

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 18 JULIO 2023

EDITORIAL

Usen la poesía

Dra. Rosamaría Alberdi Castell

ARTÍCULO ESPECIAL

Reflexiones y experiencias acerca de la reforma psiquiátrica andaluza

Dr. Germán Pacheco Borrella

ARTÍCULO DE REVISIÓN

El diálogo abierto como tratamiento en primeros episodios psicóticos: una revisión de la literatura

Xandra González-García, Patricia García-Pazo, Antonia Pades Jiménez

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Propuesta de intervención enfermera en medio escolar sobre imagen corporal en adolescentes: “Queriéndonos y respetándonos”

Laura Calderón Jiménez, Miriam Eusebio Madrigal, Belén Santiago Lozano,
Nuria Roldán Ahedo

EN PRIMERA PERSONA

Técnicos expertos en ayuda mutua y enfermeras de salud mental

Antonio Ramos Bernal

AEESME

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

ISSN: 2530-6707



CONSEJO DE REDACCIÓN

Directora

Dra. Vanessa Sánchez Martínez, Enfermera especialista en salud mental y licenciada en Antropología. Profesora en la Universidad de Valencia (España).

Editor

Dr. Carlos Aguilera-Serrano, Enfermero especialista en salud mental y licenciado en Antropología. Enfermero en el Servicio Andaluz de Salud y Profesor en la Universidad de Málaga (España).

Editora Asociada

Dra. Rocío Juliá-Sanchis, Enfermera. Profesora en la Universidad de Alicante (España).

COMITE EDITORIAL

Magdalena Agüero Caro, *Centro Universitario de Ciencia, Investigación y Formación para el Emprendimiento de México. México.*

Nuria Albacar Rioboo, *Universitat Rovira Virgili. Tarragona, España.*
Aurora Alés Portillo, *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, España.*

Rosamaría Alberdi Castell, *Universitat de les Illes Balears, España.*
Ángel Asenjo Esteve, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

David Ballester Ferrando, *Departamento de Enfermería. Universidad de Gerona, España.*

Juan Carlos Bermudo Romero, *Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Málaga, España.*

Julián Carretero Román, *Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid, España.*

José Carlos Carvalho, *Escola Superior Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Javier-Castro Molina, *Universidad de La Laguna. Tenerife, España.*

Geilsa Soraia Cavalcanti Valente, *Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, Brasil.*

Manuel Luis Cibanal Juan, *Universitat D'Alacant, España.*

Daniel Cuesta Lozano, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

M^a Elena Fernández Martínez, *Universidad de León, España.*

Joana Fornés Vives, *Universitat de les Illes Balears, España.*

Denisse Gastaldo, *University of Toronto, Canadá.*

Crispín Gigante Pérez, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

Francisco Jaime Jiménez, *Servicio Andaluz de Salud. Málaga, España.*

Sergio Ladrón Arana, *Servicio Navarro de Salud. Pamplona, España.*

Juan Laguna Parras, *Servicio Andaluz de Salud. Jaén, España.*

María Teresa Lluch Canut, *Universitat de Barcelona. España.*

José Ramón Martínez Riera, *Universitat d'Alacant. España.*

Francisco Megías Lizancos, *Universidad de Alcalá (Madrid), España.*

María Paz Mompert García, *Universidad de Castilla-La Mancha. España.*

Antonio Moreno Poyato, *Escola Superior d'Infermeria. Hospital del Mar. Barcelona, España.*

Germán Pacheco Borrella, *Servicio Andaluz de Salud. Jerez de la Frontera (Cádiz), España.*

Antonio Porras Cabrera, *Universidad de Málaga. España.*

Assumpta Rigol Cuadra, *Universitat de Barcelona. España.*

Juan Roldán Merino, *Campus Docent Sant Joan de Déu. Barcelona, España.*

Carlos Alberto da Cruz Sequeira, *Escola Superior De Enfermagem Do Porto. Oporto, Portugal.*

Francisco Ventosa Esquinaldo, *Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios. Universidad de Sevilla. España.*

Bernardo Vila Blasco, *Universidad de Málaga. España.*

OFICINA EDITORIAL

ENVÍO DE MANUSCRITOS Y REVISIÓN POR PARES

Revista Española de Enfermería de Salud Mental (REESME)

Editada en Madrid (España) por la

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME)

Revista Española de Enfermería de Salud Mental

(Spanish Journal of Mental Health Nursing)

Dirección: C/ Gallur 455, Local 14. 28047 Madrid

Teléfono: (+34) 91 465 75 61

Fax: (+34) 91 465 94 58

Email: reesme@reesme.com

www.reesme.com

JUNTA DIRECTIVA DE AEESME

Presidente

D. Francisco Megías Lizancos

Vicepresidenta

Dña. Mercedes Leonor Tormo Postigo

Secretario

D. Carlos Aguilera-Serrano

Tesorera

Esther Vivanco González

Vocales

Dña. Lidia Martínez López

Dña. Laura Jardón Golmar

Dña. Rocío Pérez Campina

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. María González Cid

© AEESME, 2023

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2 Usen la poesía**
Use poetry
Dra. Rosamaría Alberdi Castell

ARTÍCULO ESPECIAL

- 4 Reflexiones y experiencias acerca de la reforma psiquiátrica andaluza**
Reflections and experiences on Andalusian psychiatric reform
Dr. Germán Pacheco Borrella

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- 11 El diálogo abierto como tratamiento en primeros episodios psicóticos: una revisión de la literatura**
Open dialogue as a treatment for first psychotic episodes: A review of the literature
Xandra González-García, Patricia García-Pazo, Antonia Pades Jiménez

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

- 21 Propuesta de intervención enfermera en medio escolar sobre imagen corporal en adolescentes: "Queriéndonos y respetándonos"**
Proposal for nursing intervention in school settings on body image in adolescents: "Loving and respecting each other"
Laura Calderón Jiménez, Miriam Eusebio Madrigal, Belén Santiago Lozano, Nuria Roldán Ahedo

EN PRIMERA PERSONA

- 29 Técnicos expertos en ayuda mutua y enfermeras de salud mental**
Experts by experience and mental health nurses
Antonio Ramos Bernal



Usen la poesía

Use poetry

Dra. Rosamaría Alberdi Castell

Profesora emérita, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears. Grupo 40+ iniciativa enfermera.
Contacto: personal.uib.es/rosamaria.alberdi

EDITORIAL

El objetivo del presente texto es proponer a la comunidad creativa y entusiasta que constituyen las enfermeras y enfermeros de salud mental que utilicen la poesía como un instrumento terapéutico para el cuidado de las personas que atienden. La argumentación de esta propuesta necesita que se explique el contexto en el que surge y un par de premisas que la sustentan. Empezaré por el contexto.

En marzo de 2019, enfermé. Una gran responsabilidad y, a lo mejor, un exceso de proyectos, abrieron tantas luces que no supe gestionar el estrés que de ello se derivó. La primera manifestación del mal que aquello fue consistió en un serio problema de hipertensión que, rápidamente, derivó en un cansancio que parecía infinito, pero del que me pude recuperar tras 5 meses de baja y gracias a los mejores cuidados.

Hace tiempo que vengo diciendo que, en estos momentos, de entre todas las facetas que me forman, la de poeta está siempre presente. Por eso, al poco tiempo de enfermar, pude volver a escribir poemas. La poesía me sirvió, nuevamente, para poner orden en mi caos interior y darle nombre, lejos de etiquetas diagnósticas convencionales, a lo que percibía y sentía. Al cabo de un tiempo de darme de alta, advertí que los poemas de ese tiempo, que guardé con sus fechas, constituían un poemario. Lo llamé, con razón, *Le discutiría a Rosalía*.

Hasta aquí la explicación del contexto y, tal como he dicho al principio, es necesario que hable de un par de ideas que constituyen premisas fundamentales de mi propuesta.

Es idea fundamental, es mi convencimiento, que hay dos cuestiones que, de forma general, agravan el sufrimiento de las personas con malestares y enfermedades mentales. La primera es que sienten que no tienen interlocutor/a, ya que lo que viven es tan extraño que no hay nadie que las entienda. El segundo factor de agravamiento del sufrimiento es la dificultad para nombrar sus “síntomas” y sus emociones.

A partir de esas ideas y de la existencia del poemario, empecé a trabajar la posibilidad de que la poesía (por supuesto, los poemas de *Le discutiría a Rosalía*, pero también muchos otros) podría utilizarse como un eficaz instrumento terapéutico. Dicha posibilidad se concretó en la propuesta del curso “Encontrar las palabras que nombran: la poesía como instrumento terapéutico”, cuyo objetivo general es, precisamente, propiciar una reflexión entre los enfermeros y enfermeras de salud mental a este respecto.

El proyecto estaba listo, lo que incluyó contar con la participación como profesor de José Manuel García, enfermero con una larga experiencia en el cuidado de la salud mental, y, una vez más en mi vida, la primera persona en quien pensé para llevar a cabo dicho proyecto fue Francisco Megías. Estaba segura, como lo estoy ahora, de que la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AESME) sería el ámbito más idóneo para contrastar la validez de mi propuesta.

La AESME y sus congresos de 2021, 2022 y 2023 demostraron ser el terreno fértil en el que el poemario y el curso pudieron desarrollarse y demostrar su utilidad. Así, en 2021, hicimos el curso en la versión *online* del congreso, en 2022 se difundió ampliamente el poemario regalándose a los asistentes al congreso de ese año, y en el encuentro de 2023 se realizó una nueva edición del curso, esta vez en forma presencial.

En los dos congresos las evaluaciones del curso fueron más que positivas, dejando constancia de que las enfermeras y enfermeros de salud mental pueden utilizar la poesía como un instrumento para el cuidado, ya que trabajar con poemas:

- Facilita nombrar las emociones.
- Ayuda a transmitirlos.
- Permite la “escucha” de aquello que se tiene dificultad para decir.
- Colabora en la detección de necesidades de las personas y, por tanto, facilita el mejor cuidado.

La metodología que empleamos en el curso es sencilla y consiste, esencialmente, en entrenar el diálogo que puede establecerse a través de los poemas. Para ello, se entregan una serie de ellos a las personas participantes y, una vez leídos, se les plantea que seleccionen uno o dos y respondan a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué dice el poema?
- ¿Qué tiene que ver contigo el contenido del poema? ¿Cómo se relaciona con lo que sientes?
- ¿Cómo explicarías lo que dice el poema con tus propias palabras?
- ¿Qué le podríamos “decir” al o la poeta para que se sintiera mejor?

Desarrollado el coloquio, las enfermeras y enfermeros participantes reflexionan conjuntamente sobre si es útil e importante para el cuidado el trabajo con los poemas. La respuesta, en todos los casos, ha sido sí, porque, como dice José Manuel García en uno de los prólogos del libro: “La poesía nos permite no sólo entender el síntoma, sino sentirlo en nuestra propia piel. Los versos de este poemario son capaces de nombrar, de una forma precisa y certera, aquello a lo que los manuales técnicos sólo pueden aproximarse”.

Como he comentado, el objetivo de este texto era explicar la utilidad de la poesía como instrumento para el cuidado de las personas con problemas de salud mental, y ahora me atrevo a ampliar su campo, diciendo que también es útil para las familias y los propios enfermeros y enfermeras que cuidan.

Puedo explicar esa utilidad porque la he vivido en primera persona, pero, sobre todo, la puedo explicar porque la AESME ha estado y es el terreno atrevido y acogedor donde la poesía demuestra que puede convertirse en cuidado. Por eso mi agradecimiento y mi propuesta radical: USEN LA POESÍA.



Reflexiones y experiencias acerca de la reforma psiquiátrica andaluza

Reflections and experiences on Andalusian psychiatric reform

Dr. Germán Pacheco Borrella

Doctor en Enfermería por la Universidad de Alicante. Enfermera especialista en enfermería de salud mental. Antropólogo social y cultural. Fundador y exdirector de *PRESENCIA, Revista de Enfermería de Salud Mental*. Expresidente de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME). Servicios de Salud Mental Comunitaria del Servicio Andaluz de Salud (Jubilado). Jerez de la Frontera, Cádiz (España). Contacto: g.pacheco.b@gmail.com

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2023 / Fecha de aceptación: 15 de marzo de 2023

Resumen

Tras 40 años de reforma psiquiátrica andaluza (década de 1980), comparto reflexiones y algunas de las experiencias vividas durante ese proceso en la provincia de Cádiz. Comienzo aludiendo a los efectos indeseables de la institución manicomial, que contextualizo con reseñas historicistas relativas a la asistencia psiquiátrica. En buena lógica, a esto le sigue la evocación al cómo se fue desarrollando la transformación asistencial, que nos llevó a implantar el modelo de intervención comunitario mientras desinstitucionalizábamos y externábamos a los internados hasta cerrar el manicomio provincial. Luego sostengo que la reforma, en lo cualitativo y cuantitativo, ha sido positiva y aludo a algunos de los logros que así lo atestiguan. Sin embargo, han quedado cosas por hacer por nuevas crisis socioeconómicas y nuevas voluntades políticas, que operan como condicionantes de la salud (mental). Además, esto nos impone un tiempo de zozobra que también se nutre con la primacía del psicofármaco y del biologicismo en menoscabo de las tecnologías psicoterapéuticas, entre las que están los cuidados psicosociales excelentes. Cierro el manuscrito con interrogantes: ¿acaso quieren devolver a la población andaluza al modelo de beneficencia?, ¿peligra el modelo comunitario y/o biopsicosocial?, ¿cuáles deben ser los compromisos inmediatos de las enfermeras de salud mental?

Palabras clave: reforma psiquiátrica, hospital psiquiátrico, desinstitucionalización, asistencia psiquiátrica, salud mental, modelo comunitario, modelo biopsicosocial, cuidados psicosociales, enfermería de salud mental.

Abstract

After 40 years of Andalusian psychiatric reform (1980s), I share my reflections and some of the experiences I lived during this process in the province of Cadiz. I begin by alluding to the undesirable effects of the institution of the psychiatric hospital, which I contextualise with historical overviews of psychiatric care. Logically, this is followed by an evocation of how the transformation of care developed, which led us to implement the model of community intervention while we deinstitutionalised and externalised the inmates until the provincial psychiatric hospital was closed. I then argue that the reform, both qualitatively and quantitatively, has been positive and point to some of the achievements that attest to this. However, new socio-economic crises and new political wills, which operate as conditioners of (mental) health, have left some things to be done. Moreover, this imposes on us a time of anxiety that is also nourished by the primacy of psychotropic drugs and biologicism to the detriment of psychotherapeutic technologies, including excellent psychosocial care. I close the manuscript with some questions: do they want to return the Andalusian population to the welfare model? is the community and/or biopsychosocial model in danger? what should be the immediate commitments of mental health nurses?

Keywords: psychiatric reform, psychiatric hospital, deinstitutionalisation, psychiatric care, mental health, community model, biopsychosocial model, psychosocial care, mental health nursing.

