



Artículo original

Experiencia con la intervención DIALOG+ en pacientes con enfermedad mental grave en servicios de consulta externa de Colombia[☆]



Sandra Milena Ramírez^{a,b,c}, Camilo Cabarique^d, Natalia Ortiz^d, José Miguel Uribe-Restrepo^e, Victoria Bird^f, Stefan Priebe^g
y Carlos Gómez-Restrepo^{d,e,f,*}

^a Departamento de Clínicas Médicas, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia

^c Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, Cali, Colombia

^d Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^e Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^f Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^g Unit for Social and Community Psychiatry (WHO Collaborating Centre for Mental Health Service Development), Queen Mary, University of London, Londres, Reino Unido

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

R E S U M E N

Historia del artículo:

Recibido el 4 de junio de 2021

Aceptado el 3 de enero de 2022

On-line el 21 de febrero de 2022

Palabras clave:

Trastornos mentales graves

Calidad de vida

Tecnologías de la información

Intervención psicosocial

Apoyo psicosocial

Terapia centrada en soluciones

Comunicación centrada en el paciente

Introducción: Las enfermedades mentales graves producen un impacto significativo en términos de sufrimiento de los pacientes y sus familias, costos de atención y años de vida perdidos por discapacidad. Este estudio pone a prueba la herramienta DIALOG+, una intervención basada en una App que combina una evaluación estructurada referente a 11 dominios, con un abordaje centrado en soluciones.

Métodos: Estudio cualitativo anidado en un ensayo clínico controlado en el que 9 psiquiatras y una muestra intencional de 18 pacientes que utilizaron la aplicación DIALOG+ en controles mensuales durante 6 meses realizaron entrevistas semiestructuradas sobre su experiencia.

Resultados: El análisis se enfocó en determinar la aceptabilidad, la viabilidad y la efectividad de la intervención en el contexto colombiano mediante el método de análisis temático inductivo propuesto por Braun y Clarke. Los resultados fueron: a) impactos en la consulta y la relación médico-paciente; b) impactos en los pacientes y promoción del cambio; c) uso de la aplicación, y d) adaptabilidad al sistema de salud.

[☆] Presentación previa del trabajo: LIX Congreso colombiano de Psiquiatría presentado en el simposio «Intervenciones psicosociales para trastornos mentales severos; estudios DIALOG+, encuentro con voluntarios e intervención familiar» el 18 de octubre de 2020.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez-Restrepo).

<https://doi.org/10.1016/j.rkp.2022.01.002>

0034-7450/© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Conclusiones: El instrumento DIALOG+ fue valorado positivamente por la mayoría de los participantes, dado que aporta al seguimiento de los pacientes con enfermedad mental grave porque incluye un componente psicoterapéutico en las consultas habituales y mejora la comunicación y el paciente se apropió de su proceso. Sin embargo, es pertinente delimitar la población que podría percibir los mayores beneficios y ajustar su esquema, sobre todo en relación con el tiempo de consulta, para que resulte exitosa su adaptación al sistema de salud colombiano.

© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Experience with the use of the DIALOG+ Intervention in Patients with Severe Mental Illness in Outpatient Services in Colombia

A B S T R A C T

Keywords:

Severe mental disorders
Quality of life
Information technology
Psychosocial intervention
Psychosocial support
Solution-focused therapy
Patient-centred communication

Introduction: Severe mental disorders can cause significant and lasting distress for patients and their families and generate high costs through the need for care and loss of productivity. This study tests DIALOG+, an app-based intervention to make routine patient-clinician meetings therapeutically effective. It combines a structured evaluation of patient satisfaction with a solution-focused approach.

Methods: We conducted a qualitative study, based on a controlled clinical trial, in which 9 psychiatrists and 18 patients used DIALOG+ monthly over a six-month period. Semi-structured interviews were used to explore the experiences of participants and analysed in an inductive thematic analysis focusing on the feasibility and effects of the intervention in the Colombian context.

Results: Experiences were grouped into five overall themes: a) impact of the intervention on the consultation and the doctor-patient relationship; b) impact on patients and in promoting change; c) use of the supporting app, and d) adaptability of the intervention to the Colombian healthcare system.

Conclusions: DIALOG+ was positively valued by most of the participants. Participants felt that it was beneficial to the routine consultation, improved communication and empowered patients to take a leading role in their care. More work is required to identify the patient groups that most benefit from DIALOG+, and to adjust it, particularly to fit brief consultation times, so that it can be rolled out successfully in the Colombian healthcare system.

