

EL MARCO DE DIÁLOGO ABIERTO EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN TEMPRANA A LA PSICOSIS (UAT IC) DE ALCALÁ DE HENARES

Silvia Parrabera García

PRESENTACIÓN

La UAT IC es una Unidad específica de referencia para la atención a personas que experimentan por primera vez una crisis psicótica.

En junio de 2014 Fundación Manantial firmó un convenio con el Servicio Madrileño de Salud para el desarrollo de una experiencia piloto denominada “Unidad de Atención Temprana Joven” (UAT joven) para jóvenes que atraviesan una experiencia psicótica por primera vez, y fue emplazada en el Centro de Salud La Garena e incluida en la Red de Servicios de Salud Mental de la red pública sanitaria del Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares

En julio de 2017, coincidiendo con el término de los 3 primeros años de actividad, se dio por concluida la primera fase de la experiencia piloto – en la que la UAT se desarrolló bajo el marco de una Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar- y dimos paso a una segunda etapa en el que la UAT Joven se transformó en la UAT Integrada y Comunitaria (UAT IC). Este nuevo marco se propuso para dar respuesta a la necesidad de que el modelo de intervención en atención temprana fuera viable en cuanto a insertarlo en la Red pública.

En esta nueva etapa la UAT IC se construye sobre las claves del aprendizaje por experiencia de la fase anterior y se inspira en el marco del Dialogo Abierto finlandés como forma de encuadrar el tratamiento. Dispone de un equipo mixto que integra profesionales de la Red de Salud Mental del área (una psiquiatra y una enfermera especialista en salud mental) y profesionales de Fundación Manantial (una psicóloga coordinadora de la Unidad, otro psicólogo, una experta en primera persona y un terapeuta ocupacional) que ofrecen a las personas atendidas y a sus familias un tratamiento a medida, integral e interdisciplinar que pretende un aterrizaje suave tras una crisis psicótica en un marco de trabajo comunitario.

La Unidad enmarca el tratamiento de forma que se entienda a la persona en su complejidad, más allá del diagnóstico, centrándose en pensar qué le pasa y qué necesita, permitiendo construir un sentido único para cada persona, para que cada uno realice su camino según sus

circunstancias. Para ello, aceptando la inversión del saber, es decir, reconociendo la importancia del saber acerca de uno mismo sobre el saber profesional y aceptando que sabemos poco acerca de la psicosis, lo que permite un aprendizaje continuado a través de la experiencia de cada caso particular. Queriendo apuntar desde este marco hacia el objetivo final de facilitar la emancipación de la persona atendida, de su familia y de la Red de Salud Mental.

En el equipo partimos de un norte común en el que entendemos que las personas desarrollan su aparato psíquico incluidas en una trama vincular y que toda psicología es interactiva e intersubjetiva. Por tanto de todos los factores que pueden encontrarse en la base de la experiencia psicótica nos interesa y enfocamos en lo que sucede en el ámbito de lo relacional, lo vincular, en la relación de la persona con su vida y con los otros.

También entendemos que la crisis psicótica es una crisis compartida que afecta a toda la red del individuo y que como toda crisis es una respuesta humana ante circunstancias que han generado un alto estrés, que además ofrece una oportunidad de cambio y de reorganización psíquica.

En cuanto a los episodios psicóticos pensamos que son una desconexión de la realidad, una interrupción de la confianza y la comunicación con los demás ante un estado de indefensión y un sufrimiento insoportable. Y los delirios y alucinaciones un intento de comunicación de experiencias vividas que no pueden ser nombradas a la que hay que ayudar a poner en palabras para que disminuyan los síntomas psicóticos.

Además escuchamos a los movimientos colectivos actuales que buscan formas alternativas de apoyo porque las personas no se sienten escuchadas y cuestionan la forma en la que los profesionales les atendemos en la Red de Salud Mental habitual. Su propuesta es “tejer” comunidad como alternativa de cuidado mutuo en respuesta a la cosificación y la marginación de la que se sienten objeto.

Partiendo de estas bases elegimos el marco de Dialogo Abierto para la atención temprana, que nació en Laponia Occidental, Finlandia, a partir de los años 80 y que actualmente se desarrolla en países como Noruega, Suecia, Dinamarca, Estonia, Italia, Reino Unido y Estados Unidos.

UNA ESCENA PARA INICIAR LA REFLEXIÓN

Las personas que atendemos son mayores de 16 años y llegan a la UAT IC derivadas de forma ordinaria desde los Centro de salud Mental o por vía urgente desde la Unidad de Hospitalización Breve, Hospitalización Domiciliaria, Interconsulta, Urgencias o el Centro de Atención Integral a la Drogodependencia, todos, dispositivos de la Red de Salud Mental de Alcalá de Henares.