Introducción

En este manuscrito, voy a tratar de plasmar algunas reflexiones y, si acaso, alguna de mis experiencias en tanto que enfermera de salud mental, que ha sido coprotagonista de la reforma psiquiátrica (RP) llevada a cabo en Andalucía, que se inició en 1984 a través de una ley del Parlamento andaluz por la que creaba el Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM)¹. Y comienzo mi relato (con presencia voluntaria en el texto) aseverando que la transformación asistencial que es en sí misma la RP pudo realizarse porque confluyeron los siguientes factores: la necesidad de humanizar la asistencia y las condiciones de vida de los internados en los manicomios, el auge de las corrientes sociales dentro de la psiquiatría (como la antipsiquiatría), las decisivas actuaciones de los profesionales para transformar esos espacios (iniciadas en la década de los años 1970 e insuflados por los cambios sociales acaecidos en la convulsa década de los años 1960), junto con el desarrollo de la psicofarmacología (a partir del descubrimiento de la clorpromazina en 1957) y los cambios sociopolíticos que se sucedieron en la década de 1980 y las novedades legislativas que se promulgaron, que afectaban directamente a la atención a la salud mental (ver nota 1).

También digo que la atención a la locura siempre ha estado cuestionada, no solo en la actualidad, en la que (con la pretendida privatización de la sanidad pública) se corre el riesgo de volver a recluir a los pacientes mentales en manicomios, aunque hoy haya servicios de hostelería y tecnologías que disfracen la “humanización” de la asistencia. Esa reclusión debiera ser evitada a toda costa en una sociedad democrática.

Sin embargo, añado que cualquiera que desee ahondar en ese cuestionamiento puede hacer un breve recorrido histórico, cuando menos, desde el siglo XVII hasta nuestros días, y es probable que verifique que existen algunas constantes que se repiten en cada época. Por ejemplo, que la historia de la asistencia psiquiátrica es en sí misma la historia de las reformas psiquiátricas, y que estas han coincidido con momentos de la historia en los que han tenido lugar cambios sociales que han sido favorecedores de reformas psiquiátricas². En la actualidad, cabe esperar que esto no sea una premonición y que la actual crisis social, económica y política no provoque un retroceso en el tiempo de más de 40 años.

Efectos de la institución total: el manicomio

¿Por qué era tan necesaria esa transformación asistencial que se inició en la década de 1980? En primer lugar, porque los manicomios no cumplían con la función asistencial y de provisión de cuidados para atender las necesidades de los internados. Este núcleo de población lo componían individuos con discapacidades psíquicas y físicas, otros con adicciones y algunos indigentes (puntualmente). Y ciertamente eran un instrumento para el control social, que surgieron como reacción de defensa paranoica de la sociedad ante las conductas de actores sociales cuyos comportamientos no eran admitidos. A este respecto, Foucault³ sostuvo que el confinamiento del alienado, en su origen, obedecía a criterios economicistas, sociales y de la moral imperante más que a los sanitarios. Se cumplía así con lo que fue denominado el tratamiento moral de la locura (siglo XVII)⁴.

En el siglo XVIII, era de la razón, la sinrazón (locura) no tenía cabida. No obstante, con la aparición del positivismo científico se facilitó que la psiquiatría mimetizara el modelo biomédico para la comprensión de los fenómenos mentales, aunque sin demasiado éxito, pero promoviendo la construcción social enfermedades mentales, que aún perdura, a pesar de que todavía se ignora por qué los seres humanos de Honolulu, Cádiz o Kinsasa sufren delirios, por ejemplo. Así comenzó la perspectiva médica de la locura. El problema es que la subjetividad del actor social es inaprensible. De ahí la importancia de la perspectiva fenomenológica de los trastornos mentales y de los cuidados enfermeros de salud mental.

Ya en el siglo XIX, la psiquiatría se consolidó como disciplina médica y, en la segunda mitad de este, emergieron en Europa grandes psicopatólogos, cuyas aportaciones (aún vigentes) permitieron una mayor comprensión de los trastornos mentales (psicosis y neurosis, principalmente), pero no sobre sus orígenes (acerca de los cuales seguimos cegatos), ni su curación (en términos biomédicos). Pese a los avances producidos durante este siglo, en España la asistencia psiquiátrica se fue degradando paulatinamente. Esta aseveración se sustenta en algunos acontecimientos importantes que lo hicieron posible y que solo enunciaré: por ejemplo, que no tuvimos un desarrollo industrial similar al que se produjo en buena parte de Europa (Revolución Industrial del siglo XVIII) y, por tanto, no afloró una burguesía ilustrada ni una clase proletaria que presionaran para reformar la asistencia

psiquiátrica. Además, las desamortizaciones, las guerras napoleónicas y las crisis económicas dejaron un Estado debilitado que no tuvo arrojito para publicar leyes que garantizaran la asistencia psiquiátrica⁵. Por consiguiente, la institución manicomial se consolidó como primera opción asistencial, lo que hizo que se fuera incrementando el número de internados. Y por lo general, ha persistido durante el siglo XX hasta que, en las dos últimas décadas de este, se fueron instaurando los procesos de RP.

Por tanto, los nombrados hospitales psiquiátricos (que son un eufemismo) se instituyen como reductos que cobijaban el sufrimiento mental de quienes expresaban discursos inaceptables para el grupo social de referencia. En definitiva, se establecen como espacios de reclusión y no de cura. Espacio manicomial que fue nombrado por Goffman⁶ como “institución total” que “tiene tendencias absorbentes”, que hace que los roles sociales ejercidos por los internados tengan unas características diferenciadoras del resto de miembros de la sociedad, y la absorción se constata cuando el interno se convierte en un ser gregario, despersonalizado, discapacitado y desocializado⁷, como tuve ocasión de apreciar en varios manicomios españoles.

La despersonalización se expresaba crudamente en el hacinamiento, el gregarismo y la privación de toda señal de identidad, como es el propio nombre, al ser nombrados por un mote: el zapatones, el cuco, el orejones, etc. La discapacidad se revelaba en la permanente ociosidad, con lo que perdían destrezas y habilidades elementales para la vida diaria (recuerdo imágenes desoladoras: internos tumbados al sol en el suelo del patio o apoyados en una pared, mal vestidos, sucios, a solas; rara vez veía a dos o tres hablar entre ellos). La desocialización se mostraba con la ausencia de contactos e interacciones con el exterior. Cuando empezamos a realizar actividades socializadoras, desplazándonos en bus hasta el núcleo urbano de El Puerto de Santa María, salíamos con grupos pequeños para visitar la población con el solo objetivo de tomar contacto con el exterior y valorar qué emociones les deparaba la salida. Pensábamos que la socialización era posible y lo fue.

La transformación asistencial como vía hacia la comunidad

En Andalucía, he ejercido como enfermera de salud mental más de 30 años (1984-2016); por tanto, parti-

cipé activamente en la RP de esta comunidad y mi implicación me llevó a compartir ideas e innovaciones en diversos foros que me permitieron tomar el pulso a las actuaciones para las transformaciones asistenciales que se estaban produciendo. Así, en la segunda mitad de la década de los años 1980, pude constatar que, en muchos de los programas de salud mental de otras comunidades autónomas, no contemplaban el manicomio como una estructura a transformar hasta su erradicación, por su incapacidad para atender los problemas de salud mental de la población¹. En el caso de Andalucía, ese era uno de los objetivos de la RP, y para conseguirlo había que transformar la “institución total” emprendiendo un proceso de desinstitucionalización (PD) de los internados, que empezó a ser efectivo a partir de 1987. Y contemplando la premisa de que había que actuar en dos espacios simultáneos: el manicomio y la comunidad, en esta se desarrollaría la red alternativa que acogiese y permitiera la presencia del paciente mental en su seno; y en el manicomio había que modificar las formas de intervención: considerando la existencia cotidiana y el sufrimiento de los pacientes mentales, porque el problema no era tanto su curación, sino la producción de vida, de socialización y formas saludables de comunicación como la afectividad y la solidaridad⁸. Es decir, la provisión de cuidados enfermeros psicosociales, además de cubrir sus necesidades básicas y asistenciales, a través del equipo interdisciplinar.

Empezamos revisando historias clínicas y haciendo valoraciones psicopatológicas, de necesidades de cuidados y situaciones sociales. Con la información obtenida, realizamos estudios individualizados, que nos permitieron identificar carencias personales y colectivas. Así nos dimos cuenta de que diversos pacientes llevaban muchos años internados, ingiriendo el mismo psicofármaco y la misma dosis, identificados por el apodo, sin identidad legal y sin contactos familiares.

Los primeros pacientes en ser dados de alta fueron quienes no presentaban psicopatología activa, tenían un aceptable nivel de autonomía y conservaban los lazos familiares. Sin embargo, a otros tuvimos que identificarlos antes de su salida, proveyéndoles del carné de identidad (a través del procedimiento excepcional de inscripción fuera de plazo) y después les inscribimos en la Seguridad Social. Tras esto, empezaron a percibir la pensión no contributiva. Pero no siempre fue fácil la identificación, en algu-

nos casos, tuvimos que realizar visitas a los domicilios tratando de localizar a familiares que pudiesen aportarnos información; otras veces, recurrimos a los ayuntamientos a pedir referencias, que no siempre se lograban.

Sería prolijo relatar cuantas acciones efectuamos en el PD de los pacientes, hasta el cierre del manicomio de la provincia de Cádiz el 21 de diciembre de 1994, tan solo apunto que derribamos muros para ampliar los espacios de socialización (los muros mentales son otro cantar), que suprimimos la separación entre mujeres y hombres, individualizamos la ropa y la alimentación (en función de las necesidades dietéticas de cada quien), que hicimos múltiples salidas con los internados para participar en las fiestas populares de El Puerto de Santa María, que externamos a hombres y mujeres a través de un relevante programa de pisos protegidos⁹, otros pasaron a residencias de ancianos, y que muchos y muchas otras regresaron al seno familiar, previo trabajo de acogida en la familia; y que también se vencieron resistencias iniciales de una parte del personal auxiliar con el diálogo, el trabajo en equipo y la formación continuada.

Logros alcanzados con la reforma psiquiátrica

La RP de la década de 1980 supuso importantes avances cualitativos (en la calidad de la atención y de los cuidados) y cuantitativos (en número de dispositivos de atención a la salud mental y de profesionales), junto con otro logro muy notable: la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario público, lo que, con el tiempo, ha supuesto el reconocimiento del derecho de los pacientes mentales para acceder (como cualquier otro ciudadano) a los servicios de salud mental de carácter público, universal y gratuito (sin costo adicional).

Tengo la convicción de que todo ello favoreció el surgimiento de una nueva cultura asistencial, caracterizada por el desplazamiento del centro de la atención desde el hospital psiquiátrico (como sistema de benefactor) a la comunidad, en la que se inserta una red amplia y accesible de dispositivos de atención a la salud mental, cuyo eje vertebrador es el centro de salud mental comunitario. A lo que han contribuido los cambios legislativos autonómicos, nacionales e internacionales, fundamentalmente los encaminados a dar cobertura a las reformas psiquiátricas y a proteger los derechos civiles de los pacientes mentales.

La experiencia acumulada evidencia que allí donde se han desarrollado redes asistenciales, la evolución clínica de los pacientes mentales (y la calidad de vida propia y de los familiares) es muchísimo mejor que cuando eran atendidos en la “institución total”. Y después de cuatro décadas (desde el inicio de la RP), es posible afirmar que se ofrece una atención de salud mental de calidad, con más ofertas terapéuticas, con muchas más personas atendidas y con un mejor conocimiento de cuanto se hace. En suma, está mucho mejor organizada que en tiempos ya lejanos. Pero no es menos cierto que, desde la pandemia de la COVID-19 y con los aires privatizadores que soplan, los servicios de salud mental están sufriendo un franco deterioro aun cuando la demanda ha aumentado exponencialmente en los tres últimos años.

Por otra parte, el aumento de la participación de las familias a través del asociacionismo (aún les queda camino por recorrer), unido a la aceptación de la población del paciente mental en la comunidad, han influido para disminuir la estigmatización de este, aun cuando queda pendiente su erradicación. En los últimos años, cuantos pacientes mentales están siendo atendidos por los servicios de salud mental no han roto el vínculo familiar y social, en su mayoría. Y los que fueron externados (1984-1994) han conseguido una aceptable reinserción en la comunidad (en términos de residencia, calidad y autonomía). Aunque todavía queda por romper ese “techo de cristal” que persiste para la inclusión social de todas ellas y ellos.

Durante los 26 años de mi actividad profesional en el centro de salud mental comunitario de Jerez, pronto se verificó (por el equipo asistencial) la ausencia de las reticencias iniciales (nadie quería significarse como loco) para demandar atención y nuestra presencia no tardó en ser normalizada en el sistema sanitario y en la comunidad misma. Pareciera que esto hizo aumentar las demandas clínicas (en especial de los trastornos de ansiedad), con notables diferencias en las características sociodemográficas de quienes contactaban con nuestro servicio, en relación con los primeros años de la RP y más aún con la población internada en el hospital psiquiátrico. En consecuencia, los servicios de salud mental comunitarios no tardaron en consolidarse a los ojos de la población, y con ellos el modelo de intervención comunitario de atención a la salud mental, que es mucho más equitativo y beneficioso que el modelo de beneficencia, excluyente y custodial.

Ese nuevo modelo exige una estrecha coordinación con los centros de atención primaria de salud. Puedo aseverar que mantuvimos una magnífica relación con los profesionales de los centros de salud ubicados en Jerez, y espero que jamás se interrumpa, porque permite filtrar demandas, coordinar acciones terapéuticas, atender casos compartidos, desarrollar programas sociales y de enfermería en salud mental, formación conjunta, etc. Por todo ello, otro logro de la RP ha sido el garantizar un apoyo real de la red de salud mental a los profesionales de atención primaria.

Sin duda alguna, las enfermeras de salud mental tuvimos una relevante intervención en el proceso de RP andaluza, gracias a nuestra capacidad para poner en práctica la mejor prestación de cuidados y avanzar en el desarrollo del conocimiento enfermero de salud mental (muchas veces siendo autodidactas), a la par que transformamos significativamente la profesión enfermera de salud mental durante las dos primeras décadas (1980-1990)¹⁰, con una influencia más que notable en la profesión enfermera a nivel nacional. Esto nos permitió, en 1987, reclamar la puesta en marcha de nuestra especialidad por el sistema de residencia; y tuvimos la posibilidad de conseguirlo, pero en el IASAM no hubo voluntad política para ello y el proyecto quedó reducido a un curso de formación continuada (ver nota 2). No obstante, desde la AEESME persistimos en tal iniciativa y en exigir el desarrollo del Real Decreto 992/1987, que regulaba la obtención del título de enfermero especialista para los diplomados en Enfermería, y que por desidia política tardó 11 años en implantarse (1998). Si embargo, deseo significar que, a finales de 1995, el Ministerio de Sanidad y Consumo nos convocó a un grupo de enfermeras expertas en salud mental para que redactásemos el primer programa formativo de nuestra especialidad. Y para que viera la luz aceptamos un solo año de formación, pero propusimos un programa denso en contenidos para que solo fuera posible implementarlo en dos años y, efectivamente, poco tiempo después, el programa EIR de salud mental dispone de esos dos años.