© 2022 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

En 2016 las enfermedades mentales y las adicciones representaron el 7% de años de vida ajustados por discapacidad y el 19% de los años vividos con discapacidad y generan una mayor vulnerabilidad no solo de la salud, sino en aspectos psicosociales y violación de los derechos humanos^{1–3}. Si bien este comportamiento se ha evidenciado en general y está ganando importancia en tanto la carga originada por enfermedades transmisibles disminuye, existe una brecha en el acceso a intervenciones basadas en la evidencia para los pacientes con enfermedades mentales respecto a quienes padecen otro tipo de condiciones que es más evidente al comparar países de bajos y medianos ingresos con aquellos de altos ingresos^{4–7}. Ante este panorama, se requiere el fortalecimiento de la oferta y la coordinación de intervenciones eficientes en servicios ambulatorios e hospitalarios, así como mejorar las capacidades en investigación global^{8,9}.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015, la prevalencia de vida de las enfermedades mentales evaluadas (depresión, distimia, trastornos afectivos y trastornos de ansiedad) en población general fue del 9,1%. Una de las recomendaciones, en cuanto a las acciones dirigidas a la atención integral de pacientes con trastorno mental, es investigar sobre nuevas metodologías que permitan mejorar la atención de los pacientes y el acceso a intervenciones psicoterapéuticas^{10,11}.

DIALOG+ es un instrumento cuya construcción se apoya en principios de la investigación en calidad de vida, la comunicación centrada en el paciente, el desarrollo de tecnologías de la información y elementos de la terapia enfocada en soluciones, cuya implementación está pensada para aprovechar el encuentro del paciente con enfermedad mental y su tratante durante su seguimiento ambulatorio¹². Mediante una App, permite que el paciente evalúe su satisfacción en 8 dominios referentes a su calidad de vida y 3 en relación con su tratamiento. Luego el paciente elige el dominio o dominios que

quiere desarrollar en la consulta siguiendo una metodología de 4 pasos:

1. Comprender (si el puntaje no es el mínimo, ¿qué está funcionando bien en dicho dominio?).
2. Mirar hacia adelante (¿cuál es el mejor escenario posible y el paso más pequeño para producir un cambio en esa dirección?).
3. Considerar opciones (¿qué pueden hacer el paciente, el clínico y otras personas para producir el cambio esperado?).
4. Acordar tareas.

Toda esta información queda disponible para revisión y comparación en la siguiente consulta^{13,14}.

En ensayos controlados y aleatorizados por grupos realizados en otros países, DIALOG+ se asoció con una mejor percepción subjetiva de la calidad de vida en una medida comparable a la alcanzada con la terapia cognitivo conductual, además de una menor percepción de necesidades insatisfechas, menor intensidad sintomática, mejores condiciones sociales y menores costos del tratamiento^{15,16}.

Teniendo en cuenta que la evidencia disponible a partir de estudios desarrollados en países de altos ingresos no es extrapolable a regiones con ingresos medianos o bajos, se necesitan investigaciones locales para explorar la efectividad de intervenciones como DIALOG+^{13,17,18}. El uso de metodologías cuantitativas y cualitativas para evaluar la aceptabilidad, la viabilidad y la efectividad de la intervención puede ser complementario y enriquecer la interpretación de los resultados¹⁸. Por este motivo el presente estudio pretende evaluar cualitativamente la aceptabilidad de emplear el instrumento DIALOG+ en los controles de pacientes con enfermedad mental grave. Los resultados del estudio cuantitativo se presentan en un artículo independiente.

Métodos

Diseño

Estudio cualitativo que, por medio de una entrevista semiestructurada, evaluó a los clínicos y una muestra intencional de pacientes para probar la efectividad del instrumento DIALOG+ en el seguimiento ambulatorio de pacientes con enfermedad mental grave. Este estudio cualitativo está anidado en un ensayo clínico controlado y aleatorizado por grupos que evaluó DIALOG+ con métodos cuantitativos. Todos los entrevistados pertenecen al grupo activo del ensayo.

Participantes y sedes

Conformaron los grupos 17 clínicos (psiquiatras o residentes de Psiquiatría con un mínimo de 3 meses de experiencia en el sitio de atención, que en el grupo final fueron 4 residentes de segundo año y 13 psiquiatras) y sus respectivos pacientes en los servicios de consulta externa de 4 hospitales dedicados a la atención de pacientes con enfermedad mental, 2 públicos y 2 privados: Clínica Fray Bartolomé, Clínica la Inmaculada, IPS Campo Abierto de Bogotá y Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de Cali. Se seleccionó a los

clínicos entre los médicos que prestaban servicio en las instituciones reclutadas. Se los aleatorizó mediante el programa STATA, de tal manera que tanto ellos como sus pacientes fueron asignados a uno de dos grupos: el que pasó la intervención DIALOG+ (grupo activo) o el que continuó con el tratamiento habitual (grupo control). La elección del método aleatorizado por grupos buscó evitar la contaminación de las intervenciones. Investigadores de habla hispana tradujeron DIALOG+ desde su versión original en inglés. Los clínicos del grupo activo fueron instruidos por los investigadores sobre el uso del instrumento con una metodología estandarizada con un componente teórico y de juego de roles.

Se calculó una muestra de 173 pacientes. Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: tener entre 18 y 65 años, diagnóstico de trastorno mental grave (CIE F20-29, F31, F32) y capacidad para proporcionar el consentimiento informado y asistir a la clínica por al menos 6 meses. Se utilizó como criterio de exclusión tener un puntaje > 5,00 en el Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), dado que, siendo este el resultado principal que evaluar con el estudio cuantitativo, era necesario escoger un punto de corte que permitiera observar variaciones del puntaje tras la intervención. Investigadores de habla hispana tradujeron del inglés la escala MANSA, que no cuenta con validación y fue seleccionada por la amplia comparabilidad con estudios similares que permite.