Un día suena el teléfono móvil destinado a las derivaciones de la UAT IC. Se trata del psiquiatra de las Urgencias del Hospital, comenta que en ese momento están atendiendo a una chica de 21 años que ha acudido 3 veces en las últimas dos semanas a las Urgencias por sentir mucha ansiedad y que en esta visita confirman que está sufriendo una crisis psicótica. Ha comentado con ella y con su familia la idoneidad de ser atendidos por nuestro equipo de atención temprana antes de tomar ninguna decisión en cuanto a medicación o ingreso y han aceptado conocernos. Los profesionales de la UAT IC que se van a hacer cargo de recibirles (el terapeuta ocupacional y la psiquiatra) proponen verlos esa misma mañana y acercarse a las Urgencias o a casa si lo prefieren. Los padres, que han pedido el día para acompañar a su hija a las Urgencias, deciden acercarse con ella a la UAT IC. A su llegada se les recibe en una de las dos salas habilitadas para las Reuniones Dialógicas (más adelante explicamos su significado).

Los profesionales se presentan, les dan la mano y les ofrecen asiento, B. y sus padres también se presentan. Para iniciar la conversación les preguntan “¿Qué ha pasado?, ¿Qué es lo que les preocupa?” Y se inicia una ronda en la que cada persona habla de lo que han vivido en las últimas semanas y de por qué han acudido a las Urgencias hospitalarias mientras los demás escuchan. Durante la conversación la familia relacionó la situación de crisis con los problemas laborales sufridos por B. en los últimos tiempos y con la situación familiar de desarraigo tras llegar de su país de origen hace X años, por circunstancias económicas. Además desde hace X tiempo tienen que separarse rompiendo la unidad familiar y vivir en domicilios diferentes los padres y los tres hijos del matrimonio.

Durante los primeros 15 días las reuniones se realizaron a diario y en el domicilio de B., incluyendo a su hermana un año menor (también se invitó al hermano, pero no asistió por no faltar al trabajo). En el proceso que conlleva la serie de reuniones los síntomas psicóticos disminuyeron sin medicación neuroléptica y sin necesidad de un ingreso psiquiátrico. A las 3 semanas apareció un nuevo síntoma en el que B. aparece perpleja, parece no reconocer ni a las personas ni los objetos y cuando habla dice escuchar atribuyendo colores a lo que oye, además cuando consigue comunicarse ha perdido la lengua española y sólo puede entender y expresarse en su lengua materna. Como consecuencia la familia vuelve a desestabilizarse solicitando el uso de medicación y la psiquiatra prescribe tratamiento por acuerdo de los asistentes, incluido su compañero de equipo el terapeuta ocupacional, aun no coincidiendo con su criterio personal al inicio de la reunión. Un poco más adelante se decide incluir a otro

miembro del equipo, la experta en primera persona como figura de referencia para B. Al mismo tiempo se empieza a introducir la idea de una psicoterapia individual para B., además de la asistencia de la familia a los Grupos de Terapia Multifamiliar que ofrece semanalmente la UAT IC.

De esta forma, cualquier persona como B. comienza su tratamiento en la Unidad, y dependiendo de su evolución, podría verse en 3 escenarios al finalizar el tratamiento en Atención Temprana. En el primero, tras el proceso de salida de la crisis no necesitaría seguir en contacto con los Servicios de Salud Mental alcanzado la emancipación. En el segundo, pasaría a tener un facultativo de referencia en el Centro de Salud Mental para su seguimiento. Y en un tercer escenario, podría ser derivada a otro proceso asistencial (trastorno mental grave, trastorno de personalidad, etc.), en caso de acordarse necesario en las reuniones que se describen en la escena, y que son el eje del tratamiento.

INTRODUCCIÓN

El Dialogo Abierto es un enfoque para el tratamiento de las personas con un sufrimiento psíquico grave que se desarrolló en los años 90 en el hospital de Keropudas en Finlandia, donde continúa expandiéndose. Es más una forma de pensar y de trabajar en contextos psiquiátricos que un método definido.

Nos gustaría comentar este enfoque centrándonos en la serie de Reuniones Dialógicas que acompañan todo el tratamiento de principio a fin, que son el corazón de la dinámica del Diálogo Abierto y que integra las diferentes intervenciones terapéuticas que se desarrollarán según las necesidades que se definan entre todos para la persona atendida y su red sociofamiliar.

La incidencia de la esquizofrenia en Laponia Occidental alcanzó las tasas más altas a nivel mundial desde los años 60 a los 80 con una proporción de 35 nuevos pacientes por cada 100.000 habitantes. A mediados de los 90 se produjo un rápido descenso a 7 nuevos pacientes por cada 100.000 habitantes debido al desarrollo de una red de trabajo centrada en la necesidad de adaptación y en el enfoque de Diálogo Abierto.

Este modelo de intervención organiza los tratamientos a través de unidades funcionales que consisten en equipos móviles de crisis que se reúnen con las personas atendidas y su red sociofamiliar. Los profesionales que participan han recibido formación en psicoanálisis (2 años) y como terapeutas de familia según el modelo sistémico (3 años). En Laponia Occidental todos

Los profesionales de salud mental, independientemente de la disciplina de base (enfermeros, psiquiatras o psicólogos) tienen la misma formación, lo que les habilita para dejar en segundo plano la relación de poder basada en el supuesto saber atribuido al psiquiatra que tradicionalmente se ha dado en el Sistema de Salud Mental. Laponia Occidental cuenta con el mayor número de psicoterapeutas per cápita de toda Finlandia.

