

REVISTA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

SPANISH JOURNAL OF MENTAL HEALTH NURSING

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Nº 21 DICIEMBRE 2024

EDITORIAL

El reto de la investigación en cuidados en salud mental, y la necesidad de hacerlo de forma colaborativa

M. Teresa Moreno-Casbas

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencias como tutores de Enfermería en Salud Mental: estudio cualitativo interpretativo

Jorge Torres Vallejos

REVISIONES

Impacto de la Agenda 2030 en los servicios de salud mental: revisión de las medidas implementadas

Ana Juárez Sañudo y Rocío Juliá-Sanchis

Donación de leche materna en madres tras una pérdida perinatal: beneficios sobre su salud mental

Elena Ferreiro Tiemblo

PROTOCOLO

Diagnostic overshadowing and stigma in people with mental disorder and physical comorbidity: a mixed methods systematic review protocol

Neli Lamprell Martín y Concepción Martínez-Martínez

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.*

Geílsa 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. Ana Ventosa Ruiz

Dña. Rocío Pérez Campina

Dña. Uxua Lazkanotegi Matxiarena

Dña. María González Cid

© AEESME, 2024

ISSN: 2530-6707



ÍNDICE

EDITORIAL

- 2 El reto de la investigación en cuidados en salud mental, y la necesidad de hacerlo de forma colaborativa**
The challenge of research in mental health care and the need for collaborative approaches
M. Teresa Moreno-Casbas

ARTÍCULO ORIGINAL

- 6 Experiencias como tutores de Enfermería en Salud Mental: estudio cualitativo interpretativo**
Experiences as nursing tutors in mental health: an interpretative qualitative study
Jorge Torres Vallejos

REVISIONES

- 13 Impacto de la Agenda 2030 en los servicios de salud mental: revisión de las medidas implementadas**
Impact of the 2030 Agenda on mental health services: a review of implemented measures
Ana Juárez Sañudo y Rocío Juliá-Sanchis
- 26 Donación de leche materna en madres tras una pérdida perinatal: beneficios sobre su salud mental**
Breast milk donation in mothers after perinatal loss: benefits on mental health
Elena Ferreiro Tiemblo

PROTOCOLO

- 34 Diagnostic overshadowing and stigma in people with mental disorder and physical comorbidity: a mixed methods systematic review protocol**
Eclipsamiento diagnóstico y estigma en personas con trastorno mental y comorbilidad física: protocolo de revisión sistemática con métodos mixtos
Neli Lamprell Martín y Concepción Martínez-Martínez

El reto de la investigación en cuidados en salud mental, y la necesidad de hacerlo de forma colaborativa

The challenge of research in mental health care, and the need for collaborative approaches

M. Teresa Moreno-Casbas RN, PhD, FEAN, FAAN

Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-isciii), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
Centro de Investigación Biomédica en Red Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

EDITORIAL

La salud mental se ha convertido en una prioridad de salud pública mundial, con una carga cada vez mayor para los sistemas de salud y un impacto significativo en la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud, se estima que una de cada ocho personas en todo el mundo sufre algún trastorno mental, una cifra que va en aumento debido a factores como la pandemia de COVID-19, los conflictos y las desigualdades globales, sociales y económicas.

El panorama de la atención y la prestación de servicios de salud mental está evolucionando, al igual que nuestra comprensión de los orígenes del “dolor psicológico”. Ahora está claro que las explicaciones biológicas han sido exageradas y, por otro lado, las experiencias traumáticas y dañinas contribuyen más a los problemas de salud mental de los individuos.

Además, las deficiencias de los tratamientos tradicionales utilizados en la atención de salud mental son evidentes y la atención centrada en la persona es una prioridad. En este escenario, la investigación en salud mental cobra más importancia que nunca.

Abordar esta crisis de salud mental requiere la integración del trabajo científico de muchas disciplinas diferentes, desde la neurociencia y la psiquiatría hasta la atención comunitaria y la enfermería. Sin embargo, en España y en muchos países, el modelo jerárquico sigue relegando a las enfermeras a puestos subordinados. Esto da como resultado una reducción significativa de la perspectiva y la experiencia práctica, que son importantes para desarrollar estrategias de atención efectivas. Las dificultades más comunes incluyen depresión, ansiedad, trastornos por uso de sustancias y trastorno de estrés postraumático.

Esta condición afecta a personas de todas las edades y regiones, pero afecta particularmente a los grupos vulnerables. En España, la situación refleja estas tendencias globales, con un incremento significativo de casos de depresión y ansiedad en los últimos años. El acceso a servicios de salud mental sigue siendo desigual, y persisten barreras como la falta de profesionales especializados y el estigma asociado a buscar ayuda psicológica.

El establecimiento oficial de la especialidad en Enfermería de Salud Mental en España tuvo lugar en 1987, lo que marcó un punto de inflexión en el reconocimiento de esta disciplina. No obstante, los progresos en la investigación en esta área de conocimiento han sido restringidos. Pese a estos desafíos, las iniciativas para incorporar el punto de vista de la enfermería en las políticas de salud mental están mejorando y empiezan a ser más visibles, fomentando un enfoque más integral e inclusivo.

En nuestro país, recientemente se ha definido la investigación en cuidados como aquella que proporciona una perspectiva integrada de la investigación en salud en general, desde la perspectiva de los cuidados. Hace referencia a toda la investigación significativa para la profesión de enfermería y otras disciplinas del campo de la salud que brindan atención a los pacientes y a la población en general. Finalmente, se argumenta que puede ser realizada por científicos de diversas disciplinas, aunque usualmente es llevada a cabo por enfermeras, y sus hallazgos podrían ser relevantes para otros expertos con experiencia en prestación de cuidados. Dentro de las prioridades y áreas a las que se enfoca esta investigación en cuidados, se incluyen, entre otras, la promoción y prevención de la salud, el cuidado

de eventos/enfermedades crónicas y complejas, la efectividad de tratamientos no farmacológicos, los cuidados necesarios ante la aparición de eventos agudos/críticos y la eficiencia y efectividad de los cuidados y servicios de salud.

Por otro lado, la práctica basada en la evidencia ha sido identificada como un componente crítico en la prestación de cuidados de calidad, y esto también se aplica particularmente en el campo de la salud mental que nos ocupa. Las enfermeras que trabajan en entornos de salud mental se enfrentan a necesidades complejas y a menudo únicas de los pacientes, lo que las obliga a tomar decisiones informadas que estén respaldadas por los últimos resultados de la investigación. Al adoptar un enfoque basado en la evidencia, las enfermeras pueden garantizar que sus intervenciones se basan en los resultados científicos más actualizados y fiables, lo que en última instancia conduce a mejores resultados para los pacientes.

La investigación en enfermería enfrenta una serie de desafíos significativos que pueden influir en su desarrollo y aplicación efectiva. A continuación, detallo, según mi percepción, algunos de los aspectos que considero cruciales en la situación actual para el crecimiento de la investigación en cuidados en el ámbito de la salud mental:

1. Muchos profesionales de enfermería no reciben suficiente capacitación en investigación durante su formación académica, lo que limita su capacidad para diseñar y llevar a cabo estudios robustos.
2. Publicar en revistas de alto impacto puede ser un desafío para las enfermeras en salud mental debido a la competencia y los rigurosos procesos de revisión por pares. La visibilidad de la investigación en enfermería puede mejorarse mediante estrategias de publicación bien planificadas y el apoyo institucional a los grupos de investigación.
3. La resistencia al cambio, la falta de apoyo institucional y las barreras administrativas pueden impedir la adopción de nuevas prácticas basadas en evidencia. La implantación de prácticas basadas en la evidencia permite a las enfermeras en general y a las de salud mental en concreto aplicar las intervenciones más efectivas y seguras, mejorando la calidad de la atención.
4. La investigación en enfermería gana en calidad y visibilidad cuando se da la cooperación con otras disciplinas. No obstante, las diferencias en las perspectivas y prioridades pueden dificultar la integración y colaboración eficaz entre equipos de diferentes disciplinas. La interdisciplinariedad conlleva la ampliación de una disciplina a través del conocimiento de otras y es vital para tratar problemas complejos que no se podrían solucionar con un enfoque único. La colaboración efectiva en equipos multidisciplinares puede mejorar los resultados de salud de la población, mejorar el conocimiento científico en esa área de conocimiento y lograr proporcionar cuidados de alta calidad.

Me gustaría ampliar un poco más este último punto porque creo que es importante señalar que estamos en un momento crítico en la investigación de la salud mental. La intersección de la pandemia de COVID-19, los desafíos provenientes del cambio climático y los conflictos internacionales han demostrado que no hay tiempo que perder para impulsar la investigación en salud mental. Esta rara oportunidad subraya la necesidad de un cambio significativo en la colaboración dentro de la enfermería: las enfermeras deben asumir roles de liderazgo y convertirse en coinvestigadoras con poder de decisión en proyectos multidisciplinares. Dadas las circunstancias, las instituciones de investigación deben esforzarse por garantizar que las prioridades establecidas sean verdaderamente relevantes y reflejen la realidad actual de las necesidades de la población en materia de salud mental.

En este mismo sentido, y teniendo como fondo lo ya explicado en una editorial previamente publicada: “Investigar colaborando o colaborar para investigar en enfermería intensiva”¹, el término “colaboración” en investigación alude a la cooperación equitativa entre profesionales de diversas disciplinas y roles, incluidos enfermeros, psicólogos, médicos y trabajadores sociales. En este contexto, la enfermería en salud mental es fundamental no solo en la aplicación de cuidados, sino en el liderazgo de investigaciones que transformen la práctica clínica y social.

Notas al pie

1. Editorial: “Investigar colaborando o colaborar para investigar en enfermería intensiva”. DOI: 10.1016/j.enfi.2020.10.001

La investigación en salud mental debe adaptarse a la creciente complejidad de los problemas emocionales y conductuales. Esta especialidad enfrenta retos únicos: el estigma social, la variabilidad en los sistemas de atención y la necesidad de enfoques integrales. Los esfuerzos de investigación deben enfocarse en superar estos desafíos, apoyándose en la colaboración interdisciplinaria y el liderazgo enfermero.

La colaboración multiprofesional en la investigación en cuidados es fundamental para mejorar tanto la calidad como el alcance de los cuidados prestados a los pacientes. Este enfoque colaborativo, a menudo denominado colaboración interprofesional, está reconocido como de carácter totalmente necesario, para prestar una atención integral a los pacientes y a la población. Integra la experiencia y las habilidades de varios profesionales de la salud, lo que resulta esencial para abordar las necesidades en creciente complejidad de los pacientes, tanto en los entornos de atención hospitalaria, atención primaria, comunitaria y otros ámbitos como el sociosanitario y las urgencias y emergencias. Una revisión sistemática realizada en 2022, subraya la importancia de este enfoque colaborativo para mejorar la calidad de la atención hospitalaria. Sus resultados sugieren que cuando los profesionales sanitarios colaboran entre sí, la atención prestada no solo es más completa, sino que también responde mejor a las necesidades individuales de los pacientes.

En la práctica, la investigación colaborativa ayuda a desarrollar nuevas metodologías para ofrecer una atención eficaz y centrada en la persona. Comprender el proceso de recuperación de las personas con problemas de salud mental puede conducir a intervenciones mejor diseñadas que apoyen dicha recuperación. El enfoque de la investigación-acción participativa, por ejemplo, se ha utilizado para diseñar de forma conjunta y poner en práctica actividades en hospitales de día de salud mental, mejorando las relaciones terapéuticas y los resultados de los pacientes.

No obstante, hay que tener en cuenta que investigar colaborando implica la participación equitativa y activa de las enfermeras en todas las etapas de la investigación. Esto fortalece la disciplina al permitir la generación de conocimiento relevante para el cuidado, lo que a mi juicio se debe diferenciar de colaborar para investigar, donde, por el contrario, se suele asignar un rol secundario a las enfermeras, lo que puede limitar su impacto en los resultados científicos y en la mejora de prácticas clínicas.

Querría finalmente hacer hincapié en que el principal objetivo de la investigación en este campo es fortalecer la calidad de vida de los pacientes, contribuyendo al diseño de prácticas basadas en evidencia y estrategias preventivas. En este sentido propondría algunos temas de interés para la investigación en cuidados en este ámbito de la salud mental:

1. Optimización del cuidado emocional: Diseñar e implementar intervenciones centradas en la resiliencia, la autorregulación y la prevención del deterioro psicológico.
2. Superación del estigma social: Analizar y generar herramientas educativas para combatir la discriminación hacia personas con enfermedades mentales, lo que a su vez facilita el acceso a cuidados.
3. Desarrollo de resiliencia: Programas educativos liderados por enfermeras que fortalecen las habilidades de afrontamiento en poblaciones vulnerables, como adolescentes y personas mayores.
4. Fomento de la relación terapéutica: Las enfermeras, a través de su interacción directa con los pacientes, pueden liderar investigaciones que estudien cómo mejorar las dinámicas interpersonales y la empatía en el entorno clínico.
5. Evaluación de tecnologías digitales: Herramientas como aplicaciones de *mindfulness*, servicios de teleconsulta o teleterapia, o las plataformas de telesalud, representan campos emergentes en el cuidado de la salud mental que requieren exploración rigurosa.
6. Manejo del estrés: Proyectos enfocados en desarrollar programas integrados de manejo del estrés, combinando enfoques clínicos y comunitarios.

7. Redes de apoyo mutuo: Estudios sobre grupos terapéuticos dirigidos por enfermeros han demostrado su efectividad en fomentar el sentido de pertenencia y reducir la ansiedad social.

8. Incorporar la perspectiva de la persona usuaria con experiencia en primera persona, su familia y sus cuidadores: La relación enfermera-usuario es central en la salud mental, pero la investigación actual tiende a subestimar la voz de los usuarios, de sus familias y sus cuidadores. Es importante investigar en intervenciones juntamente con todos ellos, integrando sus experiencias para desarrollar cuidados más efectivos y personalizados.

9. Importancia de la perspectiva de género. Este aspecto es un enfoque crucial, ya que, por un lado, las mujeres tienen un mayor riesgo de experimentar depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el estrés, mientras que, por otro, los hombres suelen estar más afectados por trastornos por consumo de sustancias y suicidio. Esto no solo refleja diferencias biológicas, sino también sociales, culturales y estructurales.

No puedo acabar este repaso a los posibles campos de investigación sin poner de manifiesto el rol actual de la inteligencia artificial (IA) en el cuidado de la salud mental, facilitando el diagnóstico temprano y la personalización de tratamientos e intervenciones. La IA puede identificar patrones en datos de comportamiento, texto y voz que indican trastornos mentales antes de que sean evidentes para los profesionales de la salud. Los algoritmos de aprendizaje automático pueden analizar datos individuales para recomendar terapias e intervenciones específicas o ajustar tratamientos en tiempo real. Los *chatbots* y aplicaciones móviles están ofreciendo apoyo inmediato y accesible a pacientes, especialmente en áreas con escasez de profesionales de la salud mental. Finalmente, los sensores y dispositivos de IA pueden evaluar continuamente el estado emocional y de comportamiento, alertando sobre cambios significativos que requieran intervención.

En conclusión, el rol de las enfermeras en salud mental no debe limitarse al cuidado directo, sino extenderse al ámbito científico. La investigación en salud mental es un componente indispensable para la mejora de los cuidados y la calidad de vida de las personas. Al liderar investigaciones colaborativas e innovadoras, las enfermeras especializadas pueden contribuir significativamente al avance del conocimiento en este campo. Los gestores y financiadores de la investigación en salud deben priorizar la transición hacia un modelo donde las enfermeras sean reconocidas como investigadoras principales, contribuyendo a un cambio cultural en el ámbito académico y profesional.

Bibliografía

- Abuadas, M. H. (2021). Correlates of evidence-based nursing practice among nurses in Saudi Arabia: A structural equation model. *Belitung Nursing Journal*, 7(6), 457–466. <https://doi.org/10.33546/bnj.1803>
- Camacho-Bejarano, R., Lima-Serrano, M., González de la Torre, H., Fernández-Ortega, P., & González-Chordá, V. (2024). Transfer of results into clinical practice and citizen participation in health care research. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 34(5), 343–345. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2024.10.001>
- Kaiser, L., Conrad, S., Neugebauer, E. A. M., et al. (2022). Interprofessional collaboration and patient-reported outcomes in inpatient care: A systematic review. *Systematic Reviews*, 11, 169. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02027-x>
- Linares-Rueda, C.-I. (2021). Estudio cualitativo sobre la relación enfermera-paciente de salud mental desde la perspectiva del usuario. *Enfermería y Cuidando*, 4(3), 2–21. Disponible en: <https://enfermeriacuidandote.com/articulo/view/4295>
- Pons Prata, J., & Galbany Estragués, P. (2017). Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental y su relación frente al estigma. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 1(2017). <https://doi.org/10.35761/reesme.2017.1.05>
- Ventosa-Ruiz, A., Moreno-Poyato, A., Lluch-Canut, T., et al. (2022). Impact of collaborative nursing care on the recovery process of mental health day hospital users: A mixed-methods study protocol. *BMJ Open*, 12, e057969. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057969>
- Wand, T., Glover, S., & Paul, D. (2022). What should be the future focus of mental health nursing? Exploring the perspectives of mental health nurses, consumers, and allied health staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(1), 179–188. <https://doi.org/10.1111/inm.12947>

Experiencias como tutores de Enfermería en Salud Mental: estudio cualitativo interpretativo

Experiences as nursing tutors in Mental Health: an interpretative qualitative study

Jorge Torres Vallejos

Área de salud mental. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, España.