La figura 1 resume el consolidado de los participantes a lo largo del tiempo de observación. La descripción detallada del procedimiento está disponible en el protocolo (ISRCTN83333181; 20-11-2018, prospective).

Intervenciones

En el grupo activo se programaron consultas mensuales en las que se aplicó el instrumento DIALOG+ durante los primeros 6 meses, con un periodo flexible para usar la aplicación 6 meses más.

En el grupo de control se programaron controles mensuales durante 6 meses siguiendo la estructura habitual de la atención por Psiquiatría en la institución respectiva.

Las intervenciones se llevaron a cabo durante 1 año desde abril de 2019.

Recolección de datos

En el seguimiento a los 6 meses, todos los clínicos del grupo activo, 9 en total, y una muestra por conveniencia de 2 pacientes por cada clínico del mismo grupo, 18 en total, realizaron una entrevista semiestructurada sobre su experiencia utilizando DIALOG+ en torno a los siguientes ejes: a) participación en el estudio; b) experiencia con la intervención; c) impacto y alcance; d) evaluación y recomendaciones, y e) aspectos prácticos. Los pacientes fueron elegidos y entrevistados por un investigador sin enmascaramiento, buscando diversidad en aspectos como sexo, grupo etario, diagnóstico y cumplimiento de las citas para las intervenciones. Las entrevistas semiestructuradas fueron piloteadas con el apoyo de investigadores del equipo, experimentados en el abordaje de pacientes con enfermedad mental. Estas entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas utilizando la metodología del análisis temático inductivo propuesto por Braun et al.¹⁹. Tres

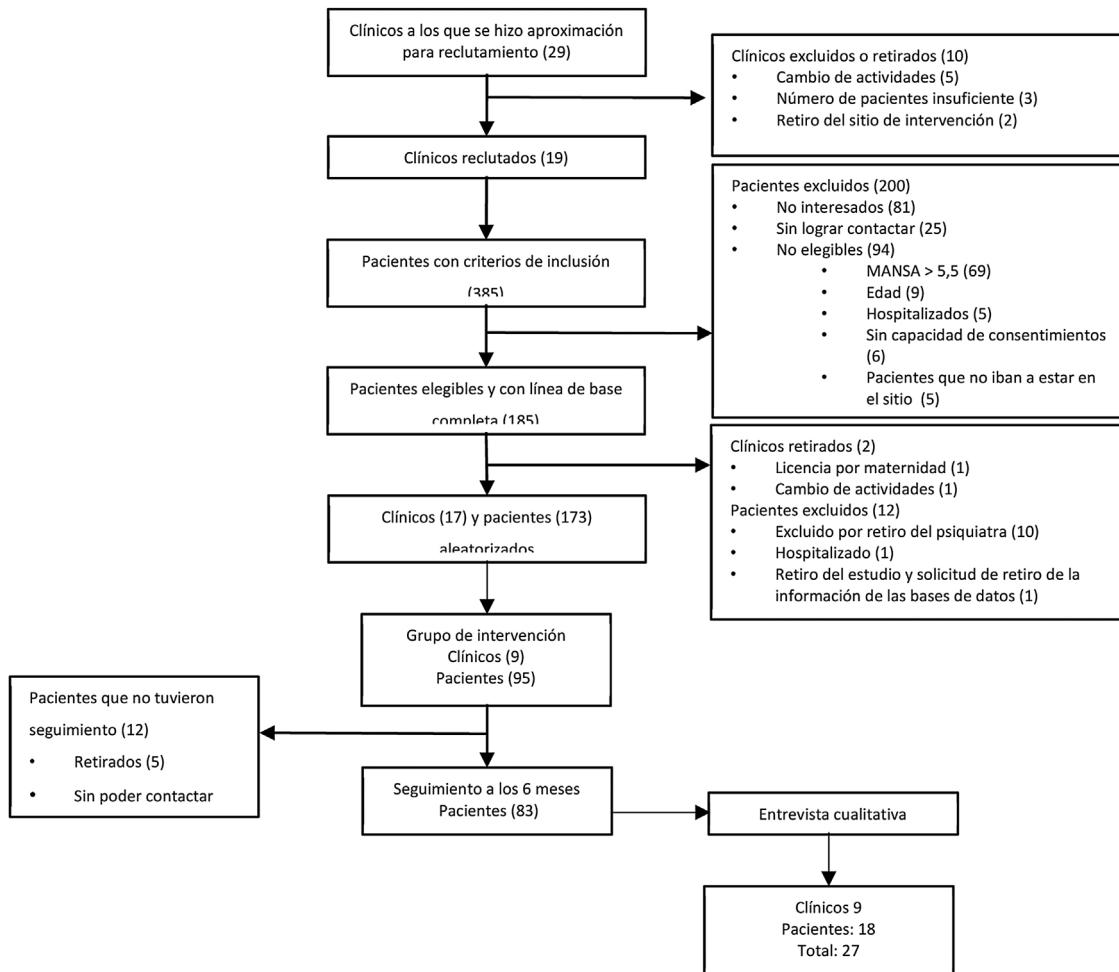


Figura 1 – Consort estudio cualitativo.

investigadores se familiarizaron con las transcripciones y generaron un esquema de temas y códigos que reflejan las experiencias de los participantes, y se trattaron con el equipo de investigación y se modificaron por iteraciones. Para la obtención de las categorías se aplicó el análisis inductivo del contenido, en el cual las categorías emergieron de los datos recolectados. Posteriormente, 2 investigadores aplicaron la codificación a las transcripciones a través del software cualitativo NVivo® 12.

