar los procesos de rehabilitación de base comunitaria en salud mental. La Batería de Estimulación y Valoración de la Funcionalidad Mental se construyó a partir del uso de ojos abiertos al lenguaje de la CIF-OMS, al integrar la perspectiva enfermera en aquellos aspectos que dicho lenguaje no permitía abordar. Algunos de estos son las diferencias sutiles entre habilitación, uso y uso exitoso de las funciones mentales, que requieren una atención a detalles que las taxonomías de la CIF-OMS no cubren.

2. La adecuada comprensión de las funciones mentales es un aspecto fundamental para los procesos de rehabilitación en salud mental de base comunitaria y, sin embargo, las principales clasificaciones en salud mental no le dan un papel preponderante a explicar qué perspectivas adoptan para sus taxonomías. Esto no solo sucede en el caso de la CIF-OMS, sino también en el caso de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima edición (CIE10). De hecho, fue solo hasta el 2013 que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) incluyó una taxonomía y lo hizo únicamente como un complemento a la definición de trastornos muy específicos.
3. El reto de construir herramientas que se aproximen a la funcionalidad desde la articulación de las funciones mentales y las actividades de la vida diaria requiere que dichas herramientas cuenten con taxonomías de las funciones mentales que estén en consonancia con la filosofía y programas de rehabilitación, si lo que se busca es contribuir a los procesos de rehabilitación en salud mental de base comunitaria. Esto puede requerir el uso de taxonomías diferentes a las propuestas por las clasificaciones más conocidas (como la CIF-OMS, CIE10 y DSM-V) o incluso proponer que estas clasificaciones realicen el trabajo adicional necesario. En ambos casos, integrar la perspectiva del trabajo de enfermería en salud mental resulta altamente relevante.
4. Es importante tomar con distancia crítica el enfoque biopsicosocial adoptado por la CIF-OMS al construir instrumentos asociados a la rehabilitación basada en comunidad, en la medida en que aquellas afirmaciones que mantienen el modelo médico de la discapacidad pueden ir en contravía de los principios de esta. No obstante, en tanto el sistema de salud y protección social de Colombia aún sigue un modelo médico, resulta útil integrar algunos de esos aspectos para lograr los niveles de interoperatividad necesarios para sostener procesos de rehabilitación adecuados. Esta es una línea delgada, que la Batería ha logrado mantener, lo que da esperanza a otras herramientas para que busquen seguir este camino.
5. Finalmente, es importante resaltar que la Batería de Estimulación y Valoración de la Funcionalidad Mental, al ser un producto de un proceso de investigación crítico y riguroso desde un compromiso claro con la perspectiva de la rehabilitación en salud mental de base comunitaria, ha logrado responder a múltiples retos y necesidades insatisfechas que había en el contexto de la valoración funcionalidad mental. Esto se logró, principalmente, mediante la integración de los resultados del trabajo del personal de enfermería con las personas residentes del centro de rehabilitación en salud mental de base comunitaria A.SALUDARTE, y mediante la integración de marcos conceptuales de enfermería a la construcción de la Batería, como por ejemplo el manual de Mariño y Pabón (2011). Esto muestra que la perspectiva enfermera de la rehabilitación de base comunitaria puede aportar en enriquecer la comprensión de la funcionalidad y la discapacidad en salud mental. Así las cosas, se espera que esta conclusión permita abrir un camino de exploración para construir una comprensión de la funcionalidad mental que integre efectivamente la perspectiva de enfermería.

Referencias Bibliográficas

1. Al-Aidroos N., Said C.P., Turk-Browne N.B. (2012). Top-down attention switches coupling between low-level and high-level areas of human visual cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(36), 14675-14680. <https://doi.org/10.1073/pnas.1202095109>
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ta edición. American Psychiatric Association.

3. Andrianopoulos, V., Gloeckl, R., Vogiatzis, I., Kenn, K. (2017). Cognitive impairment in COPD: Should cognitive evaluation be part of respiratory assessment? *Breathe*, 13, e1-e9. <https://doi.org/10.1183/20734735.001417>
4. Anthony, W.A. (1979). *Principles of psychiatric rehabilitation*. Pro-Ed.
5. Anthony, W.A. (1994). Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment outcomes. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 3-13. <https://doi.org/10.1037/h0095578>
6. Anthony, W.A., & Jansen, M. (1984). Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research & policy implications. *American Psychologist*, 39, 537-544. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.39.5.537>
7. Anthony, W.A., & Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542> Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Cohen, B.F. (1984). Psychiatric rehabilitation. In J.A. Talbot (Ed.), *The chronic mental patient: Five years later* (pp.137-157). Grune & Stratton.
8. Anthony, W.A., Cohen, M.R., & Vitalo, R. (1978). The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 365-383.
9. Arns, P.G., & Linney, J.A. (1995). Relating functional skills of severely mentally ill clients subjective and societal benefits. *Psychiatric Services*, 46(3), 260-265. <https://doi.org/10.1176/ps.46.3.260> Babcock, H.A. (1930). An experiment in the measurement of mental deterioration. *Archives of Psychology*, 117, 105.
10. Bouttelet, D., Ferreira, N., Toyoko, S., Souza, M., de Mello B. (2008). Análisis de la producción científica de los encuentros de investigadores en salud mental y encuentro de especialistas en enfermería psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 16(3). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000300022>
11. Cohen, B., & Anthony, W.A. (1984). Functional assessment in psychiatric rehabilitation. In A. Halpern & M. Fuhrer (Eds.), *Functional assessment in rehabilitation*. Paul H. Brookes.
12. Cooke, K.Z., Fisher, A.G., Mayberry, W., Oakley, F. (2000). Differences in activities of daily living process skills of persons with and without Alzheimer's disease. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 20(2), 87-105. <https://doi.org/10.1177/153944920002000201>
13. Dahlstrom, W., Welsh, G., & Dalstrom, L. (1972). *An MMPI handbook: Clinical interpretation* (Vol. 1). University of Minnesota Press.
14. Damasio, H., Damasio A.R. (1989). *Lesion Analysis in Neuropsychology*. Oxford University Press.
15. Derogatis, L.R. (1994). *Symptom checklist-90-R (SCL-90-R) administration, scoring, & procedures manual* (3ra ed.). National Computer Systems.
16. Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289. <https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280>

17. Dion, G.L., & Anthony, W.A. (1987). Research in psychiatric rehabilitation: A review of experimental and quasi-experimental studies. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 30, 177-203
18. Eisen, S.V., Dill, D.L., & Grob, M.C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 242-247. <https://doi.org/10.1176/ps.45.3.242>
19. Grossman, M., & Irwin, D. (2016). The Mental Status Examination in Patients with Suspected Dementia. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22, 385-403. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000298>
20. Haffey W.J., Johnston M.V. (1990) A Functional Assessment System for Real-World Rehabilitation Outcomes. In Tupper D.E., Cicerone K.D. (Eds.), *The Neuropsychology of Everyday Life: Assessment and Basic Competencies. Foundations of Neuropsychology (vol. 2)*. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-1503-2_5
21. Harvey, P. (2019). Domains of cognition and their assessment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(3), 227-237. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey>
22. Honigfeld, C., & Klett, C. (1964). NOSIE: A new scale for measuring improvement in chronic schizophrenics. *Newsletter of Research Psychology*, 6, 22-23.
23. Lezak, M. D., Howieson, D. B. & Loring, D. W. (2004) *Neuropsychological Assessment 4*. Oxford University Press.
24. López, M., & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223.
25. López-García P., Lesh, T.A., Salo, T., Barch, D.M., MacDonald, A., Gold, J.M., Ragland, J.D., Strauss, M., Silverstein, S.M., & Carter, C.S. (2016). The neural circuitry supporting goal maintenance during cognitive control: a comparison of expectancy AX-CPT and dot probe expectancy paradigms. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 16(1), 164-175. <https://doi.org/10.3758/s13415-015-0384-1> Mariño, E. y Pabón, M. (2011) *Manual valoración de funciones mentales*. Universidad El Bosque, Facultad de Enfermería.
26. Mesulam, M.M. (Ed.). (2000). *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology (2da ed.)*. Oxford University Press.
27. NANDA Internacional. (2008) *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación*. Madrid. https://biblioteca.ugr.es/pages/biblioteca_electronica/libros_enciclopedias_electronicos/nanda-enfermeria
28. Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF-OMS: versión abreviada*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>

29. Organización Panamericana de la Salud. (2015). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-cie-10-10ma-revision.pdf>
30. Schaber, P., Klein, T., Hanrahan, E., Vencil, P., Afatika, K., & Burns, T. (2013). Using Cognitive-Functional Assessment to Predict Self-Care Performance of Memory Care Tenants. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 171-178. <https://doi.org/10.1177/1533317512470206>

ESTIGMA INTERNALIZADO EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL, RESIDENTES DE HOGAR PROTEGIDO CON REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA (PRIMER SEMESTRE DE 2019)

Maritza Barroso Niño¹, Jennifer Revelo Fonseca², Wendy Johana Torres Cubillos³ y Holman Nicolay Torres Osorio⁴

Resumen:

El estigma hace referencia a las actitudes y creencias que conducen a las personas a rechazar, evitar y temer a aquellos a quienes perciben como diferentes; por su parte, el estigma internalizado hace referencia a aquel que es orientado hacia sí mismo.

En este sentido, el objetivo de la presente investigación es determinar el nivel de estigma internalizado en personas con trastorno mental (TM), residentes de un hogar protegido con rehabilitación de base comunitaria, durante el primer semestre de 2019. Para la metodología, se realizó un estudio observacional y descriptivo, de enfoque cuantitativo; además, se utilizaron dos instrumentos: una encuesta de caracterización sociodemográfica de la persona con alteración mental y la aplicación de la escala de autoestigma de la enfermedad Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) (Tanabe et ál., 2016). Los resultados obtenidos arrojan que las cuatro mediciones permiten verificar que hay un 62,5% de percepción de estigma y discriminación. A su vez, puntúa la resistencia al estigma en un 70%, pues se muestra que puede existir una adaptación social en el dispositivo de rehabilitación de base comunitaria que es capaz de contrarrestar el estigma social y evitar que sea internalizarlo en los integrantes de la comunidad. Se concluye que es evidente que existe una alta percepción de alienación, estigma y discriminación, no solo en el ámbito social, que es en el que más se ve este rechazo así como en el mismo aislamiento del paciente, sino a nivel familiar y laboral. Gracias a las practicas comunitarias, la comunidad ha construido mecanismos basados en procesos de pensamiento crítico y entendimiento, que permiten afrontar el estigma social y no lo internalizan.

Palabras clave: trastornos mentales, estigma social, educación en salud, teoría de la mente, esquizofrenia, aislamiento social.

Historial del artículo:

Fecha de recibido: 08-09-2021 – *Fecha de aceptado:* 07-10-2021

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative

Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v3iSupl.1.607>

¹Enfermera y especialista en perinatología por la Universidad Nacional. Docente e investigadora en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y líder coordinadora en el programa Rehabilitación de base comunitaria a la persona con diagnóstico de trastorno mental (A. SALUDARTE). Bogotá, D.C., Colombia. ORCID: 0000-0001-5078-2053. Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maritza.barroso@juanncorpas.edu.co

²Enfermera, egresada de la Escuela de Enfermería de la FUJNC. Bogotá, D.C., Colombia.

Correo electrónico: jennifer-revelo@juanncorpas.edu.co

³Enfermera, egresada de la Escuela de Enfermería de la FUJNC. Bogotá, D.C., Colombia.

Correo electrónico: wendy-torres@juanncorpas.edu.co

⁴Enfermero, egresado de la Escuela de Enfermería de la FUJNC. Bogotá, D.C., Colombia.

Correo electrónico: holman-torres@juanncorpas.edu.co

INTERNALIZED STIGMA IN PEOPLE WITH MENTAL DISORDER, RESIDENTS IN SHELTERED HOME WITH COMMUNITY-BASED REHABILITATION-FIRST SEMESTER 2019

Abstract:

Stigma refers to attitudes and beliefs that lead people to reject avoid and fear those whom they perceive as different. The objective of the research is to determine the level of internalized stigma in a population of patients with Severe Mental Disorder (SMD) living a community-based rehabilitation process, during the period January-June 2019. The methodology is observational-descriptive study, quantitative approach. Two instruments were used: survey of sociodemographic characterization of the person with mental disorder and the application of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) (Tanabe et ál., 2016). The results show the four measurements allow verifying that there is a 62,5% perception of stigma and discrimination. At the same time, resistance to stigma is 70%, showing that there may be a social adaptation capable of attenuating social stigma so that it does not progress to internalized stigma. The conclusion is that it is evident that there is a high perception of alienation, stigma and discrimination, not only in the social sphere, which is where rejection and isolation of the patient is most reflected, but also at the family, work and personal level, but thanks to the high resistance generated by the person around this environmental stimulus, internalized stigma is low.

Keywords: mental disorders, social stigma, health education, theory of mind, schizophrenia, social isolation.

Introducción

El estigma social hacia las personas con una enfermedad mental ha sido ampliamente reportado, al ser uno de los colectivos que experimentan más estigma y más rechazo social (Ruiz et ál., 2012). Así mismo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos ha desarrollado indicadores que ponen en evidencia la estigmatización de la que son víctimas las personas en condición de discapacidad psicosocial (World Health Organization [WHO], 2018). Las tres primeras causas de mortalidad a nivel mundial tienen que ver con la internalización del estigma en pacientes que padecen de TM grave y recurrente. La Asociación Americana de psiquiatría (APA) ha demostrado que el 85 % de la población general ignora lo que es el TM; esto produce el estigma, que conduce a un comportamiento errático, excluyente e irresponsable, de manera que: a) ven las afecciones de salud mental como si fueran una sola, sin diferenciarlas, y a todos les llaman despectivamente locos, y b) tampoco diferencian la severidad, por ello ven un problema o un trastorno mental que es igual, sin tener en cuenta la intensidad y extensión de los síntomas, lo cual puede generar afectaciones mortales en pacientes diagnosticados con TM, quienes pueden recurrir al suicidio como medio de “salida”. Incluso, se ha encontrado que las personas que padecen de TM son mayormente estigmatizadas que aquellas que padecen del VIH o enfermedades contagiosas (Ruiz et ál., 2012).

