

La UAT: una adaptación del marco de Diálogo Abierto finlandés

The UAT: Adaptation of the Finnish Open Dialogue framework

SILVIA PARRABERA GARCÍA, MARÍA CHICO GONZÁLEZ, MARINA DE LA HERMOSA LORETI, CARLOS MARTÍN FERNÁNDEZ DE LA CUEVA

Equipo actual de la UAT. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia: Silvia Parrabera García (sparrabera@gmail.com)

Recibido: 09/07/2019; aceptado con modificaciones: 29/11/2019

Resumen: La UAT (Unidad de Atención Temprana) es un dispositivo especializado en el acompañamiento de personas que afrontan por primera vez experiencias que han sido calificadas como psicóticas. El encuadre del trabajo es el marco de Diálogo Abierto, que intentamos adaptar a nuestro contexto en los servicios públicos de salud del área de Alcalá de Henares. En este artículo hablaremos de qué es el Diálogo Abierto, el proceso de adaptación del marco a nuestro contexto, las dificultades y aspectos positivos de esta experiencia, y los resultados que hemos podido observar durante el recorrido de la unidad.

Palabras clave: Diálogo Abierto, atención temprana, primer episodio psicótico, servicios públicos de salud.

Abstract: The Early Attention Unit is a specialized unit focused on the attention of people who are facing for the first time experiences that have been described as psychotic. The frame of this work is the Open Dialogue approach, which we are trying to adapt to our context in the public health services of Alcalá de Henares. In this article, we will outline the Open Dialogue approach, the process to adapt it to our context, the difficulties and

positive aspects of this experience, and the results we have observed during the development of the unit.

Key words: Open Dialogue, early attention, first psychotic episode, public health services.

PRESENTACIÓN DE LA UAT

LA UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA (UAT) es un dispositivo especializado perteneciente a la red de salud mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid, dedicado a la atención de personas que afrontan por primera vez experiencias que han sido calificadas como psicóticas. El equipo acompaña a personas mayores de 16 años que comunican experiencias inusuales y solicitan ayuda profesional dentro de la red de salud mental pública (1).

La forma elegida para encuadrar el tratamiento es una adaptación del marco de Diálogo Abierto finlandés desarrollado por J. Seikkula y su equipo en los años 90 en el Hospital de Keropudas en Tornio, Laponia (2).

Actualmente, la UAT se organiza como un programa específico de centro de salud mental y dispone de un equipo interdisciplinar que trata de ofrecer a la persona en crisis y a su red afectiva un tratamiento a la medida de sus necesidades, integral y enmarcado en el trabajo comunitario. El objetivo es facilitar un aterrizaje suave tras la crisis, y una mejor recuperación de la experiencia psicótica para que las personas puedan seguir con sus vidas.

CONTEXTO DE LA UAT

La UAT viene desarrollando atención temprana en el área de Alcalá (aprox. 250.000 habitantes) desde 2014. Se encuentra situada en la primera planta del centro de salud La Garena, aunque realiza su actividad principalmente en los espacios comunitarios (hogares, hospital, etc.) según las necesidades de las personas.

Entre 2014 y 2017, la UAT se desarrolló según el modelo de Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar (3), con 9 profesionales en un equipo interdisciplinar. A partir de 2017 evolucionó enfocando sus intervenciones dentro del marco de Diálogo Abierto y reduciendo el equipo a 6 profesionales, entre los que se incluía la figura del experto por experiencia. La propuesta de cambio acompañaba la idea de que el SERMAS pudiera internalizar el proyecto y ajustarlo a su presupuesto. Actualmente, desde enero del 2019, el equipo está formado por 4 profesionales (enfermera de salud mental, terapeuta ocupacional, psiquiatra y psicóloga clínica) y pertenece íntegro a la red de salud mental del hospital de referencia.

La decisión de adoptar el marco de Diálogo Abierto, y no otro, tiene que ver con el aprendizaje a través de la experiencia de los 3 primeros años de la UAT. Tras este recorrido inicial, concluimos como mejoras necesarias el trabajo en la comunidad desde el inicio del proceso de recuperación, tratando la psicosis allí donde se producen las experiencias de las personas que entran en crisis en el momento en que se producen, intentando estar al alcance de las personas lo antes posible para acompañar el grave sufrimiento que deriva de estas experiencias, para aprovechar la oportunidad que ofrece la crisis de vincular y hablar de contenidos traumáticos difíciles de abordar, y con la intención de activar los recursos personales, familiares y comunitarios en primer lugar, antes de ofrecer apoyos específicos.

La elección de este marco particular para el desarrollo de la atención temprana está directamente relacionada con nuestra forma de entender la salud mental de cada persona como una historia única y en continuo desarrollo, que está atravesada por las experiencias sociales y relacionales. El Diálogo Abierto permite a la persona entenderse como protagonista de su historia, capaz de reinventarse tras una experiencia extrema y de responsabilizarse de su vida. Esta forma de tratamiento pone en el lugar central el saber sobre uno mismo y la escucha acerca de lo que le pasa y lo que necesita la persona, dejando en segundo plano el diagnóstico y la medicación, permitiéndole tomar nuevos rumbos y realizar los cambios necesarios para fortalecerse ante situaciones adversas que puedan provocar nuevas crisis psicóticas.