Con el fin de evaluar la efectividad del modelo y desarrollarlo se han llevado a cabo numerosos estudios de investigación (quizá sea el marco actual más investigado de los últimos 25 años). De forma representativa, en un seguimiento a 5 años (Seikkula y otros, 2011) en los resultados de la atención a personas con primer episodio de psicosis se recoge que el 81% no tiene síntomas psicóticos, el 84% ha recuperado su empleo o estudios, el 81% no ha tenido ninguna recaída, solamente el 33% ha usado medicación psiquiátrica y los nuevos casos anuales diagnosticados de esquizofrenia se han reducido del 33% al 3% (según los criterios de los manuales psiquiátricos de uso habitual en Occidente). Por otro lado, comparando los resultados con los de tratamientos tradicionales en Finlandia, hubo menos días de hospitalización, una reducción del uso de medicación neuroléptica y una reducción de los síntomas psicóticos (Lehtinen et al., 2000), lo que indica que la comunicación dialógica dentro del sistema de tratamiento es claramente efectiva. Concluyendo que estas visitas a domicilio son una alternativa efectiva a la hospitalización.

La experiencia clínica y los estudios de investigación de este marco para el tratamiento han identificado 7 factores que convierten las Reuniones Dialógicas en terapéuticas y que pueden aplicarse a todas las crisis psiquiátricas sin importar el diagnóstico específico.

La intervención Inmediata

La participación de la red sociofamiliar

La flexibilidad y movilidad del equipo

La responsabilidad y el trabajo en equipo

La continuidad psicológica

La tolerancia a la incertidumbre

El diálogo

LAS REUNIONES DIALÓGICAS COMO CORAZÓN DEL TRATAMIENTO

Las Reuniones Dialógicas acompañan todo el tratamiento como el principal espacio para la interacción terapéutica al cual asisten la persona atendida y las personas más cercanas

relacionadas con la situación de crisis. Todas las decisiones acerca del tratamiento se toman en estas reuniones después de escuchar a todos los asistentes y de forma consensuada. En coherencia con la máxima que centra la intervención dialógica: no hablar de las personas si no están presentes.

Las reuniones para el tratamiento tienen 3 funciones

Ir entendiendo el contexto en el que sucede la crisis.

Desarrollar un tratamiento basado en las necesidades de la persona atendida y de la familia.

Generar un diálogo terapéutico que permita trabajar en paralelo las relaciones y las experiencias vitales compartidas de la persona atendida y la red sociofamiliar.

En este contexto de reuniones dialógicas los 7 principios terapéuticos se entienden del siguiente modo:

La intervención Inmediata

La primera reunión tras el primer contacto telefónico, que puede realizar cualquiera de las personas preocupada por la situación de crisis (profesionales de referencia, familiares o la persona atendida), 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, discutir sobre circunstancias que probablemente serían difíciles de hablar en otro contexto y movilizar los recursos de apoyo de la propia red sociofamiliar y de la persona atendida. La crisis libera recursos no explotados previamente y moviliza cuestiones no discutidas a la luz pública 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.

Además el Servicio de Salud Mental de Laponia Occidental cuenta con un equipo de intervención en crisis que trabaja las 24h todos los días del año por si hay que atender en cualquier momento a cualquier persona que quiera consultar por problemas graves de salud mental.

La participación de la red sociofamiliar

En la unidad funcional que centra el tratamiento se incluyen a los miembros de la familia y otros significativos interesados en acompañar el tratamiento, reconociendo así el saber por experiencia propia de la persona atendida y de su red sociofamiliar.

También es importante incluir a los profesionales implicados en el tratamiento, siempre que sea necesario integrar en la reunión los puntos de vista de las intervenciones en las que la persona atendida participe a lo largo de su tratamiento.

De esta forma los asistentes se eligen incluyendo a todas las personas que definen el problema, así como a las personas que pueden ayudar. Todas las cuestiones relativas a la definición del problema, la planificación del tratamiento y la toma de decisiones se discuten en presencia de todos.

La voz de la persona atendida es fundamental en las reuniones, las comunicaciones delirantes o alucinatorias deben escucharse como una clave importante para entender el mundo interno de la persona. Es importante tener en cuenta que las familias sirven como enlace a través de los acontecimientos vividos que ayudan a poner palabras a estas comunicaciones y que con el tiempo contribuyen a disminuir de la sintomatología psicótica.

La flexibilidad y movilidad del equipo

El lugar de reunión se decide conjuntamente, La mayoría de las veces es el hogar. Las visitas en casa aumentan la sensación de seguridad necesaria para el diálogo en los miembros de la familia, se encuentran en un lugar propio y los profesionales son los que visitan. Además esta circunstancia permite experimentar el contexto de la vida de la persona atendida directamente, lo que ofrece una información mayor que la sala de un hospital o la consulta. En otros casos cuando los asistentes deciden realizar la reunión en el Centro de Salud Mental o en la Unidad de Hospitalización Breve también puede proporcionar una seguridad psíquica o física con unos límites de los que no se dispone en el hogar.

