

UAT

Unidad de Diálogo Abierto para la atención a jóvenes con primeras experiencias de psicosis

Silvia Parrabera García. Ex coordinadora y supervisora de la UAT. sparrabera@gmail.com



Presentación

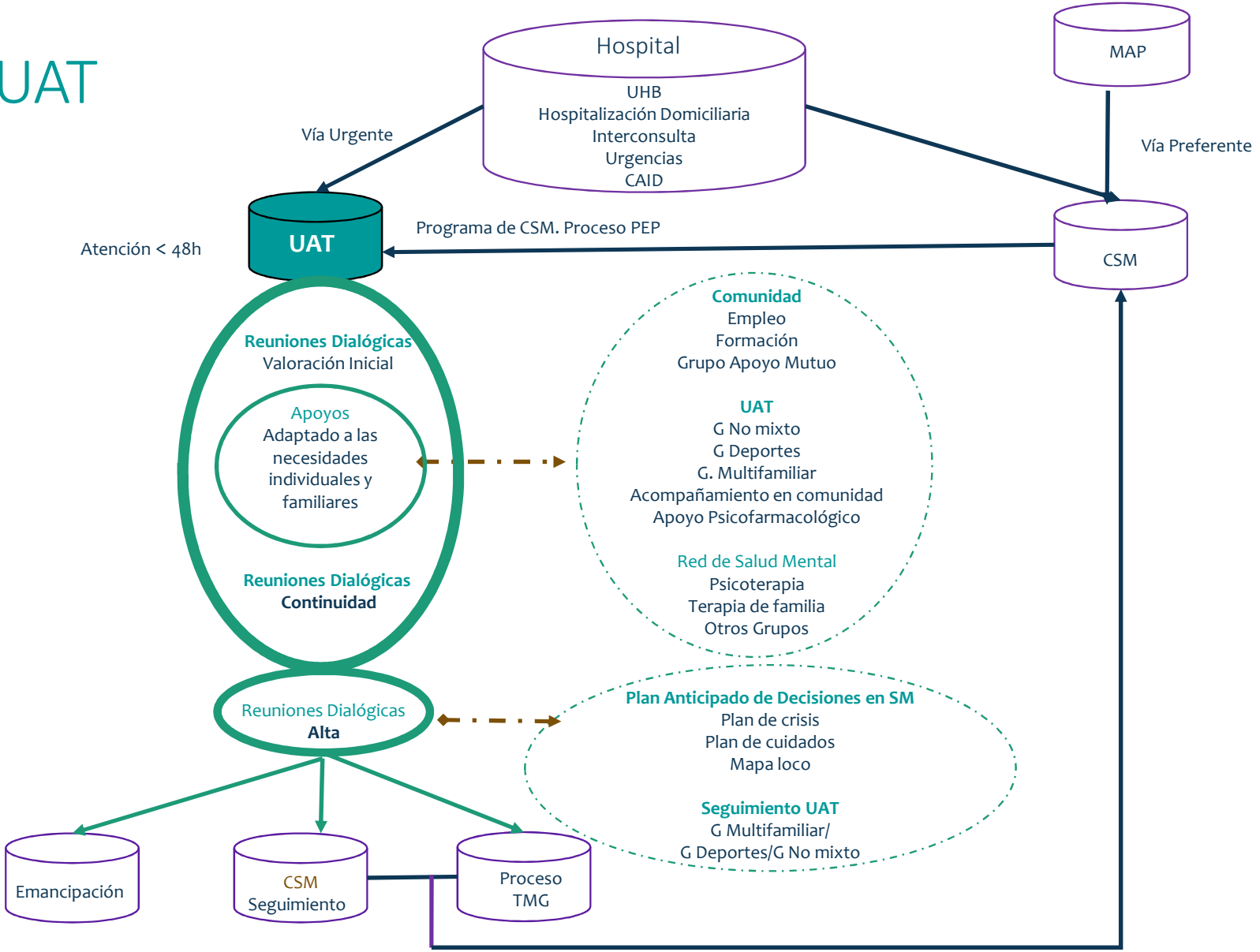
- La UAT está ubicada en l 1º Planta del C. Salud “La Garena” de Alcalá de Henares, **Madrid**.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias (250.000hab.)

