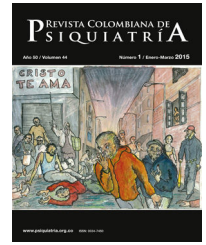




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Epistemología, filosofía de la mente y bioética

El modelo de recuperación de la salud mental y su importancia para la enfermería colombiana



Daniel Ricardo Zaraza Morales^{a,*} y Jeffersson Ricardo Contreras Moreno^b

^a Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

^b Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de junio de 2017

Aceptado el 16 de octubre de 2018

On-line el 15 de diciembre de 2018

Palabras clave:

Salud mental

Rehabilitación psicosocial

Rehabilitación psiquiátrica

Apoyo social

Enfermería psiquiátrica

Atención centrada en el paciente

R E S U M E N

El objetivo es describir el modelo de recuperación de la salud mental (*Recovery*), el modelo de la marea en la recuperación de la salud mental (*Tidal Model*) y su relevancia hacia la implementación dentro de la práctica de la enfermería colombiana. Algunos conceptos sobre la recuperación de la salud mental y el modelo teórico propuesto por Phil Barker se presentan en el texto, y se analizan con los desafíos del profesional de enfermería para mejorar la atención de la salud mental, teniendo en cuenta el contexto actual de la práctica asistencial. Los principios propuestos con el modelo de recuperación ayudan a centrar los cuidados en la persona y no en los síntomas de la enfermedad, entendiendo que la persona tiene diversas dimensiones que le permiten explorar su propio camino hacia la recuperación. Se puede concluir que, a través de la teoría, pueden desarrollarse intervenciones y actividades de enfermería que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental modificando los modelos tradicionales de atención sanitaria.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The Mental Health Recovery Model and Its Importance for Colombian Nursing

A B S T R A C T

The article aims to describe the Mental Health Recovery Model, the Tidal Model in Mental Health Recovery and their relevance to implementation within the practice of Colombian nursing. Some concepts about mental health recovery and the theoretical model proposed by Phil Barker are presented in the text, analysing these with the challenges of the nursing professional to improve mental health care, taking into account the current context of care practice. The principles proposed with the Recovery model help to focus care on the person and not on the symptomatology of the illness, understanding that the person has different

Keywords:

Mental health

Psychosocial rehabilitation

Psychiatric rehabilitation

Social support

Psychiatric nursing

Patient-centred care

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danielzaraza@gmail.com (D.R. Zaraza Morales).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.002>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

dimensions which make it possible for him/her to explore his/her own path to recovery. We can conclude that, through the theory, we can develop interventions and nursing activities that contribute to improving the quality of life of people who have been diagnosed with a mental illness, modifying the traditional healthcare models.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsa la promoción de la salud mental como una estrategia para mejorar la calidad de la atención y la gestión de los servicios en todo el mundo^{1,2}. Sin embargo, algunos paradigmas tradicionales en el ámbito psiquiátrico han complejizado el poder decisorio de las personas diagnosticadas sobre su propio tratamiento, sobre todo el farmacológico³. Esto se evidencia en la falsa creencia de que muchas de estas enfermedades, como la esquizofrenia, la depresión y el trastorno bipolar, no tienen recuperación, y se mantiene la figura de la rehabilitación como la única esperanza para reincorporar a los pacientes a la sociedad⁴, con el llamado deterioro neurocognitivo como principal argumento⁵. El diagnóstico de una enfermedad mental puede considerarse un hecho catastrófico⁶, tanto para las personas diagnosticadas como para sus familiares⁷ pues, una vez se etiqueta la enfermedad, se quebranta la esperanza cuando se les afirma que se trata de una condición duradera y de mal pronóstico⁸.