El estigma social tiene componentes emocionales, cognitivos y conductuales. En el aspecto cognitivo, la persona se percibe de forma negativa como peligrosa o incompetente; en cuanto a lo emocional, aparecen sentimientos de culpa, vergüenza o desconfianza, derivados en gran medida por la discriminación que reciben las personas con TM (Corrigan y Watson, 2002). El 50% de la población adulta diagnosticada tardó mucho en pedir atención especializada, debido a la no aceptación de su diagnóstico o condición (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). Tanto el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (OMS, 2013) como el plan de acción mundial para superar las brechas mhGAP (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017) han desplegado todos sus recursos en el afán de

atenuar las cifras que demuestran el escaso número de personas que son atendidas y, por tanto, diagnosticadas y tratadas, en comparación con las personas que lo requieren en Colombia. Según la encuesta nacional de salud mental (MinSalud y Colciencias, 2015), de los adultos entre dieciocho a cuarenta y cuatro años reciben atención solamente un 38,5% y después de haberlo solicitado un promedio de 23,5 veces, lo que podría interpretarse dentro de las barreras actitudinales que evidencian estigma y discriminación. De allí la importancia de trabajar en pro de esta población e identificar cuál es el nivel de autoestigma para así generar respuestas efectivas, ya que es bien sabido que la detección temprana y la atención oportuna de cualquier problema de salud mejora el pronóstico y la severidad de sus síntomas. La principal derrota en el esfuerzo por compensar los trastornos mentales se evidencia en el comunicado de prensa de la OPS y la OMS (2014): “Más de 800000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo —aproximadamente, una cada 40 segundos—, según el primer informe sobre prevención del suicidio de la Organización Mundial de la salud”. En este sentido, se hace un llamado sobre el fracaso en la atención de los trastornos mentales según las cifras. El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de estigma internalizado en una población de pacientes con TM, residentes en un hogar protegido con rehabilitación de base comunitaria durante el primer semestre de 2019.

Metodología

En el estudio observacional y descriptivo de enfoque cuantitativo, la población de estudio fueron pacientes residentes en un hogar protegido con rehabilitación de base comunitaria, diagnosticados con TM, específicamente aquellos con esquizofrenia paranoide. Se incluyeron en la muestra personas residentes en un hogar protegido con rehabilitación de base comunitaria, con una estancia mayor de un año; personas con diagnóstico de TM según definición del DSM-5 (Muñoz y Jaramillo, 2015), con una cronicidad de al menos dos años según historia clínica, y personas que aceptaron participar en el estudio, a través de la firma del consentimiento (paciente) y el asentimiento informado (familiar o responsable). Se excluyeron a dos personas con diagnóstico de TM

por presentar síntomas refractarios, delirios y alucinaciones que impidieron un suficiente contacto con la realidad para sostener la entrevista.

Técnicas de muestreo

Dado que la población objeto del estudio está limitada a las personas diagnosticadas con TM, residentes de un hogar protegido con rehabilitación de base comunitaria, según su capacidad instalada, se realizó un muestreo no probabilístico, seleccionado de acuerdo al criterio del equipo profesional tratante y los casos de pacientes de mayor utilidad para el estudio.

Técnicas de recolección de los datos

En aras de desarrollar los objetivos específicos del estudio, se procedió a obtener los datos principales a través de las siguientes técnicas:

1. Encuesta de caracterización sociodemográfica de la persona con alteración mental (de construcción de los autores).
2. Aplicación de la escala de autoestigma de la enfermedad Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI) (Tanabe et ál., 2016), la cual es un instrumento psicométrico de veintinueve ítems que evalúan el estigma internalizado a la persona con TM. Se realiza a partir de una escala tipo Likert que fluctúa entre muy de acuerdo hasta muy en desacuerdo (al puntuar de 1 a 4); en su totalidad, este instrumento integra tres subescalas, a saber: discriminación, divulgación y aspectos positivos de la enfermedad mental.

Es necesario tener claridad en tres conceptos que manejan esta escala:

El estigma se encuentra constituido de tres principales elementos: 1) estereotipo: creencia negativa que describe al individuo por poseer características que resultan inadecuadas o exageradas; 2) prejuicio: reacción emocional negativa resultado de los estereotipos, y 3) discriminación: conducta negativa resultado de los prejuicios. (Tanabe et ál., 2016)

Según los autores el estigma internalizado, este hace referencia al efecto que tiene sobre la persona, familia o colectivo este complejo estig-

ma-discriminación, de manera que, al considerar cierto lo que dice la sociedad sobre sí mismo, esto se define como estigma internalizado. Este hace referencia a un comportamiento de exclusión o evasión que hace la persona al aislarse de lo que puede generarle estigma. El test mide también el logro de adaptación social como una resistencia al estigma, la cual se define como la capacidad que tiene una persona, familia o colectivo de filtrar estos mensajes y comportamientos al reemplazarlos por otros calificativos a criterio personal capaz de atenuar y defenderse de esa despiadada asignación (Paredes Márquez et ál., 2012).

Una vez obtenidos los datos, estos se procesaron y se analizaron por medio de un archivo de Excel, los cuales generaron medidas de tendencia central que dan cuenta de los resultados obtenidos.

Aspectos éticos

Para esta investigación, nos basamos en lo estipulado por la resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según los términos de esta resolución en su artículo 11, esta investigación estaría clasificada como investigación con riesgo mínimo. La resolución también hace especificaciones en el caso de pacientes con afecciones mentales. En su artículo 23 y 25 del capítulo III, hace referencia a que, para realizar investigaciones con menores de edad o discapacitados físicos o mentales, deberá obtenerse el consentimiento informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del discapacitado (MinSalud, 1993). Tanto los residentes como los familiares dieron su consentimiento para aplicar la prueba, que no ofrece ningún riesgo para la salud mental de los sujetos de investigación.

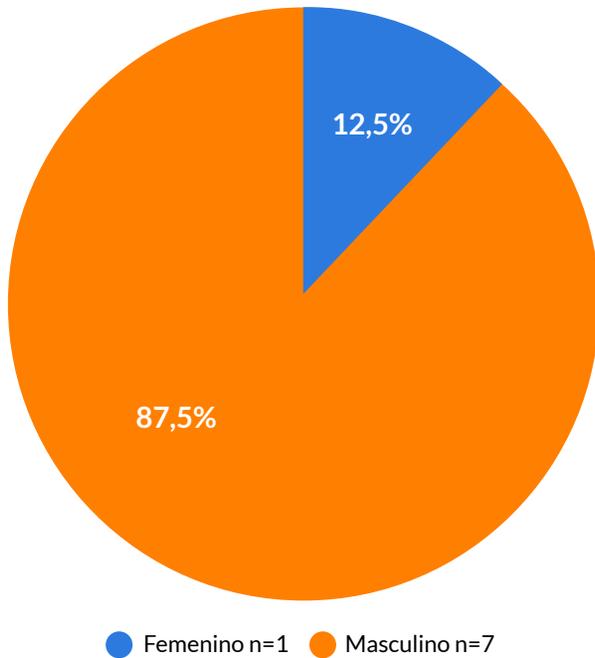
Resultados

Hemos seleccionado los resultados demográficos que son marcadores de estigma social y que con mayor facilidad permiten que estos estereotipos se refuercen en la vida privada, para que el individuo sea permeable al estigma y no lo internalice. Seleccionamos las respuestas a la escala, que señalan con mejor precisión las conclusiones a las que llega el presente estudio con respecto

a los tres aspectos relevantes: percepción de estigma, resistencia al estigma y estigma internalizado.

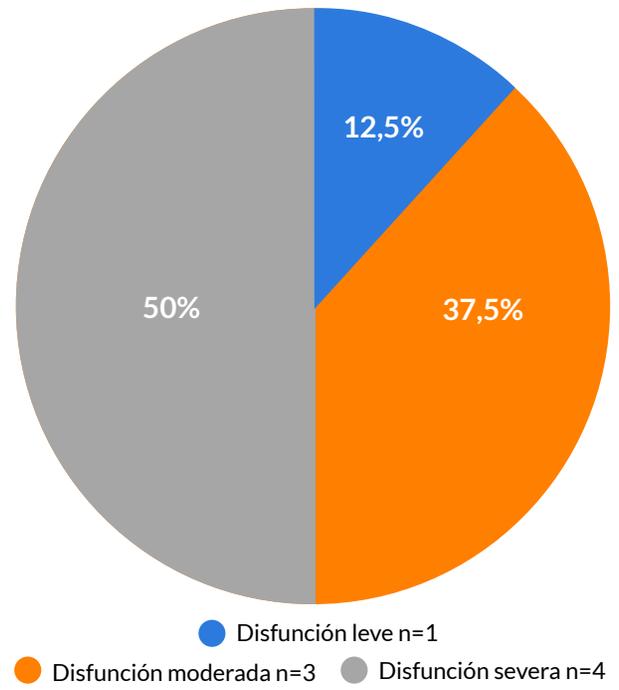
A partir las figuras 1-4, llama la atención que, según el género, 12,5% son mujeres y el 87,5% son hombres. Por su parte, en la valoración del

Figura 1. Género



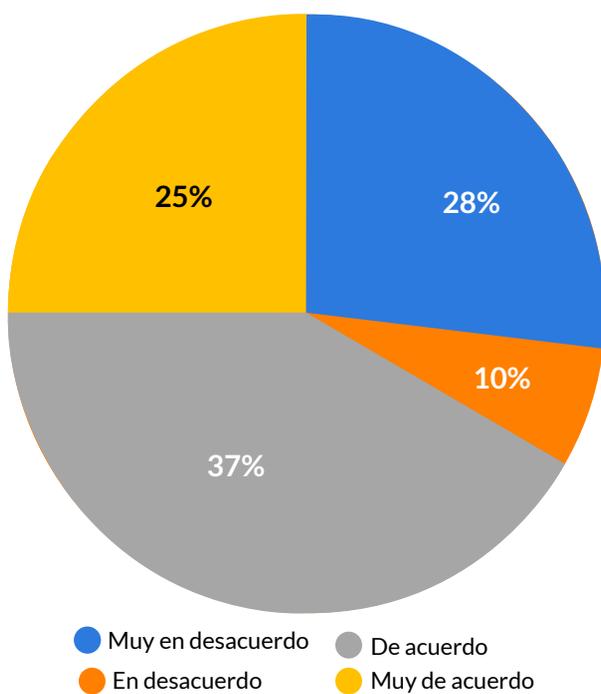
Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Ápgar familiar



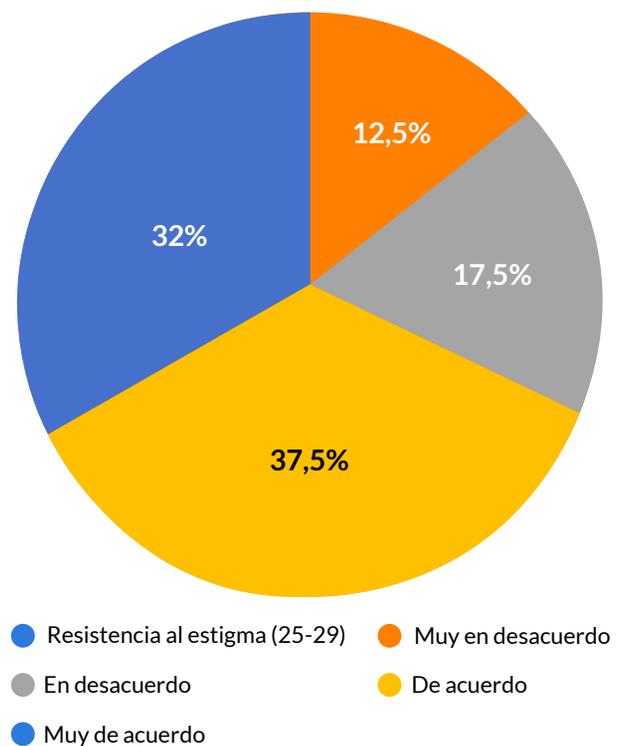
Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Medición de percepción de estigma



Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Resistencia al estigma



Fuente: elaboración propia.

ápgar familiar, se encontraron disfunciones familiares severas en un 50% de los casos. Así mismo, al analizar las respuestas de las preguntas 1 a la 24, a fin de identificar la percepción que tienen las personas encuestadas (pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide) a los prejuicios y estereotipos sociales y estructurales, se encuentra un porcentaje del 62,5% en la percepción de estigma en su entorno familiar y social. La resistencia al estigma es de 70%. Es probable que un efecto a favor de estos resultados sea el hecho de hallarse en una superficie de cuidado con marcado énfasis en la vida comunitaria y la inclusión social.

Este círculo consta de estereotipos sociales, estigma, discriminación, estigma internalizado, discriminación anticipada, temor de consultar, temor al tratamiento psiquiátrico, descompensación del trastorno y estado descompensado. Todo esto puede encaminarse a la tragedia del suicidio, a la pérdida de la red familiar, al desprestigio social o se puede recibir protección y ser incluido en procesos comunitarios que, como en este caso, demuestra producir resistencias y romper este círculo que produce enormes sufrimientos a pacientes y familiares.

Cuando se logra control de síntomas, la persona puede tener calidad de vida, una familia y una red que le dé soporte y, entonces, el trastorno puede ser llevado con dignidad.

Discusión

Según el primer objetivo específico, al identificar las características sociodemográficas de la persona con diagnóstico de TM residente de un hogar protegido con rehabilitación de base comunitaria se observa el género de las personas encuestadas y se evidencia que la mayoría de los encuestados son hombres, al tener en cuenta que la enfermedad específica de estas personas es esquizofrenia. Es válido afirmar que estas cifras guardan relación respecto a lo que afirma la OMS, pues esta indica que más de veintiún millones de personas en el mundo padecen de esta enfermedad, de los cuales doce millones son hombres, mientras que nueve millones son

mujeres, al ser además los hombres quienes desarrollan la enfermedad con mayor frecuencia a edades tempranas (Moreno et ál., 2016).

Por un lado, se encontró que el 50% de la población pertenece a estrato social uno, cuatro de ellos afiliados al régimen contributivo y cuatro al régimen subsidiado. Esto último puede implicar que estén más vulnerables al estigma social e interiorizado, debido a que no cuentan con los recursos o medios necesarios para su manejo médico, lo que dificulta el apego al tratamiento instaurado y, por ende, genera más demoras en sus procesos de recuperación. Sin embargo, se rompe una barrera en cuanto a los determinantes sociales, en especial de las personas que pertenecen al régimen subsidiado: este tipo de régimen, lo que indica por norma general, es que la persona se encontraría en un posible estado de vulnerabilidad, dado que es probable que sus determinantes sociales estén afectados (Grandón Fernández et ál., 2016).