Situación del proceso reformador

Expreso seguidamente algunas cuestiones que considero de interés para la reflexión y para la comprensión de la evolución del proceso reformador, dado que la RP andaluza sigue siendo una reforma inacabada, y el porqué de su estancamiento o, si se quiere, la

regresión en las ofertas terapéuticas (en calidad y cantidad) de los servicios de salud mental.

En primer lugar, tenemos la cuestión económica. Estamos situados en un contexto político restrictivo para la sanidad pública y, por ende, para la atención a la salud mental (que se ha agudizado con la pandemia del SARS-CoV-2), dado que las políticas económicas de las comunidades autónomas gobernadas por la derecha política son de corte ultraliberal desde la Gran Recesión de 2008¹¹ y, por tanto, cuestionan el estado del bienestar y priorizan la reducción presupuestaria del sistema sanitario público, descapitalizándolo, mientras inyectan cantidades ingentes de dinero a las empresas sanitarias del sector privado. Las restricciones también atañen a la educación y al desarrollo de la denominada ley de dependencia, entre otras políticas públicas que afectan a la población andaluza más vulnerables o en riesgo de exclusión social. Y sabemos que la ciudadanía que padece trastornos mentales, en su mayoría, podría incluirse en tales categorías sociales. Luego es lícito preguntarse: ¿el objetivo del Gobierno andaluz actual es devolvernos a un modelo sanitario de beneficencia? ¿Cómo se plantea ese mismo Gobierno la atención a las personas andaluzas que padecen trastornos mentales? Parece obvio aseverar que el camino que ha elegido el Gobierno andaluz nos excluye a la mayoría, privándonos del derecho humano y constitucional a la salud (mental).

Una segunda reflexión se relaciona con la apreciación de un discurso de deslegitimación de lo público (en favor del sector sanitario privado), difundido por el poder político, mediático y empresarial; a la par que se produce una desincentivación generalizada del personal sanitario, desde las propias administraciones sanitarias autonómicas, a pesar del déficit de recursos humanos para atender a las necesidades que se derivan de las alteraciones de la salud (mental) que sufre la población andaluza, en nuestro caso. El deterioro programado de la atención primaria y, por ende, de los servicios especializados como son los de atención a la salud mental, que todos venimos observando en forma de déficit de inversiones, despidos masivos, contrataciones precarias, bajas remuneraciones, inestabilidad en el puesto de trabajo, imposibilidad de garantizar la continuidad asistencial y de cuidados, nos exige una respuesta profesional decisiva en defensa de los usuarios y pacientes de los servicios de salud mental (entre otros), porque las enfermeras de

salud mental no podemos ser ajenos a tales condicionantes de la salud (mental)^{12,13,14,15}.

Por otro lado, al no aparecer la salud mental en las encuestas de opinión como un asunto prioritario para la población (al contrario que otros problemas sociales), no interesa ni a los políticos ni a los medios de comunicación más allá de incidentes puntuales de gran impacto social, habitualmente tratados con bastante superficialidad¹⁶. Aunque desde la pandemia de la COVID-19, y sobre todo en la última etapa vivida, pareciera estar cambiando la tendencia, pero sin previsión de resultados visibles a corto plazo. Más recientemente, parece apreciarse un mayor interés (que no se concreta en políticas sanitarias públicas) por la salud mental de población a partir de la COVID-19 persistente y de los actos suicidas (sobre todo en jóvenes), que está generando cierta alarma social según nos trasladan los mass media.

Hay que añadir la cuestión tecnológica, sobre la que cabe apuntar que la continuada aparición de nuevos psicofármacos está desplazando otros desarrollos terapéuticos igualmente necesarios para la atención a la salud mental. La primacía del fármaco lleva consigo la depreciación del resto de técnicas terapéuticas del equipo interdisciplinar en los resultados del proceso terapéutico. Sin embargo, sigo sosteniendo que la prestación de cuidados básicos y, sobre todo, los psicosociales que practiqué eran y siguen siendo intervenciones terapéuticas como las que más, y que contribuían a aliviar o suprimir el sufrimiento psíquico, tanto que, a veces, a partir de ellas, se pudieron dar altas a diversos pacientes adscritos a mi consulta de enfermería¹⁷. En este punto, traigo a colación la opinión de otros expertos, quienes aseveran que la nómina de los profesionales, año tras año, le sale más barato al sistema sanitario público en términos porcentuales, mientras se disparan los precios de los medicamentos (también con la supresión de la subasta, por parte del Gobierno de Andalucía) y las estancias hospitalarias¹⁸.

Cuestiones para la reflexión

Una de ellas es: ¿se están resquebrajando los principios de equidad, accesibilidad y universalidad en el sistema sanitario público? Si esto es así, ¿cómo va a afectar a los servicios públicos de salud mental? Todavía hoy, hablar de salud mental comunitaria es hacer referencia al trabajo inter y multidisciplinar en la comunidad, es hablar de la continuidad de los cuida-

dos. ¿Peligra el modelo biopsicosocial por el empuje del modelo biomédico y de la industria farmacéutica? Es cierto que la RP en España (y en Andalucía en concreto) no ha alcanzado su máximo desarrollo, pero las críticas que se le hacen tienen que ver más con posicionamientos ideológicos que con sus bases conceptuales, que, entiendo, siguen siendo válidas.

Dependerá de todos los actores sociales implicados ir en una u otra dirección: exigir la culminación del proceso de RP o la búsqueda de alternativas que, tras un análisis exhaustivo, hagan posible proponer un nuevo modelo que dé respuestas a las necesidades actuales de los pacientes mentales, de sus familias y de la ciudadanía andaluza en su conjunto. Sin embargo, ¿existe hoy un modelo alternativo a los principios y objetivos de las RP de los años 1980? ¿Existe alguna alternativa mejor que el modelo de intervención comunitario? ¿Las enfermeras de salud mental formadas por el sistema EIR van a seguir apostando por dicho modelo o se implicarán en otro mejor? ¿Cuáles son los compromisos actualizados que deben asumir las enfermeras de salud mental para garantizar la excelencia de los cuidados en nuestro ámbito? Vuestra es la palabra.

Notas

1. Ley 13/1983 de Reforma del Código Civil (art. 211 en materia de “Tutela”, que regulaba el internamiento de los incapacitados con la necesaria autorización judicial). Informe de la Comisión Ministerial para la RP (publicado en abril de 1985). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art.20). En la actualidad el internamiento involuntario está regulado por el art. 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, Enjuiciamiento Civil, en vigor desde el 8 de enero de 2001, salvo modificaciones posteriores planteadas.
2. Entre los años 1.990-91 se impartió en siete provincias andaluzas (Córdoba se descolgó del proyecto) un Curso de Formación Postgraduada de Enfermería en Salud Mental, que fue insuficiente y no por sus contenidos, sino porque frente a los dos cursos y 2000 horas (el 75 % de formación clínica y el 25 % de formación teórica) que proponíamos en el proyecto de residencia (EIR), se estructuró un curso de tan sólo 200 horas de naturaleza teórica y no se pudo obtener un reconocimiento académico oficial.

Bibliografía

1. IASAM. La reforma psiquiátrica en Andalucía 1984-1990. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales, 1987.
2. Pacheco-Borrella, G. La transformación de la asistencia psiquiátrica. La Reforma que nunca acaba. En Fornés, J. Gómez-Salgado, J. Evolución histórica y modelos conceptuales en Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Tomo I. Madrid: Fuden-InfoEdiciones, 2007, págs. 63-91.
3. Foucault, M. (1964): Historia de la locura en la época clásica. Tomo I. Madrid: FCE, 1979.
4. Pacheco-Borrella, G. Atención integral a las personas con problemas de salud mental y psiquiátricos. En Mazarrasa, L. y col. Salud pública y enfermería comunitaria. Tomo III. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1996, págs. 1291-1312.
5. Comelles, J. M. La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea. Barcelona: PPU, 1988.
6. Goffman, E. (1961): Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1987.
7. Pacheco-Borrella, G. De lo custodial a lo terapéutico. *Rev Rol de Enferm*, 1987; 107-108: 63-65.
8. Rotelli, F.M. y col. Desinstitucionalización: otra vía (La Reforma Psiquiátrica en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados"). *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, Vol. VII, núm. 21, Madrid, 1.987.
9. Pacheco-Borrella, G. Pisos protegidos. Alternativa de rehabilitación para enfermos mentales. *Rev Rol Enferm*, 1990; XIII (148): 35-42.
10. Pacheco-Borrella, G. Vila-Blasco, B. (1995) Evolución de la enfermería en salud mental en Andalucía. *Rev Rol Enferm*, 1995; 198: 37-40.
11. Pastor Bermejo, A. La Gran Recesión de 2008, una crisis cuya factura estamos pagando todavía. Disponible en InfoLibre [periódico digital]: https://www.infolibre.es/veranolibre/gran-recesion-2008-tesis-cuya-factura-pagando-todavia_1_1186807.html [Consultado el 14 de febrero de 2023]
12. Benach, Joan. La salud es política. Un planeta enfermo de desigualdades. Barcelona: Icaria, 2020.
13. Benach, Joan. La desigualdad social es la peor pandemia. [2021] Disponible en: <https://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/2491-la-desigualdad-social-es-la-peor-pandemia> [Consultado el 15-sep-2021].
14. Federación Mundial de Salud Mental [FMMSM]. Día Mundial de la salud mental. Salud mental en un mundo desigual. 19-Mar-2021. Documento disponible en: <https://wfmh.global/2021-world-mental-health-global-awareness-campaign-world-mental-health-day-theme/> [Consultado el 27-jun-2021].
15. Markez, Iñaki. La salud mental vive en pandemia. Alejemos la enfermedad. Documento disponible en: <https://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/2494-la-salud-mental-vive-en-la-pandemia-alejemos-la-enfermedad> [Consultado el 29-Abr-2021]
16. Pacheco-Borrella, G. La necesidad de los psiquiátricos: más despropósitos para la estigmatización. *Evidentia* 2005 mayo-agosto; 2(5). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n5/118articulo.php>. Consultado el 23 de octubre de 2022.
17. Pacheco-Borrella, G. Los espacios de la enfermera de salud mental. *Rev Metas de Enferm*, 1999; 16: 41-49
18. Cruz, E. Alcaraz, M. Espino, A. Nuevos fármacos para la esquizofrenia, ¿la panacea?" *Diario El País*, 14 de diciembre de 1999.

El diálogo abierto como tratamiento en primeros episodios psicóticos: una revisión de la literatura

Open dialogue as a treatment for first psychotic episodes: A review of the literature

Xandra González-García¹, Patricia García-Pazo², Antonia Pades Jiménez²

1. Enfermera de Salud Mental. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears, Palma, Illes Balears (España).

2. Enfermera y psicóloga. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears, Palma, Illes Balears (España).

Contacto: Xandra González-García, xandra.gonzalez.garcia@gmail.com

Fecha de recepción: 7 de junio de 2023 / Fecha de aceptación: 15 de junio de 2023

Resumen

Introducción: El diálogo abierto es un enfoque de tratamiento que parte de modelos teóricos como la terapia familiar sistémica, la teoría dialógica y el construccionismo social. En él trabajan conjuntamente profesionales, usuarios/as y red social/familiar, con el diálogo como elemento vehicular para minimizar el impacto y la sintomatología de aquellas personas que desarrollan un primer episodio psicótico.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo principal identificar las intervenciones de diálogo abierto que se están llevando a cabo a nivel mundial y cuáles de sus principios fundamentales se están aplicando en cada una de ellas.

Metodología: Para ello, se llevó a cabo una revisión de la bibliografía consultando las siguientes bases de datos: Pubmed/Medline, Ebscohost, Cochrane Library y Embase, con las palabras clave: *open dialogue*, *open dialogue approach*, *psychotic episode*, *schizophrenia*, *mental health* y combinando los operadores booleanos AND-OR. Como criterios de inclusión se estableció que se añadirían aquellos estudios que trataran el tema como objetivo primario y que estuviesen escritos en inglés o español. No se estableció ningún límite temporal debido a que se trata de un tema emergente.

Resultados: En la selección de artículos, se incluyeron para su revisión un total de 14 registros, de los cuales varios eran del autor de referencia y publicados en Laponia Occidental, de donde es originario este modelo de tratamiento. Además, se observó un predominio de artículos en Estados Unidos, pero una mayor rigurosidad en las intervenciones llevadas a cabo en Reino Unido, donde están realizado un estudio experimental multicéntrico, o España, Italia, Dinamarca o Argentina, donde también se están realizando aproximaciones a este enfoque.

Conclusiones: El diálogo abierto es un enfoque de tratamiento que está reportando resultados muy positivos en pacientes con trastornos de salud mental y un bajo coste-beneficio, a pesar de que la literatura científica al respecto es escasa para poder confirmar su efecto con exactitud. Se necesita más evidencia y de mayor calidad que avale los resultados obtenidos hasta la fecha.

Palabras clave: diálogo abierto, enfoque diálogo abierto, episodio psicótico, esquizofrenia, salud mental.

Abstract

Introduction: The Open Dialogue approach starts from theoretical models such as systemic family therapy, dialogic theory and social constructionism. In this approach professionals, users and social/family work together with dialogue to minimize the impact and symptoms of those people who develop a first psychotic episode.

The main objective of this study is to identify the interventions with Open Dialogue approach that are being carried out worldwide and what fundamental principles are being applied in each one of them.

Methods: Systematic review through the following databases: Pubmed/Medline, Ebscohost, Cochrane Library and Embase. The keywords was: *open dialogue*, *open dialogue approach*, *psychotic episode*, *schizophrenia*, *mental health* and the booleans operators used was AND-OR. As inclusion criteria, it was established that those studies that dealt with the subject as a primary objective and that were written in English or Spanish would be added. No time limit was established because it is an emerging topic in which there is not much literature on it.

Results: After the selection of articles, a total of 14 records were included in the review. Of which, several were by the reference author and published in Western Lapland, where this treatment approach originates from. In addition to this, a predominance of articles in the United States was observed, but greater rigor was observed in the interventions

carried out in the United Kingdom, where a multicenter RCT is being carried out. Countries like Spain, Italy, Denmark or Argentina are doing interventions related with Open Dialogue but with modifications.

Conclusions: The Open Dialogue approach is reporting very positive outcomes in patients with mental health disorders and economic benefits too. Although there is still little evidence to be able to affirm its effect. More and better-quality evidence is needed to support the results obtained.

Keywords: open dialogue, open dialogue approach, psychotic episode, schizophrenia, mental health.