En Colombia y en general en los países latinoamericanos, la implementación de los modelos de atención alternativos tiene escasas experiencias, con excepción de países como Chile, Brasil, Panamá y Argentina^{9,10}. Entre las dificultades que comúnmente se encuentran para la puesta en marcha de estos modelos, están las diversas políticas de salud que organizan los sistemas de atención, la reacción de los profesionales que trabajan en salud mental, que se resisten al cambio¹¹, y la escasa formación desde la Academia a las nuevas generaciones para visualizar modelos de atención no tradicionales¹².

En el contexto colombiano, algunas leyes —como la 1616 de 2013 (Ley de salud mental)¹³, la 1448 de 2011 (Ley de víctimas y restitución de tierras) y la 1098 de 2006 (Ley de infancia y adolescencia)— interesan a diversos temas de salud mental, lo que deja entrever las grandes oportunidades que se pueden elaborar desde un trabajo multidisciplinario e interdisciplinario. El reciente Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia desarrollado en 2015, es enfático en afirmar que se requieren medidas urgentes para impedir no solo la aparición de trastornos mentales, sino que a su vez se priorice detener el impacto de las situaciones que están causando problemas en la salud mental de los colombianos, especialmente los que están en estado de vulnerabilidad.

Recuperación de la salud mental

El concepto de recuperación de la salud mental (*Recovery*) ha ido adquiriendo fuerza dentro de los nuevos estándares de atención asistencial, y promueve desde sus principios

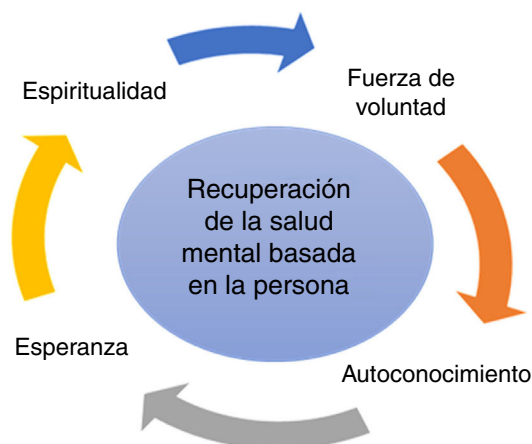


Figura – Aspectos que fortalecen en la persona según el modelo de recuperación.

el fortalecimiento de aspectos como la fuerza de voluntad, la espiritualidad, la esperanza y el autoconocimiento para ayudar a la persona a encontrar su propio camino de recuperación¹⁴. Se saca la atención exclusivamente en el trastorno mental, algo muy común en los modelos tradicionales de tratamiento psiquiátricos¹⁵. La importancia de centrarse en la recuperación de la salud mental radica en el cambio en la actuación del profesional de la salud, en volver a centrarse en la persona como un ser holístico y no en los síntomas propios del trastorno, lo cual permite a los llamados «pacientes» psiquiátricos que recuperen más que su estado de salud: su dignidad, su autoestima y su bienestar¹⁶, a través del fortalecimiento de aspectos como la espiritualidad, la esperanza, la fuerza de voluntad y el autoconocimiento (figura)¹⁷.

En algunos países de Europa, el concepto de recuperación de la salud mental ha traspasado el hecho de que la persona recobre sus capacidades físicas o sociales para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, y se ha convertido en una apología de la búsqueda personal de la fortaleza a través de la reflexión y el autoaprendizaje, elementos mucho más complejos y que requieren diversas estructuras dentro de la asistencia sanitaria¹⁸.