La duración de las reuniones es variable, según el diálogo que se establezca pero se ha observado que 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.

La frecuencia de las reuniones también es variable, según las necesidades de los participantes y no se planifican con anterioridad, ni los temas ni la conversación (al inicio es habitual que sean diarias y que luego se vayan espaciando). Ni siquiera el responsable médico puede saber con anticipación cual es el tratamiento más adecuado para la persona atendida. El tratamiento está adaptado a las necesidades cambiantes de los asistentes y las decisiones se toman en

función de éstas y de los recursos de apoyo con los que cuentan, no en función del diagnóstico.

El término flexibilidad también alude a que las reuniones como marco que centra el tratamiento permiten integrar distintas intervenciones terapéuticas dentro del mismo plan de tratamiento. Puede ser que la persona atendida además de acudir a las reuniones dialógicas esté asistiendo a una psicoterapia individual o acudiendo a rehabilitación psicosocial, realizando una terapia de familia y/o recibiendo tratamiento psicofarmacológico.

La responsabilidad y el trabajo en equipo

El equipo inicial formado por dos o tres profesionales (por ejemplo, puede ser un profesional del Centro de Salud Mental con otro profesional del Hospital) asume la responsabilidad de acompañar todo el proceso de tratamiento que en los primeros episodios de psicosis viene teniendo una media de dos o tres años de duración. Si una vez terminado el tratamiento, trascurrido el tiempo se demanda atención es el mismo equipo el que se ocupa de organizarlo y acompañarlo.

Este principio alude también a que las cuestiones que puedan surgir en torno al tratamiento se discuten abiertamente entre el equipo encargado y los médicos responsables. La responsabilidad es compartida, no hay un único profesional en el que se haya depositado. Este punto es importante cuando se trata de asumir el riesgo de trabajar sin ingreso psiquiátrico y sin medicación o a dosis mínimas. Si la responsabilidad no es compartida entre toda la Red la angustia que se deriva de los encuentros erosiona a los profesionales de tal forma que se hace difícil sostener esta forma de intervención.

Además el trabajo en equipo, (entre los diferentes profesionales de los diferentes dispositivos que participen en la atención), 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 dar lugar a un diálogo continuado que profundice lo suficiente antes de tomar ninguna decisión acerca del tratamiento, permitiendo así un abordaje psicosocial antes que farmacológico.

La continuidad psicológica

Se refiere a la importancia de acompañar con el mismo equipo, que se formó en la Red al inicio de los encuentros, todo el proceso de tratamiento independientemente de si la persona atendida está en casa o en el hospital y de la duración del tratamiento, lo que requiere un compromiso a largo plazo.

El principio de continuidad psicológica también es un factor crítico para la integración de las diferentes modalidades terapéuticas de las distintas intervenciones que se realicen a lo largo del tratamiento de la persona en la Red asistencial. Una integración que se trata de lograr a través de conversaciones abiertas en las Reuniones Dialógicas en las que participan los profesionales externos cada vez que surja la demanda de los asistentes o de los propios profesionales que desarrollan las diferentes intervenciones.

La tolerancia a la incertidumbre

Es una capacidad indispensable en los terapeutas que trabajan con el marco del Diálogo Abierto y 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). En medio de una situación de crisis de gran intensidad emocional en la que es habitual que las familias demanden que hagamos algo y que les demos pautas es importante darse tiempo para crear un entorno seguro en el que se sientan contenidos y se pueda hablar en primera persona y de forma genuina (la persona atendida, la familia y los profesionales). Esta paciencia y confianza se fomenta en los participantes a través de la confianza del equipo y el respeto al ritmo individual de cada uno para poder pensar.

El diálogo

Las personas que asisten a las Reuniones Dialógicas se centran en la experiencia presente de crisis compartida y profundizan en espiral partiendo de las preocupaciones, miedos y conflictos que comparten en la reunión. Los profesionales son las personas que velan por la escucha y el clima de confianza (lo que hace imprescindible no juzgar) para que se pueda poner palabras a contenidos emocionales muy intensos y a las experiencias de los asistentes. Así, a través de la reflexión conjunta se va conformando un lenguaje común y un relato que construye una realidad colectiva mucho más rica que ninguna producida por una única persona. De esta

forma surge una nueva comprensión para el comportamiento y los síntomas psicóticos que contribuye a dar sentido a lo vivido.

Los profesionales que forman parte de las Reuniones Dialógicas intervienen con preguntas abiertas o repitiendo algunas palabras especialmente significativas de los hablantes, de manera que ayude a profundizar cada vez más. Si ellos logran entender, entonces es posible que el resto de asistentes también. Además realizan Reflexiones Dialógicas que se asemejan a las realizadas en la terapia familiar sistémica tras el espejo pero dentro de la reunión, y cuando se aproxima el final tratan de concluir las reuniones con una reflexión acerca de lo que se desarrolló en la misma.