Otra razón importante por la que trabajamos adaptando el marco de Diálogo Abierto es que se está dando un recorrido en otros países que demuestra que es posible trabajar de esta manera dentro del sistema de salud mental público.

Además, nos facilita atender la crisis psicótica como una crisis compartida que afecta a toda la red del individuo, enfocando en el vínculo y la comunicación como el lugar en el que se desarrolla la psicosis en lugar de en el individuo, y entendiendo que se trata de una respuesta humana ante circunstancias que han generado un alto estrés y que incluye una oportunidad de cambio y reorganización psíquica.

ATENCIÓN EN LA UAT

Las personas que atendemos en la UAT tienen acceso a través de cualquier profesional del sistema de salud mental. Generalmente, el médico de atención primaria realiza una derivación preferente a centro de salud mental, que nos da aviso, aunque más frecuentemente la derivación proviene de servicios especializados, como urgencias, unidad de hospitalización breve, interconsulta u hospitalización domiciliaria.

Tras una llamada del profesional derivante (que formaliza posteriormente a través de un email con una ficha de solicitud de tratamiento en la Unidad), proponemos una primera reunión en un plazo aproximado de 48 horas y 2 o 3 de los miembros del equipo nos reunimos en el lugar de preferencia de la persona y el profesional, de forma que podamos hablar sobre la preocupación que ha motivado el encuentro y la información que han compartido previamente a nuestra llegada. Tras escuchar por qué solicitan atención en la UAT, explicamos nuestra forma de trabajar y proponemos a la persona que piense qué personas es importante para ella que participen en las reuniones, y también la posibilidad de que sean individuales si lo prefiere. Estas personas pueden formar parte de su red afectiva o tratarse de profesionales que estén participando en el proceso.

La forma de atención que vertebra el tratamiento es la “reunión dialógica”, consistente en encuentros entre los profesionales, la persona en crisis y su red afectiva, de forma que el grupo acompañe el proceso de tratamiento de principio a fin. En este espacio, que se desarrollará generalmente en el hogar como lugar de preferencia de los asistentes, se tomarán las decisiones por consenso acerca de los recursos propios y comunitarios a emplear, así como las intervenciones terapéuticas, profundizando de forma paralela en un diálogo continuado acerca de las experiencias de vida propias y las necesidades de cada persona.

Además de estas reuniones, en función de las necesidades expresadas, podemos facilitar apoyo farmacológico invitando a nuestra psiquiatra a una de las reuniones o abriendo un espacio individual para la persona en crisis, según sus preferencias. Durante el tiempo de consulta sobre la medicación procuramos que la persona atendida y su red reciban la información necesaria acerca de los beneficios de los fármacos, pero también de sus efectos secundarios, de forma que puedan tomar una decisión informada acerca de cómo emplearlos. En este aspecto seguimos la recomendación del modelo tratando de atender primero las necesidades más básicas, como poder dormir o comer, y contener la angustia más intensa, y dejando los neurolépticos para emplearlos a dosis mínimas en situaciones más complejas siempre que así se solicite. Por otro lado, ofrecemos acompañamiento terapéutico, un espacio que trata de dar apoyo en situaciones de aislamiento o cuando las personas se enfrentan a retos en los que no se sienten seguras a solas, como gestiones de todo tipo. Puede tratarse de un acompañamiento puntual o de una relación estable durante meses que ayude a la persona a establecer puentes con lo social. Por último, ofrecemos la asistencia a un grupo de deportes abierto, un grupo no mixto para mujeres y próximamente un grupo de terapia multifamiliar abierto, todos ellos realizados en la comunidad. La idea es ofrecer espacios en los que se formen redes de manera genuina, ampliando la red personal y familiar a través del encuentro con otras personas.

En cuanto a las reuniones dialógicas, que acompañan todo el proceso de recuperación como el principal espacio para la interacción, tienen 3 funciones (1):

1. Ir entendiendo el contexto en el que sucede la crisis.
2. Desarrollar juntos un tratamiento basado en las necesidades de las personas.
3. Facilitar un diálogo terapéutico que permita trabajar la comunicación, las relaciones y las experiencias vitales.

Las preguntas que centran la primera reunión son: “¿Qué ha pasado?” y “¿qué necesitas?”. En adelante, las reuniones serán convocadas a demanda según las necesidades de los asistentes, donde la persona prefiera y dando en primer lugar la palabra a la persona que convoca la reunión, que hablará del motivo por el que solicita vernos. Es habitual que al finalizar la reunión se decida la siguiente, pero si no es así pueden hacerlo por teléfono.