- Presta atención de **personas mayores de 16 años** que afrontan por 1ª vez experiencias que han sido calificadas como psicóticas que solicitan atención **y sus entornos sociofamiliares**. Procesos de **2 años**
- El **equipo actual** es interdisciplinar Psi., Psiq., TO, DUE, PIR, MIR
- Generalmente trabaja en los **espacios comunitarios**
- La UAT ha seguido un **proceso de aprendizaje propio**
 - 2014 Comunidad Terapéutica Multifamiliar de Estructura Multifamiliar
 - 2017 UAT IC. Dialogo Abierto. **Experta en primera persona**
 - 2019 UAT. **Dialogo Abierto**. (RD, AT, AF, Grupos)



La UAT



Pensando en la experiencia de la Comunidad Terapéutica

Decidimos olvidar la idea del tratamiento intensivo y **adaptarnos al ritmo individual** de cada persona

La creación de listas de espera supone **falta de coherencia con la atención inmediata**

El efecto burbuja para las familias ante el alta de la Unidad

Buscamos **una relación horizontal genuina dentro del equipo** para poder pensar juntos

Buscamos una **coordinación eficaz interservicios** en cuanto a las necesidades de las personas

De la comunidad terapéutica a **hacer terapéutica la comunidad**. Donde se produce la psicosis, donde están los apoyos naturales

Rescatamos la importancia del **cuidado mutuo** y decidimos apoyarlo activamente

Rescatamos la importancia de **los grupos que de forma genuina crean Red**

Rescatamos la importancia de **las familias participando** en el proceso de salida de la crisis

Rescatamos la importancia de volver a **la formación y al empleo**

Rescatamos la importancia de **la tecnología en la comunicación** con los más jóvenes

La **actitud y la tolerancia a la incertidumbre de los profesionales** antes que la formación.

Buscando un marco que respete a las personas

La descentralización del diagnóstico para dar prioridad a escuchar lo que pasa y lo que necesitan las personas

El diagnóstico tiene poca capacidad para dar cuenta de los cuidados y las necesidades
Además está cargado de significado en cuanto a enfermedad y discapacidad

La convicción de que las experiencias psicóticas **no tienen que seguir el camino de la discapacidad**