Pensar que la recuperación en salud mental es posible con la influencia de una sola disciplina dista mucho de los ideales de atención integral que se buscan con este enfoque¹⁹. Por el contrario, el trabajo colaborativo de diversos profesionales (trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas y médicos psiquiatras) hace que se tengan en cuenta diversas perspectivas en el tratamiento, sin llegar a la imposición de ideas a la persona que vive con el diagnóstico, que es, a final de cuentas,

quien manifiesta y determina la evolución del proceso¹⁸. Esto sin lugar a dudas habla de un nuevo enfoque de cuidado en salud mental para el sistema de salud colombiano, que busca que la atención se centre en la persona, modifica los diversos espacios terapéuticos, humaniza el cuidado y fortalece la esperanza. Para ello también se requiere sensibilización teórica frente al concepto de recuperación en salud mental en todos los niveles de formación, algo que permite comprender y asimilar con mayor facilidad el objetivo terapéutico del modelo²⁰. Además, se ha encontrado que el respaldo gubernamental y administrativo en los diferentes estamentos de salud es fundamental, pues facilita la incorporación de elementos propios como el diálogo y la relación terapéutica con todo el equipo a la vez¹⁸.

El modelo de recuperación de la salud mental (Tidal Model)

El papel de la enfermería dentro de los modelos de atención basados en la recuperación de la salud mental tiene como sus principales referentes teóricos a Phil Barker y Poppy Buchanan-Barker, quienes estructuran la teoría de la marea en la recuperación de la salud mental (*Tidal Model*)^{14,21}. Reconocida como una teoría de enfermería de mediano rango, puede aplicarse a la práctica profesional; este es el primer modelo en la recuperación de salud mental que fue evaluado rigurosamente por el sector público^{3,5}.

La teoría muestra que, a través de instrumentos como la escucha y el diálogo, el profesional de enfermería y de salud orienta a la persona en el proceso de recuperación²². Esta se presenta desde una perspectiva filosófica, se invita al personal de salud a interiorizar la importancia que tienen las experiencias previas, las expectativas y la historia de la persona que sufre problemas de salud mental. Busca olvidar la atención centrada exclusivamente en los síntomas y se dirige a la reflexión y el análisis de la crisis como elemento que permite continuar con el proceso y el llamado «camino de la recuperación»²³.

Con esta teoría se han llevado a cabo investigaciones en diversos países^{16,22,24}, que buscan tras la aplicación de este modelo, relacionar la enfermería y los distintos profesionales de salud mental con la atención centrada en la persona¹¹, que debe respetar sus derechos, su cultura, su historia de vida y sus expectativas sobre el tratamiento²⁵.

Las características fundamentales del modelo son²⁶: a) colaborar con el individuo (y su familia cuando sea apropiado) en la elaboración de su plan terapéutico; desde este enfoque, la terapia debe plantearse desde la perspectiva de la persona que vive alguna situación de consideración en su salud mental²⁵ (cabe aclarar que es a través de una información clara sobre los diversos enfoques terapéuticos que la persona y/o la familia establecen su propio proyecto de vida, lo que facilita la toma de decisiones; b) empoderar a la persona a través de la narrativa de su experiencia, las narrativas favorecen la construcción de la propia historia de la persona, y a través de esa construcción, se favorece la remembranza de elementos que permitan clarificar las diversas circunstancias que rodean una crisis, lo que ayuda a la persona a reafirmar su papel como actor dentro de un contexto histórico en la

sociedad y en cierta medida da sentido a su existir; así, a través de las narrativas, se facilita la apropiación del proyecto de vida de la persona construyendo su propia historia; c) integración de la atención de enfermería con otras disciplinas: si bien es claro que la profesión de enfermería ha trabajado a la par con distintas áreas de la salud, se hace énfasis en la importancia de generar un cuerpo de conocimientos que no solo beneficie a una sola disciplina, sino que a su vez beneficie a la persona a quien se cuida; se trata, entonces, de generar espacios terapéuticos donde no exista jerarquía terapéutica, sino más bien atención centrada en la persona, y donde cada disciplina aporta su grano de arena en ese camino que recorrerá la persona en su estado de salud a lo largo de la vida, y d) la resolución de problemas y la promoción de la salud mental a través de la narración con base en intervenciones individuales y grupales: las experiencias de otros permiten apropiarse de elementos que propician el aprendizaje y constituyen un camino básico hacia el autoconocimiento²⁵; es a partir de este autoconocimiento que las personas logran centrar su atención en las circunstancias que rodean los problemas de salud mental que se les han presentado, así como factores que favorecen el bienestar, que se exteriorizan a través de las narrativas y pueden plasmarse en experiencias tanto de otros como de la misma persona.