Para la comunicación entre reuniones, todos los profesionales de la unidad disponemos de teléfonos móviles que permanecen activos en nuestro horario de trabajo (de 9.00h a 16.00h), con el compromiso de responder a las llamadas o mensajes escritos de forma inmediata siempre que sea posible. Facilitamos nuestros contactos a todas las personas implicadas en el proceso, si la persona que acompañamos lo permite, de forma que puedan contactarnos si hay algo que les preocupa o quieren convocar una reunión ellos mismos. Hacemos esto con el compromiso de que la persona que acompañamos siempre estará invitada a la reunión, y si decide no acudir, no se tomarán decisiones sobre su proceso sin que esté presente y compartiremos con ella la información que hayamos tratado en la misma.

Como no nos es posible establecer una atención 24 horas como en Finlandia y acompañar fuera del horario de atención de la UAT, nos coordinamos con el servicio de urgencias del área de forma que, si lo necesitan, las personas puedan ser atendidas en la tarde, noche o fin de semana. Al día siguiente los compañeros se ponen en contacto con nosotros para comunicarnos la visita al hospital y convocan una reunión en el caso de que la persona siga en observación o haya sido ingresada.

La atención en la UAT se ofrece por un máximo de dos años (de otra forma, con solo 4 profesionales, perderíamos la inmediatez y disponibilidad necesaria para dar una atención suficientemente buena), tras los que, en el caso de que la persona considere que necesita continuar teniendo apoyo profesional, realizamos una derivación a los compañeros del centro de salud mental, intentando siempre hacer un primer contacto con una o varias reuniones dialógicas. De esta forma, podemos desarrollar un relato conjunto y polifónico del recorrido realizado en la UAT y facilitar el vínculo con los nuevos profesionales de referencia.

EL MARCO DE DIÁLOGO ABIERTO

El marco de Diálogo Abierto nació en Laponia Occidental en los años 90 como continuación del Proyecto Nacional de la Esquizofrenia en Finlandia coordinado por Y. Alanen, psiquiatra psicoanalista que venía desarrollando junto con su equipo una forma de intervención denominada “Tratamiento Adaptado a las Necesidades” con el fin de encontrar formas efectivas de abordar la alta incidencia de esquizofrenia en esta región (4). En los años 80, en Turku y posteriormente en el resto de Finlandia, los profesionales de salud mental de diversas disciplinas recibían formación como terapeutas de familia para participar (2 o 3 terapeutas) en encuentros con el paciente y la familia, en donde se tomaban las decisiones acerca del tratamiento de forma conjunta además de seguir la propuesta de “un uso no inmediato de los neurolépticos” (4).

Poco más adelante, el equipo de J. Seikkula del Hospital de Keropudas en Tornio acogió el sentido de este tratamiento y organizó equipos móviles de 2 o 3 profesionales que facilitaban encuentros más espontáneos con las personas y sus familias para escuchar sus ideas acerca de lo que estaba pasando, con la intención de que todos los asistentes encontraran respuestas a las necesidades que expresaban. Con el paso del tiempo, a esta variación del Tratamiento Adaptado a las Necesidades la llamaron “Diálogo Abierto” (4).

Con respecto al uso de la medicación, del mismo modo que Y. Alanen trabajó retrasando y minimizando el uso de los neurolépticos, J. Seikkula y su equipo trataban de hacerlo sin emplearlos siempre que fuera posible. Empezando por seguir la pauta de no prescribirlos en las primeras reuniones y si fuera necesario medicar, empleando primero benzodiazepinas para ayudar a dormir o disminuir la ansiedad y en última instancia los neurolépticos a dosis mínimas, asegurándose siempre de terminar el tratamiento cuando los problemas iban desapareciendo (4).

Actualmente, el sistema de salud mental público en Tornio trabaja según este modelo, cuenta con 55 camas en el Hospital de Keropudas y 5 centros de salud mental. Hay unos 100 profesionales, entre psiquiatras, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales (la mayoría han recibido formación durante 3 años en terapia de familia), para atender a una población de 70.000 habitantes.

Pensando en datos que puedan ayudar en el análisis de la efectividad del modelo, el Diálogo Abierto ha demostrado mayor capacidad para mantener la autonomía de la persona en el ámbito social y ocupacional que el tratamiento habitual, y, comparado con otros grupos, ha registrado menos hospitalizaciones y recaídas, ha reducido el uso de la medicación y ha disminuido significativamente la incidencia del diagnóstico de esquizofrenia. En un estudio, se observó que el 79% de las personas atendidas tras 5 años estaban asintomáticas; el 80% trabajaban, estudiaban o

estaban en búsqueda de empleo; dos tercios de las personas nunca habían tomado neurolépticos y solo el 20% tomó fármacos de forma frecuente (5).