Introducción

En los años 80, en Laponia occidental, un psiquiatra psicoanalista llamado Yrjö Alanen inicia una intervención llamada “Terapia basada en las necesidades”, la cual se encontraba enmarcada dentro del Proyecto Nacional de Esquizofrenia del país¹⁻³. Esta intervención tenía como objetivo abordar la esquizofrenia desde otro prisma con el fin de reducir la incidencia en la comarca de Turku¹⁻⁴.

A raíz de esta corriente, a finales de la década de los 80, Jaakko Seikkula, psicólogo en el hospital de Keropudas (Tornio), comenzó un nuevo modelo, derivado de la “Terapia basada en las necesidades” de Alanen, al que denominó diálogo abierto (DA)^{3,5}.

El diálogo abierto (DA) se trata de un enfoque de tratamiento, que parte de modelos teóricos como la terapia familiar sistémica, la teoría dialógica y el construccionismo social².

El DA consiste en desarrollar la comunicación como elemento vehicular de tratamiento en personas con problemas de salud mental. En él trabajan de manera conjunta profesionales, usuarios y red social/familiar con el diálogo como eje central¹. Como consecuencia de este proceso dialógico, se pretende minimizar el impacto y la sintomatología de aquellas personas que sufren problemas de salud mental^{6,7}.

Se inició para el tratamiento de personas que cursan con un primer episodio psicótico, pero en la actualidad se utiliza como tratamiento principal o coadyuvante de otros procesos relacionados con la salud mental⁸. Con esta nueva visión de tratamiento, se intenta también mejorar la calidad de vida de la persona, así como disminuir las dificultades asociadas que pueden aparecer de la mano de la crisis⁷.

Como se ha mencionado anteriormente, en el DA se realizan encuentros entre los profesionales impli-

cados en el proceso, la persona afectada por la crisis y su red familiar y/amistades. La designación de esta red de apoyo correrá a cargo de la persona que padece la crisis^{5,9}.

Las reuniones dialógicas tienen tres objetivos principales: el primero de ellos es la recopilación del máximo de información acerca del problema en cuestión; el segundo es el poder crear conjuntamente un plan de tratamiento donde todas las voces sean escuchadas y todas las decisiones sean tomadas desde el respeto y con el fin de alcanzar el bienestar de la persona implicada; por último, el tercero de estos objetivos es el poder generar un diálogo psicoterapéutico que, como consecuencia, ayude a la resolución del conflicto planteado^{6,10}.

Asimismo, los principios básicos en los que se sustenta el DA son los siguientes^{6,9,10}:

1. *Ayuda inmediata:* Se basa en la disponibilidad del equipo de tratamiento en un período no mayor a 24 horas.

2. *Participación de la red social:* Desde el enfoque del DA, toda la red de apoyo de la persona afectada se encuentra invitada a las reuniones dialógicas, siempre y cuando esta persona dé su consentimiento para ello. Esta red de apoyo incluye a familiares, amistades, relaciones sentimentales, relaciones laborales o personas de referencia de organismos públicos, como tutores u otros profesionales que participen en su tratamiento.

3. *Flexibilidad y movilidad:* Las reuniones dialógicas estarán ubicadas en función de las necesidades específicas de cada persona en tratamiento. Habitualmente, las personas que han participado en este tipo de tratamiento en Finlandia son partidarias de realizarlas en sus domicilios, principalmente. La periodicidad también será marcada por los participantes de cada reunión.

4. *Responsabilidad y cohesión del equipo*: La responsabilidad de este proceso es compartida por todos los integrantes del equipo; para ello, se mantiene una relación de horizontalidad entre los participantes y un clima de confianza que formarán la base para la continuidad y el éxito del tratamiento.

5. *Continuidad psicológica*: Originariamente, el tratamiento basado en el DA en Finlandia no tiene duración límite y la atención es prestada siempre por los mismos profesionales durante todo el proceso terapéutico.

6. *Tolerancia a la incertidumbre*: Esta característica solo es posible si existe confianza y respeto entre los integrantes del grupo de profesionales. Se basa en la aceptación de que no existe una verdad absoluta acerca del tratamiento ni de las intervenciones a realizar y se intentan valorar las opciones más idóneas para cada caso específico.

No consiste en que el profesional tenga la respuesta al problema, como se promulga en el modelo biomédico, sino que será la puesta en común de las diferentes opiniones de los participantes lo que llevará a la consecución de objetivos, como se pone de manifiesto en el modelo centrado en la persona.

7. *Dialogismo*: Se basa en la creación de diálogo entre todos los participantes. La condición principal es que cada uno debe hablar en primera persona de cómo le afecta la situación que están viviendo. Todos comparten su punto de vista, creando así la oportunidad de reflexionar acerca del problema, lo que puede dar lugar a la resolución de los mismos gracias a la comunicación y las conexiones interpersonales.

Este enfoque de tratamiento es todavía poco utilizado y en muchos ámbitos desconocido para los profesionales del sistema de salud mental. Por ello, este trabajo tiene como objetivo explorar a través de una revisión de la literatura publicada las intervenciones que se están llevando a cabo en los diferentes países basadas en el enfoque de DA y clarificar las barreras y los procesos facilitadores de su implementación.

Metodología

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en profundidad del 17/11/2022 al 30/02/2023 mediante los siguientes

descriptores: *open dialogue approach, open dialogue, psychotic episode, schizophrenia* y la unión con los operadores booleanos (AND-OR) en las bases de datos: Pubmed, Embase, Ebscohost y Cochrane Plus.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de selección de los artículos fueron que las investigaciones incluyesen la intervención con diálogo abierto en personas con diagnóstico de trastorno mental. Se excluyeron los artículos que trataran temáticas diferentes al DA o que hablasen del concepto DA sin realizar intervención sobre personas con trastorno relacionado con salud mental.

El único límite que se implantó fue el idioma (inglés y castellano). No se realizó una limitación temporal, ya que, al ser un tema muy novedoso, las publicaciones científicas relacionadas todavía son escasas.

Una vez finalizada la fase anterior de búsqueda, se procedió a una segunda búsqueda en bola de nieve, donde se incluyeron los artículos que resultaron relevantes para el objetivo del estudio a través de los resultados obtenidos.

Selección de estudios y extracción de datos

La búsqueda inicial identificó 54 publicaciones. Se eliminaron los artículos duplicados ($n = 23$) y aquellas publicaciones en idiomas diferentes al inglés o español ($n = 1$), quedando un total de 30 artículos para revisión. El diagrama de flujo PRISMA puede consultarse en el gráfico 1.

Tras este paso, se realizó una lectura del título y resumen de los artículos seleccionados hasta el momento. Se eliminaron 3 por no tener relación directa con el tema a tratar y, por último, tras la lectura a texto completo, se incluyeron el resto de publicaciones en la revisión. De esta manera, se revisaron un total de 27 artículos a texto completo, de los cuales se seleccionaron 14. En el apartado de resultados podemos ver la tabla 1, que contiene la extracción de datos y variables de interés para la revisión.

Resultados y discusión

Dentro de los 14 artículos seleccionados, podemos encontrar 5 realizados en Finlandia, por el equipo investigador que desarrolló y puso en marcha este enfoque de tratamiento; 3 llevados a cabo en Estados

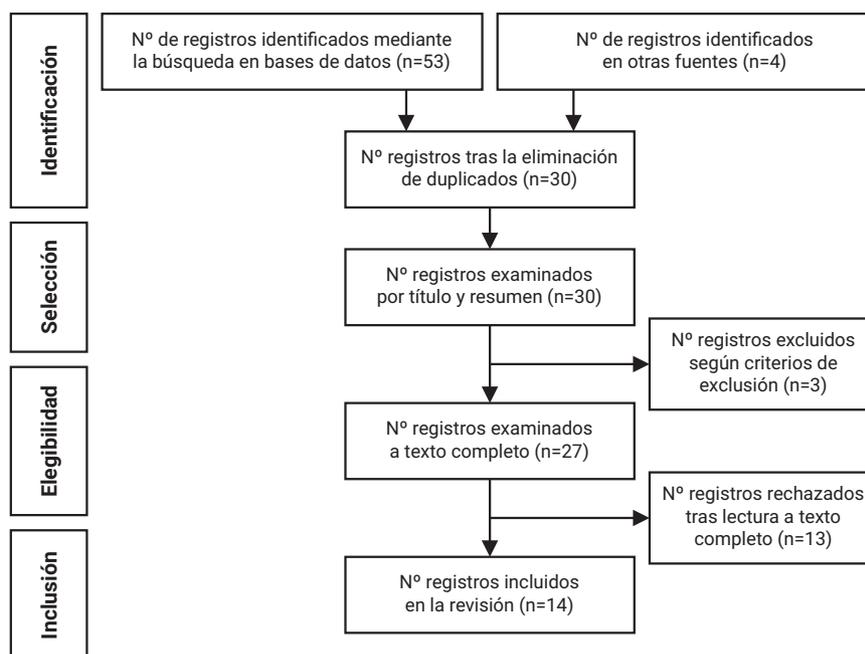


Gráfico 1. Diagrama de flujo PRISMA (2020)

Unidos (EE. UU.); 1 en Dinamarca; 1 en Italia; 1 en Argentina; 2 en Reino Unido, y 1 en España.

El diseño metodológico escogido para llevar a cabo la mayoría de estas investigaciones fue el observacional, concretamente el diseño de cohortes. Pero también encontramos metodología cualitativa que nos indica las percepciones de los participantes y de los profesionales implicados, estudios de viabilidad y dos diseños descriptivos. Como mayor nivel de evidencia contamos con un diseño experimental (ensayo clínico multicéntrico aleatorizado) y un cuasiexperimental.

Intervenciones basadas en DA en los diferentes países

Hoy en día, además de en Finlandia, se están llevando a cabo proyectos en Noruega, Dinamarca, Alemania, Suecia, Estonia, Italia, Israel, Reino Unido y Estados Unidos, a pesar de que no todos ellos han reportado sus resultados a la comunidad científica¹¹.

Como hemos mencionado, este enfoque de tratamiento nació en Finlandia, por lo que se han encon-

trado varias publicaciones en Laponia occidental, del equipo promotor de esta propuesta^{1,2,5,6,12}.

Cabe destacar que en la región donde se llevan a cabo los estudios, el DA se encuentra incorporado en el sistema de salud como forma habitual de tratamiento de primeros episodios psicóticos^{1,6}. En dichas publicaciones, se reportan los beneficios que este equipo de salud mental encontró tras realizar un seguimiento de 5 y hasta 10 años a personas que habían tratado con DA^{1,10,12}. Los beneficios que más se destacan en la población finlandesa son la disminución de la incidencia de esquizofrenia en la región, una disminución del tiempo de crisis de la enfermedad, menores tasas de hospitalización y menores tasas de sintomatología residual^{1,10,12}. Por otra parte, también se destacó el aumento en las tasas de recuperación y mayor capacidad de los participantes para volver a su trabajo o estudios a jornada completa¹⁰. Sin embargo, en alguno de los estudios no se observaron diferencias significativas al terminar el seguimiento a 5 años¹, pero en otros de los revisados sí se mantuvieron estas cifras a los 10 años del inicio del tratamiento¹⁰. De igual forma, en Dinamarca, se

| <i>Título</i> | <i>Autor, año y país</i> | <i>Diseño</i> | <i>Muestra</i> | <i>Intervención</i> | <i>Puntos clave</i> |
|---|---|--------------------------------------|---|--|--|
| <i>The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I The incidence of non-affective psychosis and prodromal states</i> | Aaltonen, J. 2011 Finlandia (Laponia occidental) | Cuasi-experimental | N=250 personas con trastornos psicóticos (135 hombres y 115 mujeres) Rango edad: 15-44 años. | Capacitación de personal sanitario de salud mental multidisciplinar para llevar a cabo el enfoque de DA en un grupo de participantes. | Tras la capacitación de personal sanitario en DA disminuyó la incidencia anual de diagnósticos de esquizofrenia en la región donde se llevó a cabo, aumentaron los episodios psicóticos breves y se redujo la cronificación de la enfermedad. También se redujo la estancia hospitalaria de los pacientes con episodios psicóticos y aumentó la confianza de las personas afectadas y sus familias en el personal sanitario. |
| <i>The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care</i> | Seikkula, J. 2011 Finlandia (Laponia occidental) | Observacional: Cohorte | N=100 personas con trastornos psicóticos (95 en la última fase del seguimiento). Rango edad: 16-50 años. | Recoge datos de dos intervenciones previas realizadas en el marco de un estudio multicéntrico que se encuentra dentro de un proyecto estatal finlandés. | Tras los dos períodos de observación se recogieron los siguientes datos: Menos incidencia del diagnóstico de esquizofrenia en la región. Menos sintomatología residual. Mayor tasa de recuperación y de vuelta al trabajo a tiempo completo. Menor uso de fármacos neurolépticos. Resultados que se mantuvieron tras 10 años de la intervención. Mayor éxito terapéutico debido a una atención más temprana. |
| <i>The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study</i> | Buus, N. 2019 Dinamarca | Observacional: Cohorte retrospectiva | N=503 personas con trastornos psicóticos Rango edad: 14-19 años. | Se comparó durante 10 años una cohorte de pacientes que habían recibido atención desde el enfoque de DA frente a otra que utilizaba el modelo clínico habitual. Los resultados se medían en uso de servicios de emergencia y ambulatorios. | Tras la intervención se reportaron los siguientes resultados: Mayor tasa de tratamiento ambulatorio en el grupo que había sido tratado con DA, pero que no se mantuvo en el seguimiento posterior. De igual forma, el grupo que recibió tratamiento basado en DA realizó un menor uso de los servicios de urgencia psiquiátrica y de los servicios de salud en general. |
| <i>Retrospective Experiences of First-Episode Psychosis Treatment Under Open Dialogue-Based Services: A Qualitative Study</i> | Bergström, T. 2022 Finlandia (Laponia occidental) | Cualitativo | N=21 personas con trastornos psicóticos Rango de edad: 25-34 años. | Se invitó a participar a pacientes de la cohorte del estudio enmarcado en el Proyecto Estatal Finlandés para explorar sus experiencias con el tratamiento de DA. | Un gran número de participantes estuvieron de acuerdo en que las reuniones dialógicas resultaron de ayuda en su proceso de enfermedad y en su tratamiento. Valoraron positivamente la inclusión de las familias y amistades en dicho proceso. Algunos de estos participantes también valoraron de manera negativa la inclusión de las familias o las visitas a su domicilio. |
| <i>Need adapted use of medication in the open dialogue approach for psychosis: A descriptive longitudinal cohort study</i> | Bergström, T. 2022 Finlandia (Laponia occidental) | Observacional: Cohorte retrospectiva | N=1439 personas con trastornos psicóticos Cohorte DA: N=61 Cohorte control: N=1371 | Se siguió durante 10 años a paciente de una cohorte que había recibido tratamiento con DA y a otra que había recibido tratamiento convencional y se observó las diferencias en el uso de medicación. | Los participantes que recibieron tratamiento basado en el DA minimizaron el consumo de fármacos tales como benzodiazepinas, antidepresivos o neurolépticos. En ambos grupos, aquellos participantes que tomaban neurolépticos desde el inicio continuaron tomándolos durante todo el seguimiento. |