Ni quedarse atrapados en la Red de Salud Mental

La descentralización del fármaco para dar prioridad a la atención psicosocial

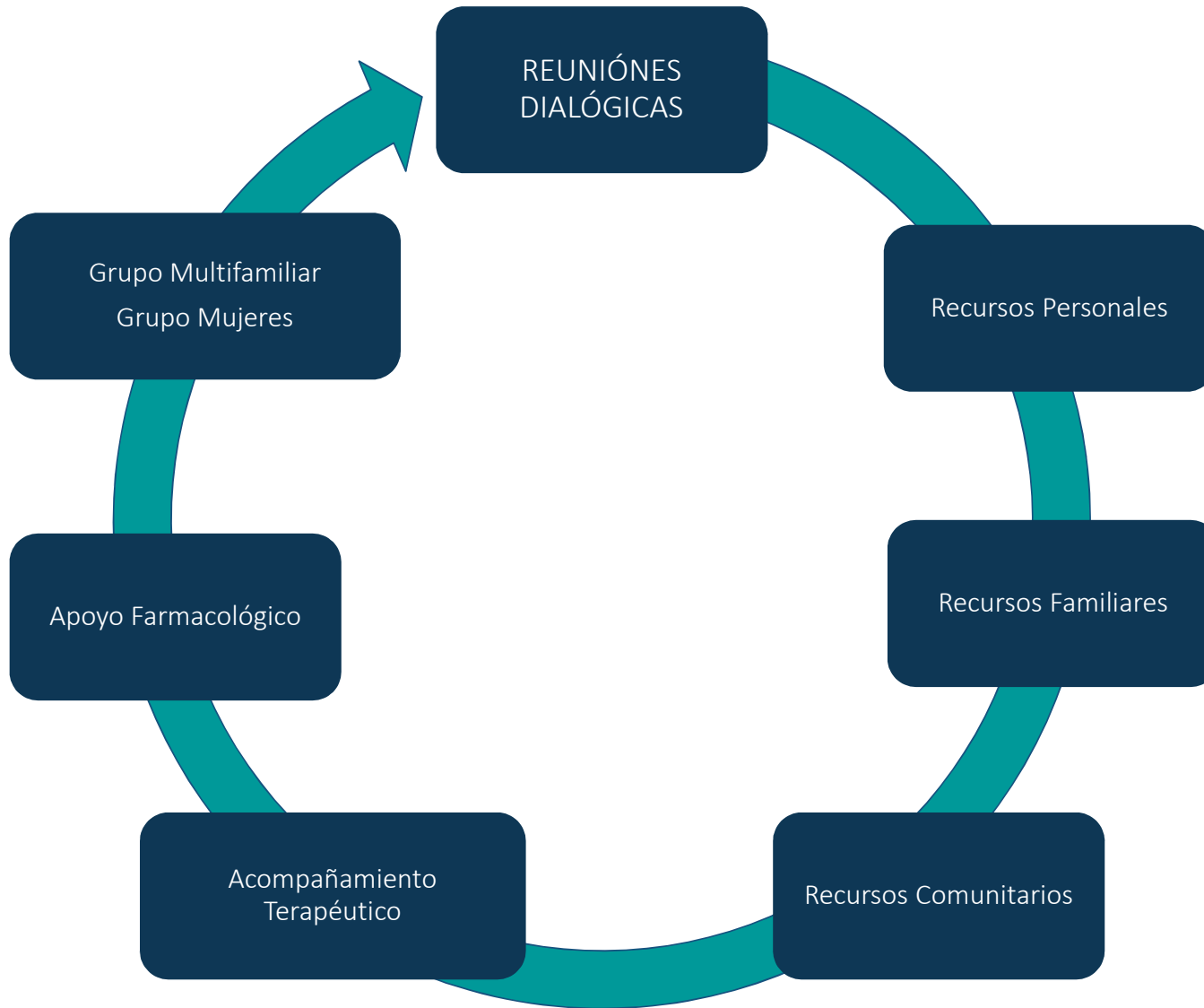
Las causas que llevan al límite y **detonan la psicosis** son personales, sociales, familiares, económicas
La medicación a dosis mínimas. Los neurolépticos no curan

La no coerción y la coherencia con los **derechos de las personas** con problemas de salud mental

Tratamiento voluntario. Permitiendo que elijan los apoyos de manera **informada**
Trabajando en el hogar y la comunidad para evitar el ingreso

Una relación horizontal, **de persona a persona** con cada persona y su familia

Para ello necesitamos **que suceda en el equipo.** Compartiendo al responsabilidad ante el riesgo



Equipo de la UAT



Trabaja en **coherencia** incluyendo al entorno y las experiencias vividas en primer plano

Por su manera de entender a las personas

Por su manera de entender la salud mental

Por su manera de entender la psicosis

¿Por qué Diálogo Abierto?

El trato y el respeto a todos los asistentes incluidos los profesionales

Porque pone en relieve el saber subjetivo de la persona con historia por encima del diagnóstico

Porque nos pone al servicio de las personas y sus necesidades

Por emplear la comunidad

Por sus resultados en la atención a la psicosis

¿Cómo trabajamos en la UAT?

Cuando conocemos a una persona que expresa un sufrimiento psíquico relacionado con estas experiencias y pide ayuda profesional (o es el propio entorno quien solicita la ayuda), desde la UAT empleamos para organizar el tratamiento las **Reuniones Dialógicas**.

Herramienta principal **DIÁLOGO ABIERTO**

Par o Experta en 1ª Persona

Innovación

Adoptada del proyecto Parachute de Nueva York
Actualmente figura adoptada en los equipos de Laponia Occidental, Finlandia
Elemento clave de nuestra identidad como equipo

Perfil

Ha experimentado sufrimiento psíquico intenso
Ha sido paciente en el sistema de salud mental
Formada como agente de apoyo mutuo puede asesorar la formación de GAMs
Le interesa aportar su experiencia a otras personas
Joven, trabajando o estudiando

Funciones

Nos devuelve las contradicciones internas en el equipo
Responsabilidad compartida
Los cambios necesarios en el lenguaje empleado
Deformación en el trato a las personas que atendemos
Deformación en el trato recibido de la institución
Puente en la relación con las personas que atendemos
En los momentos críticos, transmitiendo empatía y esperanza
En los momentos de miedo como la vuelta al trabajo o la formación

Tareas

Asistir a las Reuniones Dialógicas/ en red
Acompañamiento en la Comunidad
Encuentros individuales puntuales para asesorar
Encuentros de grupo. Piscina, fútbol, Aprendizaje colectivo, arranca Grupo de Ayuda Mutua en la comunidad

¿Cómo es el proceso en el Área?