Actualmente, el marco de Diálogo Abierto viene desarrollándose e investigándose en diferentes países. Al último Encuentro Internacional de Diálogo Abierto anual que se viene realizando desde hace 24 años, acudimos 265 profesionales de 19 países, incluidos Estados Unidos, Australia y Japón, algunos de ellos lo han incluido en recursos pertenecientes a la red de salud mental pública, como Alemania, Dinamarca o Inglaterra, que actualmente está llevando a cabo una experiencia piloto en 5 servicios diferentes. Además, por las características de la práctica dialógica, se están empleando en otras áreas, como en servicios sociales y educación.

En las investigaciones sobre la experiencia inicial de Diálogo Abierto, se han identificado 7 factores terapéuticos y, sobre estos principios, 12 elementos clave para desarrollar las reuniones dialógicas, que pueden aplicarse a todas las situaciones de crisis, sin importar el diagnóstico (6).

En cuanto a los factores terapéuticos (7):

1. Intervención inmediata

La primera reunión, tras el primer contacto telefónico que puede realizar cualquiera de las personas preocupada por la situación de crisis, se organiza en 24 horas.

La intervención inmediata permite al equipo aprovechar la situación de crisis, que ofrece la oportunidad de movilizar los recursos psíquicos de los asistentes. Se liberan recursos no explotados previamente y moviliza cuestiones no discutidas, ofreciendo un potencial único que ayuda a salir de la crisis, dirigiéndose hacia la cooperación de los asistentes y hacia la autonomía. En esta etapa todas las posibilidades están abiertas.

2. La participación de la red personal

En la unidad funcional que acompaña el proceso de salida de la crisis se incluye a la red afectiva de la que forma parte la persona atendida: los miembros de la familia, pareja, amigos o familia elegida que tienen algo que decir acerca de lo que está pasando y que están dispuestos a acompañar el tratamiento, reconociendo así el saber subjetivo. Es importante tener en cuenta que la red afectiva de la persona sirve como apoyo para restaurar las relaciones sociales y entender acontecimientos vitales compartidos, ayudando a poner palabras y dar sentido a las experiencias de la persona en crisis.

Teniendo en cuenta que será necesario integrar las intervenciones en las que las personas participen a lo largo del tratamiento, también se incluye como invitados a los profesionales implicados cada vez que la persona o los profesionales lo soliciten.

3. La flexibilidad y movilidad del equipo

El lugar de reunión se decide conjuntamente, y el equipo se desplaza al lugar que sea más conveniente. La mayoría de las veces es el hogar, porque aumenta la sensación de seguridad, muy necesaria para el diálogo entre la red afectiva. Esta circunstancia permite experimentar el contexto de la vida de la persona atendida directamente, lo que ofrece información sobre las experiencias que rodean la crisis y ayuda a dar sentido a lo vivido y a las partes no comprendidas del delirio.

La frecuencia de las reuniones es variable, depende de las necesidades de los participantes, y no se planifican con anterioridad ni los temas ni la conversación. Al inicio o en momentos más difíciles es habitual que sean diarias y que luego se vayan espaciando.

La flexibilidad también tiene que ver con la duración de las reuniones, entre una hora y media y dos horas suele ser tiempo suficiente para crear un espacio seguro en el que todos participen en la conversación respetando el ritmo de cada persona y llegar a un entendimiento.

Por último, se emplea la flexibilidad en la integración de las distintas intervenciones terapéuticas dentro del mismo plan de tratamiento. A lo largo del proceso es posible que la persona atendida, además de acudir a las reuniones dialógicas, esté asistiendo a una psicoterapia individual, a rehabilitación psicosocial, etc., con profesionales que entienden la salud mental desde su propio modelo, por lo que resulta importante su participación como invitados con los que se puede dialogar acerca de las necesidades y expectativas de la persona atendida. La función principal del equipo es facilitar el entendimiento y asegurarse de que la voz de la persona y su red afectiva son escuchadas.

4. La responsabilidad y el trabajo en equipo

Diferenciándose de la relación habitual profesional-paciente, la unidad funcional en Diálogo Abierto está formada por varios profesionales de diferentes disciplinas que asumen la responsabilidad de acompañar todo el proceso de tratamiento. Todas las cuestiones relativas a la definición del problema, la planificación del tratamiento y la toma de decisiones se discuten en presencia de todos.

El trabajo en red en el caso de la psicosis es especialmente conveniente, teniendo en cuenta la gran intensidad emocional de las reuniones y la intención de no actuar precipitadamente para promover un diálogo que permita pensar lo suficiente antes de tomar ninguna decisión acerca del tratamiento. Cuando se trata de asumir el riesgo de trabajar sin medicación o a dosis mínimas, si la responsabilidad no es compartida entre toda la red de apoyo, es difícil sostener esta forma de intervención.

5. La continuidad psicológica

Este factor se refiere a la importancia de acompañar con los mismos profesionales todo el proceso de salida de la crisis independientemente de si la persona atendida está en casa o en un ingreso hospitalario, e independientemente de la duración del tratamiento.