Tabla 1: Datos y variables (1/3)

| | | | | | |
|---|---|------------------------------------|---|--|--|
| <i>Feasibility of an Open Dialogue-Inspired Approach for Young Adults with Psychosis in a Public Hospital System</i> | Cotes, R. O. 2023 EE. UU. (Atlanta) | Estudio de viabilidad | N=45 personas con trastornos psicóticos Rango edad: 18-35 años. | Se realizó una intervención basada en el enfoque de DA a personas afroamericanas para apoyar su implementación, así como la viabilidad y eficacia. | Se evaluaron los siguientes dominios de factibilidad: la implementación, la adaptación, la practicidad, la aceptabilidad y la eficacia limitada. Se realizaron algunos cambios del modelo original para adaptarse a las características del contexto concreto, como realizar reuniones menos frecuentes y ausencia de visitas a domicilio o cambios en la organización de la red de salud mental. Los resultados preliminares sugieren que el modelo puede ser factible. |
| <i>Implanting Rhizomes in Vermont: a Qualitative Study of How the Open Dialogue Approach was Adapted and Implemented</i> | Florence, A. C. 2020 EE. UU. (Vermont) | Cualitativo | N=25 profesionales de la red de salud mental. | Implantación de una adaptación (<i>Collaborative Network Approach</i>) del enfoque de DA en Vermont. Se realizaron entrevistas y grupos focales a 22 miembros de equipos multidisciplinares de la red de salud mental y a tres expertos en la adaptación del DA. | Los profesionales participantes reportaron un impacto positivo en su práctica clínica tras la implementación de esta adaptación del DA. Remarcaron como puntos clave del éxito de la intervención: la aceptación de las personas afectadas, su red social y familiar y del resto del sistema de salud implicado (colegas de profesión, gerencia y departamento de salud mental). Destacan como puntos a mejorar para la completa implementación: déficit de recursos económicos, capacitación de profesionales muy costosa y prolongada y resistencias por parte de otros profesionales. |
| <i>Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study</i> | Gordon, C. 2016 EE. UU. (Boston) | Estudio piloto de viabilidad mixto | N=16 personas con trastornos psicóticos Rango edad: 14-35 años. | Se realizó seguimiento a 16 pacientes que iniciaron tratamiento con DA y posteriormente se evaluó según criterios cuantitativos y cualitativos. | Los resultados obtenidos indican que este enfoque de tratamiento se puede implementar con éxito en los Estados Unidos. Se obtuvo una alta satisfacción por parte de los participantes y una buena aceptación a la toma de decisiones compartida. Por otra parte, indicaron también que percibían pocas indicaciones en relación al tratamiento farmacológico. |
| <i>Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencing a mental health crisis: Protocol for the ODESSI multi-site cluster randomised controlled trial</i> | Philling, S. 2022 Reino Unido | ECA multicéntrico (en curso) | N=570 personas con trastornos psicóticos (108 reclutados cuando reportaron resultados). | Un ensayo clínico aleatorizado realizado en diferentes comunidades de Reino Unido, donde llevan a cabo una intervención basada en DA, comparando los resultados con un grupo control con práctica clínica habitual. Seguimiento de dos años. Los resultados serán obtenidos de los registros digitales del servicio de salud y de entrevistas con los participantes. | Resultado primario: tiempo hasta la recaída. Resultados secundarios: medidas de recuperación y uso de los servicios. Actualmente se encuentra en realización por lo que todavía no han reportado resultados. |

Tabla 1: Datos y variables (2/3)

| | | | | | |
|---|--|------------------------|--|---|--|
| <i>Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies</i> | Seikkula, J. 2006 Finlandia (Laponia occidental) | Observacional: Cohorte | N=75 personas que inician un primer episodio psicótico. | En la <i>Finnish Western Lapland</i> se compararon seguimientos de cinco años de dos grupos (un grupo intervención y otro grupo control) de pacientes que atravesaban por un primer episodio de psicosis no afectiva. | Los resultados reportados muestran una disminución del tiempo de crisis de la enfermedad, menor tiempo de hospitalización (en los casos en los fue requerida) y menor necesidad de reuniones familiares frente al grupo control. También se observaron mejores tasas de recuperación y mayor capacidad del grupo intervención a volver a su trabajo o estudios a jornada completa. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas al terminar el seguimiento a 5 años. |
| <i>Open dialogue in the UK: qualitative study</i> | Tribe, R. H. 2019 Reino Unido | Cualitativo | N=19 participantes (8 usuarios que padecen trastornos psicóticos y 11 profesionales médicos). | Exploraron las distintas percepciones acerca de la implementación del enfoque basado en DA en una unidad de salud mental de Reino Unido. | Se observaron resultados mixtos tras el análisis. La mayoría de los participantes refirieron sentirse escuchados y atendidos en las reuniones dialógicas, aunque hubo personas que percibieron la intervención como extraña o angustiada. Por otra parte, los profesionales reportaron beneficios de estas reuniones en las que destacaron la autenticidad a la hora de relacionarse, aunque, en ocasiones, también se sentían algo abrumados. |
| <i>Using Open Dialogue-inspired dialogism in non-psychiatric medical practice: A ten-year experience</i> | Antoni, H. J. 2022 Argentina | Descriptivo | No hay participantes. | Describe de qué manera se utiliza el modelo del DA en Argentina para el tratamiento de la psicosis y otros trastornos, como pueden ser los trastornos del ánimo o del estado emocional. | El autor refiere que la mayoría de los pacientes que ha tratado informaron sentirse mejor, con mayor tranquilidad y esperanza. Observó una reducción de medicación y un menor tiempo de resolución del problema. |
| <i>La UAT: Una adaptación del marco de Diálogo Abierto Finlandés</i> | Parabera García, S. 2019 España (Madrid) | Descriptivo | No hay participantes. | Describe de qué manera se ha adaptado el modelo finlandés del DA a una Unidad de Atención Temprana a pacientes con trastornos psicóticos incipientes en la Comunidad de Madrid. | Este dispositivo ha atendido desde 2014 hasta el 2019 a 113 pacientes (298 contando su red familiar/social). No se reportan resultados de carácter cuantitativo, pero sí cualitativo. Este equipo de atención refiere que la confianza de las personas atendidas en el sistema de salud aumentó, así como lo hizo el vínculo generado entre los profesionales y los pacientes y familias. Por otra parte, se observó que la toma de decisiones compartida fue un método de tratamiento muy bien aceptado por todas las personas implicadas y que los propios pacientes tenían mejor insight al finalizar el tratamiento. |
| <i>Implementation of Psychodynamic Multifamily Groups for Severe Mental Illness: A Recovery-Oriented Approach</i> | Maone, A. 2021 Italia (Roma) | Observacional: Cohorte | N= 794 participantes (incluyendo a personas que padecen trastornos psicóticos, sus familias y personas allegadas). Edad media de los participantes: 42 años. | Se dividió a la muestra en tres grupos: reuniones dialógicas el paciente solo, reuniones con el paciente y la familia o reuniones únicamente con la familia. Se siguieron estas reuniones desde 2015 a 2019. | Casi el 90 % de los participantes asistieron a más de una reunión. La media de edad era mayor entre los pacientes que demandaban reuniones solos que los que lo hacían con familia. De igual forma, las reuniones que incluían a familia y a paciente tuvieron mayor tasa de asistencia que las demás. Concluyen que la adherencia al tratamiento es mayor cuando se acude a las reuniones acompañado de red social y/o familiar. |

Tabla 1: Datos y variables (3/3)

reportaron muy buenos resultados en relación a un menor uso de los servicios de urgencias y a menores tasas de hospitalización¹³.

De todos estos aspectos que se han mencionado, los más importantes a destacar podríamos decir que son la disminución de la incidencia de diagnóstico de esquizofrenia y el uso reducido de neurolépticos¹⁰. La primera de ellas justificada a través de una atención temprana y que garantiza el éxito terapéutico, tendiendo a la resolución del episodio agudo y reduciendo así la cronificación^{1,10}. Por otra parte, la disminución de la medicación antipsicótica también facilita la adherencia, al reducir efectos secundarios y perjudiciales para la persona afectada, ayudando así a mantener el tratamiento y la continuidad del cuidado^{1,10}.

En Estados Unidos se han encontrado propuestas de implantación que encuentran puntos de unión entre sí, como puede ser la aceptación por parte de los pacientes implicados y la toma de decisiones compartida. A su vez, también han encontrado dificultades a la hora de llevarlo a cabo debido a la resistencia de los propios profesionales o a la falta de recursos económicos y/o ambientales¹⁴⁻¹⁶. Es por esto por lo que las propuestas hasta la fecha no ven factible aplicar el modelo original, sino que creen que deberían adecuarlo al contexto en el que se encuentra y a las propias necesidades de la región¹⁶. Este hecho continúa dificultando el análisis de la fiabilidad y efectividad de este tratamiento frente a la práctica clínica habitual¹⁵.

En otros países de Europa, como Reino Unido, Italia o España, también se han iniciado proyectos relacionados con el DA^{11,17-19}. De estos tres países, únicamente en Reino Unido se ha puesto en marcha un ensayo clínico aleatorizado que pretende comprobar la eficacia del DA de manera más rigurosa y siendo fidedigno al tratamiento original¹⁷. Se trata de un estudio multicéntrico que se encuentra enmarcado dentro del proyecto denominado ODDESSI (Open Dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Illness), el cual se ofrece dentro del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido¹⁷. Actualmente todavía no ha finalizado el seguimiento por lo que no han reportado resultados de este¹⁷.

Por último, se han encontrado también adaptaciones del modelo de DA en España o Italia, pero que, por razones estructurales del sistema de salud y/o

ideológicas de los propios profesionales, se han tenido que modificar aspectos básicos del enfoque de tratamiento que pueden alterar y modificar sus resultados^{11,18}.

Principales barreras y procesos facilitadores a la hora de implementar el DA

A través de la bibliografía revisada se han podido ir desgranando los principios básicos en los que se fundamenta el DA. Estos pilares forman parte del éxito terapéutico de este enfoque y son cruciales a la hora de ponerlo en práctica. Se encuentran presentes en todos los artículos revisados, ya sea en mayor o menor medida, en función de la adaptación que cada estudio ha llevado a cabo del DA⁵. A continuación, desglosaremos las dificultades y los facilitadores que se han encontrado en los diferentes países a la hora de implantar este modelo basado en los siguientes principios:

Ayuda inmediata: Un principio presente en los estudios revisados llevados a cabo en Finlandia, pero difícil de cumplir en los demás lugares debido a las restricciones de carácter estructural^{11,15,18}. En EE. UU., tanto los pacientes que participaron en las investigaciones sobre DA como los profesionales implicados reportaron dificultades en su implantación debido a la disponibilidad limitada^{15,16}. En Reino Unido, sin embargo, sí se está llevando a cabo este principio¹⁷, y en España, en la Unidad de Atención Temprana a la Salud Mental de Madrid, se intenta atender en un plazo no mayor a 48 horas¹¹.

Participación de la red social: En la mayoría de los estudios revisados están de acuerdo en que el apoyo de la red social y familiar es clave en el tratamiento^{1,6,10,11,14,17,19,20}. En algunos modelos adaptados del DA, se entablan reuniones únicamente con la familia o amistades, sin estar presente el paciente¹⁸, a pesar de que el eje central del DA es que todas las reuniones dialógicas son en conjunto, ya que es importante que exista un clima de confianza entre todas las partes²⁰.

Flexibilidad y movilidad: Lo que se pretende con este principio es que la persona no identifique el ámbito hospitalario con estos encuentros, por eso se generó la idea de realizarlos en domicilio o algún lugar ajeno al sistema sanitario⁶. A la hora de su implantación en otros países ha habido modificaciones, ya que el contexto sociocultural varía mucho en función del lugar en el que se desarrolle la interven-

ción¹⁵. En Madrid (España), la mayoría de las reuniones se realizan en el Centro de Atención Temprana, aunque, si la persona así lo requiere, también pueden acudir a domicilio¹¹; sin embargo, en Roma (Italia), las reuniones nunca son en domicilio¹⁸.

Responsabilidad y cohesión del equipo: Este punto mantiene acuerdo en todos los artículos revisados, ya que la horizontalidad y la responsabilidad propia es la base para poder construir cualquier relación de confianza^{11, 13-20}.

Continuidad psicológica: Esta característica, debido a la organización y los recursos de los que se disponen en la red de salud pública de algunos de los países donde se lleva a cabo el DA, no es posible de mantener¹⁵. En Madrid (España), actualmente se intenta mantener el mismo equipo de profesionales, pero la duración del tratamiento tiene un período máximo de dos años¹¹. Así como en varios puntos de EE. UU., donde la duración de los tratamientos también es limitada y no es posible garantizar la continuidad de los profesionales^{15, 16}.

Tolerancia a la incertidumbre: Este principio también es fundamental para el éxito de la intervención¹. En la práctica, genera dificultades tanto en el propio paciente, que expresa confusión, sobre todo al inicio del tratamiento^{12, 19}, pero también en el profesional¹⁵. Por ello, es tan importante realizar una formación completa en intervenciones dialógicas de DA para poder llevar a cabo con rigurosidad y profesionalidad dicha intervención¹⁵. Al terminar la intervención, la mayoría de participantes reportaron buena tolerancia a la incertidumbre y demostraron un mayor dominio de su proceso, así como mayor *insight*^{12, 14, 16, 19}.

Dialogismo: Este principio nos habla acerca de la reflexión necesaria que debe llevar a cabo toda persona implicada en las reuniones, pasando desde el propio paciente hasta los profesionales¹¹. En los estudios de carácter cualitativo, se da importancia al diálogo y se pone en valor su relevancia en el proceso de recuperación^{12, 15, 19}.

El DA como tratamiento de otros problemas de salud mental

Este enfoque comenzó siendo específico para el tratamiento de personas que iniciaban un episodio psicótico, pero actualmente se ha extendido y se utiliza también para el tratamiento de otros problemas

relacionados con la salud mental, como pueden ser problemas de alcoholismo o problemas de carácter afectivo, entre otros. Concretamente en Argentina, se utiliza para el tratamiento de problemas afectivos, emocionales y/o procesos de estrés²⁰.

Limitaciones

Debido a la heterogeneidad metodológica y el tamaño de las muestras de los estudios revisados, es difícil realizar una comparación objetiva que determine con fiabilidad el efecto de la intervención. Por ello, se precisan estudios con mayor rigor científico ya que es importante continuar investigando en esta área. De igual modo, pese a la variabilidad, sí se objetivan efectos positivos tras la aplicación de este tratamiento en los diferentes países que lo han llevado a cabo.

Conclusiones

Tras la revisión de los artículos relacionados, cabe destacar que el DA es un nuevo enfoque de tratamiento creado para mejorar la sintomatología producida por trastornos psicóticos. Este nuevo modelo puede ser beneficioso de manera integral para la persona afectada y su red social y familiar.