Para unificar los criterios de codificación entre evaluadores, se realizó una codificación inicial conjunta del 20% de los textos, a partir de la cual se calculó el coeficiente kappa, y se encontraron concordancias > 80%. Este ejercicio permitió confirmar la pertinencia y la confiabilidad de los temas y códigos, tras lo cual se hicieron algunas modificaciones que no afectaron significativamente al esquema inicial y se generó una versión definitiva.

Todos los métodos e instrumentos que se utilizaron fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética de Investigación de la Queen Mary University of London y el Comité de Investigación y ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y del Hospital San Ignacio siguiendo los protocolos establecidos en la Guía de Buenas Prácticas Clínicas según la legislación colombiana. El plan de análisis fue

elaborado y firmado por los investigadores principales antes de iniciarse este proceso. Ninguna de las entrevistas se corrigió o se realizó por segunda vez. Las entrevistas se llevaron a cabo entre octubre de 2019 y mayo de 2020, 20 presenciales y 9 por teléfono debido al periodo de cuarentena nacional por la COVID 19.

Resultados

Los temas y códigos definitivos se presentan en la [tabla 1](#). Una vez codificadas todas las transcripciones se generó un reporte en el que se describieron los contenidos de cada código, que fue la base para la síntesis de resultados. El resumen por tema se presenta a continuación y las citas ilustrativas diferenciadas por la categoría del participante, clínico o paciente se muestran en las [tablas 2 a 4](#).

Impactos en la consulta y la relación médico-paciente

Algunos clínicos manifestaron que DIALOG+ les ayudó a incluir en el seguimiento de los pacientes dimensiones de su vida que en sus consultas habituales quedaban desatendidas. La estructura propuesta por la aplicación permite hacer

Tabla 1 – Esquema de la codificación

Impactos en la consulta y en la relación médico-paciente	Uso de la aplicación	Impactos en los pacientes y promoción del cambio	Adaptabilidad al sistema de salud colombiano
Proximidad física	Opinión sobre los temas	Autoconocimiento	Otros contextos y otros pacientes
Implicación emocional del clínico	Opinión sobre la puntuación	Ponerse metas y desarrollarlas	Contraste tiempo y frecuencia
Cambia la dinámica de la consulta	Monótona y mecánica	Los pacientes se apropiaron del proceso	Plataformas no unificadas
Interfiere en la interpretación de los signos y síntomas	Interacción de los pacientes con la tableta	Otros impactos	Motivación y estímulos
Médico y paciente se conocen mejor	Aspectos técnicos y de formato		Otras ventajas
Consultas más largas y frecuentes	Los clínicos adaptan el instrumento a la consulta		Otras limitaciones
			Otras propuestas
			COVID-19

Tabla 2 – Impactos sobre la consulta y la relación médico paciente**Pacientes**

«Me gustó la dinámica y eso me gustó [...] porque en la cita solamente el doctor me ordenaba los medicamentos y me preguntaba cómo me iba con los medicamentos, y en cambio con la tableta, pues ya tenía otra relación con el doctor, que era más de hablar y de las situaciones» (ID 046)

«No es como tan global, sino cómo estoy en la familia, mi vivienda si está bien, cómo estoy en el trabajo y, pues, calificarlo del 1 al 7... Sí, es algo como más puntual» (ID 039)

Clínicos

«La consulta del DIALOG+ es diferente, es una consulta más psicoterapéutica, en mi opinión, que la consulta psiquiátrica tradicional, es una consulta más completa, pero también por eso mismo puede ser más dispendiosa y generar como una carga emocional mayor, ya que uno entra a profundizar en muchos de los conflictos personales, familiares, como digamos en la funcionalidad del paciente» (ID 007)

Tabla 3 – Impactos en los pacientes y promoción del cambio**Pacientes**

«El solo hecho de llevar una historia clínica a veces no permite que se pueda trabajar en aspectos específicos y que no se pueda llevar un registro de progreso específico. Entonces, yo lo veo así. Ayuda a eso, ayuda al doctor, al médico, ayuda al paciente» (ID 176)

«Me pareció bueno porque uno, o yo no sé, uno a veces como con la enfermedad mental trata de evadir ese tipo de responsabilidades, cualquier tipo de responsabilidad. Entonces, sí me hizo pensar que yo tengo que hacer algo por eso» (ID 178)

Clínicos

«Mejoraron muchas relaciones interpersonales y de resolución, como resolver pequeños problemas y como ver cómo pueden ajustar y realizar pequeños cambios para generar un impacto mayor» (ID 022)

intervenciones psicoterapéuticas durante los encuentros habituales. Este hecho, a la vez de hacer la consulta más completa, también generó tensiones al abordar temas que generalmente se evitan por su extensión o complejidad.