Por otro lado, se puede observar que el 100% de la población de estudio presenta disfunción familiar, así: 50%, disfunción familiar severa; el 37.5%, disfunción moderada, y el 12.5%, disfunción leve. Lo anterior quiere decir que en estas personas se evidencia otro dato relevante, que es el debilitamiento de las redes de apoyo de la familia en cuanto a las necesidades del paciente, lo que dificulta o entorpece que este obtenga herramientas adecuadas para afrontar o sobrellevar la enfermedad mental como se espera. Sin embargo, encontramos que estas personas cuentan con un aspecto favorable y es el hecho de que el centro donde viven cuenta con una ubicación en zonas residenciales de alto estrato social, como lo es el barrio Niza o Modelia. Del total de entrevistados, el 37,5% habitan en el primero y, en el segundo, el otro 62,5%, quienes cuentan con una infraestructura adecuada y con profesionales idóneos para favorecer su calidad de vida y la adherencia al tratamiento. Todo esto favorece significativamente el nivel de vulnerabilidad de estas personas en cuanto a los determinantes sociales, pues en concordancia con la OMS, existe un impacto en cuanto a la reducción de los factores que afectan o representan una barrera que desencadenan en la puerta de entrada al deterioro de la calidad de vida y las barreras

en la atención sanitaria. La superficie de cuidado gestiona las rutas de atención con las respectivas EPS, al eliminar las barreras existentes para recibir la atención sanitaria (Grandón Fernández et ál., 2016).

Al tener en cuenta los determinantes sociales de la salud, encontramos que la mayoría de las personas participantes en esta encuesta no tienen educación superior e inclusive no culminaron su primaria, lo que puede ser un factor predominante para no entender o aceptar su enfermedad de manera enriquecedora. Esto facilita la existencia del estigma interiorizado, pues estas personas no cuentan con las herramientas intelectuales suficientes para comprender completamente las implicaciones personales y sociales que conlleva el diagnóstico de esquizofrenia. De acuerdo con Ruiz et ál. (2012), el ideal es que las personas tengan un nivel de educación adecuado, que permita comprender lo que es un TM y por ende permita que las personas con este se rodeen de lugares adecuados que favorezcan una óptima calidad de vida. Así como Katherine Colkaba lo menciona en su teoría del confort (este no es más que la respuesta que presentan los receptores de las intervenciones ofrecidas), la cual alude a la importancia que tienen los tres contextos que enfatizan el cuidado, en los cuales se incluyen el de aspectos ambientales, demográficos y el de los sujetos de cuidado (en el que hace un énfasis especial). Estos deben ser idóneos para obtener una respuesta favorable por parte de los receptores de cuidado, sin importar el tipo de enfermedad por el cual esté cursando la persona sujeta de cuidado (Merino-Martínez et ál., 2019).

Basados en el segundo objetivo específico, medir el estigma internalizado que tienen las personas que padecen TM con la escala Internalized Stigma of Mental Illness Scale, se puede analizar la gráfica que agrupa la subcategoría denominada percepción del estigma, en la cual se encuentra el 62,5% de las personas que respondieron esta entrevista. Esto nos indica que existe una alta percepción de estigma, pues las respuestas de los entrevistados identifican que en algún momento se han visto enfrentados a estigma o discriminación familiar o social.

Sin embargo, se evidencia en el quinto ítem una resistencia al estigma del 70% del total de los encuestados. Este resultado se puede analizar desde la perspectiva de Naranjo Valentín et ál. (2017), quienes hacen referencia a la manera de reducir el estigma hacia los pacientes con TM. Al comparar los resultados de este estudio con el que realizamos en el hogar protegido con rehabilitación de base comunitaria, podemos identificar cómo el conocimiento y el incluir a la persona con TM a una vida normal con el resto de personas que no padecen esta enfermedad favorece la calidad de vida de la persona, así como la resistencia al estigma y la adherencia al tratamiento. Así como Naranjo Valentín et ál. (2017) consideraron la posibilidad de vincularlos al papel laboral y luego identificaron qué aspectos cambian en la sociedad y en el paciente diagnosticado después de desempeñar su papel como empleado, al obtener una mejor percepción por parte de los pacientes, nosotros encontramos que, a mayor percepción de estigma, en este caso el 62,5%, mayor es la resistencia a este. En dicho caso, el 70%, pues estas personas usan el conocimiento de su enfermedad y de la percepción social de esta no de forma que les afecte, sino como herramienta para afrontar su situación actual.

Sin embargo, en Colombia aún no hay datos específicos respecto al estigma de personas con TM. Es válido afirmar que la mayoría de la población encuestada, es decir, el 62,5%, considera que no cumple con las características del estereotipo social que estigmatiza a la persona con TM, pero sí lo reconoce como un concepto negativo que tiene la sociedad de su condición. La evidencia de que el 70% de la población encuestada hace resistencia al estigma guarda relación directa con la alta percepción de estigma, que podría también estar relacionada con las condiciones socioeconómicas y de cuidado que reciben tanto en la ubicación de la vivienda como también el cuidado y tratamiento, en el contexto de la rehabilitación en base comunitaria que hace procesos de inclusión social.

Sabemos que los prestadores de servicios de salud también son invadidos por estos prejuicios sociales y a ello se deben las barreras de acceso a aquellos, lo que representa un obstáculo en la adherencia y permanencia en el tratamiento de

las personas con TM, así como Grandón Fernández et ál. (2016) lo demuestran en su estudio. Por lo tanto, es muy probable que, de no haber una adecuada intervención por parte del equipo profesional, el nivel de resistencia sería menor el estigma social sería internalizado en mayor porcentaje entre las personas encuestadas.

Según la entrevista aplicada, las personas con trastorno mental no se consideran a sí mismas peligrosas ni incapaces de afrontar situaciones cotidianas, sin embargo, reconocen los ojos con los que la sociedad les observa. Como lo afirma Erwin Goffman (1963) en su publicación *Estigma: la identidad deteriorada: el estigma es una etiqueta social*, los procesos de estigmatización emergen desde la discrepancia entre una identidad social infringida y virtual, al hacer referencia a las características que debe tener una persona según la sociedad actual, así como unas características similares a la población en general. El estigma internalizado se refiere al estigma que siente cada persona. Livingston y Boyd (citados en Padín, 2012) lo definen como “un proceso subjetivo, imbuido en un contexto socio-cultural, que se caracteriza por sentimientos negativos (sobre sí mismo), comportamientos desadaptativos, transformación de la identidad o aplicación de estereotipos resultantes de una experiencia individual, percepción o anticipación de reacciones sociales negativas derivadas de su enfermedad mental”.

Conclusiones

Según los resultados encontrados y en concordancia con el objetivo general de esta investigación, se concluye que la percepción de estigma de las personas con TM, residentes de un hogar protegido con rehabilitación de base comunitaria, está presente en el 62,5% de la población total encuestada. Así mismo, que el 70% de las personas a quienes se les aplicó la escala hacen resistencia al estigma. En cuanto a las respuestas obtenidas, la alta percepción del estigma se relaciona con mejor aceptación de los síntomas, pues identificar los estereotipos que generan el estigma facilita tener conciencia de su enfermedad. Esto les permite adquirir herramientas que les favorezcan, adherirse al tratamiento, mejorar su autoestima, empoderarse y orientar sus recursos hacia la recuperación; por tanto, entendemos que esta resistencia ha protegido estos pacientes contra el estigma internalizado.

Finalmente, es importante difundir este resultado que demuestra la importancia de una rehabilitación basada en comunidad, que permite a las personas evidenciar su realidad y levantar barreras para evitar ser invadidos por calificativos devaluadores que afectan en todo sentido su realización de vida digna.

Referencias Bibliográficas

1. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16-20.
2. Fernando Muñoz, L., & Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿cambios significativos? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100008>
3. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
4. Grandón Fernández, P., Saldivia Bórquez, S., Cova Solar, F., Bustos, C., & Turra Chávez, V. (2016). Análisis psicométrico y adaptación de la escala de actitudes comunitarias hacia la enfermedad mental (CAMI) en una muestra chilena. *Universitas Psychologica*, 15(2), 153-162. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.apae>

5. Merino-Martínez, R. M., Morillo-Gallego, N., Sánchez-Cabezas, A. M., Gómez-López, V. E., & Crespo-Montero, R. (2019). Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la ansiedad/depresión en pacientes en hemodiálisis crónica. *Enfermería Nefrológica*, 22(3), 274-283. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000300006>
6. Ministerio de Salud (MinSalud). (1993). Resolución 8430 de 1993. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
7. Ministerio de Salud (MinSalud) y Colciencias. (2015). Encuesta Nacional de salud mental-2015. Gobierno de Colombia, Colciencias. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf.
8. Moreno Fergusson, M. E., Muñoz de Rodríguez, L., Alemán Parra, C. M., Ávila Martín, L. A., Badillo Romero, K. T., & Barajas Lizarazo, M. A. (2016). De la teoría de enfermería a la práctica experiencias con proyectos de gestión del cuidado (1.^a ed.). Universidad de la Sabana.
9. Naranjo Valentín, R., Cobo Martínez, F., Rebolleda-Gil, C., & Gonzáles Fraile, E. (2017). Centro de rehabilitación laboral y trastorno mental grave: experiencia y seguimiento de usuarios en la comunidad de Madrid. *Comunicaciones Libres Sujetos a lo Social*, 1.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Plandeacción sobresa salud mental 2013-2020. [online] Disponible desde: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf [Acceso el 27 Septiembre 2021].
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Desórdenes mentales. (2019). OMS.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). Guía de intervención MHGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. OPS. <https://iris.paho.org/Handle/10665.2/34071>
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Comunicado de prensa. Más de 800 000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo, según un nuevo informe de la OMS. *Salud mental*, 37(5), 449-450. Recuperado el 27 de septiembre de 2021 de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500012&lng=es&tlng=es.
14. Padín, G. A. (2012). Esquizofrenia. *Cuadernos del Tomás*, (4), 151-172. Recuperado el 3 de octubre de 2018 de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
15. Paredes Márquez, H. M., Jiménez Trejo, G., & Vázquez Estupiñán, M. F. (2012). Medición edición del estigma internalizado y su relación con la adaptación social en pacientes psiquiátricos. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 15(2), 88-92. <https://doi.org/https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2012/vre122d.pdf>
16. Ruiz, M. Á., Montes, J. M., Lauffer, J. C., Álvarez, C., Mauriño, J., & de Dios Perrino, C. (2012). Opinions and beliefs of the Spanish population on serious mental illnesses (schizophrenia and bipolar disorder). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 5(2), 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2012.01.003>

- 17.** Tanabe, Y., Hayashi, K., & Ideno, Y. (2016). The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: validation of the Japanese version. *BMC Psychiatry*, 16, 116. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0825-6>
- 18.** World Health Organization (WHO). (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. *Who.int*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

LA RELACIÓN INTRAPERSONAL: PRIMER PILAR DE LA RELACIÓN DE CUIDADO. EXPERIENCIAS Y REFLEXIONES DEL CAMPAMENTO DE SALUD MENTAL

Andrés David Bernal Galvis¹, Vanessa Margarita León Ospina¹, Nicol Vanessa Posada Sánchez¹, Andrés Steven Ibagué Peralta¹, Jack Bejarano Duarte¹, Sandra Vibiana Carvajal Muñoz¹

Resumen:

La relación intrapersonal, entendida como la capacidad de observar las emociones, ideas y comportamientos en un contexto particular y de manera histórica (Cooper, 2003), implica sistemáticos procesos de autorreflexión en un diálogo consigo mismo (Alonso, 2000) que produce un estado de ánimo o tono emocional, así como el desarrollo de la confianza y serenidad propia en la vida cotidiana y los compromisos que se puedan adquirir (Rogers y Wainberg, 2014). En la construcción de esta relación, se manifiesta un cuidado de sí mismo que resuena en la pregunta orientadora del primer semestre del pregrado de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas y que se busca enfatizar a lo largo de la carrera. En el marco del hilo conductor de Cuidado y Calidad de Vida, la salud mental se reconoce, en primer lugar, como un estado vital del estudiante, docente y, en general, de la comunidad académica. En consecuencia, al plantear el desarrollo de los contenidos académicos requeridos para la carrera de Enfermería, se ubica la salud mental del estudiante como centro, lo que estimula a comprometer algunas estrategias de la formación que impliquen el desarrollo humano.

En este marco, durante el semestre 2021-2022, se realizó el Campamento de Salud Mental con estudiantes de primer semestre, en el que se enfatizó en la relación intrapersonal. El presente artículo presenta una de las experiencias centrales de este, llamado “Esculturas colectivas”, a partir de las reflexiones de los y las estudiantes que participaron en el campamento. Finalmente, se plantean conclusiones construidas en comunidad, con el equipo facilitador del campamento.

Palabras clave: percepción, toma de decisiones, emociones.

Historial del artículo:

Fecha de recibido: 08-09-2021 – Fecha de aceptado: 07-10-2021

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas. FUJNC.

Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

DOI: <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v3iSupl.1.608>

¹Estudiantes de primer semestre de Enfermería 2021-2022. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá, D.C., Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: andres-bernal@juanncorpas.edu.co

INTERPERSONAL RELATIONSHIP: FIRST PILLAR OF CARE, RELATIONSHIP, EXPERIENCES AND REFLECTIONS OF MENTAL HEALTH CAMP

Abstract:

The intrapersonal relationship understood as the ability to observe their emotions, ideas and behaviors in a particular context, and historically (Cooper, 2003), implies systematic processes of self-reflection in a dialogue with oneself (Alonso, 2000) that produces a state of mood or emotional tone, and the development of the confidence and serenity of counting on oneself in daily life and for the commitments that may be made (Rogers and Wainberg, 2014). In the construction of this relationship, self-care is visible that is in the guiding question of the first semester of the nursing course and that will seek to emphasize semester by semester within the framework of the guiding thread of Care and Quality of Life, in the which is recognized, first of all, mental health as a state of the student, teacher and the academic community in general. Consequently, when proposing the development of the academic content required for the discipline of Nursing, the mental health of the student is placed as the center, which encourages them to compromise other training strategies that involve human development.

In this framework, during the 2021-2 semester, the Mental Health Camp was held with first-semester students, about the intrapersonal relationship. This article presents one of its central experiences, called: collective sculptures; from the reflections of the students who participated in the camp, raising conclusions co-constructed with the facilitating team of the camp.

Keywords: perception, decision making, emotions.

Introducción

El Proyecto Educativo de Programa (PEP) de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas (Román et al., 2015), en el apartado de competencias generales —que se refiere al desarrollo personal, el cual está alineado con la misión del Proyecto Educativo Institucional (Piñeros Ricardo et al., 2019) y resalta la contribución al desarrollo de la persona de manera integral y pertinente con sentido humanístico, ecológico y social dentro del marco de la excelencia—, ha establecido un hilo conductor de Cuidado y Calidad de Vida, en el cual se reconoce la salud mental como un estado vital del estudiante, docente y en general de la comunidad académica.

Así, en el ciclo de fundamentación, que ocurre durante los primeros tres semestres, se realizan los Campamentos en Salud Mental², en los que se privilegia la vivencia interna como fuente de aprendizaje; en estos, el estudiante conoce y fortalece su estructura psíquica, en el camino de dar sostén mental para sí mismo, y desde allí recibe y organiza nuevos contenidos en los que profundiza, a fin de desarrollar habilidades para atender la salud mental de las personas requirentes de cuidado, en especial, aquellos que implican mayor complejidad. En dichos semestres, se abordan tres relaciones: la intrapersonal, la interpersonal y los lazos sociales.