La continuidad psicológica se facilita en coherencia con el reconocimiento de la importancia de los vínculos afectivos y la necesidad de cuidarlos para que la experiencia sea significativa y ofrezca a la persona el restablecimiento de una red que sostenga y le permita desplegar recursos propios.

En Finlandia el tratamiento no tiene una duración límite y si en el futuro la persona volviera a necesitar el acompañamiento del equipo, serían los mismos profesionales los que atenderían la demanda.

6. La tolerancia a la incertidumbre

Para garantizar que la unidad funcional se dé el tiempo necesario para pensar juntos antes de tomar decisiones sobre el tratamiento, es necesario desarrollar una amplia capacidad para tolerar la incertidumbre. Esta capacidad se facilita a través del trabajo en equipo (un solo profesional tendría más dificultades para mantener la calma y poder pensar en situaciones de riesgo) y de la experiencia.

La paciencia y la confianza de las personas que asisten a las reuniones dialógicas se desarrolla en los participantes compartiendo la confianza de los profesionales en el grupo y a través del respeto al ritmo individual (para poder pensar) de cada uno de los asistentes. El mensaje que transmiten los terapeutas es que tienen la experiencia de que las personas pueden mejorar y que confían en que la crisis se puede superar.

7. El diálogo

Partiendo de un encuentro polifónico en el que se escuchan todas las voces, incluidos los delirios, los asistentes se centran en el presente de crisis compartida y profundizan partiendo de las preocupaciones, miedos, conflictos y necesidades.

La consigna inicial para intervenir, incluidos los profesionales, es hablar en primera persona, con apertura, desde lo que uno siente, desde la experiencia propia y de forma genuina. Esta manera de contribuir al diálogo facilita evitar hablar de los demás y que al hacerlo sea claramente un punto de vista subjetivo.

Los profesionales son las personas que se encargan de garantizar la escucha y el ambiente de seguridad y confianza para que se pueda poner en palabras contenidos emocionales muy intensos en relación a las experiencias de los asistentes. Así, a través de una reflexión conjunta, se va conformando un lenguaje común, por fuera del lenguaje clínico, tratando de no introducir términos ajenos, dando lugar a un relato que construye una realidad colectiva mucho más rica que ninguna producida

por una única persona. De esta forma surge una comprensión más compleja, nueva, propia de cada asistente, que contribuye a dar sentido a lo vivido y a crear espacios en los que las personas que han experimentado experiencias calificadas como psicóticas puedan explorar narrativas de posibilidades sobre sí mismos y sobre sus vidas.

Se escucha la carga emocional de las palabras que se emplean y de lo que no se puede nombrar (expresado a través de los delirios, el lenguaje no verbal, el cuerpo, etc.), siendo esta circunstancia la que guía el sentido del diálogo a través de las experiencias relatadas por cada asistente. Los terapeutas intervienen con preguntas abiertas o repitiendo algunas palabras especialmente significativas de los participantes, de manera que ayuden a profundizar un poco más cada vez. La idea es que, si los profesionales logran entender, entonces es posible que el resto de asistentes también.

Otra técnica básica es realizar “reflexiones dialógicas”, un diálogo puntual entre los profesionales para que los asistentes puedan escucharlos pensar en alto y al que el resto de asistentes contribuyen al final si quieren conversar acerca de lo expuesto.

RESULTADOS EN LA UAT

En la UAT el número de personas atendidas desde 2014 es de 113 (298 junto con sus redes afectivas); en el periodo de 2 años y medio de adaptación del marco de Diálogo Abierto han sido 65 (181 con sus redes afectivas) y actualmente se encuentran en atención 50 personas.

Las experiencias de estos años previos arrojan resultados que a nuestro juicio son muy relevantes desde un punto de vista cualitativo. En términos cuantitativos, creemos que ha sido poco el tiempo transcurrido en la UAT desde la adaptación del marco de Diálogo Abierto para hacer un balance de los resultados que sea de impacto en comparación con otros estudios, por ello nos centraremos en las valoraciones recibidas.

De inicio, observamos la confianza que las personas otorgan a las reuniones dialógicas como un espacio para hablar de lo que está pasando y tolerar la incertidumbre sostenidos en diálogo con otros. Cuando esto ocurre, el equipo se acerca a la posibilidad de que puedan reconocer formas de estar en el mundo que son diferentes, singulares y verdaderamente únicas. En otras palabras, el resultado de este proceso es reconocer un nuevo saber sobre el sufrimiento psíquico y las necesidades particulares que se desprenden de él. O, dicho de otro modo más amplio, un nuevo saber sobre lo subjetivo. Ese saber es exclusivo de la persona, no se dirige desde fuera, lo que implica que no demos prioridad a la eficacia de las pautas profesionales o recomendaciones. Cuando se nos piden pautas, ofrecemos ideas que han ayudado a otras personas.