La persona es el factor clave en su proceso de recuperación, pero es el profesional el quien puede ayudar a liberar el potencial suficiente para que alcance este objetivo²³. La ayuda que le brinda el profesional de salud se expresa al mostrar a las personas una «curiosidad genuina», es decir, que realmente se puede aprender algo de la historia de la persona²⁷. El modelo de la marea no se centra en los problemas, ayuda a fomentar recursos en la persona que la ayudarán en su proceso de recuperación²⁵.

Las crisis son reconocidas como oportunidades para cambiar y con ello mejorar. El papel del profesional de salud es ayudar a la persona a identificar que esos acontecimientos son circunstancias que ayudan a direccionar sus vidas, y permiten identificar aspectos necesarios para generar un cambio con el fin de no repetir dichas situaciones¹⁴.

El modelo reconoce que la psiquiatría no es la única profesión que trabaja en el tratamiento de la salud mental, ya que también tiene una posición complementaria a las demás disciplinas²⁶. Por otro lado, está claro que hay una diferencia entre la intervención interdisciplinaria la multidisciplinaria, pues las actividades no se manejarían por separado, sino que tendrían un fin específico e integrado^{11,23}.

El modelo de la marea maneja 10 compromisos, basados en 10 valores que son fundamentales y representan la esencia del proceso terapéutico¹¹. En cada uno de ellos están inmersas unas competencias específicas que el profesional debe tener y facilitan la práctica del modelo³⁶:

1. El valor de la voz: permitir que la persona narre su historia por sí misma y no a través de otros hace que se cambie el panorama tradicional donde se prioriza lo que dice el profesional y se resta atención a lo que dice la persona.

Competencia 1: el profesional demuestra que tiene la capacidad de escuchar activamente la historia de la persona que presenta una alteración de su salud mental.

Competencia 2: el profesional se compromete con la persona a registrar de manera detallada su historia personal con sus propias palabras como parte del proceso terapéutico.

2. Respetar el lenguaje: algo que es fundamental en el modelo de la marea es respetar el lenguaje coloquial de la persona, puesto que en los términos técnicos que se manejan en la psiquiatría y la psicología se pueden perder elementos valiosos que tal vez puedan contribuir al camino de la recuperación.

Competencia 3: el profesional permite que la persona se exprese con su propio lenguaje.

Competencia 4: El profesional ayuda a la persona a entender sus experiencias a través de historias personales, anécdotas o metáforas.

3. Convertirse en aprendiz: Las personas son expertas en la historia de su propia vida; por ende, el cuidador profesional debe respetar y debe elegir el hecho de aprender de esa experiencia.

Competencia 5: El profesional diseña un plan de cuidado basado en las necesidades que plantea la persona.

Competencia 6: El profesional ayuda a identificar problemas y/o necesidades que afectan a la persona y la ayuda a plantear soluciones.

4. Utilizar los instrumentos disponibles: en la historia de la persona ha habido cosas que le han funcionado y otras que no. El profesional ayudará a la persona a utilizar instrumentos para que los ponga en práctica en su propio camino de recuperación.

Competencia 7: el profesional ayuda a la persona a identificar qué la está ayudando y qué no en los problemas específicos de su vida.

Competencia 8: el profesional se interesa en identificar qué personas o actores de la vida de la persona podrían ayudar en su proceso terapéutico.

5. Trabajar un paso más allá: cualquier paso que dé la persona ayudará en la consecución de su recuperación. El desarrollo de objetivos, por más simples que parezcan, fortalecerá el avance y ayudará a la persona a no detenerse, lo que hace más corto su proceso.