Derivación a través de una llamada telefónica y ficha de derivación al correo de la coordinadora

Procedimiento de urgencia. Interconsulta, UHB, Urgencias

Procedimiento habitual. Atención Primaria

Llamada. **1ª Reunión** en 48h. Cuando quiera. Donde quiera. Con quien quiera

Equipos móviles de **crisis. 2 o 3 profesionales** acuden a los hogares o donde se les cite

Se reúnen con la persona con primera experiencia de psicosis y su red social y familiar

Todas las cuestiones se discuten abiertamente delante de las personas implicadas

Todas las decisiones se toman por consenso confiando en la mente ampliada del grupo

¿Qué es el Diálogo Abierto?

Laponia Occidental. Años 80. Cambio de estructura del sistema de salud mental

Intervención centrada en la familia y en la red social

Mejores resultados documentados en psicosis

El 79 % de los pacientes estaban asintomáticos

El 80% trabajaban, estudiaban o buscaban trabajo.

Solo el 20% tenía una incapacidad reconocida

Dos tercios de los pacientes nunca tomaron medicación neuroléptica, sólo el 20 % continuaba tomándola al finalizar el seguimiento.

La psicosis como respuesta a los acontecimientos de vida. Ante un sufrimiento insoportable sostenido en el tiempo

Crisis psicótica como una interrupción radical y temporal de la comunicación

Funciones básicas de las Reuniones

1. Recopilar información para comprender la crisis psicótica
2. **Crear un plan** ajustado a las necesidades de la red
3. Desarrollar un **Diálogo Terapéutico** en paralelo que reestablezca la comunicación

Reuniones Dialógicas

- Equipos móviles de crisis
- Dos o tres profesionales
- Se reúnen con la persona y su red socio familiar
- Todas las cuestiones se discuten abiertamente
- Todas las decisiones se toman por consenso

Invitados
Profesionales implicados del CSM, CAID, UHB, Urgencias, etc.
Hermanos
Pareja, amigos

Funciones del Facilitador

1. Construir un **Espacio Seguro**
2. **Garantizar el Diálogo** entre los asistentes



REUNIÓN EN RED - RED DE APOYO

Objetivos

1. **Recopilar información** para comprender la crisis
2. **Crear un plan de tratamiento** ajustado a las **necesidades** de los asistentes
3. Desarrollar un **Diálogo Terapéutico** en paralelo que trabaje la comunicación y la relaciones

Polifonía de voces

- ¿Qué ha pasado? y ¿Qué necesitan?
- Cada uno habla desde su propia experiencia y sus necesidades
- Cada uno asume sus propias preocupaciones
- Qué puedo hacer que contribuya

2 vectores clave en el proceso de Diálogo Abierto

7 Principios básicos

Una forma de organizar los servicios

1. Atención Inmediata
2. Perspectiva de red social
3. Flexibilidad y Movilidad
4. Responsabilidad compartida
5. Continuidad psicológica

Una forma de estar con las personas

6. Tolerancia a la Incertidumbre
7. Dialogismo

1. Atención inmediata

Una intervención inmediata convocando **una primera reunión en las 24h** siguientes al primer contacto

Adaptación de la UAT: compromiso de 48h aunque frecuentemente atendíamos en el mismo día

¿Por qué?

Para acompañar en grave sufrimiento que implica una experiencia de psicosis desde el principio

Porque el momento de crisis da la oportunidad **de movilizar los recursos** (también los psíquicos) de la red

También porque permite **movilizar cuestiones no discutidas** con un potencial único para la reflexión

¿Cómo?

En Laponia Occidental disponen de servicio de atención para situaciones de crisis las 24h

Adaptación de la UAT

Coordinación con las Urgencias del Hospital: en observación y acordando una 1ª reunión de 9.00h a 10.30h del día siguiente Teléfonos disponibles durante todo el horario laboral y compromiso de responder a la mayor brevedad

Accesibilidad tanto para la persona como para su red de apoyo

Posibilidad de convocar reuniones de forma inmediata en el mismo día

2. Flexibilidad y movilidad

¿Por qué?