Es interesante señalar que los profesionales no escuchan tratando de dar una interpretación. Lo que escuchan es la carga emocional de las palabras que se emplean y la carga emocional de lo que no se puede nombrar (que se expresa a través del delirio, las alucinaciones o el cuerpo) siendo esta circunstancia la que guía el sentido del diálogo a través de las experiencias relatadas por cada asistente.

En contra de lo que pudiera parecer cuando el Diálogo Abierto habla de alcanzar una comprensión no quiere decir buscar una síntesis común a todas las experiencias, más bien se trata de abrir un contexto plural donde las diversas voces introducen la diferencia, conformando así una realidad compleja en la que todos tienen un lugar y en la que la voz del psicótico es una más. Esta es la manera en la que el inconsciente de todos puede mantenerse vivo en el lenguaje y en el diálogo con los demás para evitar la necesidad de hacer síntomas.

Para comprender la escena me ayudó la referencia a una metáfora musical. En el Diálogo Abierto no se busca un relato conjunto en el que confluir que nos permita predecir su continuidad como sí sucede en la música armónica que deja fuera los tonos disonantes para dar lugar a la armonía conformando así una melodía. El Diálogo Abierto se parecería más a la música atonal que consiste en que ningún sonido ejerza atracción sobre cualquier otro sonido que se encuentre en sus cercanías. Por eso el oyente no puede predecir ni siquiera una nota antes si está al final de una frase musical, sencillamente porque no ha existido ningún centro tonal.

Esta condición de “música atonal” es la que convierte el diálogo en abierto, un diálogo continuado, que no tiene final. No se busca extraer conclusiones, cada asistente va enriqueciendo su percepción de la realidad a través de la escucha de las otras experiencias, añadiendo nuevos significados a las palabras que emplea, transformando su comprensión al complejizarse con los significados con los que contribuyen los demás.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA UAT IC

Partiendo de los factores esbozados anteriormente estamos tratando de adaptar el marco de Dialogo Abierto a la cultura propia de nuestra Red de Salud Mental en Alcalá de Henares, lo que resulta un trabajo delicado y difícil teniendo en cuenta dos aspectos.

Por un lado, que apunta a un cambio en las bases organizativas del sistema de tratamiento, lo que nos pone en situación de alinearnos dentro de la Red de Salud Mental para desarrollar la adaptación de este modelo juntos. Para ello necesitamos tiempo en el que compartir inquietudes entre toda la Red y así generar una construcción colectiva, un modelo compartido para atender a las personas que experimentan psicosis por primera vez.

Y por otro lado, porque el propio equipo de la UAT IC está aprendiendo y además tiene que contar con la limitación de recursos de nuestro dispositivo para desarrollar el modelo de forma completa. Lo que vamos a detallar en adelante es la adaptación que estamos construyendo en la Red de Salud Mental de Alcalá de Henares.

Con respecto a la Red, la UAT IC ha elegido ser integrada en el área de Alcalá de Henares porque con respecto a otras áreas de Madrid, destaca en su tendencia a descentralizar el fármaco como eje del tratamiento dando gran relevancia a la atención psicoterapéutica y ofreciendo con mayor asiduidad actividades como la terapia de familia, la psicoterapia individual y los grupos terapéuticos. Además nuestra Red está tratando de introducir el uso de un Plan de Crisis o Documento de Voluntades Anticipadas para tener en cuenta las preferencias de las personas en caso de tener que atenderlas en situación de crisis. También es una Red que se ha adherido al Manifiesto de Cartagena y que trata de prevenir la coerción en sus prácticas asistenciales. Otro aspecto importante para nosotros es que se puede observar en la convivencia diaria el esfuerzo de todos los profesionales por crear una mayor horizontalidad entre las distintas disciplinas, los diversos enfoques terapéuticos y los diferentes dispositivos, tratando de darles la misma representatividad y participación en los diferentes grupos de trabajo y espacios organizativos del área.

Con respecto a la UAT IC, contamos con un equipo de 6 profesionales con dedicación exclusiva para el área de Alcalá de Henares (unos 250.00 habitantes). Uno de ellos es la figura del experto en primera persona y agente de apoyo mutuo que se introduce como figura adoptada del "Proyecto Parachute" desarrollado en Nueva York, con la intención de introducir la esperanza y el cuidado mutuo a través de la presencia de una persona que ha vivido problemas graves de salud mental, ha recibido atención en el Sistema de Salud Mental, ha conseguido

una recuperación suficiente para retomar su proyecto de vida evitando el camino hacia la cronicidad y le interesa aportar su experiencia a personas que se enfrentan a problemas graves de salud mental. Además en la UAT IC cumple una función muy importante y sensible, reflejando y contribuyendo con sus observaciones personales cuando se trata de la dinámica interna del equipo.

En estas circunstancias, siguiendo los 7 principios terapéuticos de las reuniones dialógicas la UAT IC está construyendo una adaptación humilde que permita realizar la tarea de manera coherente.