En el vínculo con los profesionales se pueden constatar otros resultados. Cuando no se toman decisiones que afectan al paciente sin su acuerdo y la información

que se comparte referente a su vida debe ser puesta en su conocimiento, la experiencia que nos han transmitido algunas personas (que han sido atendidas en otros dispositivos) es que se pueden sentir más seguras cuando comprueban que las soluciones a situaciones críticas no se imponen. En la UAT, en todo caso se ofrece una atención más intensa para evitar que la situación acabe resolviéndose en otro lugar y con un mayor riesgo de que la persona reciba tratamientos involuntarios. Por ahora parece que la estancia en urgencias y en unidad de hospitalización breve es más corta y a veces evitable. Además, las personas que ingresan lo hacen habiendo podido pensar y participando activamente en la decisión, lo que evita vivir el ingreso de forma ajena, pasiva y más cercana a lo traumático.

Esta forma de poner en el centro el respeto a las decisiones y a la información personal está siendo muy bien valorada por todos los asistentes, generando mayor confianza que en otros tratamientos. Si tenemos en cuenta que una gran mayoría de las personas atendidas se encuentran inmersas en experiencias que generan mucho sufrimiento, miedo y vivencias persecutorias o de gran desconfianza hacia su entorno, parece que tiene sentido cuidar de forma especial este aspecto de la relación.

Podemos decir que se da una mayor confianza en esta forma de tratamiento que en modelos tradicionales y que seguramente se debe a la misma razón. Por ejemplo, por la forma de plantear el tratamiento con psicofármacos (ofreciendo un espacio para las personas que quieran tomar decisiones informadas sobre emplear o no la medicación, qué medicación, para qué y cuánto tiempo, así como acompañar procesos de discontinuación). Esta forma de trabajar, además de ser respetuosa con las personas, facilita una mejor relación y ocasiona menos abandonos, siempre que la persona se sienta escuchada, acompañada y no juzgada por las decisiones que toma con respecto a su medicación y sobre su vida. Además, parece que permite atravesar la crisis con menos cantidad de medicación que los tratamientos habituales. De las 50 personas que atendemos en la actualidad en la UAT, 20 no toman medicación, 11 no toman neurolépticos y 19 los toman a dosis mínimas.

Otro aspecto que observamos es una mayor confianza en los recursos propios y en la red afectiva, seguramente en relación con que las personas puedan elegir cómo abordar la crisis y qué opción le sirve en cada momento para seguir adelante, independientemente de lo que nosotros creamos más adecuado. Se da una evolución personal en este sentido de todos los miembros que asisten a las reuniones dialógicas. Según nuestra experiencia, cuando las personas se sienten seguras y confían en los profesionales, son capaces de tomar decisiones cuidadosas sobre el curso de su proceso de recuperación.

En los cierres de tratamiento que empezamos a realizar observamos que las personas se despiden con mayor conocimiento sobre sí mismos, más seguros acerca de cómo quieren afrontar la vida, con menos dependencias y mayor autonomía. En

situaciones de especial gravedad, el proceso de despedida provoca repeticiones de experiencias psicóticas, que, aunque nos preocupan, también nos han dado la oportunidad de comprobar cómo las personas se enfrentan a la crisis con más conciencia acerca de lo que necesitan, más recursos personales para apoyarse y una red que sabe cómo acompañar el momento.

En cuanto a la relación con los demás dispositivos de la red de salud mental, empezamos a apreciar la suma de profesionales en sintonía. Parece que, aunque se da una fricción inevitable con el modelo tradicional, al construir puentes entre la UAT y el resto de la red de salud mental, hacemos sinergia con profesionales inmersos en su propio proceso de cambio. Hay que tener en cuenta que para el equipo de la UAT es de especial importancia conectar e integrar a los diferentes profesionales o equipos que participen en el tratamiento para que la persona no se vea atrapada entre intereses o enfoques encontrados.

DIFICULTADES EN LA UAT

En cuanto a las dificultades encontradas en estos dos años y medio, podemos analizarlas desde dos perspectivas, las internas y las estructurales.

En relación a las dificultades internas, destacamos la práctica del reparto de responsabilidad. Dentro del equipo hemos tenido que aprender (una y otra vez) a salirnos del rol de expertos que conocen lo que le ocurre y necesita la persona que atendemos. La dificultad está en transmitirlo cada vez que sea necesario y conseguir que sea aceptado por los asistentes. Como dice el equipo de Finlandia, con el tiempo nos hemos vuelto expertos en decir que no somos expertos.

Además, en las reuniones que incluyen a profesionales de otros recursos, no siempre podemos aplicar el reparto de responsabilidades porque dependemos de su voluntad para establecer relaciones más horizontales. Puede que tenga que ver con el miedo a las discrepancias entre profesionales, o a no poder integrarlas. Sin embargo, precisamente es la diferencia de opinión entre profesionales la que en ocasiones permite que las personas en crisis o su red se sientan legitimadas para pensar y expresarse con voz propia.