- Para adaptarnos a las necesidades de cada persona y entorno de la forma más precisa. Cada proceso es único
- Para estar presentes allí donde sucede la psicosis: la comunidad, la familia
- Para realizar las reuniones donde las personas se sientan más cómodas y más seguras
- Para que nos integren en su vida diaria
- Para facilitarles el contacto con SM

¿Cómo?

El lugar de reunión se decide conjuntamente, La mayoría de las veces es **el hogar**

- Aumenta la sensación de seguridad

- Permite experimentar el contexto de las personas atendidas

- En MAP, CSM, UHB, Urgencias también puede proporcionar un espacio seguro según el momento

La duración de las reuniones es **variable**, según el diálogo que se establezca

Las reuniones tienen una **frecuencia variable** según las necesidades de los participantes y su demanda

- Todas las personas de la red pueden convocar reuniones

Las reuniones **no se planifican con anterioridad**, ni los temas ni la conversación

Como las reuniones son un marco que centra el proceso permite **integrar distintos modelos terapéuticos**

- Invitando a los profesionales colaboradores siempre que alguien lo demande en la RD

3. Perspectiva de red

La unidad funcional que centra el proceso se incluyen a **los miembros de la familia y otros significativos**

¿Por qué?

Porque la crisis afecta a todo el entorno afectivo más cercano

Porque pueden acompañar el proceso de recuperación formando una red de apoyo

Porque ayudan como enlace entre los acontecimientos vividos

Porque es importante incluir a todas **las personas que definen el problema**

Así como a todas **las personas que pueden ayudar**

¿Cómo?

Es importante **incluir a los profesionales implicados** en el tratamiento más allá de los terapeutas que forman parte de la unidad funcional

Proceso lento y difícil poder contar con los profesionales de la Red de Salud Mental

Todas las cuestiones relativas a la definición del problema, la planificación y la toma de decisiones **se discuten en presencia de todos**

De nuevo difícil para los compañeros de la red por miedo a la triangulación y por falta de experiencia en hablar en primera persona delante de las personas (salirse de las relaciones de poder habituales)

4. Responsabilidad y trabajo en equipo

El equipo inicial asume la responsabilidad de acompañar todo el proceso y otros procesos futuros (UAT 2 años)

¿Por qué?

Porque la responsabilidad compartida permite no precipitarse en la toma de decisiones y reflexionar de forma tranquila

Porque ayuda a sostener el miedo cuando aparece

Porque permite conducir el propio proceso

¿Cómo?

En Finlandia llaman directamente a un teléfono y se crea un equipo adaptado a demanda

Adaptación de la UAT por integrarse en el Sistema de Salud Mental

Personas/ entornos derivados por otros servicios

Adaptación a las agendas y tareas de los compañeros de la Red: CSM, UHB, Urgencias

El miedo de los profesionales de otros servicios a hablar en primera persona y a discrepar delante del paciente

Todas las cuestiones que puedan surgir en torno al proceso se **discuten abiertamente y las decisiones son conjuntas**

No tomamos decisiones si la persona no está presente

Informamos sobre lo hablado en la reunión si es sobre alguien no presente

En la UAT compartimos la responsabilidad a través de la horizontalidad en el equipo

Reparto de sueldos + Reparto de tareas + Devolución continua sobre la coherencia interna de la Par del equipo

5. Continuidad psíquica

¿Por qué?

Porque facilita la confianza y la profundización en el diálogo terapéutico

Porque es imprescindible si queremos que las personas realicen un proceso que incluya cambios internos

¿Cómo?

El equipo asignado a un proceso participa desde el inicio hasta el final del tratamiento

Nos comprometemos a que sean las mismas personas las que acompañen cada proceso

Organizamos las vacaciones y libranzas de forma que siempre esté disponible al menos una persona de la pareja

Procuramos que conozcan a todo el equipo por si se diera la necesidad de sustituirnos

Las reuniones se desarrollan hasta que los participantes dejan de necesitarlas. **El tiempo que sea necesario**

Adaptación de la UAT, a 2 años para poder atender a una población de 250.00 habitantes

Si se da una nueva crisis los profesionales que organizan las reuniones serán los mismos

Adaptación de la UAT, tras dos años sólo puede ofrecer un puente al CSM

Visión de un **proceso continuo**, dinámico que integra los diferentes apoyos y terapias a través de las reuniones

Invitando a los profesionales colaboradores a petición propia o de otros miembros de la Reunión Dialógica

Profesionales de referencia en MAP, CSM, UHM, Urgencias, CAID, Interconsulta, CRPS, etc.