En primer lugar, a diferencia del Sistema de Salud Mental de Laponia Occidental, las personas interesadas en recibir atención del equipo de la UAT IC son derivadas desde otros dispositivos. Como la idea es adaptar el modelo para que se integre en la Red de Alcalá de Henares, por ahora las personas no pueden realizar una llamada directa pidiendo ayuda como sería la forma más natural de empezar el tratamiento, en nuestra Red es necesario que la demanda la haga un profesional. Este inicio vuelve un poco menos ágil la atención inmediata de intervención en crisis, pero sobre todo pensamos que añadir esta posibilidad podría ser otra puerta abierta para personas con dificultades para pedir ayuda de la forma habitual, de manera que no lo hacen si no se encuentran en una situación extrema retardando otro tanto la atención terapéutica.

Además nuestra atención se desarrolla en un horario de 9.00h a 16.00h. Como no tenemos personal para cubrir un servicio telefónico las 24h del día ni para atender después de la 16.00h de la tarde hemos adaptado el modelo de forma que al terminar nuestro horario los servicios de Urgencias del Hospital, al recibir a una persona con una primera experiencia de psicosis o a cualquiera de las que se encuentran en tratamiento en la UAT IC, si es posible y adecuado, les atienden y les indican una reunión con el equipo de la UAT IC a las 9.00h del día siguiente, teniendo en cuenta que nosotros hemos reservado un espacio diario para las situaciones de urgencia que hayan ocurrido el día anterior, de 9.00h a 10.30h. Al llegar por la mañana nos darían aviso y nos reuniríamos donde nos convoquen las personas interesadas. Hasta ahora la coordinación con las Urgencias se ha dado de una forma más espontánea, ha coincidido que nos han podido llamar mientras la persona estaba en las Urgencias para que atendamos en el momento.

Nuestro equipo tampoco se puede comprometer a cumplir con el margen de 24h que propone el marco de Diálogo Abierto y lo hemos ampliado a 48h a partir de la llamada en la que se hace la demanda asegurándonos así la coherencia, aunque por ahora en todas las derivaciones hemos podido responder en el mismo día.

En segundo lugar, la integración de los diferentes profesionales de la Red de Salud Mental que participamos el tratamiento en las Reuniones Dialógicas resulta complicada porque en nuestra cultura los profesionales no estamos habituados a intervenir de forma genuina y personal. Hasta ahora se ha dado prioridad a la unificación de criterios y a que los profesionales participantes en una reunión muestren una posición común decidida con anterioridad cuando se trata de comunicarse con la persona atendida y su familia. Es decir no estamos habituados a pensar en alto en función de las emociones que nos despierta la escucha de sentimientos tan intensos como los que se dan en un diálogo genuino con una red en crisis y surge el miedo a confundir a los asistentes si las posturas no coinciden, prevaleciendo la fantasía de que si al final de la reunión no se ha dado una comprensión conjunta se produzca una triangulación de por si antiterapéutica.

Además debemos contar con uno de los grandes obstáculos que tradicionalmente han convertido las reuniones de coordinación entre servicios en un “como sí”. Las relaciones de poder latentes entre las diferentes disciplinas, uno de los pilares en la arquitectura del Sistema de Salud Mental en España. De forma habitual estamos acostumbrados a que las decisiones sobre el tratamiento las toma el médico responsable del caso y aunque se realizan reuniones para su discusión, la decisión es del médico al que el sistema otorga esta responsabilidad colocándole en una posición imposible de omnipotencia al mismo tiempo que de asilamiento, lo que le conduce a tomar decisiones por otros de manera defensiva, por la angustia que genera tener que responsabilizarse a solas de la vida de otra persona que en ocasiones estará en riesgo.

Aunque los equipos trabajen de forma interdisciplinar el sentimiento de responsabilidad queda depositado en la figura del psiquiatra que como tal no puede evitar tener la última palabra en cuanto a qué tratamiento es el más acertado, convirtiendo a la persona atendida en objeto de la intervención y negándole el derecho a responder como sujeto activo ante una crisis que pertenece a su vida. Esta circunstancia deja una huella imborrable que determinará su trayecto como paciente de salud mental y si se trata de una persona joven (como suele ser en los primeros episodios) en su identidad como adulto.

Además las familias, inmersos en la misma cultura y por un profundo sentimiento de desesperación que atraviesa la crisis compartida, también esperan una actuación omnipotente por parte de la figura del psiquiatra, lo que dificulta el reparto de responsabilidad entre todos los asistentes y por tanto el apoyo mutuo. En estas circunstancias el principio de tolerancia a la incertidumbre se convierte en un reto mayor de lo que ya es en sí mismo.

En el equipo de la UAT IC también nos está costando salir de la lógica del psiquiatra como responsable y en este primer tiempo hemos tenido que recordarnos unos a otros, cada cierto

tiempo, que la responsabilidad es compartida independientemente de la disciplina que representamos cada uno.