Competencia 9: el profesional ayuda a identificar las consecuencias de lo que representa dar un paso para resolver los problemas que tiene la persona en su vida.

Competencia 10: el profesional ayuda a la persona a identificar que necesitará a corto plazo para que experimente el hecho de «dar un paso» en la resolución de esos problemas.

6. Dar el don del tiempo: hay que brindar el tiempo suficiente a la persona. No hay nada más importante que el desinterés por el tiempo cuando se está tratando de contar una historia, más aún cuando la persona está contando su propia experiencia. Esto lo debe tener claro el profesional.

Competencia 11: el profesional ayuda a la persona a identificar que el tiempo que está dedicando a resolver sus problemas es muy valioso.

Competencia 12: el profesional reconoce el tiempo que la persona dedica a su proceso terapéutico.

7. Desarrollar la curiosidad genuina: cuando la persona esté describiendo su historia, el profesional debe mostrar interés real por conocerla.

Competencia 13: el profesional se interesa por la historia de la persona y le pide desarrollo de asuntos o detalles importantes.

Competencia 14: el profesional muestra a la persona su interés por ayudarlo, pero le permite contar su historia a su propio ritmo.

8. Saber que el cambio es contante: uno de los aspectos fundamentales dentro del proceso de recuperación es saber que todo cambia y que es algo inevitable. El papel del profesional se fundamenta en ayudar a la persona a entender que, aunque el cambio es inevitable, el crecimiento es opcional. También la apoya en la toma de decisiones buscando cursar el cambio hacia su recuperación.

Competencia 15: el profesional ayuda a la persona a identificar los cambios en sus pensamientos, sentimiento y/o acciones.

Competencia 16: el profesional ayuda a la persona a identificar cómo ella misma, otras personas o determinadas situaciones influyen en su cambio.

9. Revelar la sabiduría personal: esa experiencia que posee la persona se convierte en sabiduría, y es precisamente al mostrársela que comienza el camino hacia la recuperación.

Competencia 17: el profesional ayuda a la persona a reconocer cuáles son los puntos débiles y fuertes en su proceso terapéutico.

Competencia 18: el profesional ayuda a la persona a desarrollar confianza en sí misma y la habilidad de autoayuda generada a través del proceso terapéutico.

10. Ser transparente: debe existir un interés genuino por trabajar juntos, persona y cuidador profesional. Debe crearse un ambiente de seguridad que permita la libertad en la comunicación.

Competencia 19: el profesional se asegura de que la persona sea consciente del propósito del proceso terapéutico.

Competencia 20: el profesional se asegura de que la persona recibe una copia de todos los documentos inmersos en el proceso terapéutico.

Una característica muy importante de este modelo es que el término paciente o cliente se cambia por persona o persona cuidada, buscando centrarse en que también es un sujeto que tiene derechos, siente, se emociona y vive las experiencias como cualquier ser humano²⁶. No existe un orden jerárquico en la relación terapéutica, pues todos aprenden y

se complementan, incluso las personas que con su experiencia se convierten en los expertos y pueden hasta ayudar a otros¹¹.

Discusión

Es indiscutible que actualmente hay diversas dificultades o problemas que se presentan en la comunidad con respecto a la salud mental de las personas que se han venido incrementando en los últimos años. La familia, como red primaria encargada del cuidado directo de las personas con trastorno mental, no solo apoya en la administración o la toma de medicamentos, el acompañamiento de las citas de control y el cuidado diario, sino que además promueve el cuidado integral, que involucra el seguimiento de la dieta, la comunicación en casa, el acompañamiento en la toma de decisiones y la definición de roles, entre otros²⁸. En este sentido, el profesional de enfermería ayuda a activar los diversos apoyos que pueden dar asistencia y continuidad en el tratamiento.