Nos damos cuenta de que en el equipo tenemos dificultades en la práctica de una escucha genuina, de manera continuada interfieren las propias interpretaciones provenientes de esquemas de referencia anteriores. También para confiar en el tratamiento a dosis mínimas o sin medicación porque la presión de los compañeros de la red ha sido intensa, para ello nos siguen ayudando los estudios críticos y las lecturas más actuales.

Tampoco ha sido fácil el proceso de desaprendizaje al que nos hemos prestado. Desmontar esquemas de referencia anteriores ha supuesto desdibujar las disciplinas

de las que procedemos cada uno para recibir una formación conjunta que nos iguala como terapeutas dentro de las reuniones dialógicas. En este proceso ha sido muy importante y nos ha sostenido estudiar juntos, compartir y profundizar en las dudas de forma honesta. Y las supervisiones del equipo, espacio en el que hemos podido reflexionar acerca de nuestro proceso de cambio personal y como equipo.

También nos damos cuenta de que ser coherentes con la máxima que centra el Diálogo Abierto de “no hablar de las personas sin las personas” ha sido difícil y en el equipo ha tenido como consecuencia que tuviéramos que hablar de nosotros, de cómo estábamos, de qué nos pasaba y de cómo estamos trabajando con cada persona y su red.

En la coordinación con otros servicios surgieron las mismas dificultades. La demanda ha sido durante mucho tiempo continuar hablando de las personas y tomar las decisiones en reuniones de coordinación entre profesionales. En contraposición, nuestra propuesta es hacer coordinaciones individuales incluyendo a la persona y su red, y emplear el tiempo de encuentro entre equipos para otras tareas, como profundizar en las dificultades que surgen en el trabajo conjunto en las reuniones dialógicas que compartimos.

Después de dos años y medio parece que vamos encontrando un camino entre todos. Algunos profesionales no participan, pero la mayoría acepta vernos con la persona atendida y nosotros aceptamos que a veces nos hablen de ellas si lo ven necesario, siempre y cuando no se tomen decisiones en su ausencia.

Entre las dificultades estructurales más inmediatas para el desarrollo de nuestra tarea, se encuentra la preocupación por la cantidad de personas que requieren atención temprana en el área. Siendo 4 profesionales en el equipo y teniendo en cuenta la carga de tareas burocráticas que acompaña la labor clínica, nos preocupa la pérdida de inmediatez en la respuesta a la demanda.

Quizá porque anteriormente contábamos con una trabajadora social en el equipo, echamos de menos recursos para conectar mejor con la ocupación, en especial con el empleo y la formación. Por lo que nos transmiten las personas, recuperarse tiene que ver con tener verdaderas oportunidades de participar en la comunidad, con disponer de un alojamiento digno o no ser segregado o estigmatizado por su diversidad mental.

También echamos de menos de la etapa de la Comunidad Terapéutica más espacios de encuentro entre las personas, lugares en los que poder “estar” en los momentos en que la persona necesite salir de su entorno habitual, con todo lo que ello implica en cuanto a mostrarse en crisis dentro de un contexto de confianza, y, a poder ser, en espacios comunitarios.

Del primer año y medio de la UAT en Diálogo Abierto nos gustaría recuperar la figura del experto por experiencia, el Par (1). Durante el año y medio que pudimos contar con ella fue uno de los elementos clave para la construcción de nuestra

identidad. Esta figura se ocupó de devolvernos internamente las contradicciones que arrastramos los profesionales del equipo y nos hizo replantearnos gran parte de nuestra forma de trabajar, sobre todo en relación a la violencia empleada y de la que no somos conscientes. Con su presencia y sus señalamientos, fomentó la introducción de cambios necesarios en la forma de intervenir y en el lenguaje empleado, que poco a poco fuimos incorporando. Al mismo tiempo, servía de puente en la relación con las personas que atendemos, tanto en el acercamiento inicial, transmitiendo la esperanza necesaria en un momento de intensa confusión y miedo, como en la tarea posterior de reconstruir un proyecto propio en la vuelta a la vida cotidiana tras la crisis.

También es importante señalar la necesidad de una casa, una residencia para estancias cortas que ayude a las personas sin recursos que necesiten una separación temporal de la familia. En algunos casos la situación de crisis familiar genera dinámicas de tal violencia verbal y física que creemos que se beneficiarían de una separación temporal para poder empezar a dialogar antes de volver a la convivencia.

Por último, decir que somos conscientes de que el marco de Diálogo Abierto, por sus características y su modo de hacer, cuestiona directamente la organización del sistema de salud mental tradicional y es posible que se esté confundiendo el cuestionamiento al sistema con el cuestionamiento al trabajo individual. Esperamos que con el tiempo se dé un entendimiento cada vez mayor, porque es imprescindible que trabajemos en red si queremos que ayude a las personas. Si la red de salud mental sostiene al equipo de atención temprana, entonces el equipo podrá sostener a las personas en crisis.