Como se mencionó anteriormente, la relación intrapersonal es entendida como la capacidad de observar las emociones, ideas y comportamientos (Cooper, 2003), que traen consigo cambios en el desenvolvimiento cotidiano, tanto personal como colectivamente. En la construcción de esta relación, se visibiliza un cuidado de sí mismo que está en la pregunta orientadora del PEP, cuyo hilo conductor procura construir fundamentos en los y las estudiantes que conlleven al cuidado de sí mismo y de los otros. Desde la perspectiva genealógica de Foucault, el cuidado de sí se entiende como un conjunto de prácticas, mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo; así, en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones (Giraldo y Zuluaga, 2013).

Según el psicoanálisis, todo proceso psíquico implica la relación consigo mismo y la comprensión de las fuerzas a las que está sometida la mente del ser humano. En el proceso del autoconocimiento, el ser humano identifica la forma de afrontar las exigencias del mundo exterior y de su mundo interior, la relación entre ambos y el sufrimiento psíquico, entre otros aspectos. Uno de los aspectos relevantes en el autoconocimiento es la causa del sufrimiento psíquico, dado que este tiene la capacidad de impulsar el dinamismo interior; Freud (1984) atribuye el sufrimiento a tres fuentes (la naturaleza, la realidad y las relaciones), ubicadas en el mundo exterior. Paradójicamente, la mitigación de dicho sufrimiento no se encuentra al intervenir en el mundo exterior, sino en el mundo interior.

En lo que se conoce como la Prevención del Burnout, Nespeira-Campuzano y Vasquez-Campo (2017) enfatizan en que “las emociones influyen notoriamente en el proceso curativo del paciente, ya que estas se consideran componentes esenciales en la salud de la persona” (p. 176). Estas transacciones emocionales, calidez y comprensión, que involucran al profesional de enfermería, exigen inteligencia emocional para afrontar con mayor solvencia las exigencias que el trabajo plantea, en el que se destaca que la claridad y la reparación emocional tiene una relación de alto nivel de significancia al momento de encontrar la realización laboral.

Por su parte, la relación de cuidado en el ejercicio profesional y el aspecto psicodinámico del trabajo en enfermería —expuesta por Dejours y retomada en particular para el trabajo de cuidado por diversas autoras como Molinier, Wlosko, Ros, entre otras (citadas en Borgeaud-Garciandía (2018))—, develan la gran exigencia psíquica que conlleva la construcción de relaciones de cuidado por los y las profesionales de enfermería. De esta forma, como parte de la formación durante el pregrado, se requiere brindar elementos para la construcción de dichas relaciones; en el primer semestre, en particular, la Escuela de Enfermería de la Fundación Juan N. Corpas orienta dicho trabajo a la consecución de la relación intrapersonal, sin la cual los demás componentes de las

²A la fecha, la experiencia del Campamento de Salud Mental dura veinticuatro horas y aborda: (a) la mente en el cuerpo; (b) la teoría de la mente como base de la empatía; (c) toma de decisiones y superación de la dicotomía emoción-razón, y (d) el autoconocimiento como tarea fundamental y permanente.

relaciones de cuidado no tendrían lugar, pues, si no hay sujeto, ¿cómo encontrarme con el otro/a, sean colegas, miembros del equipo de salud o las personas que se atienden? (Piñeros Ricardo et ál., 2019).

Durante el semestre 2021-2022, se realizó el Campamento de Salud Mental con estudiantes de primer semestre, acerca de la relación intrapersonal. A continuación, se presenta una de las experiencias de dicho encuentro, “Esculturas colectivas”, la cual suscitó las reflexiones de los y las estudiantes que participaron.

Esculturas colectivas: Campamento de Salud Mental de la asignatura Cuidado y Calidad de vida (14, 15 y 16 de agosto de 2021)



Nombre de la escultura: “La chalaca y el helado”

Creadores/as: Kenny Javier Fonseca Trujillo, Linda Lucía López Perdomo. Sandra Vibiana Carvajal Muñoz

Descripción:

Somos cuerpos diferentes, pero el bienestar es un factor común: si estamos bien emocionalmente, podemos tener la capacidad de actuar mejor ante los demás. Las relaciones intrapersonales nos facilitan las relaciones con otros, al ayudar de forma mutua al crecimiento intrapersonal; así, podrá haber un mejor y más eficaz trabajo para poder sobrellevar las exigencias del exterior.

En la escultura, se aprecian un hombre y una mujer que tienen un vínculo afectivo: la amistad. Se encuentran en un entorno recreativo, relajados, sin afán ni preocupaciones; solo disfrutan del momento. Ella está practicando fútbol y demuestra su pasión por él; esa disciplina, ese sacrificio, esa pasión, se reflejan en su cuerpo, así como su

amor, dedicación y alegría, al realizar una maniobra física y golpear un balón con el pie. A la jugada, en este caso, se le llama chalaca. Se observa muy cerca de ella a un él: un hombre, un amigo, un confidente, que comparte con ella un gusto en común, y que demuestra su apoyo a su amiga, su compañera, con un delicioso helado.

Aprendizaje

1. Todos podemos llegar a expresar nuestras emociones.
2. Todos las expresamos de maneras diferentes.
3. A pesar de los múltiples defectos que tenemos, las cualidades pueden ayudar a compensarlos.
4. Todos podemos llegar a necesitar ayuda de un/a profesional en algún momento de nuestras vidas.
5. Podemos llegar a controlar y mejorar la manera de expresarnos ante el mundo.
6. Cada ser humano tiene una lucha interna, por eso debemos ser siempre solidarios.
7. Somos un manojito de emociones sin explorar.
8. Estamos en continua evolución del reconocimiento del verdadero yo.



Nombre de la escultura: “Desapego”

Creadores/as: Andrés David Bernal Galvis, Nicole Vanessa Escalante, Fabián Camilo Díaz Kelly Stefany Ayala

Descripción

La escultura representa la necesidad que tenemos como individuos de identificar lo positivo y negativo que nos brindan las personas de nuestro entorno. Así mismo, la potencia que tenemos como seres racionales de recibir aquello positivo y desechar lo negativo, lo que nos convierte en los responsables del manejo de nuestras emociones, al tener en cuenta que todas nuestras decisiones tienen consecuencias y que nos pueden afectar física, emocional y psicológicamente.

Está ligado directamente con el amor propio, pues sé que, si yo me amo, me respeto y me valoro, puedo permitir o no aferrarme y dejarme afectar por las cosas negativas; Puedo optar por tomar de ellas solo aquello que me permita fortalecer mi camino, que favorezca mi crecimiento como persona y que guíe mis sueños y propósitos.

Aprendizaje

Nos llevamos una gran experiencia, ya que tuvimos la posibilidad de interactuar como grupo desde un ámbito diferente al académico, lo que nos permitió conocer un poco más de nuestros compañeros. De igual manera, adquirimos herramientas para regular o manejar nuestras emociones, a creer en nosotros mismos y saber quiénes somos en realidad para lograr llegar a nuestra meta individual.



Nombre de la escultura: “Compasión”

Creadores/as: Jack Bejarano Duarte, Danna Valeria Solano Briñez, Nicol Sofía Quimbayo Rodríguez, Sharon Arlene Quimbayo Rodríguez

Descripción

En la escultura, se reflejan varios sentimientos juntos, como el consuelo, el amor, la seguridad y la tristeza. Estas son emociones que van conectadas a nuestros pensamientos y nuestras acciones, lo que da como resultado una emoción interactiva con las personas alrededor del entorno. Esto es lo que expresa la escultura: no una emoción, sino varias y su respectivo significado al verla; mirar a profundidad los rasgos físicos que pueda darnos una similitud, de lo que significa aquella. La escultura tiene una historia muy conmovedora: trata de dos hermanas que tienen un vínculo amoroso, la hermana pelinegra está consolando a su hermana que sufre de esquizofrenia —una enfermedad mental que puede causar cambios como diferentes personalidades, emociones y escuchar voces—, algo que ella no puede controlar, pero gracias al apoyo y seguridad que le da la hermana puede afrontar y combatir sus emociones negativas e interactuar con las personas para así tener conexiones afectivas con ellas.

Aprendizaje

Aprendimos a conectarnos con el pasado, para revivir esos momentos alegres y tristes; algunos compañeros pasaron momentos muy tristes y les sirvió desahogarse y quitar ese pensamiento negativo que vivieron en el pasado. Pudimos evidenciar que la tranquilidad es un reflejo que podemos dar a la sociedad, que no tenemos que agachar la mirada, sino observar el mundo con una perspectiva emocional e interactiva; mirar lo que la gente demuestra con su rostro, dar una mirada crítica de las emociones del entorno que conforma un individuo. En el campamento, aprendimos que la seguridad, la confianza y las emociones van conectadas entre sí, lo que da como resultado un propósito de vida y los sueños que con dedicación se pueden volver realidad. Que hay que intentar y no rendirnos, a pesar de las adversidades que haya, luchar por las cosas que realmente queremos y mostrar respeto a los demás y a nosotros mismos, recordar que una buena postura y un buen equilibrio nos permiten tener más presencia y más seguridad cuando expresamos nuestros sentimientos.



Nombre de la escultura: “El amor a la muerte”

Creadores/as: María Camila Afanador Triana, Mayerly Santamaría Jeréz, Astrid Alejandra Núñez Gáfaro, Esteban Espitia Cubillos

Descripción

La forma del sentimiento, basado en el arte, es caracterizada por el dolor de la pérdida, por el amor al tiempo y el odio a la muerte. Se sabe que el ser humano se aferra a las emociones y las transforma en un aspecto relativo a su salud, tanto física como mental; por ello, es necesario que el humano posea paz mental y espiritual. Sin embargo, existen circunstancias que afectan estos procesos de superación e interrumpen en el camino de la armonía; aun así, el dolor, la tristeza y el llanto son esenciales para poder llegar a este sendero, pues nuestro pasado conlleva emociones de todo tipo, como alegría, tristeza, dolor, miedo, euforia. Nuestra escultura evidencia la pérdida: el amor es consumido por el odio y el dolor. Muchos verán estas emociones como negativas, pero, según nuestra manera de pensar, el odio lleva al perdón y el dolor a la paz; la vida no está diseñada para vivirse de una manera monótona. Los sucesos ocurren por un motivo y nosotros representamos la paz mental y su salud, a través del dolor.

Aprendizaje

El campamento fue diseñado para buscar la paz y armonía que perdemos con el paso de los años y nos enseñó a identificar cada paso, hasta poseer la tranquilidad que nos fue arrebatada por las emociones negativas. En el reconocimiento del pasado, el cual, para algunos, fue un momento muy importante que se ve reflejado en su

personalidad, pudimos recordar y lidiar con las emociones que nos aferran a él. Además de esto, concluimos la importancia de centrarnos en nosotros mismos, cuidarnos y, lo más importante, que es prestar atención a nuestra salud mental. La enseñanza fue más de una, sin embargo, clasificamos el perdón y desaferrarse del pasado como las primordiales en el campamento; además, saber tomar decisiones para estar mejor con nosotros mismo, para llevar una vida más sana, así como la importancia de tener una buena salud mental.



Nombre de la escultura: “La pérdida”

Creadores/as: John Alexis Alba Contreras, Angie Hernández, Diana Ramírez, Vanessa León

Descripción

Nuestra escultura representa la pérdida, en la que evidenciamos el amor, el apoyo, la tristeza; tal vez no necesitamos perder a alguien para vivir estas emociones, pero siempre necesitamos del otro, para que nos ayude a levantarnos y sea nuestro apoyo, ya sea la familia, la pareja o los amigos.

Aprendizaje

No importa la situación por la que estemos pasando: debemos tener en cuenta que no estamos solos, siempre habrá alguien dispuesto para ayudarnos a pasar por un duelo. Solo debemos alzar la cabeza, levantarnos, comunicar nuestro problema a la persona más cercana con la certeza de que me podrá escuchar y ayudar a superar cualquier crisis. No estamos solos, debemos afrontar nuestras situaciones o problemas con motiva-

ción y esperanza al entender que el sentimiento no dura para siempre, es momentáneo si se sabe llevar de la mejor forma.



Nombre de la escultura: “La pasión de una danza”

Creadores/as: Rafael Stiven Martínez Almeida, Nicol Vanessa Posada Sánchez, Ana Sofía Guarnizo Ochoa, Laura Daniela Moreno Cepeda

Descripción

La danza es la historia de dos individuos unidos por una razón: pasión y amor; la pasión de compartir el mismo gusto por la danza y el amor que surgió de ella. Los dos enamorados le muestran a su público la felicidad y compromiso tan grande que tienen al hacer lo que aman y con quien aman. La expresión corporal que escogimos como grupo fue llamada la pasión de una danza. Nuestro objetivo fue darle a conocer a nuestros compañeros, docentes e invitados las diferentes emociones y sentimientos que se pueden presentar y apreciar en una acción que a muchas personas les llama la atención, en este caso la danza; además, representarlo en una figura de expresión corporal. Las emociones y sentimientos que evidenciamos de nuestra escultura fueron alegría, tradición, técnica, estado físico, unión, sincronización, amor, pasión, protección, alegría y compromiso.

Aprendizaje

El ejercicio de tres días nos dio seguridad, confianza, amor por nosotros mismos y por los demás; nos enseñó el valor de trabajo en equipo, que las buenas acciones nos pueden ayudar en el presente, incluso mucho más en el futuro. Pudimos darnos cuenta de las cargas internas que cada persona lleva en su interior y lo difícil que es soltarlo o, incluso, compartirlo, pero de alguna forma algunos lograron tener esa fuerza y desahogarse, al soltar ese pasado oscuro que nos ata fuertemente. Los invitados nos dejaron la reflexión de nunca rendirse, que en la vida siempre habrá caminos complejos, pero debemos enfrentarlos y seguir adelante con el plan. Nunca rendirnos, incluso si llegamos a cumplir un reto, pues tenemos que seguir proponiéndonos aún más, porque de eso se trata la vida: de intentar una y otra vez.



Nombre de la escultura: “El último baile”

Creadores/as: Andrés Ibagué, Brian Ramírez, Ángela Nova, Sebastián Rosero

Descripción

Una pareja se sitúa en un hermoso pub de los años ochenta. El hombre, cuyo propósito es ir a la guerra, desea estar una última noche con el amor de su vida, a quien diagnosticaron con leucemia. Así que se proponen ir a fumar y tomar unas copas de brandy, para abandonar un poco la realidad. La lluvia inundó aquel bar y el joven decidió bailar con su novia en la terraza del estableci-

miento: puso una hermosa melodía y bailó junto a ella; rieron y disfrutaron de su último baile en una noche lluviosa junto a la luz de luna llena.