En general, la formación del profesional de enfermería en salud mental ha girado alrededor de los conocimientos dados por la psiquiatría y los modelos biomédicos convencionales^{14,29}; esto, sin lugar a dudas, convierte el ejercicio práctico en un instrumento que beneficia más al tratamiento del trastorno que al mismo cuidado centrado en la persona¹¹. Además, teniendo en cuenta que el número de profesionales de enfermería en salud mental, en Colombia y en general en la región de las Américas, es reducido³⁰, se visualiza un panorama complejo que dificulta la mejora en los servicios y la cualificación para ellos³¹.

La responsabilidad que tiene enfermería en la recuperación de la salud mental de las personas que han pasado por dificultades que alteran su salud mental radica en la propia necesidad de mostrar que, como disciplina científica, se actúa en cada fase del proceso¹¹ dejando de lado la idea de que solo se tiene cabida en la fase de diagnóstico y tratamiento farmacológico¹⁷. Todas y cada una de las actividades que realiza el profesional de enfermería en todo el mundo tienen un propósito, el cuidado de la vida; así, dentro de la dinámica de la salud-enfermedad mental, se hace necesario el profesional de enfermería, ya que puede establecer una conexión entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo cultural y lo espiritual¹⁴.

En muchos casos el proceso de hospitalización psiquiátrica se convierte en una necesidad cuando se hace imposible el cuidado por parte de la familia dentro del hogar, entendiendo esto como las actividades en el manejo del plan farmacológico, el acompañamiento a citas de control, el seguimiento del patrón nutricional y del resto del plan terapéutico³². A esta situación se suma el hecho de que el trastorno psiquiátrico, la etiqueta diagnóstica como tal, es rechazada socialmente en la mayoría de los casos³³, lo cual crea en el grupo familiar una serie de conflictos internos que producen una respuesta emocional que genera angustia y desesperanza²⁸. Estos pueden, en la mayoría de los casos, producir cansancio en el cuidador, lo que a su vez lo distancia de su familiar y los deja en un estado de vulnerabilidad que hace que la recuperación se haga más lenta y difícil. Es allí donde el profesional puede intervenir, desarrollando a través de esta teoría un acercamiento compasivo y humanizado³⁴.

El desarrollo de protocolos de atención que incluyan las diversas competencias que se manejan en esta teoría ayuda a las instituciones de salud a visualizar un modelo de atención distinto de los tradicionales, donde se ha visto que existen dificultades para implementar acciones humanizadas, centradas en la persona, y no en el trastorno mental²³. Asimismo es fundamental que el personal que trabaja en salud mental adquiera estos compromisos, para que así se puedan ejecutar acciones de cuidado integrales y que permitan el reconocimiento de la experiencia de la persona como un aspecto importante dentro del proceso terapéutico²⁴.

Conclusiones

El modelo de atención en salud mental centrado en la recuperación fundamenta sus principios en la reivindicación de los cuidados centrados en la persona. Por medio de la aplicación del modelo y a partir de la narración de la historia de vida de la persona, el profesional de enfermería y de salud puede ayudarla a identificar aspectos sobre sus actitudes y comportamientos durante las diversas etapas de la enfermedad, las situaciones que llevaron a la aparición de una crisis y los mecanismos utilizados para sobrellevar las dificultades propias que traen los síntomas.

El personal de salud es una guía que apoya a la persona en el camino hacia la recuperación de su salud mental. Elementos como la esperanza, la fuerza de voluntad, la espiritualidad y el autoconocimiento ayudan a construir un proceso de realización personal encaminado a la generación de un proyecto de vida, lo que da sentido a su existir y favorece el bienestar subjetivo.