6. Tolerancia a la incertidumbre

¿Por qué?

Se requiere tiempo para **crear un entorno seguro** en el que pueda hablar en primera persona y de forma genuina
Es necesario desarrollar un proceso reflexivo antes de tomar decisiones conjuntas

El objetivo no es movilizar el cambio en los asistentes sino establecer un diálogo continuado

Es necesario para tolerar la situación de crisis y con el riesgo y el sufrimiento que implica

Se trata de **evitar las soluciones precipitadas** como la hospitalización y la medicación neuroléptica dando una oportunidad a trabajar los contenidos delirantes

No se prescribe medicación sin haberlo hablado por lo menos en dos o tres reuniones
La medicación está al servicio de poder descansar, comer, contener las emociones
Comenzando por medicación no neuroléptica

¿Cómo?

Se fomenta la **paciencia y la confianza** de los participantes a través de la confianza del equipo

En la UAT nos ayuda:

Ser varios profesionales en las reuniones

Convocar reuniones diarias (una o dos) o muy frecuentes en el momento inicial de la crisis

Seguir hablando mañana antes de tomar una decisión importante,

Estar disponibles por teléfono entre reuniones

Que todas las personas que participan puedan convocar una reunión

Que todo el mundo pueda tomar la palabra y sentirse escuchado

El diálogo reflexivo entre miembros del equipo es un modelo de escucha para el entorno en crisis

7. Diálogo/polifonía

¿Por qué?

Porque el diálogo es necesario para la comprensión de la situación de crisis

Porque el dialogismo permite poner palabras experiencias traumáticas

Porque gracias al entorno seguro permite la expresión y elaboración de emociones muy intensas

Porque reestablecer un sistema de comunicación que permite que cada persona se pregunte cómo puede contribuir

¿Cómo?

Cada reunión es una oportunidad para un diálogo polifónico

Nuestra función principal es facilitar el diálogo

Para ello creamos un espacio seguro para que las personas puedan hablar de lo que es difícil hablar

Pedimos respeto mutuo, escuchar y hablar desde uno mismo. Ofrecemos lo mismo

Todas las voces tienen el mismo valor y se toman en serio. Incluida la voz de la psicosis

Tratamos de crear una narrativa polifónica y con múltiples perspectivas sobre lo que está ocurriendo

La persona explica su propia experiencia con sus propias palabras

7. Diálogo

Creación de un entorno seguro, a través de la escucha, sin juzgar y con aportaciones genuinas

Centrados en poder **profundizar en espiral** partiendo de las preocupaciones, miedos y conflictos
Garantizando el encuadre: todas las voces son igual de importantes, **La voz de la psicosis es una más**

El objetivo de las reuniones es **crear diálogo** entre los participantes

Se ponen en palabras contenidos emocionales muy intensos y las experiencias de los asistentes
Se acompaña y escucha la experiencia emocional de las palabras, del momento compartido y de lo traumático

Para a través de **la escucha** de las diferentes experiencias **crear nuevos significados**

Una comprensión que lleve a la cooperación entre los asistentes
Surge una **nueva comprensión** para el comportamiento y los síntomas psicóticos
Contribuye a **dar sentido a lo vivido** y a los contenidos delirantes

Construyendo **un lenguaje común y una realidad más rica que ninguna producida por una única persona**

Abrir un **contexto plural** donde las voces introducen la diferencia
Conformando una realidad compleja que incluye todas las perspectivas individuales
No se busca extraer conclusiones o una síntesis de en qué estamos de acuerdo

Lleva a la autonomía de la persona atendida y la red **poniendo en juego sus recursos** para salir de la crisis