Contacto: jorge_t_v@hotmail.com

Fecha de recepción: 10 de octubre de 2024 / Fecha de aceptación: 12 de noviembre de 2024

Resumen

Introducción: La Formación Sanitaria Especializada (FSE), regulada desde 1984, se encuentra planificada, dirigida y gestionada por el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas. La FSE es responsabilidad de las instituciones sanitarias, que cuentan con la estructura docente para regularla, supervisarla y evaluarla. Dentro de dichas instituciones, el tutor es el responsable directo de garantizar la adecuada formación del residente. A pesar de la gran responsabilidad a nivel docente y de gestión que asumen los tutores, estos, en ocasiones, no cuentan con la formación ni experiencia suficiente.

Objetivo: Explorar la experiencia percibida de los tutores de los enfermeros internos residentes (EIR) de salud mental del Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT).

Metodología: Estudio cualitativo interpretativo. Se elaboró un cuestionario con datos sociodemográficos y preguntas abiertas sobre puntos fuertes, débiles y coincidencias de visión para los 4 tutores que han pasado por el CCSPT, con el fin de explorar y profundizar en su experiencia. Se realizó un análisis mediante codificación del texto.

Resultados: Los resultados muestran como todos los tutores han sacado aspectos beneficiosos a la hora de tutORIZAR, siendo estos principalmente la facilidad de poder actualizarse en conocimientos y formación y el poder asistir a jornadas sobre líneas de trabajo novedosas. Al mismo tiempo, se identificaron como acciones de mejora las dificultades asociadas a la falta de reconocimiento de la Especialidad de Salud Mental y a la figura de ser tutor, así como la gran cantidad de burocratización del sistema y trabajo a realizar fuera de horario laboral.

Conclusiones: El papel como tutor es un elemento clave para la formación de los EIR de salud mental. El estudio propone una visión de las experiencias de los tutores del CCSPT. Dichos resultados pueden ser utilizados para mejorar la experiencia, identificando acciones de mejora e implementarlas.

Palabras clave: salud mental, enfermería psiquiátrica, investigación cualitativa, docente de enfermería.

Abstract

Introduction: Specialised Health Training (SHT), regulated since 1984, is planned, directed and managed by the Ministry of Health and Autonomous Communities. Training is the responsibility of health institutions, which have the teaching structure to regulate, supervise and evaluate it. Inside these institutions, the tutor is directly responsible for ensuring the adequate training of the resident. Despite the great teaching and management responsibility assumed by tutors, they sometimes do not have enough training or experience.

Objective: To explore the perceived experience of the tutors of the resident nurses (RN) of mental health in the Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí (CCSPT).

Methods: Interpretative qualitative study. We developed a questionnaire with socio-demographic data and open questions about strengths, weaknesses and vision coincidences for the 4 tutors who have passed through the CCSPT to explore and deepen about their experience. An analysis was performed by coding the text.

Results: The results show how all tutors have taken beneficial aspects when tutoring; these are mainly the facility of being able to update in knowledge, training and being able to attend conferences on new lines of work. At the same time, the difficulties associated with the lack of recognition of mental health speciality and the figure of the tutor were identified as improvement actions, as well as the large amount of bureaucratization of the system and the work to be done outside working hours.

Conclusions: The tutor's role is an important element in the training of RN of mental health. The study proposes a vision of the experiences of tutors at CCSPT. These results can be used to improve the experience, identifying actions to improve and to implement them.

Keywords: mental health, psychiatric nursing, qualitative research, nursing educator.

Introducción

La Formación Sanitaria Especializada (FSE) fue regulada mediante el Real Decreto 127/1984, que consolida el sistema Médico Interno Residente (MIR) como único camino a la especialización, dirigido desde el Ministerio de Sanidad¹. La FSE en España está planificada, dirigida y gestionada por el Ministerio de Sanidad español y por los sistemas de salud de las comunidades autónomas (CC. AA.)^{2,3}.

El Real Decreto 992/1987 se encarga de regular la obtención del título de Enfermero Especialista⁴, y es a partir de 1998 cuando se han formado enfermeras especialistas de salud mental por la vía Enfermería Interna Residente (EIR), inicialmente con un año de duración y de dos años de duración tras la entrada en vigor de la Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental⁵.

El tutor de la FSE es el profesional especialista en servicio activo que tiene la misión de planificar y colaborar en el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y actitudes del residente para garantizar el cumplimiento del programa formativo⁶. El perfil del tutor se debe adecuar al perfil profesional del programa formativo de la especialidad. Además, el tutor debe estar acreditado y debe pasar por una reacreditación periódica para el mantenimiento de sus competencias. Las administraciones sanitarias deben favorecer la formación continuada del tutor, para mejorar sus competencias en la práctica clínica y en metodología docente⁷.

Las principales funciones del tutor son las de planificar, gestionar, supervisar y evaluar el proceso formativo, realizando y proponiendo medidas de mejora para el itinerario formativo; además, será el encargado de favorecer el autoaprendizaje, la consecución progresiva de responsabilidades y la capacidad investigadora del residente. Las comunidades autónomas adoptarán las medidas necesarias para asegurar la adecuada dedicación de los tutores a la actividad docente⁶.

Es competencia de las CC. AA. definir el proceso de nombramiento de los tutores de FSE, así como su reconocimiento².

Hay numerosa bibliografía acerca del perfil que debe tener un residente para ser un buen profesional, pero no se ha profundizado en el perfil de un buen tutor. La falta de claridad en cómo ejercer sus funciones, las remuneraciones y sus competencias hace que se dificulte el proceso de profesionalización².

En el Consorci Corporació Sanitària Parc Tauli (CCSPT) se aprobó la oferta de 2 plazas para EIR de salud mental en 2017⁸ y desde entonces han seguido formándose y especializándose numerosas enfermeras. A lo largo de estos años se han acreditado 4 tutores de EIR de salud mental, con diferentes experiencias en su tarea, 2 de los cuales siguen ejerciendo como tutores actualmente y otros 2 tutores que han abandonado dicho cargo.

El objetivo principal de este estudio es explorar la experiencia percibida de los tutores de EIR de salud mental del CCSPT.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo interpretativo sobre las percepciones de los tutores de EIR de salud mental mediante el análisis del discurso (AD). El AD pretende examinar el lenguaje en su contexto social y como se construyen y comprenden las realidades sociales a través del lenguaje. El AD nos permite enriquecer los resultados al permitir una interpretación más profunda y contextualizada de las respuestas de los participantes⁹.

Los participantes fueron los dos tutores actuales de EIR de salud mental y los dos anteriores tutores que han ejercido en el área de salud mental del CCSPT. En total, la población del estudio consistió en los 4 tutores que han ejercido en dicho rol.

La técnica de recogida de datos fue a través de entrevistas semiestructuradas individuales. Se elabo-

ró un cuestionario con datos sociodemográficos y preguntas abiertas sobre puntos fuertes, aspectos a mejorar y coincidencias de visión para los cuatro tutores con el fin de explorar y profundizar acerca de su experiencia. Cada profesional cumplimentó de manera independiente el cuestionario enviado vía mail institucional y fue devuelto completado al investigador principal. La elaboración del cuestionario se realizó durante el mes de junio de 2024 y el envío y puesta en contacto con los tutores se realizó en el mes de julio de 2024.

Para el análisis de datos, se realizó una compilación de las respuestas literales de los encuestados. Para el análisis del discurso se realizó una codificación para cada uno de los profesionales (T-número-Inicial de nombre), identificación de temas, y escritura descriptiva de resultados. Para garantizar la calidad, se emplearon los criterios de calidad de Lincoln y Guba¹⁰, los cuales se adaptan adecuadamente al enfoque de este estudio. Para asegurar la credibilidad de los resultados, se realizó una triangulación de datos donde un investigador externo leyó las entrevistas y las puso en común con el investigador principal. Además, se implementó la técnica de *member checking*, donde las interpretaciones preliminares fueron devueltas a los participantes para que verificaran si las representaciones de sus puntos de vista eran fieles a sus experiencias. Este proceso permitió ajustar y enriquecer las conclusiones, asegurando que los hallazgos reflejaran correctamente las percepciones de los entrevistados. Tras la revisión, análisis y contraste de la bibliografía y/o marco conceptual disponibles acerca del tema, se extrajeron los datos más relevantes. La confiabilidad de los datos cualitativos se logró tras poner en común las respuestas dadas durante las entrevistas con la literatura revisada.

Resultados

Participaron los 4 tutores/extutores (100 %), de los que 2 eran mujeres y 2 eran hombres. La edad media era 39 años, con un rango de 31 a 51 años. En cuanto a la antigüedad profesional como enfermero en la unidad docente, esta fue de 12.25 años con un rango entre los 6 y 20 años de antigüedad. Respecto al año de obtención de la especialidad y vía, 3 de ellos (75 %) obtuvieron la especialidad mediante el sistema EIR y 1 de ellos (25 %) obtuvo la especialidad mediante la vía excepcional; el año de obtención del título de especialista de cada participante fue en 2009, 2010, 2016 y 2019.

Los resultados se presentan siguiendo las preguntas del cuestionario y las dimensiones tenidas en cuenta durante el análisis de los discursos.

¿Por qué decidiste ser tutor/a de residentes?

A todos los participantes se le ofreció en su momento ser tutor de EIR en base a su currículum y experiencia en la unidad docente y a todos les pareció un gran reto y/o oportunidad el poder ejercer como tutores.

T1-Y: "... enriquecedor enseñar lo que sabía, y aprender nuevas cosas".

T2-L: "... un gran reto y cuando empecé, no me arrepentí para nada de haber aceptado".

T3-J: "No dude ni un segundo en aceptarlo. Es algo que siempre me ha gustado...".

T4-A: "... he valorado mucho que los profesionales de enfermería se especialicen... Se me brindó esta oportunidad que siempre he querido probar".

*¿Has recibido formación específica para ser tutor/a?
¿Cuál?*

Solo una de las tutoras recibió un curso inicial enfocado a ser tutora. El resto de participantes no han recibido ningún tipo de formación inicial, aunque a todos les hubiera gustado tener una base o directrices iniciales. Todos ellos han comenzado su ejercicio basándose en recomendaciones de anteriores EIR. Tras unos meses ejerciendo como tutores, se fomentan desde Docencia numerosos cursos sobre cómo realizar evaluaciones a EIR, creación de programas e itinerarios formativos o ejercer con empatía con los EIR.

T1-Y: "Sí, recibí un curso sobre motivación y comunicación".

T2-L: "No, pero hubiera estado bien recibir unas directrices. Cuando ya eres tutor, para seguir re-creditándote, sí te piden que te vayas actualizando en pedagogía y docencia".

T3-J: "No, la mayoría de cursos se dan una vez has empezado a tutorizar. Una vez eres tutor, sí se fomenta el hacer cursos sobre docencia desde la Generalitat".

T4-A: "No, hubiera sido lo ideal".

¿Qué te aporta la tutorización de los EIR de Salud Mental?

Se observó que los participantes han obtenido experiencias personales positivas de su experiencia como tutores, desarrollando aspectos que tenían más olvidados como la docencia o la investigación. Les ha permitido conocer mejor los dispositivos de la organización, así como entablar relaciones con otros tutores de otras especialidades o de otros centros.

T1-Y: “Aprendizaje continuo, mantenerme actualizada para poder aconsejar sobre una formación adecuada para los futuros enfermeros especialistas, capacidad de organización y planificación”.

T2-L: “... el aprendizaje conjunto. Es un nuevo modo de formación, aprendes transmitiendo tu conocimiento ya adquirido, pero también aprendes porque tienes el “deber” de actualizarte para poder acompañar a las residentes. He podido descubrir el área de docencia”.

T3-J: “... poder ejercer otro ámbito menos asistencial y centrarme en ayudar a los nuevos EIR. Me gusta enseñar acerca de la salud mental ya que es un tema que me apasiona y ser tutor me permite estar en continuo desarrollo profesional”.

T4-A: “... abrirme en el área de docencia, formación, investigación... compartiendo conocimientos y experiencias con residentes de mi especialidad y profesionales del sector. Considero que es una vía de crecimiento profesional”.

¿Podrías priorizar las actividades que realizabas como tutor de residentes?

Principalmente, se centran en el acompañamiento individualizado de cada EIR, así como del seguimiento del libro de residente, resolver dudas y mantenerse en contacto con los diferentes servicios y colaboradores docentes.

T1-Y: “Las tutorías individuales y grupales, las sesiones clínicas y el acompañamiento individual”.

T2-L: “El acompañamiento emocional, el soporte en la formación complementaria, lectura y actualización del libro del residente, seguimiento del proyecto de fin de residencia y burocracia”.

T3-J: “Organizar rotaciones, establecer conversaciones con el resto de colaboradores docentes, debatir acerca de propuestas de futuro con las EIR y el comité de docencia, difundir jornadas de interés para residentes, fomentar la investigación y revisión del libro del residente”.

T4-A: “Acompañar en el proceso de aprendizaje, facilitar el proceso de adaptación en cada servicio y supervisar las tareas que tienen que ir realizando durante los dos años de residencia”.

¿Podrías decirme cuales consideras que son los puntos fuertes de ser tutor?

Todos han sacado aspectos positivos de la tutorización centrándose en la facilidad para mantenerse actualizados en su área de conocimiento. Al acompañar a los EIR a las jornadas y congresos profesionales, se mantiene una actualización constante en los tutores. Además, permite estar en continuo aprendizaje en cuanto a docencia e investigación a la hora de tutorizar los trabajos finales de residencia, protocolos realizados por los EIR, el libro del residente o los seminarios que exponen.

T1-Y: “El acompañar en el proceso de formación y mantenerse actualizado en los cuidados de salud mental. Además, es genial ver cómo van desarrollando diferentes aptitudes los EIR a lo largo de los distintos rotatorios”.

T2-L: “La empatía y la ayuda de haber pasado por lo mismo. El humor, siempre, para todas las ocasiones y la flexibilidad, ya que cada residente es un nuevo reto”.

T3-J: “... que te mantiene siempre actualizado en el ámbito de salud mental, ya que asistes con los residentes a jornadas y congresos sobre nuevas líneas de investigación, conoces dispositivos dentro de la red de salud mental que no conocerías si no fueras tutor, quedas con otros tutores para debatir sobre el futuro de la enfermería de salud mental...”.

T4-A: “... el poder compartir experiencias, aprendizajes, puntos de vista... Es un elemento motivador para poder retomar aspectos que tenía abandonados (investigación, docencia...)”.

¿Podrías decirme cuales consideras que son los puntos a mejorar de ser tutor?

Todos ellos se centran y hacen hincapié en la dificultad organizativa para obtener tiempo en poder ejercer como tutor dentro de la jornada laboral. Hay una gran cantidad de aspectos burocráticos a realizar y no se cuenta con las suficientes horas asignadas como tutor. Además, las competencias no están del todo reconocidas ni definidas y el reconocimiento económico es escaso.

T1-Y: “La falta de tiempo, se invierte más tiempo del que se considera necesario”.

T2-L: “La carga de trabajo ya que es un añadido a nuestra carga de asistencial que ya de por sí suele ser importante; y la falta de tiempo y dificultades organizativas”.

T3-J: “... la figura del tutor, a veces, queda en medio del debate... Económicamente no está apenas reconocido, nuestras competencias están muy diluidas y ocupa muchísimo tiempo fuera de la jornada laboral”.

T4-A: “La remuneración como tutor es baja y precisa de muchas horas fuera del horario laboral para poder realizar el papel de tutor”.

¿Tienes alguna sugerencia para los profesionales que comiencen a ser tutores?

Todos consideran que a pesar de las dificultades, exigencias o altos requerimientos que puede llegar a producir la tutorización, volverían a repetir en dicha tarea. Recomiendan que los nuevos tutores muestren una actitud empática hacia los EIR y que se esfuercen en sacar tiempo y ganas para tutorizar ya que, en la mayoría de ocasiones, los EIR vienen solos al hospital que se le ha sido asignado y necesitan de figuras que sean capaces de orientarlos y acompañarlos durante los dos años de residencia.

T1-Y: “Que ejerzan como tutores si están motivados y con ganas de ayudar desde la empatía al futuro EIR”.

T2-L: “Ánimo, ser tutor es maravilloso y exasperante a la vez; apóyate en tus compañeros tutores y aprovecha para aprender”.

T3-J: “Tarea apasionante pero a la vez muy dura. Es sacrificada, pero es muy bonita al ver como los EIR van desarrollándose a tu lado y adquieren su título de especialista”.