Tabla 4 – Uso de la aplicación**Paciente**

«Todo fue únicamente manipulado por el psiquiatra, pero tenía acceso a mirar la tableta, y también me pareció importante eso» (ID 077)

Clínicos

«De pronto el dominio que me parecía más extraño era el que tenía que ver con el sistema de salud y los servicios que se ponían a disposición del paciente por parte del sistema de salud, quizás porque Colombia no se ha caracterizado por tener un buen servicio en ese sentido. Me pareció, pues, como un dominio un poco extraño» (ID 007)

«Pues la escala me parece buena. Me parece que 7 puntos es adecuado. Sin embargo, pienso que podría ser más específico en los puntos intermedios: entre muy y bastante, creo que no hay claridad lingüística que permita distinguirlos muy bien. En ese sentido, pienso que tanto los pacientes como yo nos guíábamos más por el número» (ID 007)

Valoraron que la aplicación les ayudaba a abordar aspectos diferentes de la exploración de los signos y los síntomas, conocer otras dimensiones de la vida de los pacientes, aprender de ellos y sentir que la relación no estaba determinada por una jerarquía. En cuanto a la identificación de signos y síntomas, quedó manifiesto que la herramienta tenía poca utilidad. Uno de los clínicos señaló que un paciente con síntomas manejables había evaluado todos los temas que DIALOG+ propone de manera favorable, lo que da la impresión de que su condición había mejorado, cuando en realidad estaba peor. Otro de los clínicos hizo una observación similar en cuanto a la sobreestimación del bienestar en un área específica de un paciente delirante. La impresión fue que el instrumento podía ser un elemento de confusión en estas situaciones y los puntajes obtenidos en los diferentes dominios debían interpretarse con precaución. Además, el paciente podía sentirse menos motivado para desarrollar de una manera reflexiva las preguntas que propone la aplicación cuando llega a la consulta con la necesidad de expresar temas relacionados con sus síntomas reagudizados.

Los pacientes señalaron que la comunicación con el clínico cambiaba al utilizar DIALOG+, tenían la percepción de que podían hablar más, les dedicaban más tiempo, se les daba

más importancia a sus preocupaciones y atendían otras áreas además de la receta de los psicofármacos. DIALOG+ facilitaba iniciar la conversación, los temas propuestos los hacían enfocarse, ser más sinceros, y con las herramientas gráficas sentían que los aspectos abordados eran tangibles. Uno de los pacientes señaló que este cambio no se asociaba con el uso de la aplicación, sino con la actitud receptiva del profesional que estaba a cargo de los controles.

Siguiendo la técnica de entrevista propuesta, médicos y pacientes estaban más cerca, podían superar la sensación de barrera generada por el escritorio y el computador en que se registraba la historia clínica. Esto influyó en el compromiso emocional, cambió la perspectiva desde la cual se observaba al paciente, pero también llegó a resultar incómodo y generar temor en la valoración de pacientes con síntomas psicóticos inclinados a reaccionar ante la invasión de su espacio personal.

Impactos en los pacientes y promoción del cambio

Algunos clínicos resaltaron el impacto positivo del instrumento en los pacientes a los que se asignaron tareas sencillas y realizables en un corto periodo de tiempo. Otros mencionaron que no todas las tareas eran fáciles de lograr o de seguir durante el estudio, lo cual generaba frustración. Algunos buscaron empoderar al paciente para ganar autonomía y encontrar soluciones con sus propios recursos y asimismo alertar a la familia acerca de la ayuda que ellos necesitaban. Otro clínico destacó la posibilidad que ofrece la herramienta de involucrar a la red de apoyo en el plan de mejora, de modo que el impacto de las tareas se extienda a ella.

Varios pacientes destacaron que la incorporación de DIALOG+ a la consulta psiquiátrica les permitió profundizar su autoconocimiento, identificar los temas en que estaban «débiles» y el tipo de ayuda que necesitaban para mejorar en los dominios que puntuaban bajo. Destacaron su practicidad, algunos aseguraron que el abordaje de estos temas los invitó a reflexionar por fuera de la consulta, como preparación para esta o en su cotidianidad. La puntuación les permitía llevar control de sus avances y retrocesos, así como recapitular los temas tratados en consultas anteriores. Los pacientes mencionaron que el instrumento les ayudó a asumir un papel más activo.

Otros impactos que se sumaron o resultaron de los mencionados anteriormente fueron: cambios en sus relaciones familiares, salud física, situación laboral, relaciones sociales y seguridad en sí mismos. Algunos pacientes percibieron una relación entre la reducción de su medicación y el uso de la aplicación en las consultas; para uno de ellos, le ayudó a mejorar su adherencia a la medicación al tiempo que se reducía su dosis.