Aprendizaje

Se logró obtener un mejor manejo de las emociones, pues esta enseñanza era uno de los focos de interés y en lo que se quería centralizar a los estudiantes. Logramos replantear nuestros sueños y metas, al tener en cuenta lo que queremos cumplir a lo largo de nuestras carreras. Nos fue de mucha utilidad para dar el primer paso en depositar algo de confianza a esas personas que nos acompañarán a lo largo del pregrado, quienes serán los compañeros que tendremos en el camino hacia el éxito y formación como los mejores enfermeros. También fue de mucha ayuda para liberar todas esas emociones que teníamos atrapadas desde hacía mucho tiempo y que no sabíamos cómo expresar ante las demás personas.

Discusión

La Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013) define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales (ejecutivos) para tramitar por la vida cotidiana, para trabajar, establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. En la experiencia del campamento, se revelan y fortalecen los recursos en mención, a través de vivencias con el cuerpo y el diálogo consigo mismo.

El cuerpo y la relación intrapersonal

El acercamiento al cuerpo, el lugar donde convergen las experiencias del ser, sucede por medio de los sentidos. El darse cuenta de manera consciente de lo que se ve, escucha y se siente dentro y fuera del propio cuerpo ha sido un medio frecuente hacia el autoconocimiento, tanto en disciplinas ancestrales como en las prácticas más modernas. Autores como Reinhard Flatischler (2005) y Diane Austin (2008) invitan a volcar la atención hacia la propia voz y la naturaleza

rítmica musical del cuerpo, para llegar a estados de conciencia en los que se facilita el autoconocimiento, la expresividad de las emociones y la catarsis. La exposición receptiva a música ambiental, cuyos referentes modernos son la música incidental para cine, teatro o televisión, sobresale por su potencial sedativo o activador para ejercicios evocativos, que conducen a experiencias de reconocimiento emocional o autobiográfico. El cuerpo se vale de la música y lo sonoro como un puente que une los elementos del mundo invisible, como la imaginación, la memoria y la asociación, y nos traslada a la consciencia, como lo sugieren Pfeiffer y Zamani (2019).

El cuerpo ha sido sujeto de múltiples miradas teóricas a lo largo de la historia, entre ellas la perspectiva biomédica, propia de la biología, que concibe al cuerpo como un organismo en que operan funciones naturales; la perspectiva psicoanalítica, que lo concibe como un centro de energía, cuya circulación y expresión está facilitada o bloqueada por actitudes mentales; la perspectiva espiritual, que concibe el cuerpo como el lugar de habitación del alma, y la perspectiva existencial, que observa al cuerpo como existencia corporizada, el lugar desde y donde se organiza experiencialmente la existencia (Castro, 2011). Estas miradas invitan a reflexionar, en todo caso, en cómo el cuerpo constituye un correlato de la experiencia emocional y cognitiva, y, más allá, cómo el cuerpo es sistema en el que convergen y se dinamizan la experiencia del ser.

Estos abundantes desarrollos teóricos han abierto la puerta a la observación, el estudio y la práctica de la corporalidad en su relación con las demás dimensiones humanas, al comprenderla como una de las puertas de acceso a estas. Dan cuenta de ello la emergencia de sistemas de práctica como la Danza Movimiento Terapia, el Movimiento Vital Expresivo, el Teatro imagen y el Teatro del oprimido, entre otras, que hacen parte del acercamiento psicocorporal para el cuidado y la promoción del bienestar humano. Estas prácticas, que hacen parte de las técnicas performativas en la atención en salud, han probado su potencial en diversos escenarios de atención e, incluso, en Colombia, están integradas a las

orientaciones metodológicas para la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Quien ejerce la enfermería se repliega sobre el cuerpo de cuidado y, a través de este, accede a la mente de las personas en momentos de gran conmoción; por lo tanto, la formación del talento humano en enfermería enfrenta el desafío que implica cuidar con el cuerpo y llegar al sujeto que se es, dentro de la experiencia de alto potencial humanizador que es cuidar. Si se ha tomado la opción de profesionalizar el cuidado, ¿cómo hacer de la experiencia de cuidar un camino hacia la realización personal? Comprender la vulnerabilidad y lo que entraña para la relación de cuidado, comprender el alivio de un oportuno contacto para el dolor y la fuerza de los silencios en diálogos inundados por la emoción pueden ser los recursos que un estudiante conquiste sin que nadie le señale, si ha tenido promoción del sujeto que está llamado a ser.

La experiencia de dialogar consigo mismo

El compromiso que reviste ser docente en salud mental ha permitido comprender que una didáctica efectiva para la formación de profesionales con capacidades para entablar relaciones terapéuticas requiere la combinación de la vivencia, conceptualización, práctica con otros/as y la gestión creativa. Dicho proceso de formación inicia en su etapa de fundamentación como proceso de desarrollo personal, en la experiencia de campamento sobre la relación intrapersonal. La realidad interna es siempre tan esquiva que, apoyada en el lenguaje, alumbra las verdades propias, para seguir los intereses o inquietudes y poder comprenderse al recorrer los propios terrenos una y otra vez, hasta encontrar esos tesoros de certezas que no están en ninguna otra parte, sino en la profundidad de la realidad interior. El diálogo consigo mismo es capaz de las más cálidas alianzas y expresiones de afecto, las palabras alcanzan tal intimidad, como solo es capaz la poesía.

En la experiencia del diálogo consigo mismo se resalta el concepto freudiano acerca del logro del niño, al ser capaz de expulsar el mundo exterior, al inaugurar los primeros pasos de la relación consigo mismo.

Por medio de ellas [las representaciones verbales] quedan convertidos los procesos mentales interiores en percepciones. Es como si hubiera de demostrar que todo conocimiento procede de la percepción externa dada una sobrecarga del pensamiento son realmente percibidos los pensamientos -como desde fuera- y tenidos así por verdaderos. (Freud, 1992)

De allí la importancia de ejercicios vivenciales, como el campamento señalado en el presente artículo, en el que el/la estudiante logra identificar su lenguaje interior y con ello fortalecer la relación consigo mismo/a como sujeto.

Conclusiones

El campamento nos da respuestas en la búsqueda por una didáctica específica para abordar la salud mental. La mente está inmersa en el cuidado y el estudiante necesita revisar su estado mental y fortalecerse. Al no ser un contenido de la cognición, la escuela ofrece espacios controlados y dirigidos para brindar una experiencia que promueva un encuentro consigo mismo en la observación de la realidad interior en procesos de autorreflexión que definitivamente le muestren el estado de la relación intrapersonal soporte para entablar procesos sostenibles de autocuidado.

En los cuidados de enfermería, accedemos a la mente a través del cuerpo. Desde primer semestre, necesitamos entendernos en nuestra corporalidad, reconocer en ella tanto la cultura como nuestra biografía, para de esta manera tener recursos mentales suficientes que nos permitan abordar los cuerpos de cuidado tremendamente presentes a causa de la enfermedad, desde la fuerza del sujeto.

Lo anterior instala la construcción de aquello que cada quien requiere para entablar vínculos de cuidado requeridos para el ejercicio profesional de enfermería. Durante los semestres venideros, podrán profundizar en la relación intrapersonal que visibilizaron durante el presente campamento, con el consiguiente fortalecimiento como parte del hilo conductor de Cuidado y Calidad de Vida que promueve el programa de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, para así resaltar el cuidado de sí para cuidar a otros/as/es.

Agradecimientos

Estudiantes de primer semestre de Enfermería 2021-2022. Maritza Barroso Niño, enfermera, especialista, coordinadora de A. SALUDARTE y docente coordinadora del Campamento de Salud Mental 2021-2022. Juan David Guerrero Arbeláez, magíster en Música. Erika Alejandra Ramírez Gordillo, enfermera y magíster. Adriana González Vega, enfermera y magíster. Y Laura Olarte, bióloga y fotógrafa del campamento.

Referencias Bibliográficas

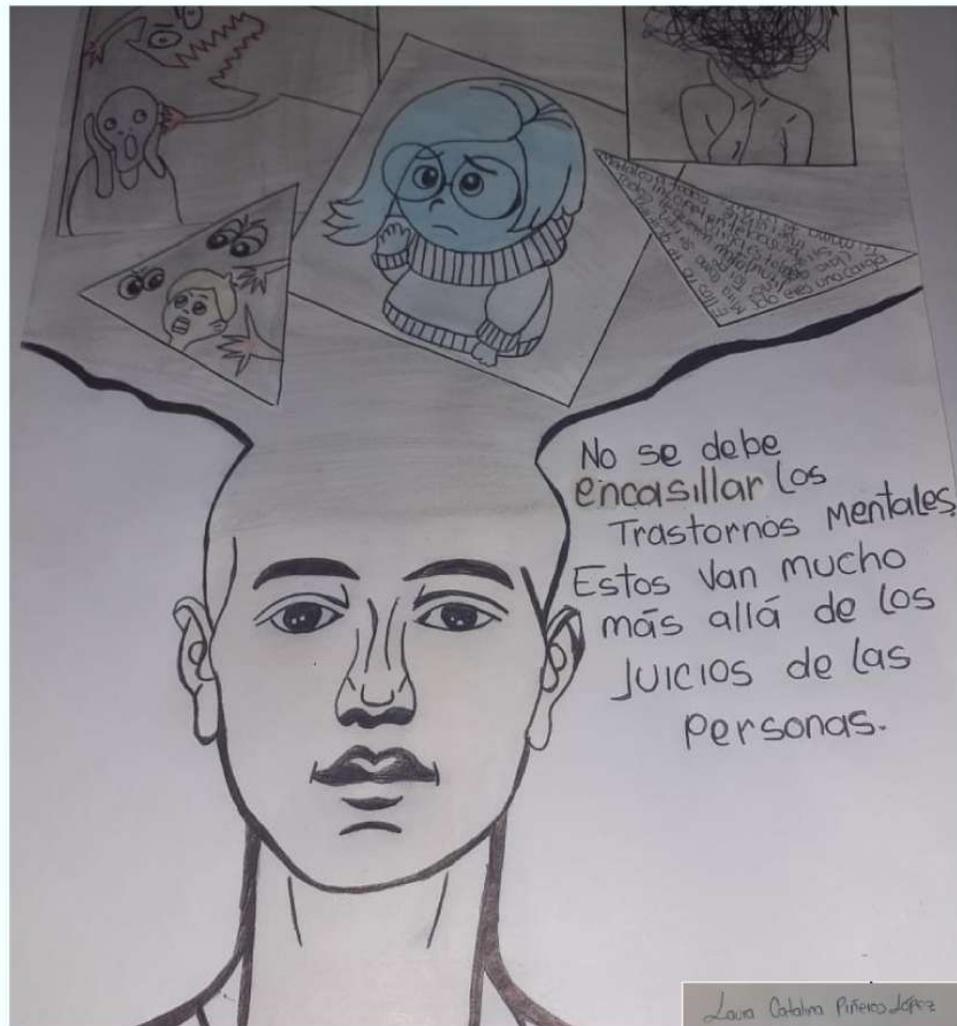
1. Alonso, L. (2000). El papel del lenguaje interior en la regulación del comportamiento. *Educere*, 3(9), 61-68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35630911>
2. Austin, D. S. (2008). *The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy: Songs of the Self*. Jessica Kingsley Publishers.
3. Borgeaud-Garciandía, N. (2018). El trabajo de cuidado. Fundación Medifé. <https://fundacionmedife.com.ar/sites/default/files/PDF/Edita/EI%20Trabajo%20De%20Cuidado-DIGITAL.pdf>
4. Castro, A. M. D. (2011). Corporalidad en el contexto de la psicoterapia. 30.
5. Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 del 21 de enero de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. <https://bit.ly/32oLZml>
6. Cooper, M. (2003). «I-I» and «I-Me»: Transposing Buber's Interpersonal Attitudes to the Intrapersonal Plane. *Journal of Constructivist Psychology*, 16(2), 131-153. <https://doi.org/10.1080/10720530390117911>
7. Flatischler, R. (2005). *El poder olvidado del ritmo: TAKE TI NA*. Mandala Ediciones.
- Freud, S. (1984). *El malestar en la cultura*. Alianza Editorial.
8. Freud, S. (1992). *El yo, el ello y otras obras (1923-1925) (vol. 19)*. Amorrortu editores. <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/19%20-%20Tomo%20XIX.pdf>
9. Giraldo, L. F. G., y Zuluaga, C. G. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*, 14(22), 15. <http://www.scielo.org.co/pdf/difil/v14n22/v14n22a12.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Estrategia de Atención Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado*. En el marco del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas—PAPSIVI. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/estrategia-atencion-psicosocial-victimas-conflicto-armado-papsivi.pdf>

- 11.** Nespereira-Campuzano, T., y Vázquez-Campo, M. (2017). Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enfermería Clínica*, 27(3), 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.007>
- 12.** Pfeiffer, C., y Zamani, C. (2019). Explorando el cerebro musical. *Musicoterapia, música y neurociencias* | varios autores. Kier, editorial. <http://www.elargonauta.com/libros/explorando-el-cerebro-musical-musicoterapia-musica-y-neurociencias/978-84-17581-63-3/>
- 13.** Piñeros Ricardo, A. M., Piñeros Ricardo, L. G., y Piñeros Ricardo, J. D. (2019). *Corpas Humana, Corpas Social, Corpas Global. Proyecto Educativo Institucional. Fundación Universitaria Juan N. Corpas.* https://www.juanncorpas.edu.co/fileadmin/Brenda_2/PEI_Corpas_Humana_Corpas_Social_Corpas_Global_18112019.pdf
- 14.** Rogers, C. R., y Wainberg, L. R. (2014). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica.* Paidós.
- 15.** Román, M. A., Joya, F., y Becerra, A. C. (2015). *Proyecto Educativo del Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.* Fundación Universitaria Juan N. Corpas.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO



Proyecto final Cuidados de Enfermería V: paciente con alteraciones mentales

Enfermería - Semestre VIII

2021 - 02



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

ANDREA KATHERIN ARIAS TRIANA



Andrea Arias



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

SERGIO ANDRES AVELLA TORRES



Las personas con trastornos mentales tienen la capacidad de soñar e imaginar mundos diferentes sí, pero ¿quién dijo que todos somos iguales?



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

MARÍA JOSÉ BARRAGAN MAHECHA

Los estereotipos tapan los ojos de una sociedad que solo mira y juzga.

ME SIENTO SOLO

T
R
A
B
A
J
O

¿Seré malo para convivir en la sociedad?