T4-A: “Es enriquecedora en muchos aspectos y, aunque también tiene sus quebraderos de cabeza, el cómputo general siempre es positivo, porque estás acompañando a personas en un aprendizaje”.

Discusión

El papel como tutor es un elemento clave para la formación de los EIR. Este estudio propone una visión de la experiencia de los distintos tutores en su etapa. Casi todos los artículos revisados muestran resultados similares a los obtenidos en este estudio.

Los resultados muestran como todos los tutores han sacado aspectos beneficiosos a la hora de tutorizar, siendo estos principalmente la facilidad de poder actualizarse en conocimientos y formación y el poder asistir a jornadas sobre líneas de trabajo novedosas. Este resultado lo plasma la autora Vicent en su artículo, donde desarrolla que en 9 de las CC. AA. de España se especifica que la figura del tutor de FSE será objeto de reconocimiento en la carrera profesional y la priorización de este para el acceso a actividades de formación continuada o asistencia a jornadas y congresos².

Por otro lado, se identificaron como acciones de mejora las dificultades asociadas a la falta de reconocimiento de la especialidad de salud mental y a la figura de ser tutor, así como la gran cantidad de burocratización del sistema y trabajo a realizar fuera de horario laboral. Estos datos son similares a los de otros estudios que demuestran preocupaciones similares en cuanto a las barreras y dificultades entre la tarea asistencial y la tarea de tutorización^{11,12}. Para Saura-Llamas J. *et al.*, los tutores dan mayor importancia a la supervisión del libro del residente y menor a la supervisión formal del cumplimiento del programa o a la organización de las rotaciones formativas¹³.

Tal como relata la Sociedad Española de Formación Sanitaria Especializada (SEFSE-AREDA) en su estudio sobre el reconocimiento de los tutores de residentes, para la mayoría de tutores el tiempo de dedicación concedido para la tutorización es insuficiente y el reconocimiento por su labor docente es escaso o inexistente¹⁴. Otros estudios demuestran que

los tutores conocen correctamente o en gran medida sus funciones, pero argumentan no poder desarrollarlas por una inadecuada organización en su centro de trabajo^{12,15}. Estos datos son similares a la percepción obtenida en nuestro estudio ya que todos los tutores llevan a cabo sus actividades dentro y fuera de su jornada laboral sin unas claras competencias específicas que se diluyen entre otros profesionales.

Los entrevistados coincidieron en la escasa remuneración que se percibe por la acción tutorial. En cuanto a este incentivo económico, hay que señalar que solo 6 CC. AA. lo incluyen en su regulación, pero no se concreta la cuantía, estando esta sujeta a disponibilidad presupuestaria como en el caso de Cataluña¹⁶. Resulta curiosa la perspectiva de M. A. Santos, al señalar el injusto aprovechamiento de las instituciones al no retribuirles debido a la vocación y buena voluntad de los tutores¹⁷.

Otro de los puntos clave es la necesidad de profesionalización de la figura de tutor de residentes. Para Martínez Juárez la profesionalización es el paso previo e ineludible si se pretenden establecer sus competencias, su perfil profesional o iniciar procesos de formación y/o acreditación¹⁸.

Entre las limitaciones de este estudio está el tamaño reducido de la muestra, representado por una única cohorte de una unidad docente hospitalaria; como futuras líneas de investigación, sería conveniente ampliar la muestra con otras unidades docentes de salud mental a nivel autonómico o incluso nacional.

Conclusiones

El presente trabajo aporta información sobre un aspecto poco investigado sobre la experiencia docente de los tutores de EIR de salud mental, así como profundizar en los aspectos positivos de la tarea tutorial y de los aspectos a mejorar.

Este proyecto podría resultar de utilidad para diseñar protocolos e itinerarios formativos adecuados y orientados hacia la mejora de la docencia, así como identificar acciones de mejora y poder implementarlas. Es necesaria una estrategia organizativa para hacer que se cumpla la regulación del tutor, favoreciendo los vínculos entre profesionales, centros e instituciones, para mayor efectividad en las acciones necesarias para mejorar su labor.

En resumen, tal como plasma J. Saura Llamas, para reducir las posibles resistencias y mejorar el proceso de tutorización, se debe tener en cuenta las opiniones y la percepción que los tutores tienen actualmente de su rol, así como sus demandas para el desarrollo de futuras normativas¹³.

Bibliografía

1. BOE-A-1984-2426 Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-2426>
2. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte I): Regulación y reconocimiento de su labor. *Educ médica* [Internet]. 2021;22(4):241–247. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2021.04.002>
3. Tutosaus Gómez JD, Morán-Barrios J, Pérez Iglesias F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educ médica* [Internet]. 2018;19(4):229–234. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.023>
4. BOE-A-1987-17866 Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1987-17866>
5. BOE-A-2011-9081 Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-9081>
6. BOE-A-2008-3176 Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada [Internet]. Boe.es. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-3176>
7. Vicent García MD. El tutor de formación sanitaria especializada en España (parte ii): funciones y medidas para facilitar el desempeño de la tutoría. *Educ médica* [Internet]. 2021;22(5):287–293. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181321000942>
8. BOE-A-2016-8391 Orden SSI/1461/2016, de 6 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2016 para el acceso en el año 2017, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física [Internet]. Boe.es. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2016-8391
9. Urra E., Muñoz A., Peña J. El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2024 Nov 20]; 10(2): 50-57. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000200004&lng=es.
10. Arias MM, Giraldo CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(3): 500-514.
11. Morán J, Urjaregi A, Martínez A, Pijoán JL. El Tutor de médicos o residentes (MIR). Situación real y necesidades. [Tutor de residentes médicos. Estado y necesidades actuales] *Ed Med*. 2005;8:148.
12. Pérez F, Vicent D, Álvarez I. La Opinión de los Tutores Hospitalarios sobre sus funciones. *Educ Med*. 2005;8: 147-8.
13. Saura Llamas J, Galcerá Tomás J, Botella Martínez C, Anza Aguirrezabala I, Navarro Mateu F, de la Región de Murcia M del

- F de J de E. The tutors of family medicine to the changes on specialized training in Spain. Study Murcia [Internet]. Medigraphic.com. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf144b.pdf>
14. Fernández Pardo J, Meseguer Frutos MD, Millán Rodríguez MR, García Puche MJ, Morán Barrios J, Pérez Iglesias F. Qué dedicación, reconocimiento e incentívación tienen los tutores de residentes. Resultados parciales del estudio sobre la formación sanitaria especializada en España-AREDA (2015). Disponible en: <https://sefse-areda.com/links-y-recursos/situacion-fse-en-espana-2015/>
 15. Morán Barrios JM. El tutor en los Centros Sanitarios: Retos y Realidades. 2007. Disponible en:
https://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/J.%20Moran%20El%20Tutor%20en%20los%20Centros%20Sanitarios%202007.pdf
 16. Decreto 165/2015, de 21 de julio, de formación sanitaria especializada en Cataluña. Disponible en:
<https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/6919/1436035.pdf>
 17. Santos Guerra MA. El buscador de manantiales. Perfil del tutor de Medicina. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007 - p. 49-72.
 18. Martínez Juárez M, Martínez Clares P, Romero Sánchez EB, Muñoz Cantero JM. ¿Es necesario profesionalizar la figura del tutor de especialistas en formación sanitaria? Cienc Psicol [Internet]. 2009;3(1):101–14. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212009000100010



Impacto de la Agenda 2030 en los servicios de salud mental: revisión de las medidas implementadas

Impact of the 2030 Agenda on mental health services: a review of implemented measures

Ana Juárez Sañudo¹ y Rocío Juliá-Sanchis²

1. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante. Alicante, España.

2. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica (ISABIAL). Alicante, España.

Contacto: Rocío Juliá-Sanchis, rjulia@ua.es

Fecha de recepción: 13 de septiembre de 2024 / Fecha de aceptación: 13 de octubre de 2024

Resumen

Introducción: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es un plan de acción internacional a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. Desde su aprobación en 2015, los Estados han ido adoptando sus normativas, para alcanzar los objetivos propuestos. Sin embargo, se desconocen las medidas adoptadas para garantizar la sostenibilidad de los servicios de salud mental y los derechos de sus usuarios.

Objetivo: Conocer las medidas tomadas en los servicios de salud mental relacionados con la Agenda 2030.

Metodología: Se realizó una revisión de alcance entre enero de 2016 y enero de 2023, en las bases de datos PubMed, Cinahl y PsycInfo.

Resultados: Se obtuvieron un total de 1743 artículos, de los cuales 17 fueron seleccionados para su revisión completa. Los servicios de salud han dirigido su atención a la asimilación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, 4, 10, 16 y 17, siendo la teleasistencia, la implementación de políticas inclusivas y la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos los temas más recurrentes.

Discusión: Es necesario para conocer el impacto de dichas medidas que se realicen más artículos de investigación, para comprender hasta qué punto se están desarrollando cambios en los servicios de salud mental a lo largo del mundo en respuesta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y si estos cambios están siendo o no efectivos.

Palabras clave: Agenda 2030, calidad de la atención de salud mental, COVID-19, derechos humanos, ética, trastornos mentales.

Abstract

Introduction: The 2030 Agenda for Sustainable Development is an international action plan favoring people, the planet, and prosperity. It also intends to strengthen universal peace and access to justice. Since its approval in 2015, States have been adopting their regulations to achieve the proposed objectives. However, the measures adopted to guarantee the sustainability of mental health services and the rights of their users are unknown.

Objective: to know the measures taken in mental health services related to the 2030 Agenda.

Methodology: A scoping review was conducted between January 2016 and January 2023 in the PubMed, Cinahl, and PsycInfo databases.

Results: 1743 articles were obtained, of which 17 were selected for complete review. Health services have directed their attention to the assimilation of SDGs 3, 4, 10, 16, and 17, with telecare, implementing inclusive policies, and adopting a human rights-based approach being the most recurring themes.

Discussion: Knowing the impact of such measures requires more research articles to understand the extent to which changes are developing in mental health services worldwide in response to the Sustainable Development Goals and whether these changes are effective.

Keywords: 2030 Agenda, quality of mental health care, COVID-19, human rights, ethics, mental disorders.

Introducción

La Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU) adoptó en 2015 la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible¹, un plan de acción en favor de la prosperidad de las personas y el planeta. La Agenda 2030 planteó 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con 169 metas integradas que abarcan las esferas económica, social y ambiental. Casi 10 años después y tras una pandemia global, es crucial analizar la situación de los ODS en el contexto de los servicios de salud mental.

Los servicios de salud mental se relacionan con varios ODS debido a su interconexión con múltiples aspectos del bienestar humano y social. Como muestra la figura 1, siete objetivos se relacionan directa o indirectamente con los servicios de salud mental. El abordaje integral de estos objetivos puede contribuir significativamente a mejorar los servicios de salud mental y garantizar el bienestar de todas las personas, especialmente las más vulnerables. En primer lugar, destaca el ODS 3, al ser un eje vertebrador de la Agenda 2030². Este objetivo se sustenta en los derechos fundamentales de la protección de la salud y la promoción del bienestar³. La promoción del bienestar abarca, entre otros, el acceso a servicios educativos y de salud de calidad, una alimentación adecuada, condiciones de vida dignas y un entorno saludable. Por lo tanto, el bienestar es intrínseco al derecho a la salud y, más ampliamente, al derecho a un nivel de vida adecuado. En segundo lugar, destaca el ODS 10, al abordar la necesidad de reducir las desigualdades, promoviendo la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su condición^{1,4}. Esto incluye la protección de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial a través de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)⁵. De manera conjunta, los ODS 4, 8 y 10 favorecerían la reducción del estigma social y la plena inclusión de las personas con condiciones mentales en la comunidad como personas de pleno derecho. Finalmente, destaca el ODS 16, el cual busca promover sociedades inclusivas y justas, facilitar el acceso a la justicia y crear instituciones eficaces. Para lograrlo, es esencial tomar decisiones participativas que respondan a las necesidades de los usuarios de servicios de salud mental y ofrecer educación y asistencia sanitaria de calidad¹.

Aunque los Estados comprometidos con la Agenda 2030 deben movilizar los medios necesarios para su implementación y cumplimiento, existe una elevada variabilidad debido a los retos específicos de cada uno de ellos. Cada Estado tiene soberanía plena sobre su riqueza, recursos y actividad económica, y cada uno puede establecer sus propias metas. Dada la diversidad, la ONU estableció una serie de recomendaciones para la transformación de la salud mental mundial de acuerdo con los ODS, en los que reconocía las redes de usuarios de servicios de salud mental, sus cuidadores y las comunidades como contribuyentes clave para alcanzar los ODS para la salud mental y el bienestar, aunque sin matizar cómo sus organizaciones se involucrarían en la elaboración de políticas globales para la defensa de los derechos humanos, la inclusión plena y la determinación de las personas con discapacidades psicosociales desde su experiencia en primera persona⁶.

Los ODS y la COVID-19

La pandemia ha obstaculizado significativamente el progreso de los ODS, exacerbando las desigualdades sociales, políticas y económicas, especialmente las de los más vulnerables. Con la suspensión de servicios de salud mental comunitaria y conductas adictivas con motivo de la pandemia, se retrasaron peligrosamente las primeras visitas y visitas de seguimiento rutinarias de miles de personas (ODS 3), truncando su proceso de recuperación^{7,8}. La evidente discriminación estructural y sistémica, así como la vulneración de derechos de los pacientes no-covidicos (ODS 10), requiere el urgente fortalecimiento de las instituciones y políticas inclusivas⁴.

En anteriores crisis sanitarias las personas con problemas de salud mental también sufrieron una mayor vulneración de sus derechos, discriminación y estigmatización^{9,10}, pero eso no lo hace menos grave. Son necesarias estrategias de carácter urgente para garantizar los recursos, y la prestación de los servicios de salud esenciales no consideraron sus derechos y quienes los defendieron, defensores de derechos humanos, periodistas o sindicalistas fueron agredidos de alguna manera¹¹. En contra del ODS 17, el ejercicio de las libertades fundamentales en defensa de otros continúa siendo letal hoy en día; en 2021 fallecieron 320 personas de 35 países⁴. Poner fin a los conflictos armados, fortalecer las instituciones y promulgar una legislación inclusiva y equitativa que proteja los derechos humanos de todas las personas

<p>ODS 3: Salud y Bienestar</p> <p>Meta 3.4: Reducir un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.</p> <p>Meta 3.5: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluidos el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.</p> <p>Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluidos la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios esenciales de salud de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.</p>	<p>ODS 4: Educación de Calidad</p> <p>Meta 4.7: Asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas, mediante la educación para la promoción de una cultura de paz y no violencia, y la educación para la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural.</p>
<p>ODS 5: Igualdad de Género</p> <p>Meta 5.1: Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y niñas en todo el mundo.</p> <p>Meta 5.2: Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.</p>	<p>ODS 8: Trabajo Decente y Crecimiento Económico</p> <p>Meta 8.5: Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todas las mujeres y hombres, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidad, así como la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.</p> <p>Meta 8.8: Proteger los derechos laborales y promover un entorno de trabajo seguro y protegido para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes, en particular las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios.</p>
<p>ODS 10: Reducción de las Desigualdades</p> <p>Meta 10.2: Potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión, situación económica u otra condición.</p> <p>Meta 10.3: Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.</p>	<p>ODS 16: Paz, Justicia e Instituciones Sólidas</p> <p>Meta 16.1: Reducir significativamente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo.</p> <p>Meta 16.2: Poner fin al maltrato, la explotación, la trata, la tortura y todas las formas de violencia contra los niños.</p> <p>Meta 16.3: Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.</p>
<p>ODS 17: Alianzas para Lograr los Objetivos</p> <p>Meta 17.18: Mejorar la disponibilidad de datos desglosados oportunos, fiables y de calidad, incluidos los datos sobre ingresos, género, edad, raza, etnia, estado migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales.</p>	

Figura 1. Objetivos de desarrollo sostenible relacionados con los servicios de salud mental

son condiciones previas necesarias para el desarrollo sostenible.

A pesar de la ruta marcada por la Agenda 2030¹ y la CDPD⁵ parece que las personas usuarias de los servicios de salud mental siguen viendo socavados sus derechos. Los desafíos propios de los Estados y los efectos de la pandemia requieren que los servicios de salud mental reanuden su trayectoria hacia la implementación de los ODS. Por ello, el objetivo de este trabajo es conocer las medidas tomadas en los servicios de salud mental relacionados con la Agenda 2030 para garantizar los derechos de los usuarios de salud mental.

Metodología

Este estudio se basa en el modelo biopsicosocial y el modelo de atención centrada en la persona¹², estrategias prioritarias para los servicios de salud a nivel global, enfrentando los desafíos éticos en la práctica diaria.

Diseño del estudio

Se realizó una revisión de alcance siguiendo las indicaciones de Arksey y O'Malley¹³. Las preguntas de investigación fueron: ¿Cuáles son las medidas adoptadas por los servicios de salud mental para alcanzar los ODS de la Agenda 2030? ¿Han repercutido dichas medidas en las personas usuarias de servicios de salud mental?