En relación a este punto, y en cuanto a la necesidad de trabajar internamente la horizontalidad entre los profesionales del equipo de la UAT IC hemos dados tres pasos importantes. En primer lugar, recibir la misma formación (acompañamiento terapéutico, diálogo abierto, la figura del experto en primera persona, el apoyo mutuo, etc.), también estudiar juntos con textos propuestos por nosotros. En segundo lugar supervisar el equipo, reunión mensual con un profesional externo a la que asisten todos los profesionales para revisar la relación entre nosotros y con la tarea. Y por último, siguiendo el ejemplo de los equipos finlandeses, equiparar los sueldos, experiencia que se encuentra recién nacida y en la que no forma parte la coordinadora.

En cuanto a la continuidad del tratamiento, nuestra intención es ser coherentes en cuanto que sean los mismos profesionales los que atiendan a la persona y su red si vuelven a necesitar ayuda, pero teniendo en cuenta que se trata de un equipo pequeño hemos tenido que acotar la intervención al periodo crítico de los 5 primeros años que los estudios señalan como etapa óptima para la atención temprana y si una persona de las que atendemos atravesara una nueva crisis superado este periodo de tiempo no podríamos atenderla y la acompañaríamos a ser atendida en el Centro de Salud Mental habitual y por otros recursos de la Red si fuera necesario.

En cuanto al principio de incluir a la red personal en el proceso de tratamiento aún no sabemos resolver situaciones especiales como la de una persona que no tiene red familiar o la de otras que no quieren incluirla en el tratamiento. Por ahora, en el caso de la persona en la que no hay familia hemos realizado Reuniones Dialógicas con la persona y un tiempo después ha empezado a incluir a otros significativos como amigos o familiares de amigos. En cuanto a las personas que no quieren que incluyamos a su red familiar, en algunos casos hemos visto que esta situación de partida se diluye cuando la persona empieza a establecer un vínculo con nosotros y después de un tiempo inicial permite la participación de la familia. Pero en uno de los casos en particular, todavía nos estamos preguntando cómo podemos hacer para trabajar sin la red sociofamiliar.

Con relación al principio de tolerancia a la incertidumbre podemos decir que es una capacidad que estamos desarrollando con la experiencia. Creo que partimos de una capacidad para tolerar la angustia en situaciones límite suficiente pero nos damos cuenta de que la experiencia en este primer tiempo y en especial contar con el apoyo de la Red de Salud Mental nos está ayudando a desarrollar la confianza y la paciencia necesaria para transmitir a las familias la necesidad de pensar entre todos antes de actuar ninguna decisión. No es fácil, de

vez en cuando nos vemos en situaciones en que un profesional tiene que señalarle a otro la prisa por decidir con la que está participando en la reunión.

En cuanto al principio de Dialogismo, señalar las dificultades que vamos superando los profesionales del equipo para aprender a trabajar en primera persona, situando primero lo que sentimos para desde ahí hacer una contribución genuina acerca de lo escuchado en el diálogo. Esta posición es radicalmente diferente a la forma de intervenir aprendida en otros modelos, lo que ha supuesto un cambio fundamental en nuestra forma de participar en el tratamiento y un proceso de aprendizaje. Lo mismo podría decir de la técnica que consiste en realizar Reflexiones Dialógicas entre los profesionales delante de los asistentes. Al principio cuesta dejarse ver pensar en alto. Estas reflexiones se dan en un momento de la reunión en el que después de escuchar a todos los participantes los profesionales se giran para mirarse entre ellos y hablan de lo que piensan y sienten sobre lo escuchado para luego preguntar a los demás si quieren hacer algún comentario sobre lo dicho.

Otra variante de la UAT IC es que ofrece diversas actividades terapéuticas, algunas grupales y otras individuales.

En cuanto a las actividades grupales hemos rescatado aspectos aprendidos en la etapa anterior en la que se puso en relieve los beneficios del grupo como red de apoyo tanto para las personas atendidas como para sus familiares y allegados, ayudándonos a entender la importancia del cuidado mutuo en el día a día de estas personas. De esta manera la UAT IC conservó el Grupo de Terapia Multifamiliar y el Grupo de Deportes que actualmente ofrecemos abierto a las personas que finalizaron su tratamiento en la UAT IC y sus familias o allegados. Los dos grupos están sufriendo una transformación que acompaña el cambio de modelo en la Unidad y que sucede en sincronía con las demandas de las personas que atendemos.

Por un lado, el Grupo de Terapia Multifamiliar ha dado a luz a un Grupo de Aprendizaje Colectivo en el que las personas interesadas (de alta o en tratamiento, personas atendidas, familiares o allegados) se reúnen con el equipo para visionar documentales, dialogar y reflexionar acerca de sus preocupaciones en torno a diversos temas todos ellos vinculados con la salud mental de las personas.

Por otro lado, el Grupo de Deportes se realiza en las canchas de la zona y se ha abierto a las personas que han sido atendidas en la etapa anterior de la Unidad, actualmente acoge a todos los que el grupo quiera incluir. Por ahora han participado amigos, vecinos, novias e incluso

otros chicos que también juegan en la misma cancha y que quieren echar un partido. Parece que el Grupo de Deportes va tomando el camino de convertirse en un grupo autogestionado.