R
E
D
E
A
P
O
Y
O



F
A
M
I
L
I
A



A
M
I
G
O
S



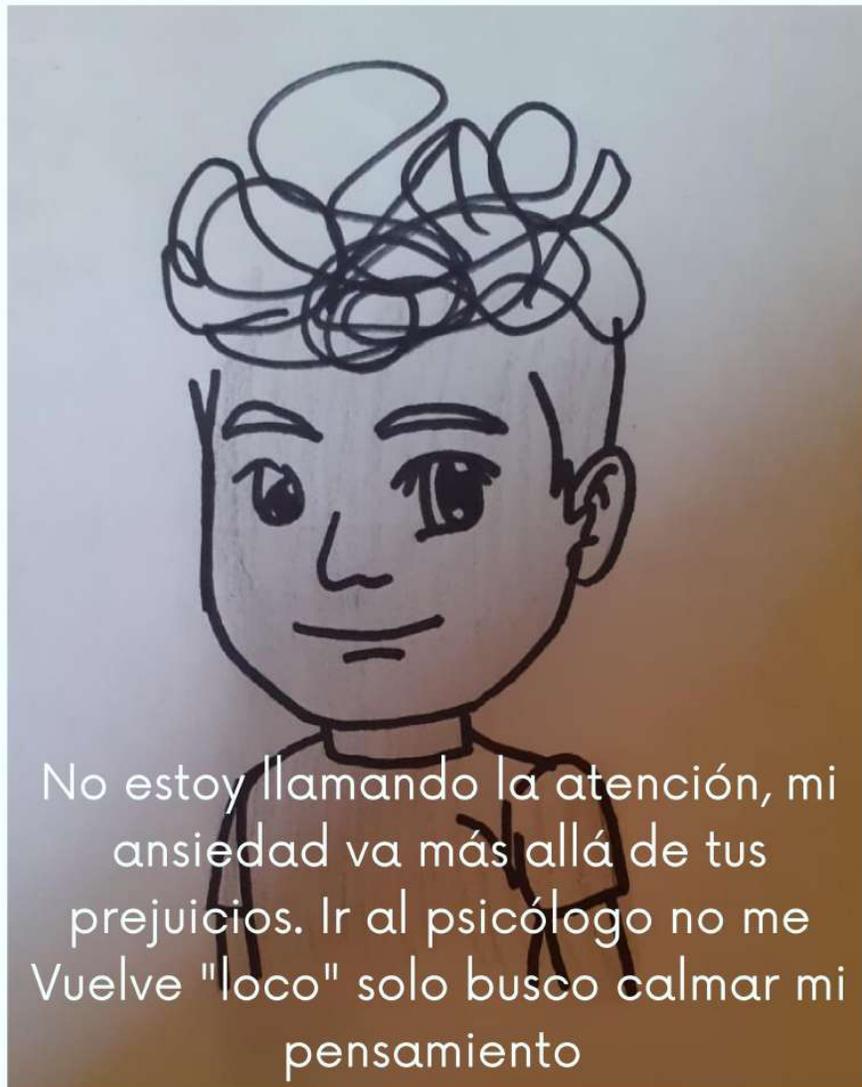
¡NO JUZGUES TAN DEPRISA! TÓMATE EL TIEMPO DE ESCUCHAR Y AYUDAR



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

DANIEL BECERRA PABÓN

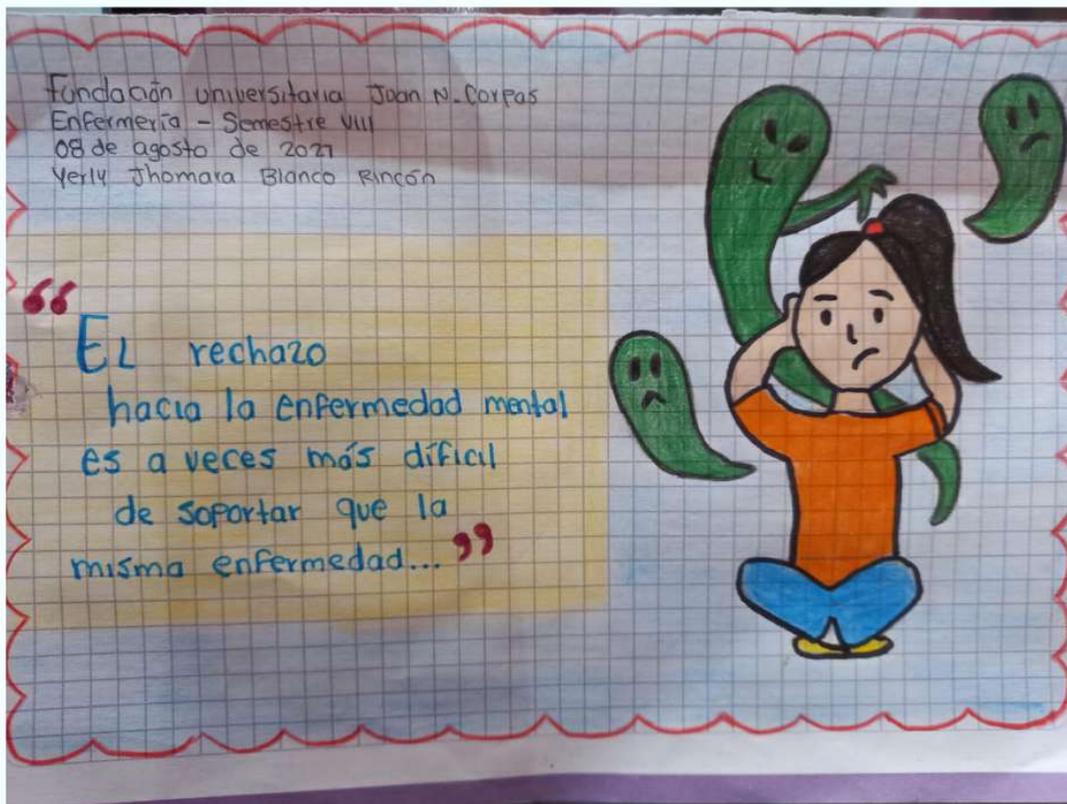




FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

YERLY JHOMARA BLANCO RINCÓN

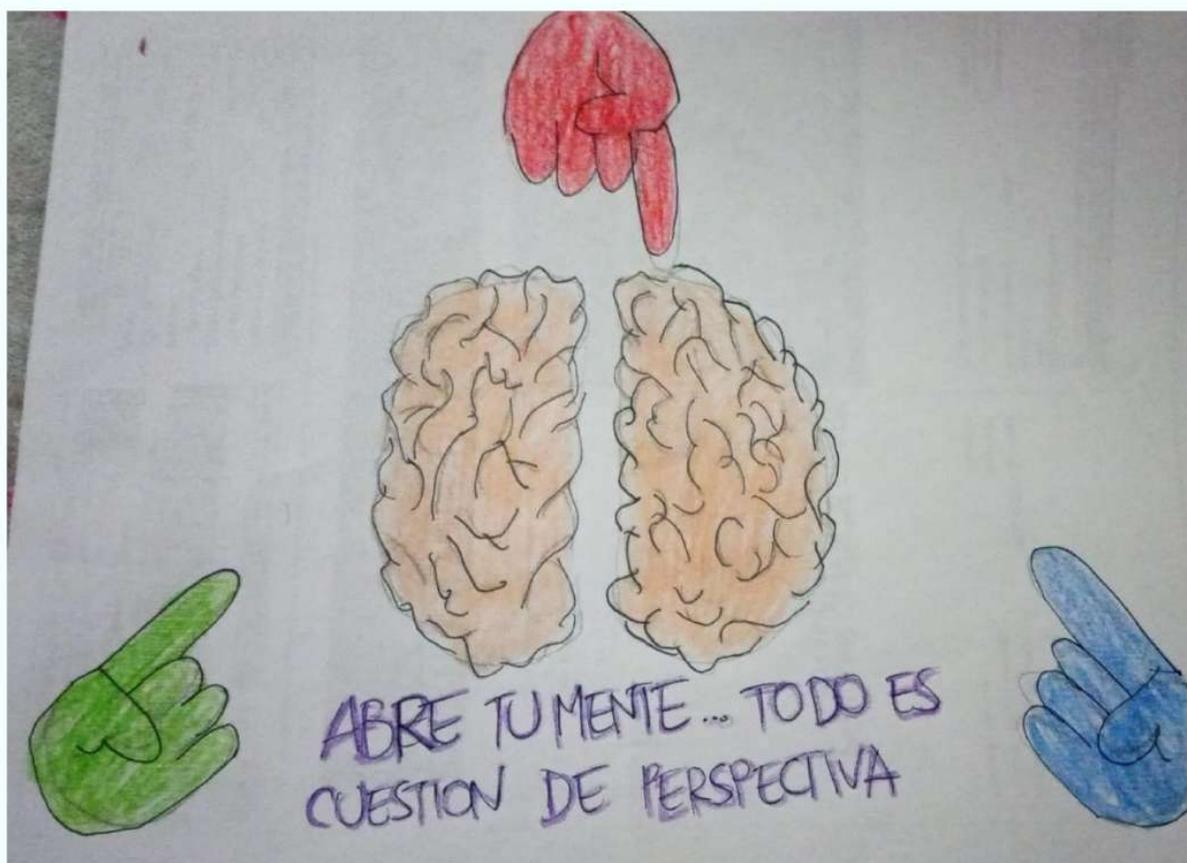




FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

**BRANDON ESTEBAN BRICEÑO
PIQUETERO**

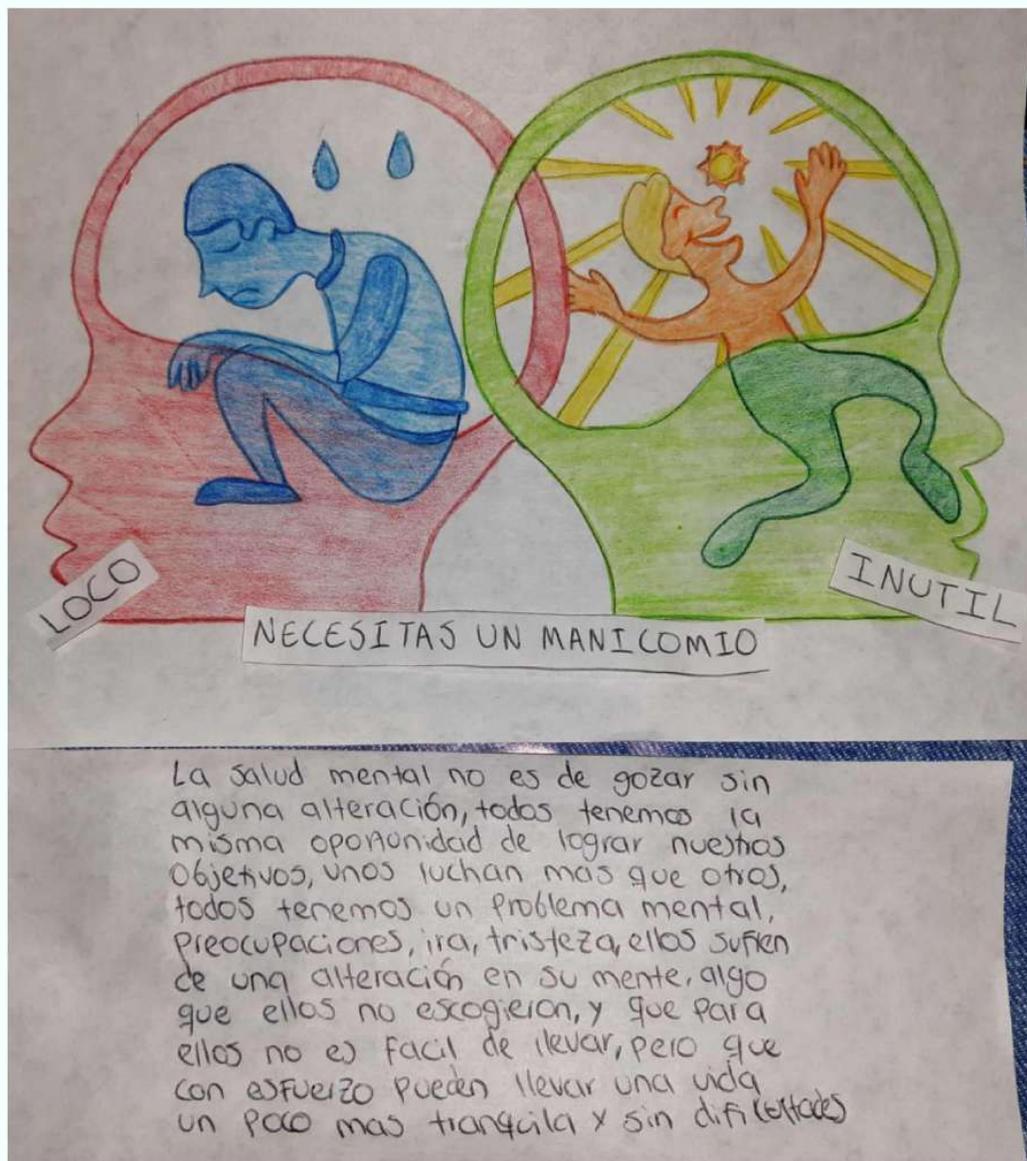




FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

LIZETH VANESSA CAMPOS CARDENAS



CS Escaneado con CamScanner



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

JESSICA LORENA GUARNIZO
GONZALES

Jessica Guarnizo
Enfermería- VIII

Salud mental

"Cuida tu salud mental, todos estamos predispuestos a llegar a padecer una alteración o problema en salud mental, esto no solo pasa en las películas, seamos conscientes de cuidar cada pensamiento, cada decisión, de nutrir nuestra inteligencia emocional"