El proceso de revisión incluyó la identificación de artículos pertinentes, su selección, la extracción de datos y la organización y presentación de los resultados de manera resumida. La revisión de alcance no requiere necesariamente una valoración crítica de los estudios incluidos, ya que su objetivo es identificar estudios sobre un tema de investigación emergente y mapear conceptos clave¹⁴. La calidad de los estudios se evaluó utilizando la lista de verificación PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)¹⁵.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios publicados entre enero de 2016 y enero de 2023. Los criterios específicos de inclusión fueron: a) Estudios cualitativos y cuantitativos (experimentales o cuasiexperimentales); b) Participantes: usuarios de salud mental con cualquier condición mental afectados por las medidas o inter-

venciones; c) Contexto: entornos asistenciales variados incluyendo servicios comunitarios, servicios de urgencias psiquiátricas, salas de hospitalización, salas de media o larga estancia; d) Propósito: estudios que informen sobre el diseño, adaptación o implementación de protocolos, programas o intervenciones para garantía de derechos fundamentales, civiles o medicolegales de los usuarios en línea con los ODS. Se excluyeron aquellos artículos cuya muestra estuviera referidas a personas con enfermedades neurodegenerativas, así como a revisiones y metaanálisis.

Estrategia de búsqueda

Los términos de búsqueda y combinaciones fueron discutidos y acordados por las autoras. La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas PubMed, PsycINFO y CINAHL. La estrategia de búsqueda utilizada empleada en Pubmed se detalla a continuación: (((delivery of health care[MeSH Terms]) OR (Mental Health Services[MeSH Terms])) AND ((((((Sustainable development[MeSH Terms]) OR (Agenda 2030[Other Term])) OR (Goals[Other Term])) OR (public policy[MeSH Terms])) OR (Sustainable development[Title/Abstract])) AND (((((((Human Rights[MeSH Terms]) OR (ethics[MeSH Terms])) OR (decision making[MeSH Terms])) OR (coercion[MeSH Terms])) OR (Medico legal[Other Term])) OR (advance directive[Other Term])) OR (personal autonomy[MeSH Terms])))) Filters: from 2016-2022.

Identificación y selección de estudios

La autora principal realizó una selección preliminar revisando los títulos y resúmenes de los registros obtenidos. Seguidamente, ambas autoras consensuaron la selección. Posteriormente, revisaron los artículos completos de manera independiente y compararon los resultados. En caso de discrepancias, discutieron para llegar a un acuerdo.

Extracción de datos

Los datos se extrajeron utilizando tablas diseñadas por las autoras. La tabla 1 recoge información descriptiva de los estudios, mientras que la tabla 2 recoge los datos relativos a los ODS en estudio. Las tablas se probaron con cuatro artículos iniciales para asegurar la extracción adecuada de la información pertinente.

Autores	País	Tipo de estudio	Objetivo o tema	Entorno	Resultados o problemas abordados
Alexander <i>et al.</i> [17]	Reino Unido	Cuantitativo	Presentar pautas para la atención y tratamiento de personas con discapacidad durante la pandemia.	Gral.	<ul style="list-style-type: none"> Las condiciones recomendadas por Public Health England para categorizar a alguien como de alto riesgo de enfermedad grave debido a COVID-19 también deberían incluir la salud mental y el comportamiento desafiante.
Atkinson <i>et al.</i> [18]	Australia	Cualitativo	Proponer la implementación de herramientas de apoyo a la toma de decisiones para la trans formación de los servicios de salud mental como consecuencia de la inclusión de la salud mental en los ODS.	Comm.	<ul style="list-style-type: none"> El modelado y la simulación de sistemas son herramientas analíticas de decisiones interactivas para probar la reforma de la salud mental y los escenarios de planificación de servicios en un entorno seguro.
Farrell [19]	EE. UU.	Cualitativo	Crear un modelo de atención que incluya políticas flexibles y opciones de tratamiento para adaptarse a las necesidades de desarrollo individuales, para la transición de los servicios de salud mental infanto-juveniles a los de adultos.	Comm.	<ul style="list-style-type: none"> El modelo Steps to Care proporciona un plan de transición para los adolescentes a los servicios de salud mental.
Fjellfeldt <i>et al.</i> [26]	Suecia	Cualitativo	Conocer las experiencias y opiniones de los participantes sobre una iniciativa gubernamental para aumentar la autonomía de los ciudadanos mediante la implementación de opciones dentro de los servicios comunitarios de salud mental.	Comm.	<ul style="list-style-type: none"> Es necesario abordar las dimensiones de la toma de decisiones, no sólo sobre dónde, sino también qué, por quién, cuánto y cuándo. El diseño del sistema debe asegurar la continuidad para evitar daños no deseados causados por la imprevisibilidad inherente a los sistemas de elección. Las relaciones y la comunidad con los demás eran muy valoradas, al igual que la posibilidad del personal de participar en las actividades de intervención.
Herrero & Loza [27]	Argentina	Cualitativo	Establecer en qué medida la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR) ha adoptado y sostenido intervenciones políticas comprometidas para abordar las desigualdades sociales en salud mental, como lo indican las agendas políticas regionales, los procesos de desarrollo de políticas y los recursos.	Gral.	<ul style="list-style-type: none"> El marco regional de UNASUR tiene un enfoque comprometido de equidad/derechos sociales con relación al acceso a la salud y medicamentos, con un claro enfoque en la reducción de las asimetrías entre países. Las intervenciones de UNASUR conducen a iniciativas y acciones encaminadas a implementar reformas, establecer metas y definir metas a nivel nacional.
Johns <i>et al.</i> [23]	Reino Unido	Cuantitativo	Crear una guía visual para la teleasistencia en salud mental.	Gral.	<ul style="list-style-type: none"> Proporciona una guía para el uso de video consultas en el National Health Service. Describe los pasos para lograr un uso seguro, exitoso y sostenible de la teleasistencia y se adhieren a las pautas legales y éticas.
Khurana <i>et al.</i> [24]	EE. UU.	Cualitativo	Informar sobre una experiencia de transición a los servicios de teleasistencia en una unidad de trastornos alimentarios y el impacto en la calidad de la atención.	Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> Los pacientes se mostraron muy satisfechos y experimentaron pocos problemas técnicos o de seguridad.

Tabla 2. Puntuaciones de las medianas de la SMP Global y de los diferentes factores, con los estadísticos según variables sociodemográficas y clínicas (n = 61) (hoja 1/3)

Murthy et al. [28]	India	Editorial	Informar sobre los cambios positivos que realizados en las infraestructuras y recursos de hospitales psiquiátricos de la India.	Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> Se creó el programa de atención integral a las necesidades de las personas vulnerables con trastorno mental grave llamada INCENSE. INCENSE es una reforma de múltiples componentes en colaboración con dos grandes hospitales psiquiátricos en India, como la reducción en las admisiones involuntarias y las mejoras en las instalaciones, que se han producido en gran medida a través de intervenciones judiciales.
Nelson et al. [25]	EE. UU.	Editorial	Asesorar sobre el programa Telehealth ROCKS (Regional Outreach to Communities, Kids, and Schools), para abordar las necesidades de salud mental de escolares a través de teleasistencia.	Comm.	<ul style="list-style-type: none"> Este informe comparte las lecciones aprendidas durante la transición rápida de los servicios de salud conductual rural Telehealth ROCKS se presenta como un sistema supervisado para cubrir las necesidades del entorno escolar al entomo doméstico durante la pandemia de COVID-19 para satisfacer las crecientes necesidades de salud conductual de los estudiantes.
Palinkas et al. [29]	EE. UU.	Cualitativo	Explorar el punto de vista de los administradores de clínicas de salud mental sobre las barreras y facilitadores de la implementación de prácticas innovadoras basadas en la evidencia para niños y adolescentes	Gral.	<ul style="list-style-type: none"> Las barreras identificadas fueron: los costos, la capacidad limitada y la falta de aceptabilidad. Los facilitadores fueron: la disponibilidad, la aceptabilidad y los beneficios o costos limitados. La evaluación coste-beneficio exhibió varios principios de la economía del comportamiento, incluida la aversión a las pérdidas, el uso de heurísticas de descuento temporal, la sensibilidad a los incentivos monetarios, la fatiga por tomar decisiones, el marco y las influencias ambientales.
Persad [20]	EE. UU.	Editorial	Proponer una estrategia basada en las ideas de la ley contra la discriminación, para abordar un desafío persistente en la ética médica y la filosofía de la discapacidad.	Gral.	<ul style="list-style-type: none"> Según esta propuesta, si bien los sistemas de salud no deberían amplificar la injusticia existente contra las personas con discapacidad, no están obligados a ignorar por completo los efectos potenciales de la discapacidad en la calidad de vida.
Roach, 2022	EE. UU.	Cualitativo	Evaluar la eficacia de una campaña de video sobre salud mental para aumentar la alfabetización sobre salud mental dirigido a mujeres afroamericanas.	Comm.	<ul style="list-style-type: none"> Esta investigación ampliará los esfuerzos de desarrollo con respecto a los servicios y actividades terapéuticos tradicionales y no tradicionales que ayudan a las mujeres afroamericanas a través del proceso de cambio.
Robertson et al. [31]	SudAfrica	Editorial	Informar sobre el asesoramiento en la implementación de recomendaciones del Defensor de la Salud y desarrollar un plan de recuperación de la salud mental.	Gral.	<ul style="list-style-type: none"> El asesoramiento puede fortalecer los servicios de salud mental en la provincia a estudio, a través de tres equipos de salud mental para trabajar con en el entorno comunitario, el hospitalario y el sector gubernamental no sanitario, las ONG y la comunidad. Brindarán atención preventiva y de promoción. Su eficacia y sostenibilidad dependen de las relaciones de apoyo y colaboración entre las partes.

Tabla 2. Puntuaciones de las medianas de la SMP Global y de los diferentes factores, con los estadísticos según variables sociodemográficas y clínicas (n = 61) (hoja 2/3)

Russ et al. [21]	EE. UU.	Cuantitativo	Describir las experiencias y estrategias de un servicio de hospitalización psiquiátrica durante la 1ª etapa de la pandemia, para definir las mejores prácticas a largo plazo en caso de rebrote u otra crisis similar.	Hosp.	<ul style="list-style-type: none"> La flexibilidad en la toma de decisiones, la excelente comunicación, una relación de trabajo eficaz con los expertos en prevención y control de infecciones y la atención a la moral y el apoyo del personal fueron elementos importantes para la prestación exitosa.
Ryan & Callaghan [32]	Reino Unido	Editórial	Analizar los cambios de La Ley de salud mental de 2007, reformada por la CDPD y describir el impacto que estas reformas deberían tener en la práctica clínica	Gral.	<ul style="list-style-type: none"> Los cambios contribuyen a adecuar la Ley a los principios de la CDPD y práctica orientada a la recuperación. Estos nuevos principios legislativos refuerzan la idea de que la buena práctica clínica, en la que se escucha a los pacientes, se apoya en la toma de decisiones y se obtiene el consentimiento en la medida de lo posible.
Wasmoth et al. [33]	EE. UU.	Mixto	Describir la efectividad de la formación Identity Development Evolution and Sharing (IDEAS), basada en teatro narrativo para la reducción del estigma entre los proveedores de atención en salud mental.	Gral.	<ul style="list-style-type: none"> IDEAS disminuyó significativamente las puntuaciones del AAQ-S ($t = 11,32, gl = 50, M = 13,65$, límite de confianza del 95 %: [11,32, 15,97], $p < 0,0001$). IDEAS reduce el estigma de los proveedores para respaldar encuentros clínicos positivos con poblaciones diversas de pacientes. Estos hallazgos son relevantes para los entornos de rehabilitación psiquiátrica, que buscan establecer una relación positiva entre proveedores y pacientes.
de Beurs et al. [22]	Países Bajos	Cuantitativo	Comparar la atención en salud mental mediante videoconferencia con intervenciones en persona.	Gral.	<ul style="list-style-type: none"> La atención por videoconferencia durante la pandemia de COVID-19 tuvo resultados similares en comparación con la atención tradicional en persona.

Tabla 2. Puntuaciones de las medianas de la SMP Global y de los diferentes factores, con los estadísticos según variables sociodemográficas y clínicas (n = 61) (hoja 3/3)

Registro	Objetivos de desarrollo sostenible				
	ODS 3: Salud y bienestar	ODS 4: Educación de calidad	ODS 10: Reducción de las desigualdades	ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas	ODS:17 Alianzas para lograr los objetivos
Alexander <i>et al.</i> [17]	X		X		
Atkinson <i>et al.</i> [18]	X		X		X
de Beurs <i>et al.</i> [22]	X				
Farrell [19]	X		X		
Fjellfeldt <i>et al.</i> [26]	X		X	X	
Herrero & Loza [27]	X		X	X	X
Johns <i>et al.</i> [23]	X		X		
Khurana <i>et al.</i> [24]	X		X		
Murthy <i>et al.</i> [28]	X		X	X	
Nelson <i>et al.</i> [25]	X		X		
Palinkas <i>et al.</i> [29]	X				
Persad [20]	X		X		
Roach [30]		X	X		
Robertson <i>et al.</i> [31]	X		X		
Russ <i>et al.</i> [21]	X		X	X	
Ryan & Callaghan [32]	X		X	X	X
Wasmuth <i>et al.</i> [33]	X		X	X	

Tabla 2. Principales Objetivos de Desarrollo Sostenible implementados abordados en los registros analizados

Resultados

La selección y codificación de los estudios se realizó manualmente. Las búsquedas iniciales en la base de datos arrojaron 1743 registros. Tras eliminar 31 duplicados, se seleccionaron 1712 artículos para el cribado basado en el título y el resumen. De estos, 1660 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión. Posteriormente, se evaluaron 52 registros para determinar su elegibilidad. Además, se revisaron las listas de referencias de los artículos seleccionados, encontrando 2 artículos adicionales que cumplían con los criterios de inclusión. Tras la lectura completa del texto, se incluyeron 17 registros en la revisión de alcance, como se describe en el diagrama de flujo PRISMA¹⁶ en la figura 2.

Como muestra la tabla 1, la revisión incluyó estudios de origen norteamericano ($n=8$, 47.06%), europeo ($n=5$, 29.42%), suramericano, africano, asiático

y oceánico con una muestra cada uno (5.88%). Los tipos de estudio incluidos en esta revisión fueron artículos originales cuantitativos y cualitativos (70.58%) y editoriales (29.42%). Los registros incluidos fueron mayoritariamente artículos originales cuantitativos y cualitativos (70.58%), junto con editoriales (29.42%). Los entornos de los estudios fueron variados, siendo entornos comunitarios, incluidos hogares residenciales, el 29.42% ($n=5$), hospitalización o emergencias psiquiátricas el 17.65% ($n=3$), y servicios de salud mental en general (hospitalización y comunitarios): 52.93% ($n=9$).

La tabla 2 muestra los principales ODS abordados en la selección de artículos. El ODS 3 (“Salud y bienestar”) fue abordado por todos los estudios ($n=17$), el ODS 10 (“Reducción de desigualdades”) fue abordado por el 76.46% ($n=13$), y el ODS 16 (“Paz, justicia e instituciones sólidas”) fue abordado por el 17.65% ($n=3$).