Proceso y objetivos

- El diálogo es el proceso y el diálogo es la meta
- El cambio del monólogo al diálogo parece ocurrir por sí solo cuando las emociones dolorosas no se tratan como peligrosas y pueden expresarse
- Nos escuchamos y experimentamos más plenamente a través del proceso de hablar y ser escuchado
- El proceso de poner palabras a la experiencia reduce los efectos psicóticos en las expresiones - experiencias de las que no se podía hablar antes pueden ser discutido, y se puede encontrar el significado
- El resultado se experimenta más en la experiencia incorporada de los participantes que en las explicaciones ofrecidas a los problemas o decisiones tomadas en la reunión

Actitud básica del equipo en las Reuniones

- Ser respetuoso, abierto, tolerante y agradecido
- Intentando posibilitar la igualdad de todos los participantes. Polifonia
- Evitando procedimientos de rutina y decisiones prematuras
- **Cambiando tus propias acciones en lugar de intentar cambiar a otros**
- Estando dispuesto a ser transformado por la experiencia de estar en las reuniones de la red
- Manteniendo la mente abierta sobre la necesidad de cambio, así como ante la diversidad de posibles resultados y oportunidades

Descentramiento del fármaco

Discontinuación/dosis mínimas

Hay muchos apoyos distintos que pueden ayudar a atravesar las crisis. La medicación es uno más

Las dos teorías de Joanna Moncrieff: Antipsicóticos vs Neurolépticos

La regla del 10% cada 4 semanas

Volver a subir la dosis no es un fracaso de la discontinuación

Disponibilidad e inmediatez para acompañar durante el proceso

Compromiso de no coerción

Informamos

Expresamos nuestra opinión (siendo conscientes del peso que puede tener)

Escuchamos todas las perspectivas

Las decisiones las toma la persona con toda esta información

Nuestro compromiso es:

- Que el uso de la medicación sea voluntario

- Que la opción de ingresar sea voluntaria

- Que la incorporación a recursos sea voluntaria

La experiencia de la no coerción

Las personas no temen ser ingresadas o medicadas en contra de su voluntad

Cuando se encuentran mal lo comparten con la red

Cuando deciden dejar la medicación lo comparten con la red

Tienen información de cómo discontinuar la medicación de una forma cuidadosa en caso de que decidan hacerlo