Por último, es necesario anotar que algunos pacientes no identificaron mejoría o cambios en sus vidas al usar la aplicación.

Uso de la aplicación

En general, los entrevistados estuvieron de acuerdo con los 11 dominios que aparecen en la aplicación, pues los consideran pertinentes y suficientes. Entre los temas más relevantes

destacaron «familia», «ocio y uso del tiempo libre», «trabajo» y «salud mental». La mayoría de los clínicos justificaron mantener todos los dominios, aunque unos pocos consideran que se debería eliminar el de «Ayuda práctica». Sin embargo, algunos omitieron o abordaron superficialmente los temas que no consideraban pertinentes o eran poco problemáticos en cada caso particular. Debido a esto, propusieron que en las primeras consultas se permita descartar los temas de poco interés para el paciente o que difícilmente puedan modificarse según su contexto y sus recursos. En cuanto a los pacientes, aunque algunos tuvieron problemas para abordar y cumplir las metas relacionadas con el trabajo y las relaciones sociales, en general consideran que todos los ítems incluidos son importantes y se relacionan con sus vidas.

Según los entrevistados, por lo general los clínicos manejan la tablet, sentados al lado de los pacientes y los invitaban a calificar y elegir los temas que desearan abordar en la consulta. Todos los pacientes entrevistados estaban de acuerdo o les era indiferente que el clínico manejara la tablet. Aclararon que siempre se les permitió observarla, lo cual valoraron como positivo y lo prefirieron sobre el uso del computador, en el que no podían leer lo que se escribía sobre ellos.

En general, los entrevistados encontraron que la escala y sus opciones de puntuación eran adecuadas. Algunos pacientes tuvieron dificultades para comprenderla, pero disminuyeron a medida que se familiarizaron con ella. Uno de los comentarios más frecuentes al respecto tiene que ver con la confusión lingüística relacionada con las opciones intermedias (muy, bastante, poco). Debido a ella, los clínicos y pacientes solían orientarse por los números para calificar. También aseguraron que la dificultad para entender la escala se debe a las expresiones en que están planteadas las preguntas, por lo que proponen ajustar la traducción.

Adaptabilidad al sistema de salud

Una de las limitaciones identificadas por los clínicos, pero también por los pacientes, a la hora utilizar DIALOG+ regularmente en los controles por Psiquiatría fue que los 30 min asignados a la consulta a cargo del especialista eran insuficientes y la oportunidad de citas en las instituciones no permitía asignar controles mensuales por fuera del estudio. El volumen de pacientes asignados en cada jornada resultó ser una preocupación para los clínicos, que lamentaban prolongar el tiempo de espera de otros pacientes al tardarse. La percepción general fue que tareas como generar órdenes de servicio, fórmulas, autorizaciones e historias clínicas, además de llevar a cabo la intervención guiada por la aplicación, hacían que la consulta se extendiera hasta 40-50 min. El tiempo extra y las adaptaciones en este sentido fueron asumidas por los clínicos, y eso afectó a su preferencia para seguir empleándola en la atención regular. Anotaron además que esta dificultad sería una limitación para que los médicos generales utilizaran DIALOG+, a pesar de lo amigable de la aplicación, debido a que su consulta era más corta. Uno de los clínicos llegó a proponer que se formulara una versión abreviada para superar los problemas con el manejo del tiempo. Quedó señalado por uno de los pacientes que la estructuración de DIALOG+, en lugar que alargar la consulta, podía facilitar que se dé un empleo más eficiente a los 30 min asignados.

Uno de los aspectos que aportan a la sensación de que las intervenciones son más largas y dispendiosas tiene que ver con utilizar 2 plataformas durante la consulta, la aplicación en la tableta y el formato de historia clínica institucional en el computador de escritorio.

También señalaron algunas poblaciones en las que a su juicio la aplicación era difícil de utilizar o poco útil: pacientes con trastornos de la personalidad o desorganización del pensamiento asociado con una fase aguda de su enfermedad mental. Uno de los clínicos precisó que DIALOG+ se integra con facilidad y muestra su mayor beneficio en pacientes con diagnóstico de depresión, trastorno afectivo bipolar en remisión y esquizofrénicos en fase de mantenimiento o estabilización sin deterioro cognoscitivo significativo.

Una de las propuestas que apareció para hacer posible la introducción de DIALOG+ en el seguimiento habitual de los pacientes fue organizar, a partir de los contenidos tratados con la herramienta, una ruta de atención interdisciplinaria para trabajar en equipo en las áreas de intervención.

En general los participantes consideraron que el instrumento es sencillo de operar y se adaptaban rápidamente. Sin embargo, los pacientes con déficit cognoscitivo y los analfabetos pueden tener más dificultades. Señalaron la importancia de identificar a los pacientes que, debido a estas circunstancias, perciben DIALOG+ como un obstáculo para el desarrollo de la consulta. También sería más complicado utilizarlo con personas poco propensas a utilizar dispositivos electrónicos.