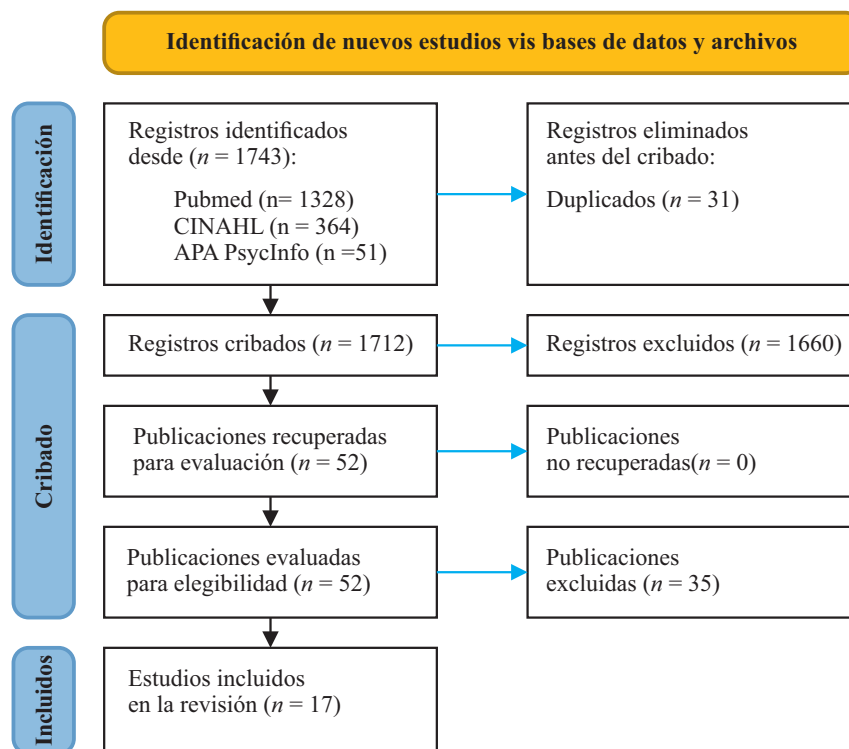


Figura 2. Diagrama de flujo

Cinco estudios ofrecen pautas y recomendaciones para mejorar la atención sanitaria de las personas con trastornos mentales graves (TMG), la accesibilidad a los servicios de salud mental y para eliminar la discriminación en entornos médicos¹⁷⁻²¹. Estas recomendaciones son esenciales para definir mejores prácticas en futuras crisis sanitarias y para fortalecer los sistemas de salud mental en línea con la Agenda 2030. Concretamente, Alexander *et al.*¹⁷ presentan pautas para la atención y tratamiento de personas con discapacidad intelectual durante la pandemia de COVID-19, desarrollando una guía de mejores prácticas. Los autores animan a otros a que tomen su trabajo y lo adapten según sea necesario para satisfacer las necesidades de sus propias poblaciones locales, regionales o nacionales para así garantizar que las personas con discapacidad intelectual ejerzan sus derechos para recibir una atención médica adecuada. Russ *et al.*²¹ Describen la experiencia y lecciones aprendidas en un hospital psiquiátrico de Nueva York durante la pandemia, destacando la importancia del apoyo mutuo entre el personal para mantener una atención de alta calidad. Según sus palabras, la atención a la moral y el apoyo mutuo entre el personal permitieron perseverar, aprender y brindar atención

digna y de alta calidad a los pacientes. Persad²⁰ propone una estrategia basada en la ley contra la discriminación para abordar desafíos éticos en la atención de salud mental sin discriminar a las personas con discapacidad.

Por otro lado, cuatro estudios abordan la teleasistencia, una práctica que ha ganado popularidad durante la pandemia de SARS-CoV-2. Estos estudios comparan la teleasistencia con las intervenciones en persona y encuentran resultados similares, destacando ventajas como el mayor acceso a los servicios de salud mental y la continuidad en la atención²²⁻²⁵. Específicamente, Johns *et al.*²³, en su guía visual paso a paso para que los médicos utilicen las videoconsultas en los servicios de salud mental, es al menos tan eficiente y efectiva como la atención presencial, proporcionando mejores resultados clínicos y de calidad de vida en diversos grupos de población.

Por último, ocho artículos mencionan medidas gubernamentales, políticas, leyes e intervenciones para abordar desigualdades en la salud mental, mejorar infraestructuras, recursos y prácticas de atención, aumentar la alfabetización sobre salud mental, redu-

cir el estigma y fortalecer los servicios de salud mental²⁶⁻³³. Hay que destacar el trabajo de Murthy *et al.*²⁸ quienes informan sobre mejoras en infraestructura y recursos de hospitales psiquiátricos en India y reducción de admisiones involuntarias, gracias a intervenciones judiciales y el programa INCENSE. Así mismo, el trabajo de Robertson *et al.*³¹, quienes describen la creación de equipos distritales de salud mental en Gauteng, Sudáfrica, para fortalecer los servicios de salud mental del distrito en colaboración con hospitales, ONG y la comunidad.

Discusión

La revisión de alcance realizada sobre las medidas adoptadas por los servicios de salud mental en relación con los ODS de la Agenda 2030 proporciona una visión global y detallada de los esfuerzos y desafíos enfrentados por distintos sistemas de salud mental en diversas regiones del mundo. Los resultados muestran un enfoque diverso y multifacético para mejorar la atención y garantizar los derechos de los usuarios de salud mental, destacando varias tendencias y áreas clave para la reflexión y la acción futura.

La revisión revela que la mayoría de los estudios se centran en el ODS 3 (“Salud y bienestar”), lo cual es comprensible dada la naturaleza del tema. Sin embargo, la notable atención al ODS 10 (“Reducción de desigualdades”) subraya un reconocimiento global de la necesidad de abordar las desigualdades estructurales que afectan a las personas con problemas de salud mental. La escasa representación del ODS 16 (“Paz, justicia e instituciones sólidas”) podría sugerir que aún se requiere más investigación y acción para integrar la salud mental en los esfuerzos por construir sociedades inclusivas y justas. En cuanto al contexto legal, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos recientemente desarrollaron conjuntamente la publicación *Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica*³⁴ para guiar a los sistemas de salud mental de los países a adoptar un enfoque basado en derechos, para delinear disposiciones legales para promover la desinstitutionalización y el acceso a servicios comunitarios de salud mental de buena calidad y centrados en la persona y resaltar cómo las leyes pueden abordar el estigma y la discriminación y proporcionar medidas concretas para eliminar la coerción en los servicios de salud mental en favor de prácticas que respeten los derechos de las personas. derechos y dignidad.

Los estudios revisados presentan una serie de estrategias innovadoras para mejorar la atención en salud mental, tales como la teleasistencia, que se ha vuelto especialmente relevante durante la pandemia de COVID-19. La evidencia sugiere que la teleasistencia puede ser tan efectiva como las intervenciones presenciales, con beneficios adicionales como la ampliación del acceso y la continuidad de la atención. Sin embargo, también es crucial considerar las limitaciones y desafíos, como la brecha digital y la resistencia al cambio tanto por parte de los profesionales como de los usuarios. Es necesario resaltar que la teleasistencia después de las crisis complementa pero no reemplaza la práctica clínica, permitiendo a los proveedores centrarse en los aspectos humanos de la medicina que solo se pueden lograr a través de la relación proveedor-usuario. Además, los usuarios y proveedores deben ser educados sobre las brechas en la alfabetización tecnológica y de datos antes de implementar estas tecnologías en crisis futuras³⁵.

Las pautas y recomendaciones emergentes de varios estudios destacan la importancia de la atención centrada en la persona, la eliminación de la discriminación y el fortalecimiento de los sistemas de salud. La guía desarrollada por Alexander *et al.*¹⁷ para la atención de personas con discapacidad intelectual durante la pandemia de COVID-19, por ejemplo, subraya la necesidad de adaptar las mejores prácticas a contextos locales y específicos. Esto es esencial para garantizar que los derechos humanos de todas las personas, independientemente de su condición, sean respetados y protegidos.

La implementación de políticas y programas gubernamentales para mejorar la infraestructura y los recursos en salud mental es otro aspecto crucial resaltado en la revisión. Las reformas en India y Sudáfrica muestran cómo las intervenciones judiciales y la creación de equipos distritales de salud mental pueden fortalecer los sistemas de atención y reducir las admisiones involuntarias. Estas iniciativas son pasos importantes hacia la consecución de los ODS, pero su eficacia y sostenibilidad dependen de una colaboración continua entre todas las partes interesadas.

La revisión también pone de manifiesto la persistencia de desigualdades y la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos en la atención de salud mental. Persad²⁰ propone una estrategia innovadora basada en la ley contra la discriminación para abordar las disparidades en la calidad de vida de las

personas con discapacidad, lo que resalta la importancia de enfoques legales y éticos en la formulación de políticas de salud mental. Este enfoque puede contribuir a una mayor justicia social y a la reducción de desigualdades en salud en línea con la ONU. La ONU señaló la necesidad de garantizar que nadie se quede atrás, porque una sociedad no es sostenible si su gente está privada de oportunidades, acceso a servicios y de la posibilidad de una vida mejor. Estas metas requieren del diálogo sostenido de reguladores, legisladores, jueces, sociedad civil e investigadores para la protección de los derechos de las personas de especial vulnerabilidad⁴.

Nuestros hallazgos contribuyen a una comprensión más amplia sobre el verdadero esfuerzo que están realizando los países por el cumplimiento de los ODS en los servicios de salud mental y en base a ellos podemos afirmar que son escasos y localizados, a pesar de que el planteamiento de nuevas estrategias para mejorar la atención en salud mental se vuelve un imperativo en los sistemas sanitarios para el cumplimiento de los ODS⁴. En España, el compromiso con los ODS se ha reflejado en políticas dirigidas a una recuperación socioeconómica justa y sostenible³⁵. Sin embargo, desafíos como la crisis de los servicios públicos y la desigualdad persisten, requiriendo la revisión de leyes y normativas para mejorar la sanidad universal y la calidad de vida de los más vulnerables³⁶.

Necesitamos abogar por la inclusión e integración de la salud mental dentro de un amplio sistema de mejora de la salud que fortalezca las iniciativas locales y nacionales, y debemos revisar rigurosamente el progreso³⁷. La tarea de transformar los sistemas de salud mental y ampliar estrategias efectivas y contextualmente relevantes es común en la mayoría de los países¹⁸, sin embargo, es necesario más investigación al respecto para comprender hasta qué punto se están desarrollando cambios en los servicios de salud mental a lo largo del mundo en respuesta a los ODS y si estos cambios están siendo efectivos.

Limitaciones

La presente revisión presenta diversas limitaciones. En primer lugar, la variabilidad en la calidad de los estudios incluidos, aunque se haya seguido la lista de verificación PRISMA-ScR. Una característica distintiva de las revisiones de alcance es su enfoque en proporcionar una visión general amplia de la literatu-

ra existente para explorar o describir un fenómeno, independientemente del tipo o la calidad, de acuerdo con la lista de verificación¹⁵. Si bien las revisiones sistemáticas incluyen una evaluación formal del riesgo de sesgo en su análisis de la literatura sobre la política, la práctica o la eficacia de las intervenciones, no se realizó dicha evaluación en este estudio¹⁴. En segundo lugar, aunque el documento siguió la metodología estructurada de Arksey y O'Malley¹³, el número de artículos revisados fue pequeño, lo que limitó la generalización. Existe una infrarrepresentación de estudios de regiones de países de ingresos bajos y medios. Así mismo, es necesario ampliar esta revisión en busca del resto de ODS no identificados.

Futuras investigaciones podrían enfocarse en evaluar el impacto a largo plazo de las intervenciones y políticas en la salud mental y en identificar estrategias efectivas para superar las barreras a la implementación de las mejores prácticas.

Conclusión

La inclusión de la salud mental en los ODS de la Agenda 2030 ha impulsado un esfuerzo global para mejorar la atención de salud mental y garantizar los derechos de los usuarios. Los estudios revisados muestran que, los servicios de salud han dirigido su adaptación a la asimilación de los ODS 3, 4, 10, 16 y 17. Las medidas adoptadas para alcanzarlos han estado mediadas por la pandemia, ya que varios artículos describen los procesos de incorporación de la teleasistencia por motivos sobrevenidos. Asimismo, la implementación de políticas inclusivas y la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos han sido temas recurrentes de los registros revisados. Aunque se han logrado avances significativos, persisten desafíos que requieren una atención continua y un enfoque colaborativo. Sin embargo, es necesario seguir investigando y adaptando las estrategias a contextos locales para asegurar una atención de salud mental equitativa y de alta calidad para todos.

Bibliografía

1. United Nations. A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2015. [Accessed 15 July 2024]. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/89/PDF/N1529189.pdf?OpenElement>
2. Zeegers Paget D, Patterson D. The essential role of law in achieving the health-related Sustainable Development Goals. *Eur J Public Health*. 2020 Mar 1;30(Suppl_1):i32-i35. doi: 10.1093/eurpub/ckaa036.

3. United Nations. General Assembly of the United Nations. Universal Declaration of Human Rights (217 [III] A). Paris, 1948. [Accessed 15 July 2024]. Available from: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
4. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2022. [Accessed 15 July 2024]. Available from: https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Spanish.pdf
5. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York. A/RES/61/106, 2006.
6. Carr S. Implementing sustainable global mental health in a fragmenting world. *Lancet*. 2018 Oct 27;392(10157):1497-1498. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32270-0.
7. Anindyajati G, Mardiasmo DR, Sekarasih L, Susilaradeya D, Takwin B, Peluassy DC, Diatri H. The Right to Health: COVID-19 Pandemic and the Opportunity to Transform Mental Health Inequalities in Indonesia. *Front Public Health*. 2022 Mar 29;10:844656. doi: 10.3389/fpubh.2022.844656.
8. Juliá-Sanchis R. Más allá del COVID: los retos éticos de la reanudación de los servicios de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2021, 41 (139).
9. United Nations. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General comment on 'Article 12: Equal recognition before the law'. 2014. [Accessed 15 July 2024]. Available from: <https://documents-ddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120>.
10. World Health Organization. WHO quality rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: WHO. 2012. ISBN 978-92-4-154841-0.
11. Selgelid MJ. *Pandethics*. *Public Health*. 2009 Mar;123(3):255-9. doi: 10.1016/j.puhe.2008.12.005.
12. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization, 2016. [Accessed 15 July 2024]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
13. Arksey H, & O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 2005, 8(1): 19–32.
14. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, Khalil H. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth*. 2020 Oct;18(10):2119-2126. doi: 10.11124/JBIES-20-00167.
15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018 Oct 2;169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850.
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.
17. Alexander R, Ravi A, Barclay H, Sawhney I, Chester V, Malcolm V, Broly K, Mukherji K, Zia A, Tharian R, Howell A, Lane T, Cooper V, Langdon PE. Guidance for the Treatment and Management of COVID-19 Among People with Intellectual Disabilities. *J Policy Pract Intellect Disabil*. 2020 Sep;17(3):256-269. doi: 10.1111/jppi.12352.
18. Atkinson JA, Skinner A, Lawson K, Rosenberg S, Hickie IB. Bringing new tools, a regional focus, resource-sensitivity, local engagement and necessary discipline to mental health policy and planning. *BMC Public Health*. 2020 Jun 5;20(1):814. doi: 10.1186/s12889-020-08948-3.
19. Farrell ML. Transitioning adolescent mental health care services: The steps to care model. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2022 Nov;35(4):301-306. doi: 10.1111/jcap.12377.
20. Persad G. Considering Quality of Life while Repudiating Disability Injustice: A Pathways Approach to Setting Priorities. *J Law Med Ethics*. 2019 Jun;47(2):294-303. doi: 10.1177/1073110519857285.
21. Russ MJ, Parish SJ, Mendelowitz R, Mendoza S, Arkow SD, Radosta M, Espinosa L, Sombrotto LB, Anthony D, Wyman DA, Baptista-Neto L, Wilner PJ. The Interface of COVID-19 and Inpatient Psychiatry: Our Experience and Lessons Learned. *J Psychiatr Pract*. 2021 May 5;27(3):172-183. doi: 10.1097/PRA.0000000000000551.
22. de Beurs E, Blankers M, Peen J, Rademacher C, Podgorski A, Dekker J. Impact of COVID-19 social distancing measures on routine mental health care provision and treatment outcome for common mental disorders in the Netherlands. *Clin Psychol Psychother*. 2022 Jul;29(4):1342-1354. doi: 10.1002/cpp.2713.
23. Johns G, Tan J, Burhouse A, Ogonovsky M, Rees C, Ahuja A. A visual step-by-step guide for clinicians to use video consultations in mental health services: NHS examples of real-time practice in times of normal and pandemic healthcare delivery. *BJPsych Bull*. 2020 Dec;44(6):277-284. doi: 10.1192/bjb.2020.71. Erratum in: *BJPsych Bull*. 2022 Jun;46(3):192-193. doi: 10.1192/bjb.2020.144.
24. Khurana S, Pertschuk M, Newton K, Klein D, Du W. Transition to Inpatient Telepsychiatry Services and Impact on Quality of Care. *J Psychiatr Pract*. 2022 Nov 1;28(6):492-496. doi: 10.1097/PRA.0000000000000675.
25. Nelson E, Zhang E, Bellinger S, Cain S, Davis A, Lassen S, et al. Telehealth ROCKS at home: Pandemic transition of rural school-based to home-based telebehavioral health services. *Journal of Rural Mental Health*. 2023, 47:114-122. doi:10.1037/rmh0000222
26. Fjellfeldt M, Eklund M, Sandlund M, Markström U. Implementation of Choice from Participants' Perspectives: A Study of Community Mental Healthcare Reform in Sweden. *J Soc Work Disabil Rehabil*. 2016 Apr-Jun;15(2):116-33. doi: 10.1080/1536710X.2016.1162121.
27. Herrero MB, Loza J. Building a regional health agenda: A rights-based approach to health in South America. *Glob Public Health*. 2018 Sep;13(9):1179-1191. doi: 10.1080/17441692.2017.1308536.
28. Murthy P, Isaac M, Dabholkar H. Mental Hospitals in India in the 21st century: transformation and relevance. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017 Feb;26(1):10-15. doi: 10.1017/S2045796016000755.
29. Palinkas LA, Um MY, Jeong CH, Chor KH, Olin S, Horwitz SM, Hoagwood KE. Adoption of innovative and evidence-based practices for children and adolescents in state-supported mental health clinics: a qualitative study. *Health Res Policy Syst*. 2017 Mar 29;15(1):27. doi: 10.1186/s12961-017-0190-z.
30. Roach M. Mental Health Disparities Among African American Women and Motivating Factors that Encourage Engagement in Mental Health Services (Doctoral dissertation, California Baptist University). 2022.
31. Robertson LJ, Moosa MYH, Jeenah FY. Strengthening of district mental health services in Gauteng Province, South Africa. *S Afr Med J*. 2021 May 31;111(6):538-543. doi: 10.7196/SAMJ.2021.v111i6.15633.
32. Ryan CJ, Callaghan S. The impact on clinical practice of the 2015 reforms to the New South Wales Mental Health Act. *Australas Psychiatry*. 2017 Feb;25(1):43-47. doi:

- 10.1177/1039856216663738. Epub 2016 Sep 26.
33. Wasmuth S, Pritchard KT, Belkiewitz J. Bridging the humanities and health care with theatre: Theory and outcomes of a theatre-based model for enhancing psychiatric care via stigma reduction. *Psychiatr Rehabil J*. 2023 Dec;46(4):285-292. doi: 10.1037/prj0000551.
 33. World Health Organisation and United Nations. Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. WHO: Geneva, 2023. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>.
 34. Graham S, Depp C, Lee EE, Nebeker C, Tu X, Kim HC, Jeste DV. Artificial Intelligence for Mental Health and Mental Illnesses: an Overview. *Curr Psychiatry Rep*. 2019 Nov 7;21(11):116. doi: 10.1007/s11920-019-1094-0.
 35. Gobierno de España. Prioridades de España 77.º período de sesiones de la asamblea general, 2022. https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Spanish.pdf
 36. Gobierno de España. Informe de Progreso. Reconstruir lo común. La implementación de la Agenda 2030 en España, 2020. https://www.agenda2030.gob.es/recursos/docs/Informe_de_Progreso_2020_Reconstruir_lo_Comun_.pdf
 37. Jenkins R. Global mental health and sustainable development 2018. *BJPsych Int*. 2019 May;16(2):34-37. doi: 10.1192/bji.2019.5.