Acompañamos sus procesos sea cual sea la decisión que tomen a este respecto

Experiencia global

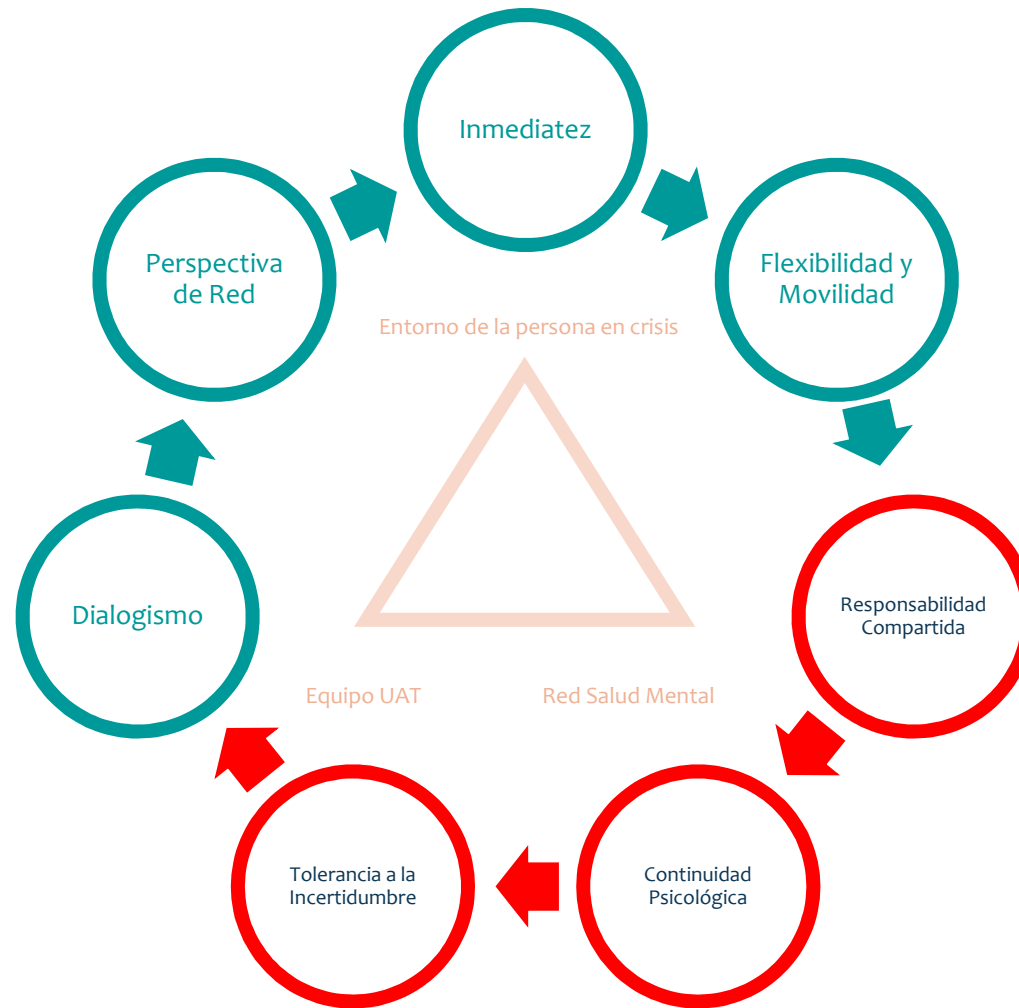
Menos ingresos

Ingresos más breves y menos traumáticos

Uso de dosis mínimas de medicación

Ninguna de las personas que acompañamos emplea medicación inyectable

Dificultades en la implementación



Dificultades compartidas con la Red de SM

Soportar la incertidumbre de crear un modelo que parte de Diálogo Abierto finlandés y se adapta a España

No teníamos referencias nacionales y Finlandia es un país muy diferente

La Red de Salud Mental construye de forma colectiva el ensamble de la Unidad

Micro experiencia de la que se analizarán los resultados

Posición genuina, en 1ª persona, del profesional en las Reuniones Dialógicas

Aprender a hablar en primera persona desde lo que siente y en **conexión emocional**

Aprender a contribuir con aportaciones personales, integrando las diferencias entre participantes

No hablar de las personas si no están presentes

El problema de **la coordinación** entre servicios

Aprender a coordinarnos en las reuniones en red en sustitución de las reuniones de coordinación

Consensuar las decisiones repartiendo la responsabilidad entre todos los profesionales implicados

El problema de **la arquitectura del sistema de salud mental**

Aprender a salir de las relaciones de poder latentes entre las diferentes disciplinas

Atender en el mismo momento de crisis y no después de ingreso y medicación

El problema de la medicación y las guías clínicas actuales

Confiar en la capacidad de la red sociofamiliar y las personas para tomar decisiones

Confiar en el equipo de la UAT para abordar las crisis desde el inicio cuando llegan a la UHB

Bibliografía

- **Vídeos y podcasts**

"Diálogo Abierto" un abordaje finlandés, alternativo, para sanar la psicosis (OD Spanish sub). 1h 13min

<https://youtu.be/4Xvp5vpwWf4>

Parrabera, S. Chico, M. "Aplicaciones de Diálogo abierto en España. La experiencia de la UAT en Alcalá" Universidad de Almería (2020). 2h

<https://youtu.be/qX-dxhTMmXA>

Podcast: Diálogo Abierto en psicosis en la sanidad pública con Silvia Parrabera (2021). 50 min <https://psicoflix.com/dialogo-abierto-en-psicosis-en-la-sanidad-publica-con-silvia-parrabera-episodio-170/>

- **Introducción al Diálogo Abierto**

Haarakangas, K et al (2007) Open Dialogue – An Approach to psychotherapeutic treatment of psychosis in Northern Finland in Anderson, H. Collaborative Therapy: Relationships And Conversations That Make a Difference. Routledge.

Haarakangas, K et al (2007) Diálogo Abierto. Una Aproximación al tratamiento psicoterapéutico de la psicosis en Finlandia del norte. <http://www.scpc.cl/wp-content/uploads/2016/06/Dialogos-Abiertos.pdf>

Dialogue as a Response to the Psychiatrization of Society? Potentials of the Open Dialogue Approach. Sebastian von Peter et al. 2021. Frontiers. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.806437/full>