RECOMENDACIONES

Cuando nos planteamos hasta qué punto el marco desde el que estamos trabajando puede adoptarse en otros dispositivos de salud mental, lo primero que diríamos es que nosotros lo estamos intentando y si estamos haciendo un recorrido, es que es posible.

El hecho de que se dé un movimiento social contra las prácticas de la psiquiatría que señala nuestras faltas actuales, y que algunos dispositivos, profesionales y nuestra propia unidad hayan dado un paso adelante tratando de mejorar la atención, e incluso que el Servicio Madrileño de Salud y la Consejería de Sanidad redacten un Plan para la Humanización de la Asistencia Sanitaria, apunta a un cambio necesario.

Si pensáramos en un cambio global sería interesante contemplarlo en todas las direcciones: desde fuera, escuchando el análisis de la situación que pone en nuestro conocimiento el movimiento social en contra de las prácticas coercitivas del sistema

de salud mental; y desde dentro, replanteando la estructura del propio sistema y sus dinámicas de poder (facultativo como único responsable), junto a una revisión personal de las prácticas individuales.

De cualquier forma, los cambios que pueden introducir los dispositivos, los equipos o los profesionales de forma particular comienzan por pequeños pasos. Primero, asumiendo las propias contradicciones, reconociendo que no estamos libres de ellas, para después iniciar el desaprendizaje de algunas prácticas. Entre estas se incluye el dejar de dar prioridad a los diagnósticos y al tratamiento estándar o replantearse las prácticas de poder (algunas tan sutiles que ni nos damos cuenta), como imponer el saber psiquiátrico sobre el subjetivo, decidir cuáles son las necesidades del otro en lugar de escucharlas, emplear un lenguaje clínico que no incluye a la persona o pedirle que asuma que está enferma por encima de todas las cosas para que establezca una relación de sumisión y docilidad que nos permita controlar todos los aspectos de su vida, desde el tratamiento médico hasta su lugar de residencia y administración económica (8).

Quizá un pequeño paso para empezar es que todos los servicios de atención a personas con un grave sufrimiento psíquico pudieran contar con una biblioteca de recuperación que incluyera relatos de personas con psicosis que continúan sus vidas. Posiblemente, además de ayudar a las personas en crisis, nos ayuden a los profesionales a enfocar el tratamiento con esperanza (9).

INVESTIGACIÓN EN LA UAT

En la UAT hemos participado en una investigación sobre el impacto económico según los resultados del proceso de recuperación, los recursos familiares, sanitarios, sociales empleados y las dependencias que se establecen o no tras la recuperación. De forma paralela, hemos participado en una investigación sobre la recuperación clínica y social de las personas atendidas y de la red afectiva de convivencia.

Sin embargo, nos sigue pareciendo necesario realizar otro tipo de investigación. Un estudio que rescate los aspectos que valoran las personas atendidas, que tenga más que ver con su recuperación social (no solo la laboral) y psicológica (cambiar la relación con las voces y creencias perturbadoras), por ser probablemente más influyentes en la calidad de vida que la recuperación clínica (disminución de los síntomas). Para ello, nos hemos sumado a la propuesta internacional de investigación “HOPEnDialogue” —coordinada desde el National Research Council de Roma (G. Salamina), junto a J. Seikkula, Doug Ziedonis y Steve Pilling, como co-investigadores—, estudio longitudinal que inició su preparación en mayo de 2019, contando con diferentes centros sanitarios públicos de 4 continentes y que tiene previsto su desarrollo entre 2022 y 2027.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Parrabera García S. El marco de Diálogo Abierto en la Unidad de Atención Temprana a la psicosis (UAT IC) de Alcalá de Henares. *Boletín AMSM* 2018; 43:20-29.
- (2) Seikkula J, Arnkil TE. *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder, 2016.
- (3) Badaracco JEG. *Comunidad terapéutica de estructura multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones, 1989.
- (4) Whitaker R. Intervención en la psicosis, el modelo de Laponia Occidental: Diálogo Abierto. En: *Anatomía de una epidemia*. Madrid: Capitán Swing, 2015, pp. 407-416.
- (5) Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keranen J, Lehtinen K. 5-year experience of first episode nonaffective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles follow up outcomes, and two case studies. *Psychother Res*. 2006;16 (2): 214-228.
- (6) Olson M, Seikkula J, Ziedonis D. Los elementos claves de la práctica dialógico en el diálogo abierto: criterios de fidelidad. Versión 1.1, 2014. Disponible en: <https://medschool.ucsd.edu/som/psychiatry/research/open-dialogue/Documents/spanish-translation.pdf>
- (7) Haarakangas K, Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Diálogo abierto: una aproximación al tratamiento psicoterapéutico de la psicosis en Finlandia del Norte. Traducción: Arratia M. En: *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge, 2016; c. 9.
- (8) Martín López-Andrade L. Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. *e-Atopos* 2017;3:104-128.
- (9) May R. Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En: Gleeson JFM, McGorry P (eds.). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana: un manual de tratamiento*. Bilbao: DDB, 2008; p. 425-452.