Donación de leche materna en madres tras una pérdida perinatal: beneficios sobre su salud mental

Breast milk donation in mothers after perinatal loss: benefits on mental health

Elena Ferreiro Tiemblo

Hospital Provincial de Ávila. Ávila, España.

Contacto: elenaferreiro14@gmail.com

Fecha de recepción: 3 de junio de 2024 / Fecha de aceptación: 9 de noviembre de 2024

Resumen

La pérdida de un hijo es una de las experiencias más dolorosas que puede sufrir un ser humano. Se denomina pérdida perinatal cuando sucede desde las 22 semanas de gestación hasta una semana de vida independiente. Cuando esto ocurre, la secreción de leche materna se inicia independientemente de que el bebé haya fallecido y sin necesitar que haya una intervención activa por parte de la madre.

Según la evidencia actual, la lactancia materna tiene numerosos beneficios para la salud mental de la madre lactante, destacando los efectos positivos sobre el estado de ánimo, prevención del estrés y ayuda en el sueño. Estos beneficios se deben a la secreción de hormonas como oxitocina, endorfinas y prolactina. Tradicionalmente, cuando esto ocurre, se procede a inhibir la lactancia materna, sin ofrecer otras alternativas a la madre.

Por ello, el presente trabajo propone la donación de leche materna como alternativa a la inhibición farmacológica de la lactancia en madres que han sufrido una pérdida perinatal, así como analizar los beneficios que esto puede tener sobre la salud mental de estas madres y a la hora de elaborar el duelo.

Palabras clave: duelo perinatal, donación de leche materna, salud mental.

Abstract

The loss of a child is one of the most painful experiences a human being can suffer. It is called perinatal loss when it happens from 22 weeks of gestation to one week of independent life. When this occurs, the secretion of breast milk begins regardless of whether the baby has died and without requiring active intervention on the part of the mother.

According to the current evidence, breastfeeding has numerous benefits for mothers' mental health; the positive effects on mood, stress prevention, and sleep aid are highlighted. These benefits are due to the secretion of hormones such as oxytocin, endorphins, and prolactin. Traditionally, when this occurs, breastfeeding is inhibited; without offering other alternatives to the mother.

Therefore, this work proposes the donation of breast milk as an alternative to pharmacological inhibition of lactation; in mothers who have suffered a perinatal loss; as well as analyze the benefits that this can have on the mental health of these mothers, and when it comes to grieving.

Keywords: perinatal grief, breast milk donation, mental health.

Introducción

Las palabras nos dan la virtud de decirnos muchas cosas. Nos dicen lo que entendemos, sentimos y vivimos; es decir, lo que somos. Podemos nombrar con palabras al hombre o mujer cuya pareja ha fallecido (viudo o viuda) o al hijo e hija que ha perdido a sus padres (huérfano o huérfana), pero no encontraremos ninguna palabra en nuestra lengua para designar al

padre o madre cuyo hijo o hija ha muerto. La única lengua en la que sí existe esta palabra y no se trata, por tanto, de una expresión lexicalizada es el hebreo. El término *hore shakul* hace referencia al padre o madre que ha perdido un hijo o hija. Literalmente significa “padres afligidos”, y esta expresión se suele traducir como “padre de un hijo fallecido”. Parece que “lo que no se nombra no existe”, pero esta actitud culturalmente adquirida sólo lleva a los padres y

madres a pensar que no pueden sentir dolor y hace aún más confuso el vacío que sienten tras la muerte de quien fue su esperado bebé¹.

La pérdida de un hijo o hija es una de las experiencias más duras, difíciles y dolorosas que puede sufrir un ser humano. Hay quien afirma que va en contra de “la ley de la vida”, pues es de esperar que sean los hijos quienes entierren a sus padres y no al revés, por lo que nadie estaría preparado para que esta relación se invierta^{1,2}.

Los padres se sienten responsables del cuidado y protección de sus hijos/as, y su fallecimiento suele vivirse con sentimientos de fracaso y una gran culpabilidad. La muerte de un hijo conlleva además otras pérdidas significativas, como sueños, expectativas, identidad, roles, esperanzas, proyectos para el futuro, etc., sobre los que también habrá que elaborar un duelo¹.

Aunque para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el período perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación hasta una semana de vida independiente, en la práctica y en la literatura sobre el tema, este período se amplía. Kowalski lo prolonga desde la concepción hasta el final del primer año de vida, lo que convierte en pérdidas perinatales al embarazo ectópico, al aborto espontáneo o inducido, a la reducción selectiva, a la muerte de un gemelo en gestación, al feto muerto intraútero o intraparto, a la muerte del prematuro, a la del neonato, y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas o y los hijos cedidos en adopción^{3,4}.

Hace años, cuando nos encontrábamos ante una muerte perinatal, más habitual era que la madre fuera sedada y, al nacer el bebé, se le retiraba del paritorio lo antes posible. Esto se hacía con el fin de evitar o reducir el dolor de la madre por la muerte de su bebé. Se pensaba que lo mejor era que no tuviera ningún contacto con el hijo fallecido, eliminar cualquier indicio de su existencia y evitar así que formara algún tipo de apego con él, por mínimo que fuera. Afortunadamente, la investigación ha demostrado que ésta no es la forma más conveniente de actuar, ni la más humana. A finales de los años 60, el duelo perinatal o neonatal fue adquiriendo importancia a nivel clínico y científico con la publicación del artículo “Los efectos psicológicos del mortinato sobre las mujeres y sus médicos”, de Bourne y colaboradores. Poco más tarde, en 1970, Kennell, Slyter y Klaus publican “La

respuesta de luto de los padres por la muerte de un hijo neonato”^{5,6}.

Desde el punto de vista orgánico, a pesar de que el bebé haya fallecido, ocurre la lactogénesis, que es el inicio de la secreción de leche materna; ya que es un proceso natural que aparece con independencia al estado del recién nacido y sin necesitar que haya una intervención activa por parte de la madre^{7,8}.

Una vez establecida la lactancia, si no tiene lugar el vaciado frecuente del pecho, la producción de leche disminuye hasta que la secreción desaparece por completo. También existe la posibilidad de realizar una inhibición farmacológica de la misma⁸.

Según la evidencia actual la lactancia materna tiene numerosos beneficios para la salud mental de la madre lactante; destacando los efectos positivos sobre el estado de ánimo; prevención del estrés y ayuda con el sueño. Estos beneficios se deben a la secreción durante la misma de hormonas como oxitocina, endorfinas y prolactina; que tienen estos efectos sobre el organismo^{8,9}.

Por ello, el presente trabajo propone la donación de leche materna como alternativa a la inhibición farmacológica de la lactancia; en madres que han sufrido una pérdida perinatal; así como analizar los beneficios que esto puede tener sobre la salud mental de estas madres, y a la hora de elaborar el duelo.

Metodología

Diseño

Este artículo se trata de una revisión bibliográfica; para la cual inicialmente se realizó una búsqueda bibliográfica para responder a la siguiente pregunta en formato PICO:

¿Tiene beneficios donar leche materna sobre la salud mental de madres que han sufrido una pérdida perinatal?

P: Madres que han sufrido una pérdida perinatal.

I: Donación de leche materna.

C: Inhibición de la lactancia.

O: Beneficios sobre la salud mental.

Para ello se hizo uso del operador booleano AND; y de los términos DECS/MESH: “Muerte perinatal” (“Perinatal Death”), “Salud mental” (“Mental Health”) y “Donación de leche humana” (“Donation of breast milk”).

Criterios de inclusión

- Artículos publicados en revistas con relevancia científica, quedando así descartados todos los artículos de opinión. Quedarían incluidos estudios observacionales, descriptivos, cohortes y estudios experimentales.
- Artículos de los últimos 10 años.
- Idioma español o inglés.

Proceso de selección

Los artículos obtenidos de las diferentes bases de datos: Medline/Pubmed, Cochrane Library, Scielo, Cuiden, UpToDate, Science Direct, NURE Investigación y Dialnet.; se volcaron al gestor de referencias, desde el cual los duplicados fueron eliminados.

Posteriormente, se realizó cribado por relevancia en dos etapas. Este cribado implica la utilización de un enfoque lo suficientemente amplio en la etapa inicial, que permita la inclusión de estudios potencialmente relevantes; y un estrechamiento progresivo a medida que los documentos se leen en profundidad. En la etapa inicial, se realiza una primera selección de artículos en base a la lectura de títulos y posteriormente en base a la lectura de los resúmenes. Finalmente se completó la selección de artículos mediante búsqueda inversa.

Se obtuvieron un total de 14 artículos para abordar el objetivo de este trabajo. Por último, para evaluar la calidad de los artículos, se utilizó la guía CASPe.

Aspectos éticos

Durante el análisis de los artículos primarios seleccionados se realizó enmascaramiento de autores, centros de estudio y títulos tratando de evitar así un juicio previo al autor y permeable el análisis con reflexiones más allá del contenido.

Resultados

La tabla 1 recoge un resumen de los artículos incluidos en esta revisión.

A continuación, se exponen los resultados clasificados en tres temas: el duelo, el duelo perinatal en la actualidad y la donación de leche materna como alternativa a la inhibición farmacológica de la lactancia.

1. El duelo.

Cuando hablamos de duelo no se trata de un sentimiento único, sino de un proceso de elaboración y aceptación de la pérdida en el que, de manera compleja, se suceden una serie de sentimientos que requieren un cierto tiempo para ser asimilados. Se trata de un proceso único e irreplicable, dinámico y cambiante de momento a momento¹⁰.

Hay numerosas clasificaciones de las etapas del duelo, pero una de las más conocidas es la de la Dra. Elisabeth Kübler-Ros, que describió una serie de etapas que se suceden hasta la aceptación de la muerte. Estas pueden presentarse de forma simultánea, o no seguir un mismo orden.

- *Negación*: Aparece como mecanismo de defensa, y tiene la función de amortiguar el sufrimiento¹⁰.
- *Ira o rabia*: Se debe a la impotencia y la pérdida de control de lo que está sucediendo y suele ir proyectada hacia las personas del entorno cercano¹⁰.
- *Negociación o pacto*: Durante esta fase se debe escuchar con suma atención y animar al paciente a que desahogue la culpa y el miedo a la muerte¹⁰.
- *Depresión*: Aparece esta reacción de tristeza ante la conciencia de la pérdida¹⁰.
- *Aceptación*: Sentimiento de resignación que aparece si todas las fases han tenido lugar con un buen apoyo y habiendo podido expresar sus sentimientos¹⁰.

2. El duelo perinatal en la actualidad

Actualmente, aunque los protocolos han cambiado, sigue siendo un duelo desautorizado, ya que no es públicamente reconocido ni socialmente aceptado. Se consideran “pérdidas menores” y de poco valor; que conjugan los tabúes de la sociedad actual sobre la muerte, el sexo y la reproducción¹⁰.

Para Mander, el duelo perinatal tiene unas características que lo diferencian de duelos de otros tipos: la proximidad entre el nacimiento y la muerte, la juven-

Año	Autor	País	Tipo de estudio	Tamaño muestral	Objetivos	Resultados principales
2018	Carmen Stella Martínez Dávalos	España	Diseño no experimental, tipo transeccional correlacional/causal	54	Determinar la relación que existe entre la actitud del Profesional de Enfermería ante el manejo del duelo.	Existe un vacío teórico en los conocimientos y destrezas que debe manejar el profesional con respecto a la muerte, el duelo y como enfrentarlo.
2022	Isabel María Fernández Medina <i>et al.</i>	España	Estudio fenomenológico mediante entrevistas estructuradas	13	Explorar las experiencias de las mujeres al donar su leche materna después de una pérdida perinatal y examinar el manejo inicial de la producción de leche materna.	El manejo de la lactancia después de la pérdida a menudo no se incluye en el plan de atención sanitaria. La donación de leche permitió a las mujeres reconstruir su identidad.
2017	Sonia Uceira Rey <i>et al.</i>	España	Análisis cualitativos mediante entrevistas	796	Determinar los motivos para decidir donar leche materna. Analizar los criterios de inclusión y exclusión de bancos de leche en España.	Es mayor el porcentaje de madres que decidirían donar su leche tras una pérdida perinatal que las que decidirían no donar. Existe disparidad de criterios entre los bancos de leche.
2022	Ann Marie Paraszczuk <i>et al.</i>	América del Norte	Estudio cualitativo mediante entrevistas	21	Explorar la experiencia de mujeres que optaron por continuar extrayéndose leche después de una pérdida perinatal para donarla a un banco de leche.	Donar después de una pérdida perinatal se ha descrito como una experiencia positiva y enriquecedora.
2023	Gráinne Ward <i>et al.</i>	Irlanda	Estudio cualitativo fenomenológico, mediante entrevista semiestructurada	7	Explorar la experiencia vivida por madres que se han extraído y donado su leche materna tras la pérdida del bebé.	Las madres expresaron consuelo al crear una conexión física con el bebé fallecido.
2020	Lara Sweeney & Katherine Carroll.	Australia	Análisis cualitativo	21	Valorar si las opciones de manejo de la lactancia después de la muerte fetal y la muerte infantil están cubiertas de manera integral en la información en línea de las organizaciones de salud Australianas comparándolas con un marco de "mejores prácticas" para la lactancia.	Ausencia notable de información sobre las opciones de supresión de la lactancia tras el duelo. La supresión farmacológica de la lactancia es la opción ofrecida más común.
2021	Cuiqin Huang <i>et al.</i>	China	Estudio cualitativo con muestreo por conveniencia, mediante entrevistas	200	Comprender el conocimiento y la actitud sobre la donación de leche materna entre madres hospitalizadas y proporcionar datos para apoyar el establecimiento y desarrollo de bancos de leche materna en China.	La respuesta fue baja, pero se cree que debido al desconocimiento, por lo que se debe ampliar el alcance de la información sobre bancos de leche en la población.

Tabla 1. Resumen de resultados de los artículos incluidos

tud de los progenitores para los que puede suponer su primer contacto con la muerte; y lo inesperado del suceso. Hay que añadir que se trata de la pérdida de una relación más simbólica que real basada en sus necesidades y deseos¹¹.

La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad; siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad,

debilidad y sentimientos de culpa. Algunas mujeres refieren oír el llanto del bebé o sentir sus movimientos en el vientre. Aparece posteriormente la desorientación y desorganización de la vida cotidiana, con sensación de vacío y desamparo. Se sienten desautorizadas para estar en duelo, temen enfermar y deprimirse. Estos fenómenos comienzan cuando todo el mundo se sorprende de que no lo haya “superado”, pues “hay que seguir adelante”... y tener otro hijo. Finalmente se produce una reorganización, en la que, sin olvidar la pérdida, se rehace la vida y se recupera la capacidad de disfrutar¹⁰.

En cualquiera de sus variantes, el duelo puede complicarse con síntomas psiquiátricos. Son factores de riesgo para que esto ocurra: problemas psiquiátricos previos, no tener hijos, no tener familia o apoyo social, pérdidas recurrentes, no tener pareja, coincidencia con otros problemas vitales^{10,11}.