En el país existen diversos problemas que harían compleja la implementación de este tipo de modelos. Sin embargo, es fundamental generar un espacio de discusión sobre este tema, pues es una oportunidad para generar cambios propios de diversos paradigmas epistemológicos que han fundamentado la práctica asistencial por mucho tiempo cuya modificación podría acercar al personal de salud, y en especial al profesional de enfermería, a brindar un cuidado integral y holístico.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Informe de Salud En El Mundo 2001 Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
2. OMS. Promoción de La Salud Mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
3. Clarke L. Challenging Ideas in Psychiatric Nursing. London: Routledge; 1999. Disponible en: http://books.google.com/books?id=xnK0m2_UCAC
4. Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull*. 2013;39:1363-72.
5. Levine Stephen ZSZ, Lurie I, Kohn R, Levav I. Trajectories of the course of schizophrenia: From progressive deterioration

- to amelioration over three decades. *Schizophr Res*. 2011;126:184-91.
6. Oliveira RM, Facina PCBR, Siqueira Júnior AC. A realidade do viver com esquizofrenia. *Rev Bras Enferm*. 2012;65:309-16.
 7. Colvero LDA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38:197-205.
 8. Zaraza Morales DR, Hernandez Holguin DM. The value of supports for subjective well-being to live with schizophrenia. *Index Enferm*. 2016:25.
 9. Minoletti A. Reforma para la atención de personas con enfermedades mentales severas. *Rev Psiquiatr Uruguay*. 2013;77:32-45.
 10. Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe?: la evolución hacia un modelo comunitario. *Rev Psiquiatr Uruguay*. 2011;75:86-96.
 11. Barker P. The Tidal Model: psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *Int J Ment Health Nurs*. 2003;12:96-102.
 12. Arango-dávila CA, Carlos J, Fernández R, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008;37:538-63.
 13. República de Colombia. Ley 1616 de 2013 de Salud Mental. Colombia; 2013.
 14. Barker P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8:233-40.
 15. Kelly M, Gamble C. Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005;12:245-51.
 16. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv*. 2011;62:1470-6.
 17. Stacey G, Stickley T. Recovery as a threshold concept in mental health nurse education. *Nurse Educ Today*. 2012;32:534-9.
 18. Henwood BF, Derejko KS, Couture J, Padgett DK. Maslow and mental health recovery: a comparative study of homeless programs for adults with serious mental illness. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res*. 2014:1-9.
 19. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445-52.
 20. Cleary A, Dowling M. Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: A questionnaire survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16:539-45.
 21. Barker PJ, Buchanan-Barker P. Mental health nursing and the politics of recovery: a global reflection. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25:350-8.
 22. Young BB. Using the tidal model of mental health recovery to plan primary health care for women in residential substance abuse recovery. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31:569-75.
 23. Brookes N, Murata L, Tansey M, Tidal Waves. Implementing a new model of mental health recovery and reclamation. *Can Nurse*. 2008;104:22-7.
 24. Berger JL. Incorporation of the Tidal Model into the interdisciplinary plan of care—a program quality improvement project. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13:464-7.
 25. Barker P, Buchanan-Barker P. The tidal model of mental health recovery and reclamation: application in acute care settings. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31:171-80.
 26. Stevenson C, Barker P, Fletcher E. Judgement days: Developing an evaluation for an innovative nursing model. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9:271-6.
 27. Buchanan-Barker P, Barker PJ. The Tidal Commitments: Extending the value base of mental health recovery. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008;15:93-100.
 28. Botura J, Pagliarini M. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. *Texto Context Enferm*. 2011;22:61-70.
 29. Torres AM, Pinilla M. Ejercicio profesional de enfermería y las implicaciones para el desempeño en salud mental y psiquiatría. *Investigación en Enfermería Imagen y Desarrollo*. 2004;6:62-71.
 30. OMS. *Mental Health ATLAS 2011*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
 31. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. Página web OMS; 2015. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&catid=740:news-press-releases&Itemid=1926&lang=es.
 32. Kelly M, Newstead L. Family intervention in routine practice: it is possible! *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004;11:64-72.
 33. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract*. 1998;5:201-22.
 34. Hunter L, Weber T, Shattell M, Harris BA. Nursing students' attitudes about psychiatric mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs*. 2015:36.