En cuanto a las situaciones en que DIALOG+ podría utilizarse, los participantes mencionaron consulta externa, atención domiciliaria, hospital de día, rehabilitación funcional y hospitalización. En estos servicios la herramienta podría ayudar a dar seguimiento a objetivos terapéuticos, coordinar el abordaje de tareas por diferentes miembros del equipo en los aspectos que les resulten más afines a su rol, identificar posibles detonantes de las crisis o los dominios que quedaron afectados y requieren una intervención tras la recuperación inicial. Dado que algunas de las consultas se realizaron tras el inicio de la cuarentena, los clínicos encontraron que la dinámica se podría adaptar a la teleconsulta. Señalaron la importancia de usar DIALOG+ en un contexto que permitiera encuentros periódicos.

Consideraron que podrían aplicar el instrumento otros profesionales de la salud como psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas o médicos generales, principalmente quienes trabajan en programas para el seguimiento de pacientes con enfermedad mental en atención primaria, e incluso gestores sociales sin formación profesional en el área de la salud. En todos los casos sería necesario capacitar a este personal tanto en el uso de DIALOG+ como en el abordaje de los pacientes con enfermedad mental grave.

Discusión

Hallazgos principales

Este estudio muestra que DIALOG+ fue valorada positivamente por la mayoría de los participantes porque permite hacer una evaluación más amplia de las dimensiones de la vida, aporta recursos didácticos para el seguimiento y una

estructura que dinamiza el diálogo y ayuda a concretar la búsqueda e implementación de soluciones. Al invitar a los pacientes a elegir sobre qué áreas desean profundizar en cada consulta y buscar alternativas de intervención, los incentiva a comprometerse con su proceso y sentirse gratificados ante la percepción de mejoría.

La herramienta está orientada a la valoración de la salud y sus determinantes, no de la enfermedad. No reemplaza el criterio clínico a la hora de identificar signos y síntomas de descompensación. Los síntomas afectivos o psicóticos activos pueden relacionarse con puntajes altos en diferentes áreas y ser un elemento de confusión si el clínico no lo advierte. Debido a lo amigable de su diseño y lo sencillo de la propuesta, tanto clínicos como pacientes consideran que es posible adaptarse fácilmente a su uso y tiene potencial para que otros profesionales de la salud puedan utilizarla, siempre y cuando cuenten con capacitación y apoyo suficientes tanto en el uso de la tecnología como en el abordaje de pacientes con enfermedad mental grave. Podría emplearse en servicios diferentes de la consulta externa, como hospitalización parcial o total, seguimiento ambulatorio y telemedicina. Sin embargo, se aconseja menos para pacientes con deterioro cognoscitivo o que tengan desorganización grave del pensamiento como parte de una crisis. Las dificultades más significativas derivaron de que DIALOG+ tendió a prolongar los tiempos de consulta, los clínicos tenían que resolver un mayor número de tareas, aumentó su carga y su compromiso emocional y provocó un mayor agotamiento. Es de anotar que este incremento en el tiempo de consulta fue valorado positivamente por la mayoría de los pacientes.

Fortalezas y debilidades

Entre las fortalezas del estudio, se realizó en instituciones destinadas a la atención regular de pacientes con enfermedad mental grave, lo que permitió que la inversión para la implementación fuera razonable y el proceso de entrenamiento, sencillo. Se incluyeron instituciones públicas y privadas para una observación más diversa. Los clínicos tenían cuando menos 3 meses de experiencia en la institución y los pacientes, al menos 6 meses desde el inicio de sus consultas, lo que les facilitó hacer una comparación de DIALOG+ con los modelos de atención en los que habían participado antes. El plan de análisis fue definido con antelación, las categorías se construyeron a partir de lo narrado por los participantes y el número de entrevistas realizadas fue suficiente para que la información en cada categoría se saturara. Entre las limitaciones está el hecho de que los participantes hacían parte del grupo activo de un ensayo clínico y la programación de las citas fue facilitada por el equipo de investigación con el fin de cumplir con el diseño, lo que pudo sesgar su opinión. Los clínicos introdujeron adaptaciones al esquema de intervención, por lo que la implementación no fue homogénea, característica derivada de la naturaleza de la práctica. Dado que la información se obtuvo a partir de entrevistas, la experiencia de pacientes con pobre producción ideativa como rasgo de su psicopatología puede estar subrepresentada.

Interpretación e implicaciones

Los controles por Psiquiatría de los pacientes con enfermedad mental grave tienden a estar centrados en la formulación de medicamentos y la búsqueda de signos y síntomas de descompensación, y quedan en segundo lugar otras dimensiones de la vida de los pacientes, lo que genera la sensación de que no se los escucha suficientemente. Tanto clínicos como pacientes tienen una expectativa distinta sobre el rol de cada uno, por lo que es pertinente reflexionar sobre las opciones para introducir cambios en esta dinámica y mejorar la calidad del acompañamiento. Los impactos positivos sobre la comunicación entre médico y paciente y el empoderamiento de los pacientes, apoyados en los recursos que puso a disposición DIALOG+, son una razón fuerte para considerar su implementación en las consultas regulares, dado que estos 2 aspectos son parte de la base para obtener mejores resultados con los tratamientos. El instrumento, a la vez que produce datos para el seguimiento individual y la planeación de intervenciones en la consulta, también se puede utilizar como un indicador del cumplimiento de objetivos relacionados con la percepción de la calidad de vida y la satisfacción de los prestadores de salud con los servicios. Al estar integrada a una intervención psicoterapéutica, esta información podría estar disponible para una población más numerosa y ser un elemento que tener en cuenta como fuente de información para la investigación y la toma de decisiones en la prestación de servicios.