3. Donación de leche materna como alternativa a la inhibición farmacológica de la lactancia.

No existe una recomendación universal sobre la forma más eficaz para provocar la inhibición de la lactancia en aquellos casos en los que la madre decide suprimir la lactancia, y es aún menor la evidencia en relación al manejo de la lactogénesis tras la muerte perinatal¹¹.

Diversos estudios señalan cómo la lactancia materna y su manejo fisiológico tiene un efecto positivo para las madres en situación de duelo perinatal, y cómo la donación de leche puede ser un factor de apoyo y refuerzo para la elaboración del duelo. En este sentido, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva recomienda asesorar sobre la inhibición de lactancia o destete tanto natural como farmacológico tras una pérdida perinatal, para una posterior decisión por parte de la madre libre e informada. Así lo recogen también las Guías para la Atención Profesional a la Muerte Perinatal, destacando la importancia de informar a la mujer sobre las posibilidades para el manejo de la lactogénesis, y de respetar su autonomía para decidir al respecto. Algunas madres desean la supresión inmediata al resultarles doloroso la asociación de la lactancia con la pérdida de su hijo, pero otras madres optan por destetar de forma natural o incluso mantener de forma activa la lactancia, por sentir la extracción de leche como una manera de mantener una conexión con su hijo fallecido, y encontrar alivio en ello¹¹.

Jessica Welborn exploró la experiencia de 22 madres en situación de duelo que donaron su leche al Banco de Leche de San José, encontrando que existen varios motivos para la donación en este contexto, los cuales pueden ser beneficiosos para el proceso del duelo. Aparte del acto altruista de ayudar a la salud de otro bebé, para muchas madres el acto de extraer su leche y donarla facilita integrar la pérdida en sus vidas, darle significado y afrontarla. Para otras mujeres, la extracción de leche es una manera de validar su maternidad, y también una manera de mantener una conexión con su bebé, hecho importante para la elaboración del duelo^{10,11}.

Por otro lado, la pérdida perinatal es un evento socialmente invisible, la falta de reconocimiento social genera más dolor; por ello la extracción y donación de leche se considera un acto de visibilización de esta pérdida. Ayelet Oregón afirma que el proceso de extracción y donación de su leche constituye un ritual de duelo, que permite a las madres mantener y reconstruir los lazos continuos con sus bebés. Oregón analiza los testimonios de 80 mujeres en un primer estudio y 88 mujeres en un segundo estudio, y concluye sobre la obtención de significados tras convertirse en donante de leche materna y los beneficios que ello conlleva (reconstruir el sentido de la muerte de su ser querido y adaptarse a su nueva situación de vida)¹¹.

Además, se han publicado los resultados de una encuesta realizada por la asociación Umamanita, en la que se preguntaba a 734 madres cuyo bebé murió después de las 15 semanas del embarazo si habrían donado su leche a un banco de leche en el caso de que fuera una posibilidad. En respuesta a ello, el 34 % respondió “sí, definitivamente” o “sí, probablemente”, el 22 % respondió “no, definitivamente” y el 43.9 % respondió “no sé/no estoy segura”¹².

Isabel María Fernández Medina concluyó que asumir una identidad de donante temporal permitió a las madres en duelo el tiempo para procesar su pérdida y reconstruir su identidad materna destrozada y su identidad física como mujeres. Si bien la revisión sistemática hasta ahora había proporcionado los beneficios asociados con la donación de leche. Sin embargo, tras la revisión de 17 artículos junto a las pautas clínicas del NICE (National Institute for Health and Care Excellence) y el RCOG (Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos) realizado en el estudio de Judith Kennedy *et al.*, se reportan casos en los que, tras donar leche materna después del duelo, se experimen-

ta un “segundo duelo”. Esto destaca la importancia crítica de la atención continua y el apoyo emocional para garantizar el bienestar de los donantes¹¹.

Por otro lado, Ann Marie Paraszcuk *et al.* entrevistaron durante 10 meses a 21 participantes que continuaban extrayéndose leche con el fin de donarla después de una pérdida perinatal. Estas participantes describieron la donación de leche como una experiencia positiva, valiosa y enriquecedora, destacando haber llevado mejor el duelo, la mayor conexión con el bebé, el establecimiento de un legado y la creación de algo positivo a partir de lo negativo¹³.

En la investigación de Gráinne Ward, se recluta a 9 madres que tras perder a su bebé decidieron donar su leche al Banco de Leche Humana de Irlanda del Norte. Estas mujeres participaron en entrevistas semiestructuradas, que exploraron sus experiencias de pérdida perinatal y el papel que la expresión/donación jugó para ellas en su duelo. Sus relatos fueron analizados utilizando un método de análisis fenomenológico interpretativo cualitativo (IPA). Después de la transcripción y el análisis, surgieron tres temas superiores; (1) cumplir el rol de madre; (2) el poder de poder “hacer”; (3) hacer el bien de lo malo. Las historias de estas mujeres reflejan la naturaleza independiente e individual del duelo. Cada madre se sintió muy cómoda al poder extraerse la leche. Para algunos, esto creó una conexión física con su hijo, para otros, creó tiempo a solas para procesar lo que había sucedido y, para todos, creó una sensación de autonomía y propiedad en lo que de otro modo sería un momento muy turbulento en sus vidas¹⁴.

Con los estudios mencionados anteriormente, se demuestran los beneficios que la donación de leche materna en madres que han sufrido una pérdida gestacional; sin embargo, sigue siendo una práctica poco frecuente. Juana Dickens corrobora que varios de los factores contribuyentes son la falta de conocimiento de las opciones de lactancia después del duelo entre los profesionales de salud y una falta de claridad sobre dónde recae la responsabilidad de ofrecer apoyo y asesoramiento¹⁵.

Un estudio de Katherine Carroll *et al.* sobre este tema revela que hay una ausencia notable de información integral sobre el manejo de la lactancia dirigida directamente a las madres en duelo y la opción de lactancia más común presentada en línea también fue la supresión de la lactancia. Se encuestó a 17 madres

australianas, que refirieron no haberse sentido adecuadamente informadas o apoyadas para manejar adecuadamente su lactancia tras el inicio repentino de esta a pesar de la pérdida. De hecho, Catalina Waldby y otras autoras refieren que sólo aquellas madres cuyos recién nacidos fueron trasladados inicialmente a la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) a menudo recibían cuidados de lactancia materna; sin embargo, después de la muerte de su bebé, el tema de la lactancia desapareció de las preocupaciones de la mayoría de los profesionales y las madres se quedaron sin la orientación y apoyos necesarios¹⁵.

En un sentido práctico, la evidencia recomienda que la posibilidad de donación de leche materna debe ser abordada por los profesionales que atienden a la mujer en duelo en las primeras horas tras el fallecimiento, desde el correcto asesoramiento sobre la inhibición de lactancia, informando tanto sobre la posibilidad de la supresión farmacológica como por la posibilidad de que la supresión curse de forma natural, ofreciendo en este caso la opción de donar su leche si así lo desea. Cabe destacar que el cese natural tiene numerosos beneficios frente al farmacológico, habiendo más riesgo en este último caso de ingurgitación mamaria, obstrucción, mastitis, fiebre y malestar general. A parte de ello, en el destete farmacológico ocurren más frecuentemente alteraciones psicológicas, tales como ansiedad, melancolía, tristeza o depresión¹⁶.

Así mismo, con objeto de facilitar la donación y evitar en lo posible las molestias para la mujer y su familia conviene que los profesionales responsables de la atención a la mujer tras la muerte perinatal actúen como interlocutores con el banco de leche más cercano¹⁶.

Discusión

En nuestro país, en los diferentes bancos de sangre, no existen criterios de exclusión que rechacen a madres cuyo hijo/a haya fallecido; sin embargo, dentro de los criterios de inclusión, sí menciona que las madres incluidas en sus programas son aquellas que están amamantando. Esta información contradictoria hace que la mayoría de las madres en situación de duelo perinatal ni siquiera se planteen esta posibilidad¹⁰.

La Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva recomienda asesorar a la madre que esté en una situa-

ción de pérdida gestacional y duelo sobre las opciones para inhibir la lactancia o el destete (natural o farmacológico), por lo que, muchas veces, la decisión de inhibir la lactancia es tomada por el profesional, y no por la mujer¹¹.

Debido a estos beneficios, es necesario considerar la posibilidad de donación de leche materna en madres que han sufrido una pérdida perinatal. Para ello, es importante que el personal implicado en la atención de la mujer durante esta etapa tenga conocimientos al respecto; y que se los transmita a las mujeres en esta situación; y así la mujer podrá elegir conociendo todas las alternativas^{10,11}.

Conclusiones

La supresión o continuación de la lactancia tras la muerte de un hijo es una elección personal que se entrelaza con una experiencia única de la madre y la expresión de su dolor. Algunas madres desean la supresión inmediata de la lactancia porque les resulta doloroso el recordatorio de la pérdida, pero otras madres eligen destetar naturalmente y donar su leche¹¹.

La donación de leche materna por sí sola no hará desaparecer el dolor de una madre, pero sí tiene el potencial de proporcionar protección contra los trastornos del estado de ánimo posparto¹².

Es necesario que los bancos de leche disminuyan la variabilidad y falta de información, y expresen claramente en los criterios de inclusión si existe la posibilidad de donar, para evitar confusiones y poder asesorar correctamente a estas madres. Para los profesionales sanitarios es necesario tener información clara sobre esta posibilidad, para dar un buen asesoramiento a las madres cuando están contemplando que decisión acerca de la lactancia sería mejor en su caso¹⁰.

Así mismo, es imprescindible visibilizar esta forma de donación, facilitando información al respecto tanto entre los profesionales sanitarios como en la población general. Para ello es necesario ampliar el conocimiento sobre la relación de la lactancia y la donación de leche materna con la evolución del duelo, evitando sesgos en la investigación derivados de incluir en la población de estudio sólo a aquellas mujeres que optan por la donación. Los estudios se deben dirigir al total de la población de mujeres en

duelo, de forma que las conclusiones puedan ser de aplicación para todas ellas^{11,12}.

Aún sigue habiendo escasos estudios respecto al tema, y la mayoría de los estudios se han realizado fuera de España, algunos de ellos con un tamaño de la muestra pequeño. Por ello se propone la necesidad de realizar más investigaciones relacionadas con el tema en nuestro país y aumentar el tamaño de la muestra de cara a estos estudios.

Por todo lo mencionado anteriormente, es necesaria la formación acerca de duelo perinatal en el personal sanitario que vaya a atender a las personas que lo vivan. También es importante ofrecer la posibilidad de recibir una atención por parte del servicio de salud mental en los casos en los que sea necesario⁹.

Bibliografía

1. Al-Adib Mendiri M, Santos Redondo P, Yáñez Otero A. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. 2015. Servicio Extremeño de Salud. Disponible en: <https://es.slideshare.net/cxestal/libro-duelo-ses>
2. Guedes Arbelo C, Martos López IM, Sánchez Guisado MM. Duelo por muerte perinatal, un duelo desautorizado. 2016. Revista Española de comunicación en salud. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311760183_Duelo_por_muerte_perinatal_un_duelo_desautorizado_Bereavement_for_perinatal_death_unauthorized_bereavement
3. Hutti M, Limbo R. Using Theory to Inform and Guide Perinatal Bereavement Care. *MCN Am J Matern Nurs* 2019; 44(1): 20–26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531586/>
4. Gandino G, Bernaudo A, Di Fini G, Vanni I, Veglia F. Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. *J Health Psychol* 2019; 24(1): 65–78. Disponible en: Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review
5. Hernández Bravo B, Hernández López R. Manejo de la lactancia materna durante el duelo perinatal por parte de los profesionales de enfermería. Una revisión bibliográfica. 2023. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/134708/1/Actitud_de_enfermeria_en_el_manejo_de_la_lactancia_m_Hernandez_Bravo_Barbara.pdf
6. Mills TA, Ricklesford C, Cooke A, Heazell AEP, Whitworth M, Lavelander T. Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metanalysis. *BJOG [Internet]*. 2014;121(8):943–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12656>
7. Cassidy P. La vida social del bebé no-nato: la comprensión de la naturaleza del duelo perinatal. Revista cuatrimestral sobre la atención sanitaria, investigación, avances y actividad en la comunidad. 2017. 2: 29-36. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Paul-Cassidy-9/publication/325810426_La_vida_social_del_bebé_no-nato/links/5b263ae3aca272277fb5e6a0/La-vida-social-del-bebe-no-nato.pdf
8. Blasco C. Grupos de apoyo mutuo al duelo perinatal. Revista cuatrimestral sobre la atención sanitaria, investigación, avances y actividad en la comunidad. 2018. 4: 21-22. Disponible en:

- <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2018/06/2018-Blasco-Grupos-de-apoyo-mutuo-al-duelo-perinatal.pdf>
9. Hernández J, Sánchez F, Echeverría P. Alumbrando la muerte. Profesionales de la vida gestionando el duelo. *Rev Int Sociol* 2017; 75(3). Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/683/859>
 10. Martínez C. El profesional de enfermería ante el duelo por muerte perinatal. *Enferm Inv* 2018; 3(1): 10–15. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324101239_El_profesional_de_enfermeria_ante_el_duelo_por_muerte_perinatal
 11. Fernández-Medina IM, Jiménez-Lasserrotte MdM, Ruíz-Fernández MD, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM. Milk donation following a perinatal loss: A phenomenological study. *J Midwifery Womens Health* 2022;67(4):463-469.
 12. Martín Morales M, Rodríguez Blanco MA, Rodríguez Czaplicki J, Uceira Rey S. Donación de leche materna tras la muerte perinatal y situación en España. 2017. Disponible en: <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2017/11/2017-Uceira-et-al-Donaci%C3%B3n-de-leche-materna-tras-la-muerte-perinatal-y-la-situaci%C3%B3n-en-Espa%C3%B1a-MDP3.pdf>
 13. Paraszczuk AM, Candelaria LM, Hylton-McGuire K, Spatz DL. The voice of mothers who continue to express milk after their infant's death for donation to a milk bank. *Breastfeed Med* [Internet]. 2022;17(8):660–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35549706>.
 14. Ward G, Adair P, Doherty N, McCormack D. Bereaved mothers' experience of expressing and donating breast milk: An interpretative phenomenological study. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2023;19(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36924437/>
 15. Carroll K, Noble-Carr D, Sweeney L, Waldby C. The "Lactation After Infant Death (AID) Framework": a guide for online health information provision about lactation after stillbirth and infant death. *Journal of Human Lactation* 2020;36(3):480-491.
 16. Huang C, Han W, Fan Y. Knowledge and attitude on donation of breast milk in hospitalized mothers. *Gac Sanit* [Internet]. 2021;35(3):213–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31982212/>



Diagnostic overshadowing and stigma in people with mental disorder and physical comorbidity: a mixed methods systematic review protocol

Eclipsamiento diagnóstico y estigma en personas con trastorno mental y comorbilidad física: protocolo de revisión sistemática con métodos mixtos

Neli Lamprell Martín¹ y Concepción Martínez-Martínez²

1. Hospital Nueve de Octubre. Valencia, España.

2 Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de Valencia. Valencia, España.

Contacto: Concepción Martínez-Martínez concepcion.martinez-martinez@uv.es

Fecha de recepción: 24 de septiembre de 2024 / Fecha de aceptación: 13 de octubre de 2024

Abstract

Background: Individuals with mental disorders experience more significant health disparities compared to the broader population and have a life expectancy that is, on average, 10 years shorter than those without such conditions. Diagnostic overshadowing could be a very important factor in the existence of this inequality in morbidity and mortality of people with a psychiatric diagnosis by producing a systemic difference in health care for the diagnosis and treatment of these patients.

Aim: To understand the perceptions and experiences of healthcare professionals and individuals with a mental disorder about diagnostic overshadowing.

Methods: The proposed review will be conducted in accordance with the JBI methodology for mixed method review and will take a convergent integrated approach. A systematic search will be conducted across MEDLINE/PubMed, CINAHL, PsycINFO, and Web of Science. The critical appraisal tool, the Mixed Methods Appraisal Tool will be used to assess the quality. This protocol has been recorded in PROSPERO under the number CRD42024523764.

Conclusion: Diagnostic overshadowing is a cognitive bias present in health professionals. Individuals with a mental disorder perceive that many symptoms are incorrectly interpreted when it is known that they have a psychiatric diagnosis, which contributes to diagnostic errors and referrals to inappropriate medical specialities. Among the factors contributing to its presence are personal and environmental factors.

Keywords: diagnostic overshadowing, multimorbidity, mental disorder, stigma, nurses, mixed method systematic review, protocol.

Resumen

Introducción: Las personas con trastornos mentales experimentan desigualdades en salud más significativas en comparación con la población general y tienen una esperanza de vida que, en promedio, es 10 años más corta que la de aquellas sin estos trastornos. El eclipsamiento diagnóstico podría ser un factor muy importante en la existencia de esta desigualdad en la morbilidad y mortalidad de las personas con un diagnóstico psiquiátrico, al generar una diferencia sistémica en la atención médica para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Objetivo: Comprender las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud y de las personas con un trastorno mental sobre el eclipsamiento diagnóstico.