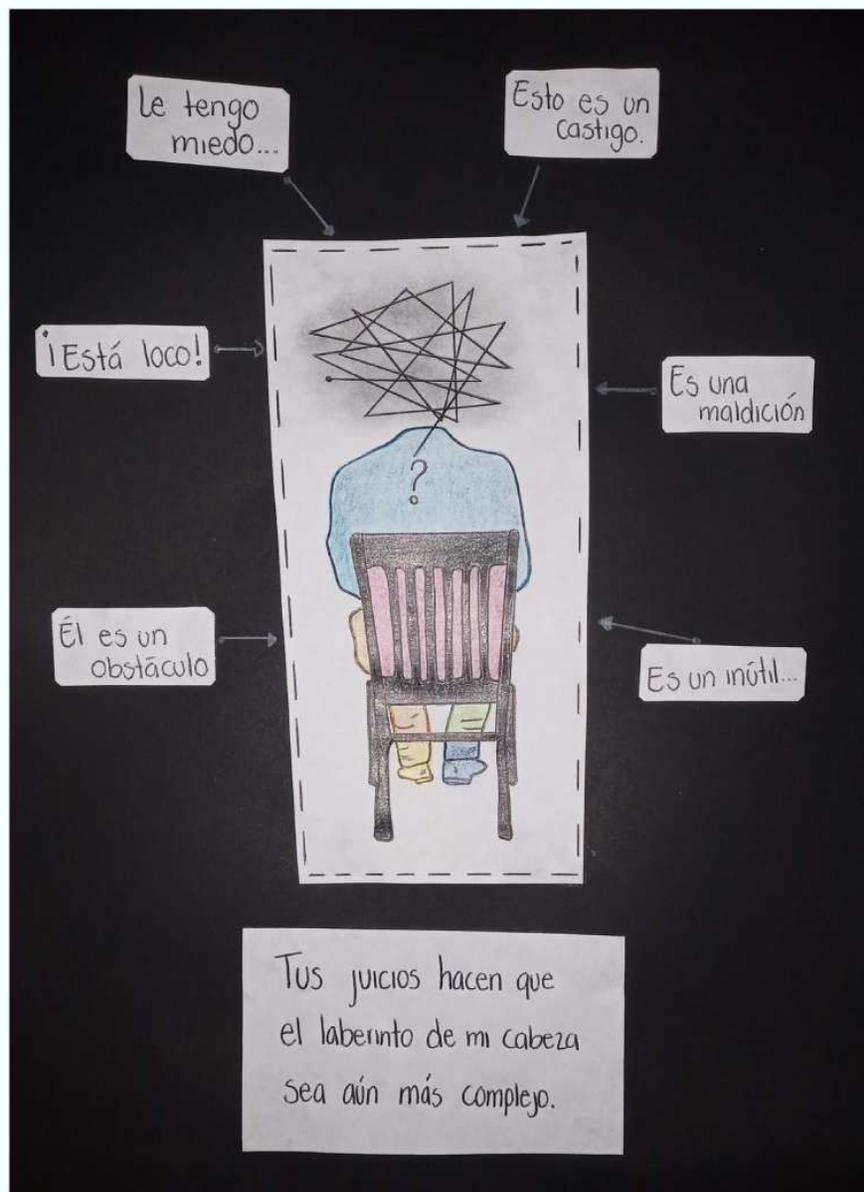
Tal vez no entendemos varias cosas, y nos pueden llegar a asustar. Pero nunca dejes de ser empático y tratar a todo el mundo con el respeto y la humanidad que se merecen.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

CAMILA ANDREA LOZANO DIAZ





FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

MARÍA PAULA MARTÍNEZ
PENAGOS



La discapacidad psicosocial es una manera diferente de ver la vida, pero no es menos importante que el de la mayoría, todos somos iguales, no discriminemos por tener mentes y pensamientos diferentes.

María Paula Martínez
Penagos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

KAREN ANDREA MORA JIMENEZ

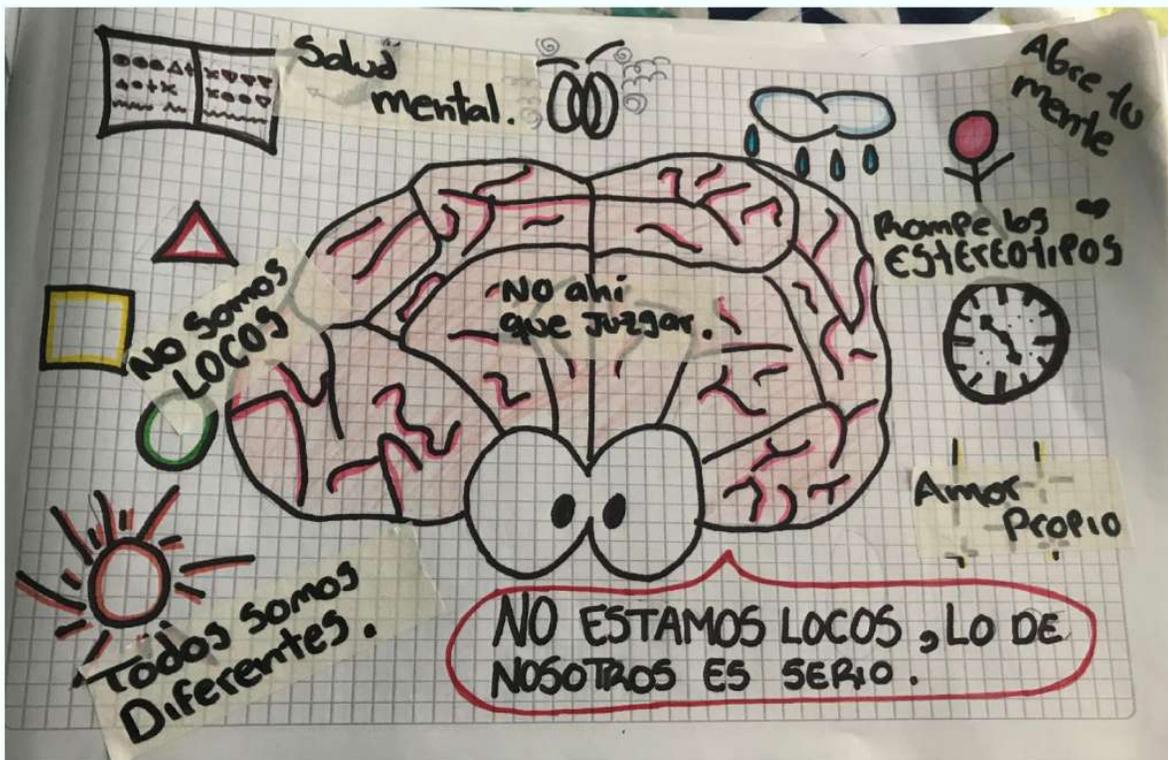




FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

VALENTINA MORALES JIMENEZ

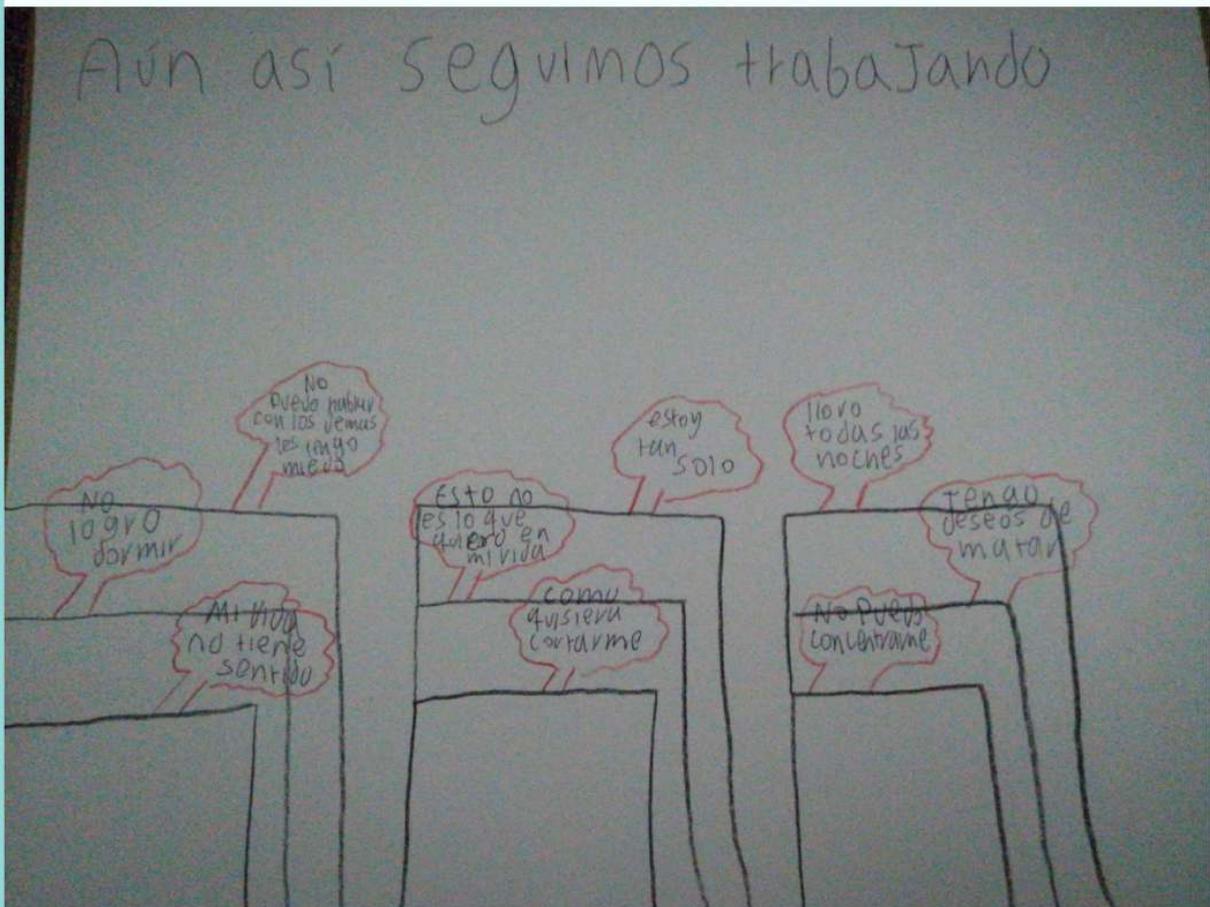




FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

**ANDRES FELIPE ORJUELA
MARTÍNEZ**



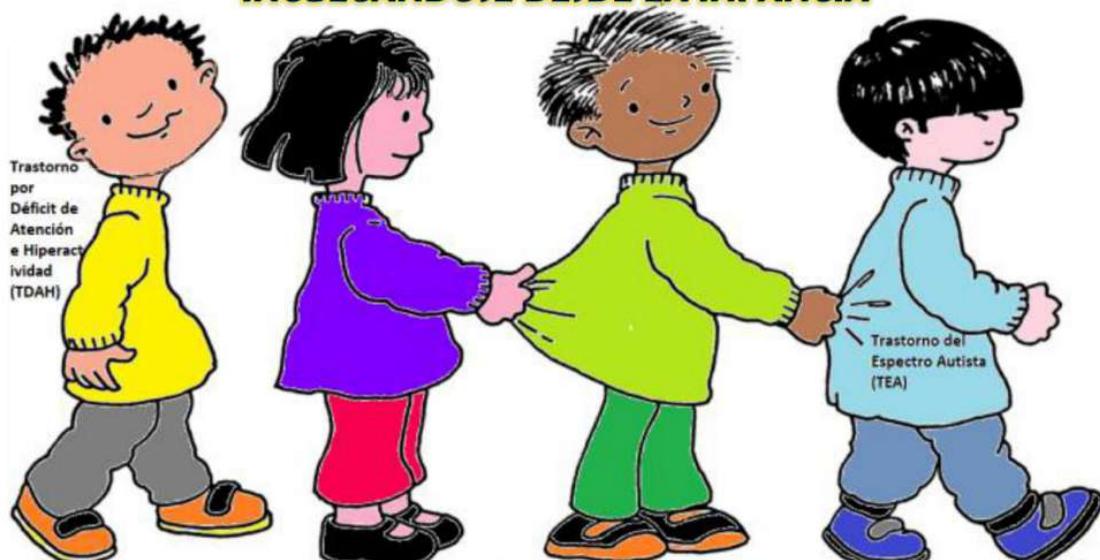


FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

ANA MARÍA PINZÓN
FERNANDEZ

***“TODOS MERECEMOS RESPETO POR EL HECHO DE SER HUMANOS,
SIN IMPORTAR SI TENEMOS O NO TRASTORNOS MENTALES;
INCULCÁNDOSE DESDE LA INFANCIA”***