Sus bases teóricas se fundamentan en la práctica dialógica, minimizando así el impacto y los efectos secundarios de la medicación neuroléptica, hecho que favorece la adherencia y el éxito terapéutico.

Debido a los buenos resultados que ha reportado hasta la fecha y el coste-beneficio que presenta, actualmente ya se utiliza también para el tratamiento de otras patologías relacionadas con salud mental, tales como trastornos afectivos y relacionados con el estrés, entre otros.

Por todo ello, se necesita continuar investigando en esta novedosa línea para poder establecer una relación directa entre este tratamiento y la recuperación de la persona, así como para adquirir recursos por parte del sistema de salud para su implantación en la red de salud mental española.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Bibliografía

1. Seikkula J, Altonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 2006;16(2):214-28.
2. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process*. 2003;42(3):403-18.
3. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences & Services*. 2003;5(3):163-82.
4. Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A, Jääskeläinen J, Kokkola A, Ojanen M, et al. The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1998;97:10-7.
5. Seikkula J, Alakare B. Open dialogues with patients with psychosis and their families. In: Romme M, Escher S, editors. *Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach*. International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; 2012. p. 116-28.
6. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. 2011;3(3):179-91.
7. Ahonen J. Reflections on the dialogical design of the three/four-year Open Dialogue training. In: Putman N, Martindale B, editors. *Open Dialogue for psychosis: Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning*. International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis book series. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; 2022. p. 119-21.
8. Seikkula J, Arnkil TE, Eriksson E. Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Fam Process*. 2003;42(2):185-203.
9. Kantorski LP, Cardano M. [Open Dialogue and the Challenges for its Implementation - an analysis based on a review of the literature]. *Cien Saude Colet*. 2019;24(1):229-46.
10. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. 2011;3(3):192-204.
11. Parrabera García S, Chico González M, de la Hermosa Loreti M, Martín Fernández de la Cueva C. La UAT: Una adaptación del marco de diálogo abierto Finlandés. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019;39(136):223-38.
12. Bergström T, Seikkula J, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ, Aaltonen J. Need adapted use of medication in the open dialogue approach for psychosis: A descriptive longitudinal cohort study. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. 2022.
13. Buus N, McCloughen A. Client and Family Responses to an Open Dialogue Approach in Early Intervention in Psychosis: A Prospective Qualitative Case Study. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43(4):308-16.
14. Gordon C, Gidugu V, Rogers ES, DeRonck J, Ziedonis D. Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatr Serv*. 2016;67(11):1166-8.
15. Florence AC, Jordan G, Yasui S, Davidson L. Implanting Rhizomes in Vermont: a Qualitative Study of How the Open Dialogue Approach was Adapted and Implemented. *Psychiatr Q*. 2020;91(3):681-93.
16. Cotes RO, Palanci JM, Broussard B, Johnson S, Grullón MA, Norquist GS, et al. Feasibility of an Open Dialogue-Inspired Approach for Young Adults with Psychosis in a Public Hospital System. *Community Ment Health J*. 2023.
17. Pilling S, Clarke K, Parker G, James K, Landau S, Weaver T, et al. Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencing a mental health crisis: Protocol for the ODDESSI multi-site cluster randomised controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2022;113:106664.
18. Maone A, D'Avanzo B, Russo F, Esposito R, Goldos B, Antonucci A, et al. Implementation of Psychodynamic Multifamily Groups for Severe Mental Illness: A Recovery-Oriented Approach. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.
19. Tribe RH, Freeman AM, Livingstone S, Stott JCH, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open*. 2019;5(4):e49.
20. Antoni H.J. Using Open Dialogue-inspired dialogism in non-psychiatric medical practice: A ten-year experience. *Front Psychol*. 2022;13:950060.



Propuesta de intervención enfermera en medio escolar sobre imagen corporal en adolescentes: “Queriéndonos y respetándonos”

Proposal for nursing intervention in school settings on body image in adolescents: “Loving and respecting each other”

Laura Calderón Jiménez, Miriam Eusebio Madrigal, Belén Santiago Lozano, Nuria Roldán Ahedo

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid (España).

Contacto: Laura Calderón Jiménez laura.calderon.jimenez2@gmail.com

Fecha de recepción: 21 de abril de 2023 / Fecha de aceptación: 25 de mayo de 2023

Resumen

Introducción: La salud mental de los y las adolescentes se ha visto muy afectada en los últimos años, especialmente a raíz de la pandemia por COVID-19. Algunos de los problemas de salud mental más frecuentes en esta etapa son los relacionados con la imagen corporal (trastornos de la conducta alimentaria, trastorno dismórfico corporal y vigorexia). Las intervenciones comunitarias de educación para la salud son una herramienta efectiva para cambiar actitudes, conductas y creencias en los jóvenes, especialmente en el medio escolar. La enfermera de salud mental es la principal encargada de estas intervenciones.

Metodología: Se propone una intervención que aborde los factores que rodean a la imagen corporal en adolescentes. Se evaluarán percepciones de la autoimagen, así como síntomas de alarma de trastornos de la conducta alimentaria por medio de cuestionarios validados. Posteriormente, se impartirán seis sesiones semanales en institutos de educación secundaria de Fuenlabrada (Madrid). Los contenidos estarán orientados a manejo de la imagen corporal; redes sociales; influencia de la publicidad; estereotipos; *bullying*; estrategias de comunicación con docentes, familias y sanitarios; y problemas de salud mental en adolescentes, entre otros. En la última sesión, se administrará una encuesta de satisfacción para alumnado y docentes.

Resultados esperados: Se espera obtener una alta satisfacción y participación por parte de los alumnos. En caso de detectar alumnos con signos de alarma, *bullying* o problemas de salud mental, se procederá a comentar el caso con el o la docente y la familia para derivar a los servicios de salud si es preciso. Las intervenciones realizadas por enfermeras especialistas en salud mental en el medio escolar son consideradas una herramienta eficaz frente a las alteraciones de la imagen corporal. Dichas actividades son necesarias para concienciar, prevenir y detectar precozmente diversos problemas de salud mental y poder abordarlos precozmente de forma multidisciplinar

Palabras clave: autoimagen, adolescentes, prevención, enfermería.

Abstract

Introduction: Adolescent mental health has been greatly affected in recent years, especially in the wake of the COVID-19 pandemic. Some of the most common mental health problems at this stage are related to body image (eating disorders, body dysmorphic disorder and vigorexia). Community health education interventions are an effective tool to change attitudes, behaviours and beliefs in young people, especially in the school environment. The mental health nurse is the primary provider of these interventions.

Methodology: An intervention is proposed that addresses factors surrounding body image in the adolescent. Perceptions of self-image and alarm symptoms of eating disorders will be assessed by means of validated questionnaires. Subsequently, six weekly sessions will be given in secondary schools in Fuenlabrada (Madrid). The contents will focus on: body image management, social networks, the influence of advertising, stereotypes, bullying, communication strategies with teachers, families and health professionals, and mental health problems in adolescents, among others. In the last session a satisfaction survey for students and teachers will be administered.

Expected results: It is expected to obtain a high satisfaction and participation from students. In case of detecting pupils with warning signs, bullying or mental health problems, the case will be discussed with the teacher and the family to refer to health services if necessary. Interventions carried out by mental health nurses in school settings are considered an effective tool against body image disturbances. These activities are necessary to raise awareness, prevent and early detect various mental health problems and to be able to address them early in a multidisciplinary manner.

Keywords: self-image, teenagers, prevention, nursing.

Introducción

Durante los últimos años, la mayoría de los países occidentales han experimentado un aumento en la incidencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), trastorno dismórfico corporal (TDC) y vigorexia o dismorfia muscular. Algunos tipos de TCA, como la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), el TDC y la vigorexia o complejo de Adonis, están relacionados con la imagen corporal en mayor o menor medida y todos ellos suelen debutar en la adolescencia. Realizar intervenciones de promoción de la salud en relación con alimentación saludable, ejercicio físico y alteraciones de la autoimagen en adolescentes, entre otros, puede favorecer un estilo de vida saludable y ayudar a prevenir conductas relacionadas con los trastornos previamente mencionados, tal y como refieren diversos estudios¹⁻³.

Desde la pandemia por COVID-19 sufrida mundialmente en el año 2020, los problemas de salud mental han experimentado un preocupante aumento⁴. En honor al Día Mundial de la Salud Mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) redactó en el mes de octubre de 2020 un informe en el que se detallaban los efectos de la pandemia en la salud mental de la población, destacando la baja capacidad de respuesta de los países ante la inmensa y venidera demanda de necesidades de salud mental por parte de la población. No obstante, no solo los servicios de salud mental experimentarían un colapso, sino también los servicios comunitarios y preventivos⁵.

Por otro lado, el concepto de belleza ha ido evolucionando, influenciado en gran parte por factores socioculturales. La publicidad y las redes sociales ejercen un control en la población adolescente y determinan cuáles son los estándares de belleza predominantes en la actualidad, siendo fundamentalmente mujeres delgadas y hombres musculados. Estos perfiles llevados al extremo constituirían alteraciones importantes de la imagen corporal que podrían derivar en TCA, TDC o vigorexia³.

El 84,6 % de los hombres adolescentes y el 80,4 % de las mujeres están insatisfechos con su imagen corporal. Los varones tienden a infravalorar su musculatura y su objetivo está orientado normalmente a la ganancia de masa magra y la definición muscular, lo que suele conllevar un aumento ponderal. Sin embargo, en las mujeres predomina el deseo de la pérdida de peso. Posiblemente esta problemática esté relacionada con los cánones de belleza que aún están presentes en la sociedad actual, las redes sociales, la publicidad y las consecuencias a nivel psicológico de todos estos factores en ambos sexos. Además, como factores internos predisponentes para sufrir alteraciones de la imagen corporal destacan la preocupación exagerada por las opiniones ajenas y rasgos dependientes, perfeccionistas y obsesivos de la personalidad^{1,2,6}.

A continuación, se detallan aspectos clínicos y de prevalencia en relación con los trastornos previamente mencionados.

Anorexia nerviosa (AN)

Los TCA son entidades clínicas que repercuten considerablemente en la calidad de vida de la persona e incluso en la mortalidad. Entre estos trastornos destaca la anorexia nerviosa (AN), que se caracteriza por graves distorsiones en el esquema corporal acompañadas de conductas dirigidas a mitigar esta molestia (ya sean conductas purgativas, restrictivas o ambas). La edad más prevalente en la que se inician estos problemas es en la media adolescencia⁶.

En Europa la prevalencia en mujeres que se estima de AN es de 1-4 %, siendo muchísimo más frecuente en el sexo femenino, en una relación 9:1 con respecto a los hombres⁶. En los últimos años la prevalencia de los TCA ha aumentado; esto podría estar relacionado con el cambio en los criterios diagnósticos del DSM-5 y la mejora en la detección. Estudios han evidenciado este aumento en el número de casos en los últimos años; por ejemplo, en el periodo de 2000 a 2006 se observó un incremento del 3,5 % respecto a

los años anteriores y un incremento del 7,8 % en el periodo de 2013 a 2018⁶.

La AN se relaciona con otras comorbilidades psiquiátricas, como ansiedad, depresión, conductas autolesivas, trastornos de la personalidad, trastornos por consumo de tóxicos, intentos y consumaciones autolíticas^{6,7}. Normalmente la conducta suicida que aparece en la AN es secundaria a la alta insatisfacción corporal y al deterioro psicológico que conlleva en líneas generales⁶.

Vigorexia, complejo de Adonis o dismorfia muscular

Este trastorno se caracteriza por alteraciones de la imagen corporal en las que el paciente presenta una preocupación excesiva hacia su cuerpo, lo que le conduce a buscar obsesivamente un aumento de masa muscular a través del ejercicio, dietas desequilibradas e incluso consumo de diversas sustancias potencialmente nocivas sin control sanitario alguno. Estos productos son adquiridos fácilmente en webs, tiendas y gimnasios sin control sanitario dado que no es necesaria su prescripción médica para poder ser administrados⁸.

Se ha llegado a describir la prevalencia de vigorexia hasta en el 50 % de los adolescentes entre 12 y 16 años, edad en la que la preocupación por la imagen, el culto al cuerpo, el cuidado en la alimentación, el deporte, el alcance de la perfección, etc., están relacionados con la aceptación social³. La vigorexia es un trastorno mental que ha experimentado un importante incremento en sus cifras de casos. Afecta fundamentalmente a población adolescente, como consecuencia de insatisfacción corporal, en muchos casos muy relacionado con el TDC y algunos tipos de TCA^{3,8}. Se estima que en España lo padecen entre 20 000 y 30 000 personas, aunque no existen datos fiables por ahora, debido a la novedad del problema, a la falta de estudio del mismo³ y a que está infradiagnosticado, dado que existe baja demanda de ayuda por la escasa conciencia de enfermedad de las personas que lo padecen⁸.

Las comorbilidades con la vigorexia son ansiedad, depresión, rasgos perfeccionistas y obsesivos de la personalidad, así como, en casos más graves, ataques de ira y agresividad ante el consumo desorbitado de las sustancias anabolizantes⁸. El desconocimiento social de la vigorexia junto con el alto porcentaje de adolescentes que está llevando a cabo conductas de riesgo, hace que las herramientas imprescindibles

para abordar satisfactoriamente esta problemática sean la prevención y la educación para la salud³. Normalmente el problema nace de la falta de información y conciencia de enfermedad en las personas que lo padecen. La mayoría se autoorganizan las dietas y entrenamientos sin consultar con profesionales expertos y relegando a un segundo plano su vida social. Por todo ello, es necesario hacer visible esta afección, dado que es un problema de salud pública³.

Trastorno dismórfico corporal (TDC)

El TDC es una entidad clínica caracterizada por la preocupación exagerada por defectos físicos apenas perceptibles o ni siquiera existentes, que generan un malestar psicológico clínicamente significativo y un deterioro en el funcionamiento de la persona que lo padece. La prevalencia estimada de este trastorno está entre el 1,7 % y el 2,5 % en población general, siendo las dos terceras partes de inicio en la adolescencia⁷.

Comparte aspectos comórbidos con los TCA y la vigorexia, como, por ejemplo, la ansiedad, depresión o baja autoestima relacionada con los defectos corporales, entre otros. El suicidio es causa de mortalidad en personas con TDC, aunque en estos casos suele estar relacionado con una identidad fuertemente influida por la opinión de los demás y esta, a su vez, por la apariencia física^{7,9}.

El curso del trastorno es generalmente crónico, al igual que en muchos de los TCA⁷, de ahí la importancia de crear intervenciones de prevención primaria y secundaria como la que se propone en el presente proyecto de investigación.