Métodos: La revisión propuesta se llevará a cabo de acuerdo con la metodología del Instituto Joanna Briggs (JBI, por sus siglas en inglés) para revisiones de métodos mixtos y adoptará un enfoque integrado convergente. Se realizará una búsqueda sistemática en MEDLINE/PubMed, CINAHL, PsycINFO y Web of Science. Para evaluar la calidad de los estudios se utilizará la herramienta de evaluación crítica Mixed Methods Appraisal Tool. Este protocolo ha sido registrado en PROSPERO bajo el número CRD42024523764.

Conclusión: El eclipsamiento diagnóstico es un sesgo cognitivo presente en los profesionales de la salud. Las personas con un trastorno mental perciben que muchos de sus síntomas son interpretados incorrectamente cuando se sabe que tienen un diagnóstico psiquiátrico, lo que contribuye a errores diagnósticos y derivaciones a especialidades médicas inadecuadas. Entre los factores que contribuyen a su presencia se encuentran factores personales y ambientales.

Palabras clave: eclipsamiento diagnóstico, multimorbilidad, trastorno mental, estigma, enfermería, revisión sistemática de métodos mixtos, protocolo.

Introduction

In 2019, 970 million people (one in eight) were reported to have suffered from a mental disorder, with prevalence remaining around 13% throughout these years (World Health Organization, 2022). People with mental disorders, especially the most severe cases, experience more significant health disparities compared to the general population and have a life expectancy that is shorter by 10 to 20 years (Fiorillo & Sartorius, 2021). The study conducted by Chan *et al.* (2023) found that the years-of-potential-life-lost (YPLL) grouped by natural causes for any mental disorder was 4.84, with metabolic/endocrine, digestive, and infectious diseases having the highest YPLL estimates relative to other causes.

One of the contributing factors to the existence of this disparity in the morbidity and mortality of people with mental disorders is diagnostic overshadowing (Jopp & Keys, 2001). Diagnostic overshadowing can be defined as the wrongful attribution of signs and symptoms of physical diseases to concurrent psychiatric disorders (Thornicroft *et al.*, 2007). It is a type of cognitive bias that can affect healthcare professionals, consequently resulting in concomitant illnesses going undiagnosed and untreated (Jopp & Keys, 2001). Bueter (2021) analyses the concept from the perspective of pathocentric epistemic injustice and concludes that it has several causes: extant prejudice in clinics, errors which have been justified by complex clinical presentations, and the lack of credibility given to people with mental disorders favoured by the structural characteristics of the health care system. Research published in the 1960s and 1970s already suggested the possibility of bias in health care for people with disabilities (Philips, 1967; Routh & King, 1972). But it was not until later that several researchers, Levitan and Reiss (1983) and Reiss *et al.* (1982), demonstrated the existence of diagnostic overshadowing. In 2006, the Disability Rights Commission identified it as an important factor contributing to health inequity for people with a mental disorder (Disability Rights Commission, 2006).

Stigma and discrimination contribute to diagnostic overshadowing. This includes both lack of knowledge and the attitudes and behaviours of professionals (Thornicroft *et al.*, 2007). Negative beliefs towards people with mental disorders can diminish the quality of health care received by these patients (Disability

Rights Commission, 2006). This can occur in two ways, firstly, because the clinician does not give credibility or sufficient importance to the symptoms present, and secondly, because the person with a psychiatric diagnosis, after recurrent experiences in which he/she does not feel listened to or believed by the professional, chooses not to seek help from the health system when needed (Corrigan, 2004; Thornicroft *et al.*, 2007).

Rationale

Since the existence of diagnostic overshadowing has been identified in different clinical settings, there has been interest in getting to know the factors that contribute to its presence and the consequences for people with a psychiatric diagnosis. Jopp and Keys (2001) consider that this bias in health professionals reduces specificity and sensitivity in making an accurate diagnosis due to false negatives (failing to diagnose an illness that exists) and false positives (diagnosing a mental disorder that does not exist or its exacerbation). The consequences can be numerous and range from mild worsening of physical conditions to mortality or occurrence of aftereffects due to the delay in diagnosis and appropriate treatment (McIntyre *et al.*, 2023).

Various reviews have been conducted to understand the extent of diagnostic overshadowing. Jopp & Keys conducted a review in which they studied the moderators of diagnostic overshadowing, areas requiring further research, and implications for methodological approaches in the study of overshadowing. Their study population consisted of individuals with intellectual disabilities and concomitant psychiatric disorders (Jopp & Keys, 2001). More recently, Mollay (2021) conducted a systematic review of the experiences of people with mental disorders and professionals concerning diagnostic overshadowing. This review only included qualitative studies. Hallyburton (2022) for their part, conducted a narrative review of the literature to analyse the concept of diagnostic overshadowing.

We have not found a Mixed Methods Systematic Review (MMSR) from the perspective of both people with mental disorders and health professionals, based on studies using quantitative, qualitative, or mixed methodology. The inclusion of quantitative studies in this systematic review will provide objective data that reinforces the accounts of professionals and individu-

als with mental disorders regarding their experiences with diagnostic overshadowing (Pluye & Hong, 2014).

Aims

The aim is to understand the perceptions of healthcare professionals and individuals with a mental disorder about diagnostic overshadowing.

Review question

Do people with psychiatric diagnoses receive different health care due to the diagnostic overshadowing of health professionals?

Methods

The elaboration of this protocol has been done following the PRISMA-P guide for protocols (Shamseer et al., 2015) (Anex 1).

Design

The reporting of the MMSR adhered to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) 2020 checklist (Page et al., 2021).

Search methods

A systematic search will be conducted using MEDLINE/PubMed, CINAHL, PsycINFO, and Web of Science. There will be no date limitation.

The search strategy will aim to locate published studies. An initial limited search of PubMed was undertaken to identify articles on the topic. The text words contained in the titles or abstracts of relevant articles, and the index terms used to describe the articles were used to develop a full search strategy. The search strategy is developed by two researchers after trying different combinations and will be adapted to each data source. The search will be carried out in Title or Abstract with natural language combining the words 'overshadowing', 'mental illness', 'mental health', 'mental disorder', 'severe mental disorder', and 'serious mental disorder' using the Boolean operators AND / OR. The reference list of all studies selected for critical appraisal will be screened for additional studies.

Here is an example of a search conducted in Web of Science: (TI = (overshadowing AND (mental illness OR mental disorder OR severe mental disorder OR serious mental disorder or mental health))) OR AB = ((overshadowing AND (mental illness OR mental disorder OR severe mental disorder OR serious mental disorder or mental health))).

Selection criteria

Inclusion criteria

The general inclusion criterion will be diagnostic overshadowing. It should be included in the title/abstract.

The PICOS/ PICO framework will be used for the inclusion of studies in this review. The population comprises both adults of any gender who have a psychiatric diagnosis and have used health services for any reason and healthcare professionals working in health services. The intervention/phenomenon of interest is diagnostic overshadowing in people with mental disorders. Comparisons are varied: they can be exposed and unexposed cohorts, people with mental disorders versus the general population, as well as qualitative designs that do not mention any comparison.

The outcome refers to the effects or consequences of diagnostic overshadowing. In terms of study design, this review will consider quantitative, qualitative, and mixed methods studies. Quantitative studies will include descriptive, experimental, correlational, experimental, and causal-comparative studies. Qualitative studies will include descriptive and interpretive designs involving data collection techniques such as observation, interviews, or focus groups. Mixed methods studies will be considered if both data collection methods are explained in the article. The synthesis of published research in any language and without a year of publication filter will be identified to identify any relevant studies for this review. Regarding context, any health setting, regardless of country or city, may be considered.

Exclusion criteria

Studies with no research results (protocols, validation of measurement instruments...) and case reports. Grey literature will not be included.

Search outcomes

Following the search, all identified citations will be loaded into the bibliographic manager Zotero 6.0.35 and duplicates will be removed. Titles and abstracts will then be screened by two independent reviewers for assessment against the inclusion criteria for the review. Data extraction will be carried out by XXX and XXX will check the extracted data. To resolve any disparities in the selection criteria, articles will be co-read again and a consensus will be reached. Data will be extracted on the population studied, the size of the sample, the country, city, and place where the study was carried out, the type of study, objectives, and main results.

The complete search results will be reported in the final review and presented in a PRISMA flowchart (Page *et al.* 2021).

Quality appraisal

The methodological quality of studies will be assessed independently by XXX and XXX. Consensus will be arrived at in case of discrepancies between both. The critical appraisal tool Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) 2018 version will be used to assess the quality of the articles (Hong *et al.*, 2019). This critical appraisal tool was developed to assess the methodological quality of various study designs, including mixed methods studies. The MMAT includes 25 criteria in five categories of studies.

To determine the quality of an article, two screening questions about the research in general must be answered. If the answer to one or both questions is “No” or “Unknown”, the study cannot be further assessed with the MMAT tool. Below are 5 specific questions for each type of study design: qualitative, quantitative randomised controlled trials, quantitative non-randomised, quantitative descriptive, and mixed methods. This tool does not provide an overall score and does not exclude research of low methodological quality. The aim is to provide more information about the studies included in the research (Hong *et al.*, 2019).

Data extraction

For data abstraction, the JBI Data Extraction tool will be used (Lizarondo *et al.*, 2020). For each paper, one author (XX) extracts the data, which another author

will subsequently countercheck (XX). Data will include specific details about the author, year, characteristics of participants, location, city, country, study methods, data collection methods, objectives, and results necessary to answer the study objectives. Wherever available, quantitative data will provide information about magnitude and statistical significance. Qualitative data will provide themes with corresponding examples.

Synthesis

The Joanna Briggs Institute (JBI) methodology for Mixed Methods Systematic Reviews. will be employed –specifically, a convergent integrated approach (Lizarondo *et al.*, 2020).

A synthesis of the data will be presented in tables with the most relevant results to answer the research question. The quantitative data will be summarised in narrative form and integrated with qualitative data that will provide the perceptions and experiences of health professionals and people with mental disorders on the interference of diagnostic overshadowing in the diagnosis of non-psychiatric illnesses, which will contribute to enhancing the results obtained (Pluye & Hong, 2014).

Discussion

The aim of this work is to understand the perceptions and experiences of healthcare professionals and individuals with a mental disorder regarding diagnostic overshadowing.

Diagnostic overshadowing is a cognitive bias that prevents an objective analysis of the symptoms present in a patient (Jones *et al.*, 2008). Healthcare professionals, primarily doctors and nurses, acknowledge the presence of this bias among themselves (Bueter, 2023; Molloy *et al.*, 2023). Furthermore, individuals with mental disorders report having suffered the consequences of its existence, as their physical symptoms have been minimized or they have been referred to psychiatric services due to the belief that the origin of their symptoms was mental, resulting in delays in treatment (Happell *et al.*, 2016; Noblett *et al.*, 2017).

Among the factors contributing to diagnostic overshadowing is the presence of stigmatising attitudes such as fear. This emotion during the diagnostic process can lead to misinterpretation of certain behav-

hours, labelling them, and a desire to conclude the interview as quickly as possible, resulting in incorrect diagnoses (Happell *et al.*, 2016; Thornicroft *et al.*, 2007). Another factor is the lack of knowledge about mental illnesses, as acknowledged by healthcare professionals in the report by the Joint Commission (2022). In addition to these personal factors, environmental factors also contribute to the presence of diagnostic overshadowing. These include the duration of the diagnostic visit (The Joint Commission, 2022), waiting times, overcrowding in some departments' waiting rooms, ambient noise, and lighting (van Nieuwenhuizen *et al.*, 2013).

However, it is important to consider that some individuals with mental disorders may not be able to accurately express their symptoms during times of crisis. At times, they may not even be able to interpret what is happening to them (Molloy *et al.*, 2023), which complicates the accuracy of diagnoses. This situation could be mitigated by a compassionate attitude from professionals. However, it has been shown that professionals' attitudes are often unhelpful. On the contrary, they can lead patients to distrust their own judgment and doubt the attribution of their symptoms (Bueter, 2023). The consequence is that patients may avoid or delay seeking help due to fear of not being believed or even being humiliated (Thornicroft *et al.*, 2007), worsening their recovery prognosis. Greater understanding and guidance during medical care would help alleviate their concerns and improve disease management (Molloy *et al.*, 2023).

Conclusion

Diagnostic overshadowing is a cognitive bias present in health professionals. Individuals with a mental disorder perceive that many symptoms are incorrectly interpreted when it is known that they have a psychiatric diagnosis, which contributes to diagnostic errors and referrals to inappropriate medical specialties. Among the factors contributing to its presence are personal and environmental factors. Personal causes include stigmatising ideas and lack of knowledge. Environmental factors such as visiting time, waiting time, ambient lights or noises may also contribute to their presence.

Relevance to clinical practice

The diagnostic judgment of healthcare professionals may be affected by diagnostic overshadowing. This

can have consequences for people with mental disorders who have concomitant physical illnesses. Mental health nurses can be the professionals who serve as liaisons between the various clinical specialties to ensure that all patient information is known and decrease the likelihood of diagnostic errors.

References

- Bueter, A. (2023). Diagnostic Overshadowing in Psychiatric-Somatic Comorbidity: A Case for Structural Testimonial Injustice. *Erkenntnis*, 88(3), 1135-1155. <https://doi.org/10.1007/s10670-021-00396-8>
- Chan, J. K. N., Correll, C. U., Wong, C. S. M., Chu, R. S. T., Fung, V. S. C., Wong, G. H. S., Lei, J. H. C., & Chang, W. C. (2023). Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 65, 102294. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102294>
- Disability Rights Commission. (2006). Equal treatment: Closing the gap: A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/DRC-Health-FI-main.pdf>
- Filipčić, I. Š., Bajić, Ž., & Filipčić, I. (2020). The onset and accumulation of physical multimorbidity in severe and common mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(5), 484. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000635>
- Fiorillo, A., & Sartorius, N. (2021). Mortality gap and physical comorbidity of people with severe mental disorders: The public health scandal. *Annals of General Psychiatry*, 20, 52. <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00374-y>
- Hallyburton, A. (2022). Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1360-1372. <https://doi.org/10.1111/inm.13034>
- Happell, B., Ewart, S. B., Bocking, J., Platania-Phung, C., & Stanton, R. (2016). 'That red flag on your file': Misinterpreting physical symptoms as mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2933-2942. <https://doi.org/10.1111/jocn.13355>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O' Cathain, A., Rousseau, M.-C., & Vedel, I. (2019). Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: A modified e-Delphi study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 111, 49-59.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.03.008>
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). 'Diagnostic overshadowing': Worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-171. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x>
- Jopp, D. A., & Keys, C. B. (2001). Diagnostic Overshadowing Reviewed and Reconsidered. *American Journal on Mental Retardation*, 106(5), 416. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2001\)106<0416:DORAR>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2001)106<0416:DORAR>2.0.CO;2)
- Levitan, G. W., & Reiss, S. (1983). Generality of diagnostic overshadowing across disciplines. *Applied Research in Mental Retardation*, 4(1), 59-64. [https://doi.org/10.1016/S0270-3092\(83\)80018-6](https://doi.org/10.1016/S0270-3092(83)80018-6)
- Lizarondo, L., Carrier, J., Godfrey, C., Rieger, K., Salmond, S., Apóstolo, J., Kirkpatrick, P., & Loveday, H. (2020). Chapter 8: Mixed Methods Systematic Reviews (2020). *Aromataris E*, 14 Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>
- McIntyre, H., Loughhead, M., Hayes, L., Allen, C., Barton-Smith, D.,

- Bickley, B., Vega, L., Smith, J., Wharton, U., & Procter, N. (2023). I have not come here because I have nothing better to do: The lived experience of presenting to the emergency department for people with a psychosocial disability and a NDIS plan—A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 00(n/a), 1-12. <https://doi.org/10.1111/inm.13264>
- Molloy, R., Brand, G., Munro, I., & Pope, N. (2023). Seeing the complete picture: A systematic review of mental health consumer and health professional experiences of diagnostic overshadowing. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9-10), 1662-1673. <https://doi.org/10.1111/jocn.16151>
- Noblett, J., Caffrey, A., Deb, T., Khan, A., Lagunes-Cordoba, E., Gale-Grant, O., & Henderson, C. (2017). Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 95, 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.004>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lahu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Philips, I. (1967). Psychopathology and Mental Retardation. *American Journal of Psychiatry*, 124(1), 29-35.
- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health*, 35, 29-45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
- Reiss, S., Levitan, G. W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency*, 86(6), 567-574.
- Routh, D. K., & King, K. M. (1972). Social class bias in clinical judgment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38(2), 202-207. <https://doi.org/10.1037/h0032620>
- Shamseer, L., Moher, D., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, g7647. <https://doi.org/10.1136/bmj.g7647>
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
- van Nieuwenhuizen, A., Henderson, C., Kassam, A., Graham, T., Murray, J., Howard, L. M., & Thornicroft, G. (2013). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(3), 255-262. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000571>
- World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>



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