Como novedad, la UAT IC asesora y promueve Grupos de Apoyo Mutuo a través de la figura de la experta en primera persona y agente de apoyo mutuo que les ayuda a dar forma a un grupo autogestionado por las personas que atendemos y que se apoya en las personas que dejaron la UAT después de terminar su proceso de salida de la crisis.

En cuanto a las actividades individuales las UAT IC ofrece Acompañamiento Terapéutico, Apoyo Psicofarmacológico y/o Psicoterapia Individual de orientación dinámica.

El Acompañamiento Terapéutico porque en la etapa anterior aprendimos la importancia de acompañar las etapas más difíciles y de atender las demandas individuales en el momento de enfrentar los retos de la vida cotidiana y en concreto de retomar la vida laboral o académica como factor terapéutico que potencia la salida de la crisis cuando es demandado por la persona atendida. Los acompañamientos los realizan cuatro de los profesionales del equipo incluyendo a la experta en primera persona que conoce el mapa de recursos comunitarios con los que contamos en Alcalá de Henares y Madrid para la búsqueda de empleo y las actividades de ocio. También contamos con un programa aprobado por la Comisión de Docencia del hospital para la participación de residentes de enfermería especialistas en salud mental como acompañantes en la comunidad en un intercambio a través del que reciben formación y supervisión.

La Psicoterapia Individual se realiza en la UAT IC con dos de los profesionales del equipo, los psicólogos, pero también a través de adjuntos de la Red que deciden colaborar con nuestro modelo ofreciendo psicoterapia individual o terapia de familia. Del mismo modo, la Comisión de Docencia del hospital ha aprobado un programa para residentes de psiquiatría y psicología que quieran colaborar con la UAT IC como psicoterapeutas a través de un intercambio en el que, al igual que los residentes de enfermería, reciben formación y supervisión.

En la Unidad también ofrecemos Apoyo Psicofarmacológico por fuera de las Reuniones Dialógicas, a modo de consulta. Funciona como un espacio disponible para las personas que quieran tomar decisiones informadas sobre emplear o no la medicación, qué medicación y cuánto tiempo, así como acompañar procesos de discontinuación.

Finalmente queda por comentar la dificultad dentro del equipo y con los profesionales colaboradores en el tratamiento cuando se trata de trabajar atendiendo a la máxima de no

hablar de las personas si no están presentes. En el equipo de la UAT IC estamos aprendiendo y cuando reflexionamos acerca de la tarea tratamos de hablar de nosotros, de cómo nos sentimos con cada Reunión Dialógica que nos haya dejado pensando, pero no es fácil y aún seguimos hablando de las personas que atendemos y de las familias. Este punto es aún más difícil cuando se trata de compartir información con los profesionales de otros dispositivos que siguen el sistema de coordinación habitual en el que no participan las personas que atendemos. Por ahora el límite que nos marcamos es no tomar decisiones si no están presentes.

Quizá sea de ayuda pensar que el marco de Diálogo Abierto no interviene sobre las personas, por ello no tendría interés hablar de alguien concreto, interviene sobre el contexto, sobre toda la red (incluidos los profesionales que asisten) y sus circunstancias. Podemos pensar el contexto como una voz más que transforma el diálogo. Como ejemplo baste decir que no se da la misma conversación si el diálogo se desarrolla en una consulta del Centro de Salud Mental, en el parque o en el salón de una casa. Cada conversación es única y no se volverá a repetir porque el momento y las circunstancias de cada asistente serán otras.

AGRADECIMIENTOS

No quería dejar de mencionar lo importante que está siendo para nuestro aprendizaje el Colectivo FLIPAS GAM de Madrid. Quería darles las gracias por todo lo que nos van enseñando y por no dejar de indicarnos el norte, la voz de las personas que atendemos.

REFERENCIAS

kauko Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B Aaltonen, J. (2006) Collaborative Therapy: Relationships And Conversations That Make a Difference. New York: Routledge. Capt 9: Diálogo Abierto: Una aproximación al tratamiento psicoterapéutico de la psicosis en Finlandia del norte. Traducción: Arratia, M. (2016).

Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V., and Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model: is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312–320.

Martín López Andrade, L. (2017) Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. *Revista Átopos*.

Seikkula, J., Alakare, B., Aalantonen, J. (2000). A 2 year follow up on Open Dialogue treatment in first episode psychotic: Need for hospitalization and neuroleptic medication decrease. *Social and Clinical Psychiatry* 10 (2): 20-29.

Seikkula, J., Alakare, B., Aalantonen, J., Holman, J., Rasinkangas, A. and Lelithinen, V. (2003). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a 2 year follow up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*. 5(4): 163-182.

Seikkula, J., Alakare, B., Aalantonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis. Psychological, Social and Integrative Approaches*. Vol. 3: 192-204.

Seikkula, J., Trimble, D. (2005). Elementos Curativos de la conversación terapéutica. El diálogo como encarnación del amor. *Family Process* 44:461-475.

Seikkula, J., Alakare, B., Aalantonen, J., Haarakangas, K., Keranen, J. and Lehtinen, K. (2006). 5 year experience of first episode nonaffective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles follow up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 16 (2): 214-228.

Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2016) *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona. Ed. Herder.