Diagnóstico diferencial

Mientras que en la AN la distorsión ocurre en torno al peso y la autoimagen general, en los TDC la alteración de la imagen corporal suele estar relacionada con aspectos físicos concretos, localizados en su mayoría en la cara. Además, en la AN las conductas van orientadas a la restricción (dejar de comer y beber...) o son de carácter purgativo (vómitos autoprovocados, ejercicio físico excesivo, uso de laxantes...), mientras que en el TDC las conductas son en su mayoría de "remodelación" o "mitigación" del defecto subjetivo (operaciones estéticas, autolesiones...)¹⁰. La vigorexia no es un TCA, pertenece al capítulo dedicado al TDC; en este caso, el individuo afectado orienta su conducta de forma obsesiva a la ganancia de masa

muscular^{3,8}. En todos los trastornos hay una afectación en la vida de la persona, pensamientos obsesivos relacionados con la imagen corporal y conductas secundarias orientadas a diferentes fines, tal y como se acaba de exponer.

Intervenciones enfermeras en medio escolar; una herramienta eficaz

La evidencia científica disponible apoya intervenciones comunitarias en medio escolar con el fin de mejorar la calidad y los hábitos de vida de los adolescentes^{1,2}. En la base de estas afecciones, suele estar el desconocimiento o la falta de conciencia de que se trate de un problema grave⁸.

Fomentar la investigación y diseñar programas educativos y preventivos, de prevención primaria y secundaria, son dos de las herramientas más potentes de las que se dispone y en las que enfermería posee un papel fundamental³.

Dentro del Plan Estratégico de Salud Mental 2022 se establece el objetivo “mejorar la coordinación con otros recursos sanitarios [...] y con otras instituciones implicadas en la atención a la población infantojuvenil”¹¹, de ahí también la importancia de la implantación de este tipo de intervención comunitaria y psicoeducativa. Estudios de programas de educación para la salud como el de Herrero Ayuso y colaboradores, también utilizan esta misma metodología^{2,3}.

En el presente proyecto de investigación se realiza una propuesta de intervención en medio escolar por parte de la enfermera especialista en salud mental junto con la enfermera escolar, y un observador u observadora (profesional docente) para lograr un abordaje multidisciplinar. Se ha decidido que la figura del observador esté representada por un o una docente, dado que conoce las dinámicas de la clase, las relaciones entre el alumnado y las problemáticas del aula, pudiendo prestar mayor atención a determinados alumnos ante el abordaje de un tema concreto.

Objetivos

GENERAL

- Evaluar el impacto en la autopercepción de los adolescentes del presente programa de educación para la salud en los centros de educación secundaria de Fuenlabrada.

ESPECÍFICOS

- Determinar los conocimientos adquiridos y la satisfacción de las personas participantes.
- Cuantificar las diferencias en la autopercepción de la imagen corporal de las personas participantes antes y después del programa.
- Establecer si se producen cambios en las puntuaciones de los test de cribado para detección temprana de AN y otros TCA en las personas participantes.

Determinar si se producen modificaciones en la autoestima de las personas participantes.

La intervención tiene los siguientes objetivos específicos:

- Mantener contacto con profesional docente para asegurar la comunicación interdisciplinar de cara a realizar nuevas intervenciones de prevención y promoción según demanda.
- Explorar y detectar posibles problemas de salud mental, baja autoestima o *bullying* relacionados con la concepción de la imagen corporal.
- Derivar a servicios sanitarios si existe alto riesgo para la salud mental del alumno.

Metodología

Tipo de estudio

Se trata de un anteproyecto de investigación cuasiexperimental, pre-post intervención.

Las mediciones de los diferentes cuestionarios se realizarán en tres momentos: una medición inicial previa a la intervención, una medición al finalizar la misma y otra medición a los 3 meses. A los 6 meses se contactará con los equipos docentes de los centros para explorar si existen necesidades o demandas que puedan ser resueltas por nuestra parte.

Población de estudio

Dirigido a alumnado adolescente de 3º y 4º de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de institutos de Fuenlabrada (15-16 años). Se han seleccionado estas edades porque todos los problemas de la imagen corporal descritos previamente acontecen en su inmensa mayoría por primera vez en la adolescencia.

Criterios de inclusión

- Estar escolarizado en el centro educativo en el que se imparte la intervención en los grupos de 3º y 4º de la ESO.
- Autorización paterna y/o materna para acudir a las sesiones por medio de una hoja informativa y consentimiento informado firmado.

Criterios de exclusión: no hay.

Consideraciones previas

Se pretende conseguir un aprendizaje significativo en relación con la autoimagen corporal, el acoso escolar y las redes sociales, así como mejorar la forma de notificar agresiones de cualquier tipo a familia, docentes y personal sanitario. Por ello, se pretenden enfocar las sesiones otorgando un papel fundamental a los principios en los que se basan las intervenciones que busquen el aprendizaje significativo. El aprendizaje significativo es aquel que adquiere sentido en la práctica para el alumnado; por ello, es el de mayor calidad y duración en la memoria de una forma estable, coherente y no arbitraria. Esto es así porque el alumnado está en contacto no solo teóricamente con el tema impartido, sino que también lo pueden relacionar con experiencias vividas y acontecimientos de sus vidas¹². Se considerarán los siguientes aspectos:

- Valorar y considerar los conocimientos previos del grupo.
- Proporcionar actividades que logren interés en el grupo.
- Crear un clima de confianza para la intervención.
- Dar espacio a la opinión, intercambio de ideas y debate, de forma que el alumnado pueda construir conocimiento autónomamente.
- Utilización de ejemplos para facilitar la comprensión.
- Guiar el discurso en caso de errores en las deducciones del alumnado.
- No olvidar el contexto sociocultural concreto¹².

Por otro lado, se explorarán posibles casos de *bullying* preexistentes en las diferentes clases con los docentes, así como problemas de salud mental o problemática social conocida del alumnado.

Se dispondrá de un observador u observadora que irá haciendo anotaciones acerca de los emergentes en el grupo, por ejemplo, gestos o comentarios que sur-

gen ante el abordaje de un tema en concreto, susurros, intervenciones, actitud general de la clase y clima general. El docente será el más adecuado para la realización de esta tarea dado que es la persona que más conoce a los integrantes de la clase.

Desarrollo de la intervención "Queriéndonos y respetándonos"

Medición preintervención

Se valorará la situación basal del alumnado por medio de:

- Test visual de autopercepción de la imagen corporal.
- Escala SCOFF.
- Escala de autoestima de Rosenberg.

Sesiones de la intervención "Queriéndonos y respetándonos"

Se procederá a impartir las seis sesiones diseñadas, con una frecuencia de una sesión semanal de una hora de duración. A continuación, en la tabla 1, se detallan cada una de las sesiones.

Medición posintervención

- Encuesta de satisfacción de alumnado y profesorado. Por último, se pasará una encuesta de satisfacción al alumnado y a los docentes, en la que exista una parte cuantitativa (escala tipo Likert) y una parte cualitativa (discurso libre), en la que se evaluará la intervención en sí misma (duración, adecuación de los espacios, adecuación de horario, contenidos apropiados, valoración del clima durante la intervención y por último "aspecto que más/menos te ha gustado" y "cómo lo mejorarías").
- Test de autopercepción visual tras la intervención para valorar si existen cambios con respecto al momento inicial.
- Test de autoestima de Rosenberg para valorar si existen cambios con respecto al momento inicial.
- Entrevistas telefónicas con docentes para valorar la evolución de los alumnos (evolución de casos nuevos y antiguos de acoso escolar, actualización sobre salud mental de los adolescentes, necesidades urgentes del centro, posibilidad de realización de nuevos talleres en función de problemas detectados).

| Programa de la intervención “Querándonos y respetándonos” | | |
|---|--|---|
| Sesión | Nombre de la sesión | Descripción |
| 1 | Yo cuido mi salud mental | Se procederá a encuadrar y presentar la intervención, así como los integrantes de esta (10 min). Posteriormente se comentarán hábitos de vida saludables para el mantenimiento y fomento de una adecuada salud mental (30 min). Exposición breve de los principales problemas de salud mental más prevalentes en la adolescencia: trastornos de ansiedad, depresión y baja autoestima (15 min). Resumen, dudas y cierre (5 min). |
| 2 | Nuestro cuerpo, nuestro hogar | Introducción y pequeño resumen de la sesión anterior (5 min). Alteraciones de la imagen corporal: qué son, cómo pueden afectar en nuestra vida, síntomas de alarma. Descripción de los TCA, TDC y vigorexia (20 min). Formas saludables de prevenirlos (30 min). Resumen, dudas y cierre (5 min). |
| 3 | Redes sociales: ¿Evolución o involución? | Introducción y pequeño resumen de la sesión anterior (5 min). Importante y papel de las redes sociales en la imagen corporal, uso de filtros en fotografías y repercusión emocional, comparaciones con otros y nivel de aceptación medido en seguidores y likes (25 min). Posteriormente se expondrán casos reales en los que se debatirá en grupo los peligros a los que se exponen ante las nuevas tecnologías (25 min). Resumen, dudas y cierre (5 min). |
| 4 | ¿Mito o verdad? | Introducción y pequeño resumen de la sesión anterior (5 min). Juego verdadero/falso: Tarjetas con frases que hay que clasificar en verdadero/falso para crear un mural que quedará expuesto en la clase (25 min). Ejemplo de frase: “ <i>Todo el mundo debería consumir dietas hipocalóricas</i> ” (falso). “ <i>Los filtros de las redes sociales promueven imágenes que no se corresponden con la realidad, pudiendo producir nuevas inseguridades en la persona</i> ” (verdadero). Debate y dinámica grupal (25 min). Resumen, dudas y cierre (5 min). |
| 5 | Luchemos contra el bullying | Introducción y pequeño resumen de la sesión anterior (5 min). Role-playing sobre situaciones de bullying. Teatralización con personajes que ejercen acoso (bullies), personajes que reciben acoso, docentes, familiares y sanitarios. Explorar las formas en las que pedir ayuda, cómo hacerlo, a quién, estrategias de actuación del testigo que presencia una situación de bullying, etc. Detectar dinámicas disfuncionales en la transmisión de información, posibles casos existentes, dar a conocer nuestro papel como agentes de confianza y darle importancia a nivel de “problema de salud” (35 min). Debate entre todos, comentando experiencias anónimas conocidas (15 min). Resumen, dudas y cierre (5 min). |
| 6 | No es un adiós, es un hasta luego | Introducción y pequeño resumen de la sesión anterior (5 min). Comunicación familia-instituto-centro sanitario (10 min). Se entregará un tríptico con el resumen de la intervención al alumnado. Entrega de tarjetas anónimas en la que el alumno escriba dudas o comentarios que podamos comentar entre todos (20 min). Resumen, dudas y cierre (5 min). Administración de encuesta de satisfacción (incluyendo indicadores de estructura, proceso y resultado de la intervención, tal y como recomiendan las guías de medición de calidad asistencial de Avedis Donabedian) ⁵ (5 min). Administración de los otros cuestionarios (autoestima de Rosenberg y percepción de la autoimagen) (15 min). |

Tabla 1. Esquema de sesiones de la intervención “Querándonos y respetándonos”

Método de análisis

Para proceder al análisis estadístico de los datos obtenidos se contactará con el Servicio de Soporte Estadístico del Hospital Universitario de Fuenlabrada con

el fin de asegurar la idoneidad en la elección de los estadísticos, así como para la supervisión directa por parte del servicio. No obstante, a continuación, se detallan algunos aspectos en relación al método de análisis.

Previo a la intervención, la escala Scoff se utilizará de cribado para detección temprana (prevención secundaria de anorexia nerviosa u otros TCA). Puntuaciones alarmantes en dicha escala (punto de corte igual o superior a 2 respuestas afirmativas) representan una situación de alto riesgo del individuo¹³; por ello, se llamaría telefónicamente a los padres o tutores del alumno y se valoraría conjuntamente derivación al sistema sanitario.

Tras la intervención se compararán los resultados obtenidos en las puntuaciones de las escalas de autoestima de Rosenberg y test de autopercepción visual preintervención y posintervención. Ello se hará por medio de los correspondientes comparaciones de medias y coeficientes de correlación.

Consideraciones y aspectos éticos

Para la realización de esta propuesta de intervención enfermera en medio escolar se contarán con los aspectos éticos recogidas en las guías de investigación biomédica. Se respetarán los aspectos recogidos en el Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos en Biomedicina de 1997, así como los recopilados en la Declaración de Helsinki de 1964, por la que se manifiestan los principios éticos en la investigación del material humano y de sus datos. Con respecto a esto último, se respetará la Ley Orgánica de Protección de Datos 3/2018, siendo la información obtenida durante el estudio de carácter confidencial y de uso exclusivo para esta investigación.

Dado que el estudio incluye a todos los participantes menores de edad, se diseñará un "Consentimiento Informado" para padres y/o tutores, así como una "Revocación del Consentimiento Informado", pudiendo ceder la participación en el estudio en cualquier momento del mismo. Se entregará una "Hoja Informativa" que recoja una descripción detallada de las características del estudio y nombre del investigador principal, profesionales implicados y contacto.

Los datos se plasmarán en el "Cuaderno de Recogida de Datos", de acceso exclusivo al investigador principal.

Limitaciones

Como posibles limitaciones del estudio cabría esperar poca participación por parte de los alumnos, lo cual se intentará solventar por medio de las consideraciones

para intervenciones basadas en el aprendizaje significativo previamente mencionadas.

Además, el consentimiento informado para los progenitores es necesario dado que se trata de alumnos menores de edad, lo cual siempre puede ser una limitación en caso de que existan pocas autorizaciones por parte de los padres, lo cual se intentará prevenir por medio de una hoja informativa elaborada, completa, con disponibilidad de contacto vía email para consulta de dudas y aclaraciones.

Por último, la limitación que cabría esperar en un aula es reacciones emocionales inesperadas en ciertos alumnos (tristeza, ansiedad, agresividad...) ante el abordaje de ciertos temas. Ello se intentará reparar por medio de la creación de un clima de respeto y tolerancia y comentando la situación en grupo en la medida que el alumno en cuestión lo necesite y tolere. También se seguiría la evolución de ese alumno en concreto en caso de ser necesario por medio de entrevistas a docentes y familiares.

Resultados esperados

Esta población es especialmente vulnerable a los problemas de salud mental, especialmente desde la pandemia por COVID-19^{4,14}.

La AN, el TDC y la vigorexia son problemas emergentes que se han incrementado en incidencia en los últimos años debido a la influencia de las redes sociales, a los estándares de belleza impuestos por la sociedad y a la publicidad entre otros¹.

Si bien es conocido y demostrado por la evidencia científica disponible el aumento de casos en todos y cada uno de los trastornos descritos, las cifras exactas resultan desconocidas ya que estamos ante entidades clínicas infradiagnosticadas, especialmente en población adolescente, lo cual nos haría reflexionar que es un problema de salud pública mayor del que aparenta ser. Además, en 2020 la pandemia por COVID-19 afectó a nivel mundial, siendo una de las mayores consecuencias a largo plazo de esta los problemas en la salud mental de la población. Actualmente, a tres años del primer confinamiento, ya se ven estos efectos en los recursos de salud mental: servicios desbordados asistencialmente, listas de espera para primeras citas en centros de salud mental de más de 6 meses y urgencias colapsadas. Tras la pandemia, la red de atención a la salud mental presentaba importantes

carencias, especialmente en los centros de salud mental, lo que ha dificultado el establecimiento de intervenciones comunitarias de este estilo a pesar de su ya demostrada eficiencia¹⁴.