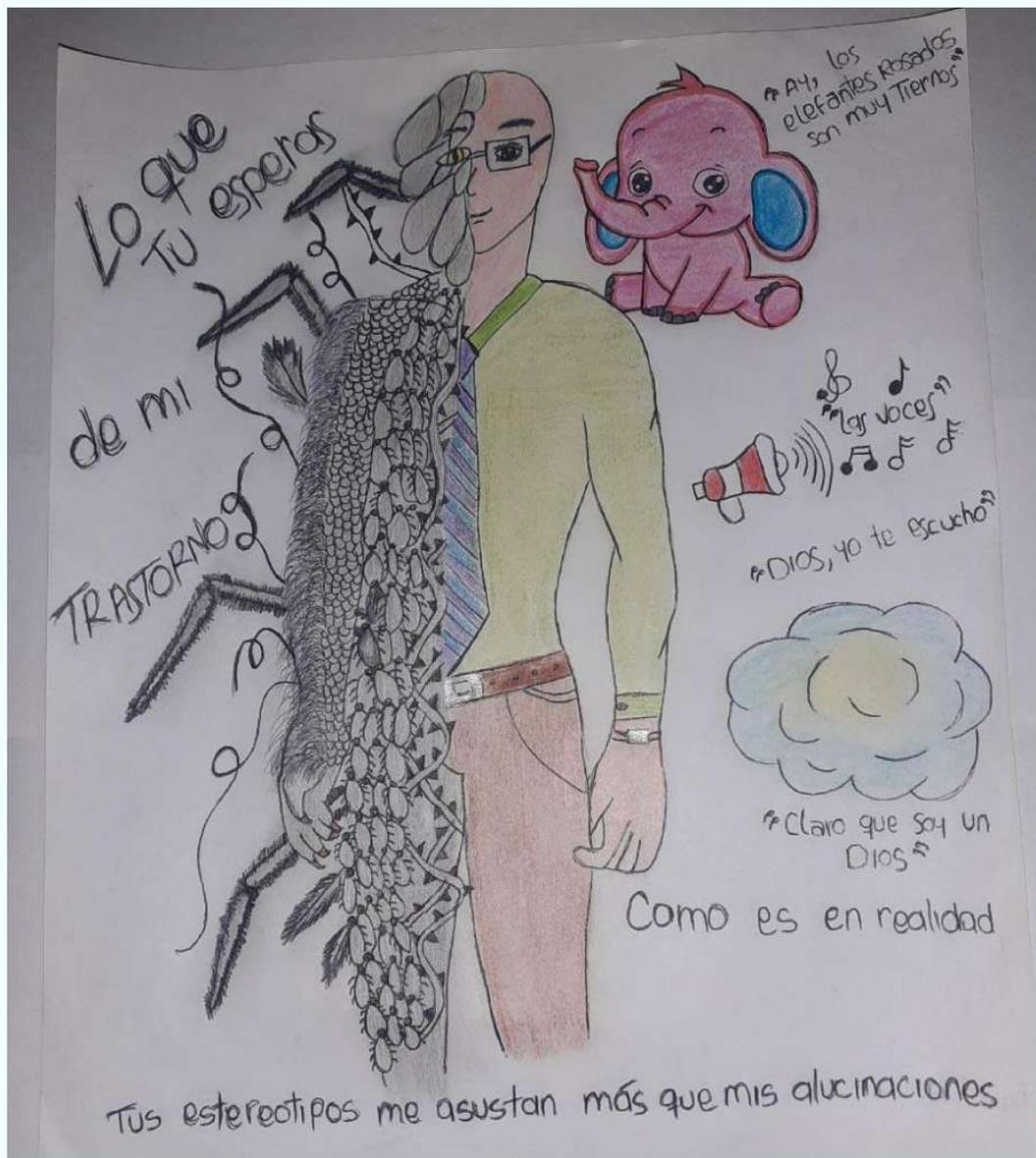




FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

LAURA CATALINA PIÑEROS
LÓPEZ

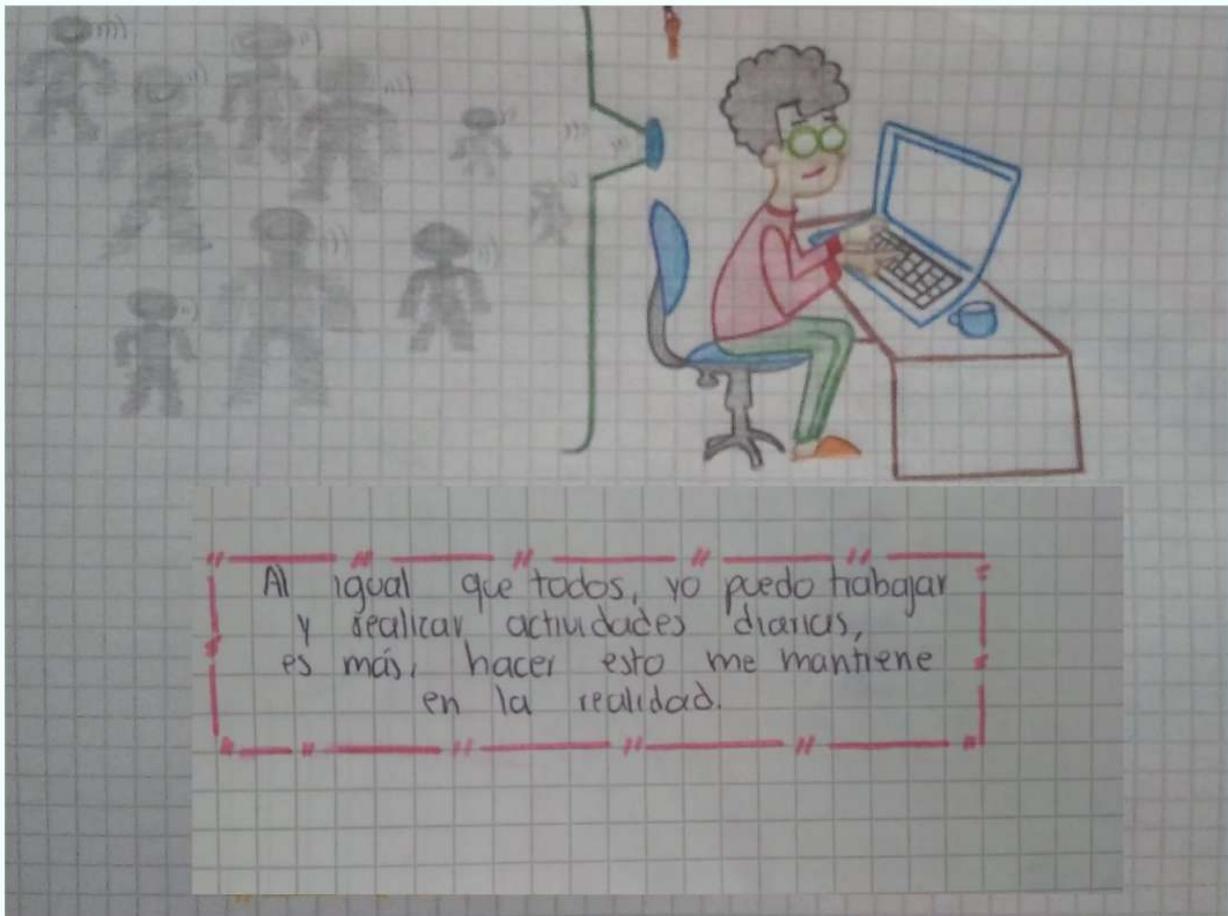




FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

**LAURA ALEJANDRA RINCÓN
VALBUENA**





FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

EMILY SANCHEZ DÍAS



El respeto, el cariño y la comprensión son igual de importantes que el tratamiento y la atención.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

LAURA KATHERINE SUAREZ
SANDOBAL





FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

HILANDO EL CAMBIO

VALENTINA WALTEROS RUÍZ





FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Vivencia del hilo conductor de calidad de vida

A lo largo de los 8 semestres, desarrollamos muchas habilidades que nos serán útiles en el ejercicio de la profesión, la mayoría de las materias se enfocaba en el cuidado y la protección de la persona, sin embargo, una de las materias que nos acompañó durante todo el recorrido del programa desde primer semestres hasta el último semestre, se enfocó en el cuidado de nosotros como personas, de crear herramientas y estrategias que nos protegerán de las situaciones complicadas de la profesión y sobre todo de cuidar nuestra salud mental. El hilo conductor de cuidado y calidad de vida significó muchas cosas tanto en el ámbito profesional como en el personal, a nivel personal hubo un crecimiento espiritual, un autoaprendizaje y una autocritica de las acciones que se realizan. El recorrido de la materia inicio contestando la pregunta tal vez más difícil de la carrera, *¿Quién soy yo?* Esta pregunta me hizo replantear todo mi autoconcepto y llegar a treguas con muchos de mis conflictos internos. Luego de saber quién soy, seguía saber como me relacionaba con las personas de mi entorno y como creaba vínculos afectivos; desde esa perspectiva pude evidenciar la importancia de como reconocer las relaciones que tenían gran significado en mi vida. El cuestionarme constantemente de mis acciones, mi pensamiento, mis actitudes y mi forma de relacionarme con las personas me ayudo a generar un cambio interno que se vio reflejado no solo en mi rendimiento académico sino en mi desarrollo como enfermera y como miembro activo de la sociedad. En el ámbito profesional tuvo un gran impacto ya que me enseñó a ver la persona como un todo, como un ser integro y no solo como un paciente con una dolencia o como una simple patología.

Laura Catalina Piñeros López

El conocimiento adquirido durante el hilo conductor de salud mental, me permitió tanto como estudiantes como persona aprender a conocer la mente, iniciando por la mía y proyectando ese conocimiento a los demás. El compartir con personas con trastornos mentales no solo me permite entenderlos más claramente, si no que nos muestra su humanidad escondida tras el miedo y el estigma escondido en su diagnóstico. Creo que todo profesional de la salud debería tener una aproximación tanto a su mente como a la de los demás.

Daniel Becerra Pabón



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Vivencia del hilo conductor de calidad de vida

El hilo conductor de Cuidado y Calidad de Vida se desarrolla de primer semestre a octavo. En la etapa de fundamentación, durante los tres primeros semestres, los estudiantes se acercan a su realidad interna, para reconocerse y encontrar rutas personales que fortalezcan la relación intrapersonal, la relación con otros y los lazos comunales y sociales. Durante los siguientes semestres, profundizan en aspectos que permiten el cuidado integral cuerpo-mente, lo que permite comprender, por curso de vida, los principales problemas que abordan las personas y los recursos que favorecerán prestar estos cuidados. En el último semestre, los estudiantes se encuentran con el trastorno mental, tanto en fase aguda como crónica, y comprenden los cuidados que promueven la salud mental en esta población tan aquejada por sus síntomas y por aspectos sociales y culturales como el estigma que es el objeto del presente trabajo.

Maritza Barroso Niño

Docente

Coordinadora del hilo conductor de Cuidado y Calidad de Vida

© 2021 Fundación Universitaria Juan N. Corpas (FUJNC).
Artículo Open Access bajo la Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-Compartir Igual 4.0 Internacional.
DOI: <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v3iSupl.1.612>



Políticas de la Publicación

Público al cual se dirige

El público al que se dirige contempla a los especialistas en temáticas socio-humanísticas, a estudiantes y docentes de pregrado y posgrado en ciencias de la educación y la enfermería, extensivo a otras áreas.

Idioma

Se aceptan artículos escritos en español, portugués, inglés. Se aceptarán artículos en otros idiomas, siempre y cuando sea la lengua materna del autor y tenga su traducción al inglés.

Proceso de evaluación por pares

El sistema de evaluación y arbitraje de los artículos que sean sometidos para publicación en la revista Paradigmas Socio-humanísticos, será en dos fases:

Fase 1

Control editorial: el comité editorial en su reunión ordinaria asignará un par evaluador para que revise los artículos enviados a través del OJS y evalúe aspectos como: pertinencia del tema tratado, aspectos de forma como: coherencia de la estructura del artículo con las normas de la revista, claridad, redacción, ortografía y respeto por las normas de referenciación.

Una vez superada esta fase, se establece con un periodo de dos semanas, pasa a segunda fase.

Fase 2

Revisión por pares doble ciego: en esta fase el comité editorial asigna dos jurados expertos en la temática, quienes, con un formato de evaluación diseñado para tal fin, emitirá concepto respecto a la calidad disciplinar del artículo.

Luego de recibir las observaciones de los jurados, el artículo quedará clasificado como:

Publicable, No publicable o Publicable sujeto a correcciones.

- Cuando el concepto sea “publicable”: se notificará a través del OJS al autor y el artículo pasará directamente a proceso de corrección de estilo definitivo.
- Si el concepto llega a ser “no publicable”: se notificará al autor a través del sistema OJS y se le hará envío del artículo con los comentarios de los evaluadores, esto con el fin de que el autor, pueda realizar al artículo los cambios pertinentes y enviarlo de nuevo para aplicar a otro proceso de evaluación.
- Cuando el concepto sea “publicable sujeto a correcciones”: se notificará al autor y se le hará envío del artículo con los comentarios de los evaluadores. El autor tendrá hasta dos semanas a partir de notificado el concepto para realizarlas y remitir el artículo corregido a la revista.



Los evaluadores inicialmente designados harán la respectiva revisión y emitirán un nuevo concepto que puede ser: “publicable”, en caso de que el autor haya realizado las correcciones pertinentes, o: “no publicable”, en caso de que el autor no haya atendido adecuadamente a las correcciones inicialmente sugeridas.

El Comité Editorial declara que los autores son los únicos responsables de los juicios, opiniones, puntos de vista y de referenciación expresados en sus escritos. Esta fase se establece con un periodo de cuatro semanas.

Ética de publicación

Esta revista se adhiere a las pautas del “Código de conducta y mejores prácticas para editores de revistas”, publicado por el Committee on Publication Ethics – COPE, y la Ley 1915 de julio de 2018 que hace referencia a las disposiciones relativas al derecho de autor y los derechos conexos.

Los autores se adhieren a las especificaciones para la elaboración de los documentos y velarán por su originalidad. Los miembros del comité editorial de la revista, a su vez, vigilan aspectos como el respeto por las leyes de derecho de autor, originalidad y pertinencia.

Directrices para autores/as

Se reciben artículos enviados a través del sistema OJS, dirigidos al Comité Editorial Revista Paradigma Socio-humanístico.

- El autor deberá conservar copia de todo el material enviado, ya que la Revista no se responsabiliza por daños o pérdidas.
- Adjuntar carta de presentación
- Preparación del manuscrito:
 - I. Las contribuciones deben ser digitadas en fuente Arial, tamaño 12, espacio 1,5, márgenes inferiores y laterales de 3 cm.; (extensión máxima según sección a la que se somete).
 - II. Título del artículo en español e inglés. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.
 - III. Nombre completo del autor (es) digitado en espacio simple, indicando en nota de pie de página los títulos académicos, cargos ocupados y nombre de la institución al cual el autor(es) está vinculado. Dirección completa, teléfono/fax para contacto y e-mail del primer autor del texto.
 - IV. Resumen: en español y en inglés (según la sección a la que se somete el manuscrito), destacando ideas centrales de la introducción, objetivos, desarrollo y conclusión. En los reportes de investigación debe contener: objetivos, métodos, resultados y conclusiones, con límite de 150 palabras.



- V. Descriptores: Conformados de 3 a 5 “palabras clave”. Para determinarlos debe consultar la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), elaborada por Bireme y disponible en la Internet en el site: <http://www.bireme.br> o el Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine (NLM), o el International Nursing Index. Cuando el artículo tuviera un enfoque interdisciplinario, usar los descriptores universalmente aceptados en las diferentes áreas o en las disciplinas envueltas. (UNESCO)
- VI. Texto: ordenado en introducción, desarrollo y conclusión.
- VII. Ilustraciones: (fotos, modelos, mapas, diseños, estampas o figuras, esquemas, cuadros) deben ser enumeradas secuencialmente en números arábigos, con sus respectivas leyendas y fuentes (todas las fuentes tienen que estar en las referencias). Excepto las listas, los cuadros, todas las ilustraciones deben ser designadas como figuras.
- VIII. No utilizar en las listas/cuadros internos trazos verticales y horizontales. Colocar un título corto encima de las listas/ cuadros, y notas explicativas abajo de las mismas.
- IX. Se realizarán las citaciones siguiendo las normas APA sexta edición. Se organiza alfabéticamente y se le coloca sangría francesa.
- X. Las citas textuales o directas se reproducen exacta, sin cambios o añadidos. Se debe indicar el autor, año y número de página. Si la cita tiene menos de 40 palabras se coloca como parte del cuerpo del texto, entre comillas y al final entre paréntesis se señalan los datos de la referencia.
- Ejemplo: Al analizar los resultados de los estudios previos encontramos que: “Todos los participantes...” (Machado, 2010, p. 74)
- XI. Si la cita tiene más de 40 palabras debe escribirse en un párrafo aparte, sin comillas, alineado a la izquierda y con un margen de 2,54 cm. o 5 espacio de tabulador. Todas las citas deben ir a doble espacio.
- Ejemplo: Maquiavelo (2011) en su obra El Príncipe afirma lo siguiente: Los hombres, cuando tienen un bien de quien creían tener un mal, se obligan más con su benefactor, deviene el pueblo rápidamente en más benévolo con él que si con sus favores lo hubiese conducido al principado (p. 23)
- XII. Citas indirectas o paráfrasis: en estos casos se reproduce con propias palabras la idea de otro. Siguen las normas de la citación textual, a excepción del uso de comillas y cita en párrafo aparte.

R E V I S T A
Paradigmas
Socio-Humanísticos



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Ejemplo: Según Huizinga (1952) son características propias de la nobleza las buenas costumbres y las maneras distinguidas, además la práctica de la justicia y la defensa de los territorios para la protección del pueblo.

Open Access

El acceso es abierto y no se cobrará por ninguna de las fases de evaluación de los artículos ni por su publicación del texto completo. Se expedirá una constancia tanto al autor del artículo como a los evaluadores.

Declaración de privacidad

Los nombres y las direcciones de correo electrónico introducidos en esta Revista se utilizarán exclusivamente para los fines establecidos en ella y no se proporcionarán a terceros o para su uso con otros fines.

Aviso de derechos de autor



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0
Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