Conclusiones

La integración de DIALOG+ a las consultas regulares de pacientes con enfermedad mental grave aporta beneficios que facilitan hacer de estos encuentros intervenciones terapéuticamente efectivas. Para lograr su integración en el sistema de salud colombiano, es necesario desarrollar transformaciones que aporten flexibilidad al diseño original, busquen una mejor adaptación al tiempo de consulta y exploren alternativas como generar una versión resumida, poner el instrumento a disposición del paciente para que empiece a utilizarla de manera independiente y, a partir de las dimensiones que aborda DIALOG+, trabajar en la identificación y el fortalecimiento de rutas de atención que involucren a un equipo multidisciplinario. La capacitación para su uso debe estar orientada al manejo de la tecnología y el reforzamiento de habilidades para interactuar con pacientes con enfermedad mental grave. Es recomendable evaluar el desempeño de DIALOG+ en otros contextos clínicos además de la consulta externa y con otros profesionales de la salud diferentes de los psiquiatras.

Financiación

Esta investigación fue financiada por el Instituto Nacional de Investigación en Salud (NIHR) (El NIHR Global Health Group sobre el desarrollo de intervenciones psicosociales; ref. 16/137/97) utilizando la ayuda del gobierno del Reino Unido para apoyar la investigación en salud global. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no necesariamente las del NIHR o el Departamento de Salud y Atención Social del Reino Unido.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado y apoyado por el National Institute for Health Research (NIHR), apoyado y dirigido por la Queen Mary University of London. La ejecución fue posible gracias al apoyo del personal administrativo, clínico y pacientes de las sedes participantes: Clínica Fray Bartolomé, Clínica la Inmaculada, IPS Campo Abierto de Bogotá y Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de Cali.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rehm J, Shield KD. Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21:1–7.
2. World Health Organization. Trastornos mentales. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Consultado 25 Oct 2021.
3. Patterson AS, Boadu NY, Clark M, Janes C, Monteiro N, Roberts JH, et al. Investigating global mental health: Contributions from political science. *Glob Public Health.* 2020;15:805–17.
4. Omran A. La transición epidemiológica: una teoría de la epidemiología del cambio poblacional. 1971. *Milbank Mem Fund Q.* 1971;49:509–38.
5. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013;382:1575–86.
6. Asher L, Fekadu A, Hanlon C. Global mental health and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31:193–9.
7. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet.* 2007;370:878–89.
8. Perera IM. The relationship between hospital and community psychiatry: Complements, not substitutes? *Psychiatr Serv.* 2020;71:964–6.
9. Milton L, Wainberg, Pamela Scorza, James M, Shultz, Liat Helpman JJM, Karen A, Johnson, Yuval Neria, et al. Challenges and opportunities in global mental health: a research-to-practice perspective. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;176:139–48.
10. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá: MSPS; 2015. p. 1-242.
11. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet.* 2018;392:1553–98.
12. Priebe S, Golden E, Kingdon D, Omer S, Walsh S, Katevas K, et al. Effective patient-clinician interaction to improve treatment outcomes for patients with psychosis: a mixed-methods design. *Program Grants Appl Res.* 2017;5:1–160.
13. Priebe S, Fung C, Sajun SZ, Alinaitwe R, Giacco D, Gómez-Restrepo C, et al. Resource-oriented interventions for patients with severe mental illnesses in low-and middle-income countries: Trials in Bosnia-Herzegovina, Colombia and Uganda. *BMC Psychiatry.* 2019;19:1–10.
14. Priebe S. DIALOG+ Manual. 2020;15. Disponible en: <https://dialog.eft.nhs.uk/file.download.aspx?id=3452>.

15. Omer S, Golden E, Priebe S. Exploring the mechanisms of a patient-centred assessment with a solution focused approach (DIALOG+) in the community treatment of patients with psychosis: A process evaluation within a cluster-randomised controlled trial. *PLoS One.* 2016;11:1–17.
16. Priebe S, Kelley L, Omer S, Golden E, Walsh S, Khanom H, et al. The effectiveness of a patient-centred assessment with a solution-focused approach (DIALOG+) for patients with psychosis: a pragmatic cluster-randomised controlled trial in community care. *Psychother Psychosom.* 2015;84:304–13.
17. Priebe S, Omer S, Giacco D, Slade M. Resource-oriented therapeutic models in psychiatry: Conceptual review. *Br J Psychiatry.* 2014;204:256–61.
18. Murphy JK, Michalak EE, Colquhoun H, Woo C, Ng CH, Parikh SV, et al. Methodological approaches to situational analysis in global mental health: a scoping review. *Glob Ment Health.* 2019;6.
19. Braun VCV. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3.