El presente estudio es un anteproyecto de investigación, por lo que aún no se han obtenido resultados. Sin embargo, cabe esperar algunos resultados en base a la evidencia científica disponible recogida y analizada. Por un lado, cabría esperar un aumento de conocimientos en relación con la imagen corporal propia y ajena, el acoso escolar, las formas de notificar una agresión de cualquier tipo hacia una persona o hacia uno mismo en relación con el físico, en cuanto a enfermedades o trastornos mentales más prevalentes en la adolescencia e influencia de las redes sociales en la imagen corporal. Por otro lado, se espera una mejora en la concienciación del alumnado acerca de salud mental, acoso escolar y autoimagen. Ello se evaluará por medio de entrevistas periódicas (3 y 6 meses en principio, pudiendo ser modificadas en función de las necesidades del centro) con los docentes para que aporten información sobre la situación en las aulas en relación con este problema y la evolución desde nuestra intervención.

En la encuesta de satisfacción de alumnado y profesorado se espera obtener resultados fiables y adecuados, así como sugerencias de mejora para próximas ediciones de la intervención. En cuanto a resultados obtenidos por el observador, se espera que exista un clima de tolerancia, en el que predomine la participación activa del alumnado y el debate. En caso de que no fuera así, se realizarían los ajustes y modificaciones pertinentes para acercarnos a ello.

Es fundamental contar con el abordaje de un equipo multidisciplinar para poder brindar una asistencia holística a los y las adolescentes participantes. Para asegurar una correcta intervención comunitaria se debe incluir desde el inicio de la misma con estudiantes, docentes, familiares y personal sanitario.

Bibliografía

1. Huapaya JC, Vargas MV. Autopercepción de la imagen corporal relacionada con el estado nutricional y antropométrico en adolescentes de un CEP en el distrito de Victoria. [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Católica Sedes Sapientis; 2021. Disponible en: https://repositorio.uccs.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14095/1590/Huapaya_Vargas_tesis_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Duno M, Acosta E. Percepción de la imagen corporal entre adolescentes universitarios [Internet]. Santiago: Revista chilena de

nutrición; 2019 [consultado 17 abr 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v46n5/0717-7518-rchnut-46-05-0545.pdf>

3. American Psychological Association [APA]. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) [Internet]. 2014 [consultado 13 abr 2023]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manualdiagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia [Internet]. 2022 Ginebra [consultado 17 jun 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
5. Robles-Sánchez. Salud Mental en tiempos de pandemia: La pandemia paralela. Sanid. Mil [Internet]. 2021 [citado 17 abr 2023]; 77(2): 69-72. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v77n2/1887-8571-sm-77-02-69.pdf>
6. Arija V, Santi M, Novalbos J, Canals J, Rodríguez-Martín A. Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. Nutr]Hosp [Internet]. 2022 [citado 18 abr 2023]. 39(2): 8-15. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v39nspe2/0212-1611-nh-39-nspe2-8.pdf>
7. García-Escribano F, Pérez M. Trastorno dismórfico corporal del adolescente. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil [Internet]. 2020 [citado 13 abr 2023]. 37(4): 30-35. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/352/316>
8. Moreno M, Tejada E, Tejada D. Diagnóstico de vigorexia (dismorfia muscular) a raíz de trastornos de conducta: consumo de diversas sustancias potencialmente peligrosas y sus consecuencias. Med Gen Fam [Internet]. 2018 [citado 19 abr 2023]. 7(1): 35-37. Disponible en: https://mgyf.org/wp-content/uploads/2018/03/MGYF2018_012.pdf
9. Behar R, Arancibia M, Heitzer C, Meza N. Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. Rev Med Chile [Internet]. 2016 [consultado 15 jun 2023]. 144(1):626-633. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500011
10. American Psychological Association [APA]. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) [Internet]. 2014 [consultado 12 abr 2023]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manualdiagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
11. Comunidad Autónoma de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones [Internet]. Madrid. 2022 [consultado 12 abr 2023]. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050836.pdf>
12. Baque-Reyes G, Portilla-Faican G. El aprendizaje significativo como estrategia didáctica para la enseñanza – aprendizaje. Pol Con [Internet]. 2021 [citado 18 abr 2023]. 6(5):75-86. Disponible en: <http://repositoriobibliotecas.uv.cl/bitstream/handle/uvscl/2030/2632-14045-4-PB%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Pérez P, Martínez J, Valecillos A, Gainza L, Galán M, Checa P. Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. Med Fam [Internet]. 2021 [consultado 19 jun 2023]. 47(1):230-239. Disponible en: http://www.comguada.es/comguada_uploads/Semergen-Premio.pdf
14. Asociación Española de Neuropsiquiatría. La paradoja preámbulo comunitario presupuesto hospitalario [Internet]. 2021 Madrid [consultado 19 abr 2023]. Disponible en: <file:///C:/Users/Hp/Downloads/amsm2021paradojahv.pdf>

Técnicos expertos en ayuda mutua y enfermeras de salud mental

Experts by experience and mental health nurses

Antonio Ramos Bernal

Técnico experto en ayuda mutua.

Contacto: antonioramosbernal@gmail.com

Fecha de recepción: 15 de febrero de 2023 / Fecha de aceptación: 25 de febrero de 2023

El apoyo mutuo en salud mental es un recurso emergente para la recuperación que aprovecha la experiencia propia de las personas con problemas de salud mental y actúa como complemento a la terapia tradicional¹. Este enfoque de apoyo mutuo se basa en compartir de manera intencionada y apropiada la experiencia personal para transmitir esperanza y ofrecer ayuda y apoyo desde la perspectiva de una persona que ha pasado por lo mismo¹. En línea con los principios recogidos en la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Diversidad Funcional: “el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de la persona”².

El apoyo entre iguales en los servicios de salud mental comunitaria es facilitado por un técnico o técnica experto en ayuda mutua (TEAM). Se trata de personas que cuentan con experiencia propia en un problema de salud mental y que, además, han recibido formación específica para desempeñar su rol. En el contexto español, esta figura puede ser contractual o voluntaria, por lo que puede estar remunerada o no. Según la literatura científica^{3,4} contar con el apoyo de personas con problemas de salud mental en el equipo asistencial mejora la calidad de vida de las personas usuarias, su autoestima, esperanza, resiliencia, empoderamiento, su sentido de pertenencia a la comunidad, el control y la capacidad para efectuar cambios en sus vidas y, en general, la satisfacción con la vida.

Mediante sesiones individuales o grupales, el o la TEAM promueve la recuperación desde unas condiciones de igualdad y horizontalidad, al facilitar la reflexión sobre las vivencias y desarrollar estrategias de afrontamiento desde una perspectiva que el tratamiento profesional convencional no alcanza. Esta estrategia establece un fuerte vínculo entre las partes, ya que se comparten los problemas o las inquietudes

de forma distinta a como lo hace con un o una profesional. Mediante el enfoque grupal se aportan los beneficios propios del diálogo con el grupo de ayuda mutua.

Los principios fundamentales del o de la TEAM son^{5,6}: (a) proporcionar apoyo mutuo, mediante la escucha, la conversación y la ayuda mediante consejos e insights sobre la recuperación de un problema de salud mental; (b) trabajar con empatía, entendiendo y compartiendo los sentimientos de otras personas usuarias; (c) mantener la confidencialidad, lo cual no implica que se compartan ciertos aspectos del trabajo con otros profesionales, por ejemplo, en “reuniones de casos”; (d) ser respetuoso, tratando a las personas usuarias con dignidad y respeto, en una relación que busca la confianza; (e) crear y desarrollar un vínculo terapéutico; (f) buscar el empoderamiento de la persona usuaria para que desarrolle y participe plenamente en su proceso de recuperación; (f) desarrollar la resiliencia necesaria para afrontar la adversidad y alcanzar el proyecto de vida personal.

Respetando el modelo terapéutico del servicio donde ejercen, los y las TEAM aportan elementos basados en su aprendizaje sobre la recuperación de un problema de salud mental. En este sentido, la figura de TEAM no superpone, sustituye o entra en contradicción con la línea terapéutica que surge del resto del equipo asistencial, sino que la complementa. Desde el punto de vista de los y las profesionales del equipo de rehabilitación psicosocial que ejercen en los servicios de intermediación laboral, como TEAM, puede orientar en el acceso a información en primera persona de las dificultades y necesidades, es decir, a su conocimiento tácito, así como enfocar su trabajo desde otra perspectiva, al generar propuestas y alternativas de adaptaciones del puesto de trabajo. Respecto al programa de sensibilización, los y las profesionales des-

tacan que disponer de experiencias en primera persona permite exponer la realidad de la persona con problemas de salud mental al tejido empresarial y al resto de personas beneficiarias del servicio, potenciando la contratación y el interés y la motivación en las personas que están en un proceso de búsqueda de empleo. Además, las personas usuarias que utilizan el servicio de intermediación laboral se benefician de la cercanía de saber que es otra persona con problemas de salud mental, en una situación parecida a la suya, quien realiza funciones dentro del servicio.

Por otro lado, en los programas de difusión y sensibilización, las personas usuarias aportan información sobre sus vivencias, rompiendo los estereotipos sociales relacionados, confronta el estigma propio del colectivo, proporciona un feedback al profesional sobre cómo realizar la charla; comparte su experiencia para que los materiales y las sesiones se adapten a las necesidades reales de las personas y aporta un conocimiento en base a la experiencia personal de la persona experta. Finalmente, en relación a las viviendas tuteladas y otros recursos residenciales, el o la TEAM les permite apoyarse en sus capacidades, tanto por su experiencia profesional como vivencias; y el conocimiento tácito de la persona usuaria es una información muy útil y valiosa para el profesional.

Pero ¿podría el o la TEAM también complementar la labor de las enfermeras de salud mental comunitaria?

Dado que la figura de TEAM está en pleno desarrollo en nuestro contexto nacional, es necesario explorar los problemas de implementación y el entorno organizativo del apoyo entre iguales en los servicios de salud mental. No podemos permitir que los beneficios potenciales para las personas usuarias se diluyan por aspectos mal definidos. La descripción clara de su función, la formación, el apoyo a su figura, la preparación de los equipos clínicos con los que trabajan y las expectativas compartidas de su función entre el equipo asistencial facilitarían la prestación satisfactoria del apoyo por pares⁷.

Dado que los niveles de satisfacción laboral entre los y las TEAM dependen de la claridad y autonomía de su rol, así como de la aceptación por parte del resto del equipo asistencial⁸, es necesario que las enfermeras de salud mental conozcan los programas de apoyo mutuo y muestren una actitud empática y asertiva hacia ellos a la hora de expresar sus funciones, que

beneficie tanto a las personas usuarias como a sus TEAM⁹. Una mala implementación de la figura de TEAM como parte del equipo clínico multidisciplinar, puede afectar a sus resultados, debido a la presión de tener éxito como pioneros en un nuevo papel, la falta de identidad –como colega, rival o paciente– navegando por cuestiones desconocidas en torno al intercambio de información, los límites y la profesionalidad⁷.

La enfermera de salud mental y el o la TEAM deberían trabajar de forma colaborativa y complementaria. En este sentido, mientras que las enfermeras de salud mental realizan diagnósticos, intervenciones y cuidados, el o la TEAM les complementa con la parte emocional que, en muchas ocasiones, por cuestiones estructurales u organizacionales no pueden cubrir. Una implicación clave para la enfermería de salud mental es “considerar de forma crítica la naturaleza de la relación del o la TEAM con las personas que tienen un problema de salud mental y cómo esto puede influir o no en las relaciones terapéuticas tradicionales con las enfermeras”. Este trabajo conjunto y coordinado formaría parte del proceso de atención holístico¹⁰.

Por último, he de decir que mi experiencia con todos los profesionales de la salud mental ha sido muy positiva y enriquecedora. A pesar de que pueden existir barreras positivas y negativas, estoy convencido de que el apoyo mutuo tiene su espacio dentro del modelo de recuperación.

Bibliografía

1. Fundación INTRAS. Proyecto PEER2PEER. [Internet] 2015 [Cited: 08 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://p2p.intras.es/index.php/es/>
2. White S, Foster R, Marks J, Morshead R, Goldsmith L, Barlow S, Sin J, Gillard S. The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2020; 11(20):534. doi:10.1186/s12888-020-02923-3
3. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012;11(2):123-8. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.009.
4. Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008). Organización de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
5. Christie L, Smith L, Bradstreet S McCormack J, Orihuela T, Conde H and Marcos S. PEER2PEER: a route to recovery of people with mental illness through peer support training and employment. Edition and coordination: SRN and Fundación Intras. 2015. ISBN 978-84-941572-5-7. Disponible en:

- https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2020/12/Peer2Peer_-Training_Manual.pdf
6. Scottish Recovery Network. Experts by Experience. Guidelines to support the development of peer worker roles in the mental health sector. 2011. Disponible en: https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2012/02/Guidelines_on_developing_peer_support_-_Scotland.pdf.
 7. Gillard S, Foster R, White S, Barlow S, Bhattacharya R, Binfield P, Eborall R, Faulkner A, Gibson S, Goldsmith LP, Simpson A, Lucock M, Marks J, Morshead R, Patel S, Priebe S, Repper J, Rinaldi M, Ussher M, Worner J. The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):373. doi:10.1186/s12888-022-03999-9.
 8. Mancini MA. An exploration of factors that affect the implementation of peer support services in community mental health settings. *Community Ment Health J*. 2018;54(2):127–37.
 9. Hurley J, Cashin A, Mills J, Hutchinson M, Graham I. A critical discussion of Peer Workers: implications for the mental health nursing workforce. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(2):129-35. doi:10.1111/jpm.12286
 10. Cooling M. General Nurse Professional Peer In Mental Health. *Australian Nursing and Midwifery Journal: ANJ*. 2018; 25(10).



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING)

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es el órgano de difusión de la producción científica de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), de aparición semestral. Es de acceso abierto para todos aquellos particulares, profesionales de la salud e instituciones que estén suscritas a esta publicación periódica.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es una revista especializada en cuidados enfermeros de salud mental de acceso abierto. Es una revista electrónica especializada en cuidados enfermeros de salud mental orientados a individuos, familias y grupos sociales del espacio iberoamericano, anglosajón y luso, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento enfermero y especialmente en la de enfermería de salud mental.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** admite para su publicación diversos formatos para la difusión del conocimiento enfermero: artículos originales, revisiones, editoriales, cartas al director, metodología de investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo una herramienta que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras especialistas en salud mental y a los profesionales de enfermería en general.

La **REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL** es un proyecto abierto, participativo, colaborativo, capaz de acoger cualquier innovación que suponga un avance en la investigación científica sobre los cuidados de salud mental. Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la enfermería de salud mental.



ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL