

El diálogo abierto como tratamiento en primeros episodios psicóticos: una revisión de la literatura

Open dialogue as a treatment for first psychotic episodes: A review of the literature

Xandra González-García¹, Patricia García-Pazo², Antonia Pades Jiménez²

1. Enfermera de Salud Mental. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears, Palma, Illes Balears (España).

2. Enfermera y psicóloga. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears, Palma, Illes Balears (España).

Contacto: Xandra González-García, xandra.gonzalez.garcia@gmail.com

Fecha de recepción: 7 de junio de 2023 / Fecha de aceptación: 15 de junio de 2023

Resumen

Introducción: El diálogo abierto es un enfoque de tratamiento que parte de modelos teóricos como la terapia familiar sistémica, la teoría dialógica y el construccionismo social. En él trabajan conjuntamente profesionales, usuarios/as y red social/familiar, con el diálogo como elemento vehicular para minimizar el impacto y la sintomatología de aquellas personas que desarrollan un primer episodio psicótico.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo principal identificar las intervenciones de diálogo abierto que se están llevando a cabo a nivel mundial y cuáles de sus principios fundamentales se están aplicando en cada una de ellas.

Metodología: Para ello, se llevó a cabo una revisión de la bibliografía consultando las siguientes bases de datos: Pubmed/Medline, Ebscohost, Cochrane Library y Embase, con las palabras clave: *open dialogue*, *open dialogue approach*, *psychotic episode*, *schizophrenia*, *mental health* y combinando los operadores booleanos AND-OR. Como criterios de inclusión se estableció que se añadirían aquellos estudios que trataran el tema como objetivo primario y que estuviesen escritos en inglés o español. No se estableció ningún límite temporal debido a que se trata de un tema emergente.

Resultados: En la selección de artículos, se incluyeron para su revisión un total de 14 registros, de los cuales varios eran del autor de referencia y publicados en Laponia Occidental, de donde es originario este modelo de tratamiento. Además, se observó un predominio de artículos en Estados Unidos, pero una mayor rigurosidad en las intervenciones llevadas a cabo en Reino Unido, donde están realizado un estudio experimental multicéntrico, o España, Italia, Dinamarca o Argentina, donde también se están realizando aproximaciones a este enfoque.

Conclusiones: El diálogo abierto es un enfoque de tratamiento que está reportando resultados muy positivos en pacientes con trastornos de salud mental y un bajo coste-beneficio, a pesar de que la literatura científica al respecto es escasa para poder confirmar su efecto con exactitud. Se necesita más evidencia y de mayor calidad que avale los resultados obtenidos hasta la fecha.

Palabras clave: diálogo abierto, enfoque diálogo abierto, episodio psicótico, esquizofrenia, salud mental.

Abstract

Introduction: The Open Dialogue approach starts from theoretical models such as systemic family therapy, dialogic theory and social constructionism. In this approach professionals, users and social/family work together with dialogue to minimize the impact and symptoms of those people who develop a first psychotic episode.

The main objective of this study is to identify the interventions with Open Dialogue approach that are being carried out worldwide and what fundamental principles are being applied in each one of them.

Methods: Systematic review through the following databases: Pubmed/Medline, Ebscohost, Cochrane Library and Embase. The keywords was: *open dialogue*, *open dialogue approach*, *psychotic episode*, *schizophrenia*, *mental health* and the booleans operators used was AND-OR. As inclusion criteria, it was established that those studies that dealt with the subject as a primary objective and that were written in English or Spanish would be added. No time limit was established because it is an emerging topic in which there is not much literature on it.

Results: After the selection of articles, a total of 14 records were included in the review. Of which, several were by the reference author and published in Western Lapland, where this treatment approach originates from. In addition to this, a predominance of articles in the United States was observed, but greater rigor was observed in the interventions

carried out in the United Kingdom, where a multicenter RCT is being carried out. Countries like Spain, Italy, Denmark or Argentina are doing interventions related with Open Dialogue but with modifications.

Conclusions: The Open Dialogue approach is reporting very positive outcomes in patients with mental health disorders and economic benefits too. Although there is still little evidence to be able to affirm its effect. More and better-quality evidence is needed to support the results obtained.

Keywords: open dialogue, open dialogue approach, psychotic episode, schizophrenia, mental health.

Introducción

En los años 80, en Laponia occidental, un psiquiatra psicoanalista llamado Yrjö Alanen inicia una intervención llamada “Terapia basada en las necesidades”, la cual se encontraba enmarcada dentro del Proyecto Nacional de Esquizofrenia del país¹⁻³. Esta intervención tenía como objetivo abordar la esquizofrenia desde otro prisma con el fin de reducir la incidencia en la comarca de Turku¹⁻⁴.

A raíz de esta corriente, a finales de la década de los 80, Jaakko Seikkula, psicólogo en el hospital de Keropudas (Tornio), comenzó un nuevo modelo, derivado de la “Terapia basada en las necesidades” de Alanen, al que denominó diálogo abierto (DA)^{3,5}.

El diálogo abierto (DA) se trata de un enfoque de tratamiento, que parte de modelos teóricos como la terapia familiar sistémica, la teoría dialógica y el construccionismo social².

El DA consiste en desarrollar la comunicación como elemento vehicular de tratamiento en personas con problemas de salud mental. En él trabajan de manera conjunta profesionales, usuarios y red social/familiar con el diálogo como eje central¹. Como consecuencia de este proceso dialógico, se pretende minimizar el impacto y la sintomatología de aquellas personas que sufren problemas de salud mental^{6,7}.

Se inició para el tratamiento de personas que cursan con un primer episodio psicótico, pero en la actualidad se utiliza como tratamiento principal o coadyuvante de otros procesos relacionados con la salud mental⁸. Con esta nueva visión de tratamiento, se intenta también mejorar la calidad de vida de la persona, así como disminuir las dificultades asociadas que pueden aparecer de la mano de la crisis⁷.

Como se ha mencionado anteriormente, en el DA se realizan encuentros entre los profesionales impli-

cados en el proceso, la persona afectada por la crisis y su red familiar y/amistades. La designación de esta red de apoyo correrá a cargo de la persona que padece la crisis^{5,9}.

Las reuniones dialógicas tienen tres objetivos principales: el primero de ellos es la recopilación del máximo de información acerca del problema en cuestión; el segundo es el poder crear conjuntamente un plan de tratamiento donde todas las voces sean escuchadas y todas las decisiones sean tomadas desde el respeto y con el fin de alcanzar el bienestar de la persona implicada; por último, el tercero de estos objetivos es el poder generar un diálogo psicoterapéutico que, como consecuencia, ayude a la resolución del conflicto planteado^{6,10}.

Asimismo, los principios básicos en los que se sustenta el DA son los siguientes^{6,9,10}:

1. *Ayuda inmediata:* Se basa en la disponibilidad del equipo de tratamiento en un período no mayor a 24 horas.

2. *Participación de la red social:* Desde el enfoque del DA, toda la red de apoyo de la persona afectada se encuentra invitada a las reuniones dialógicas, siempre y cuando esta persona dé su consentimiento para ello. Esta red de apoyo incluye a familiares, amistades, relaciones sentimentales, relaciones laborales o personas de referencia de organismos públicos, como tutores u otros profesionales que participen en su tratamiento.

3. *Flexibilidad y movilidad:* Las reuniones dialógicas estarán ubicadas en función de las necesidades específicas de cada persona en tratamiento. Habitualmente, las personas que han participado en este tipo de tratamiento en Finlandia son partidarias de realizarlas en sus domicilios, principalmente. La periodicidad también será marcada por los participantes de cada reunión.

4. *Responsabilidad y cohesión del equipo*: La responsabilidad de este proceso es compartida por todos los integrantes del equipo; para ello, se mantiene una relación de horizontalidad entre los participantes y un clima de confianza que formarán la base para la continuidad y el éxito del tratamiento.

5. *Continuidad psicológica*: Originariamente, el tratamiento basado en el DA en Finlandia no tiene duración límite y la atención es prestada siempre por los mismos profesionales durante todo el proceso terapéutico.

6. *Tolerancia a la incertidumbre*: Esta característica solo es posible si existe confianza y respeto entre los integrantes del grupo de profesionales. Se basa en la aceptación de que no existe una verdad absoluta acerca del tratamiento ni de las intervenciones a realizar y se intentan valorar las opciones más idóneas para cada caso específico.

No consiste en que el profesional tenga la respuesta al problema, como se promulga en el modelo biomédico, sino que será la puesta en común de las diferentes opiniones de los participantes lo que llevará a la consecución de objetivos, como se pone de manifiesto en el modelo centrado en la persona.

7. *Dialogismo*: Se basa en la creación de diálogo entre todos los participantes. La condición principal es que cada uno debe hablar en primera persona de cómo le afecta la situación que están viviendo. Todos comparten su punto de vista, creando así la oportunidad de reflexionar acerca del problema, lo que puede dar lugar a la resolución de los mismos gracias a la comunicación y las conexiones interpersonales.

Este enfoque de tratamiento es todavía poco utilizado y en muchos ámbitos desconocido para los profesionales del sistema de salud mental. Por ello, este trabajo tiene como objetivo explorar a través de una revisión de la literatura publicada las intervenciones que se están llevando a cabo en los diferentes países basadas en el enfoque de DA y clarificar las barreras y los procesos facilitadores de su implementación.

Metodología

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en profundidad del 17/11/2022 al 30/02/2023 mediante los siguientes

descriptores: *open dialogue approach, open dialogue, psychotic episode, schizophrenia* y la unión con los operadores booleanos (AND-OR) en las bases de datos: Pubmed, Embase, Ebscohost y Cochrane Plus.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de selección de los artículos fueron que las investigaciones incluyesen la intervención con diálogo abierto en personas con diagnóstico de trastorno mental. Se excluyeron los artículos que trataran temáticas diferentes al DA o que hablasen del concepto DA sin realizar intervención sobre personas con trastorno relacionado con salud mental.

El único límite que se implantó fue el idioma (inglés y castellano). No se realizó una limitación temporal, ya que, al ser un tema muy novedoso, las publicaciones científicas relacionadas todavía son escasas.

Una vez finalizada la fase anterior de búsqueda, se procedió a una segunda búsqueda en bola de nieve, donde se incluyeron los artículos que resultaron relevantes para el objetivo del estudio a través de los resultados obtenidos.

Selección de estudios y extracción de datos

La búsqueda inicial identificó 54 publicaciones. Se eliminaron los artículos duplicados ($n = 23$) y aquellas publicaciones en idiomas diferentes al inglés o español ($n = 1$), quedando un total de 30 artículos para revisión. El diagrama de flujo PRISMA puede consultarse en el gráfico 1.

Tras este paso, se realizó una lectura del título y resumen de los artículos seleccionados hasta el momento. Se eliminaron 3 por no tener relación directa con el tema a tratar y, por último, tras la lectura a texto completo, se incluyeron el resto de publicaciones en la revisión. De esta manera, se revisaron un total de 27 artículos a texto completo, de los cuales se seleccionaron 14. En el apartado de resultados podemos ver la tabla 1, que contiene la extracción de datos y variables de interés para la revisión.

Resultados y discusión

Dentro de los 14 artículos seleccionados, podemos encontrar 5 realizados en Finlandia, por el equipo investigador que desarrolló y puso en marcha este enfoque de tratamiento; 3 llevados a cabo en Estados

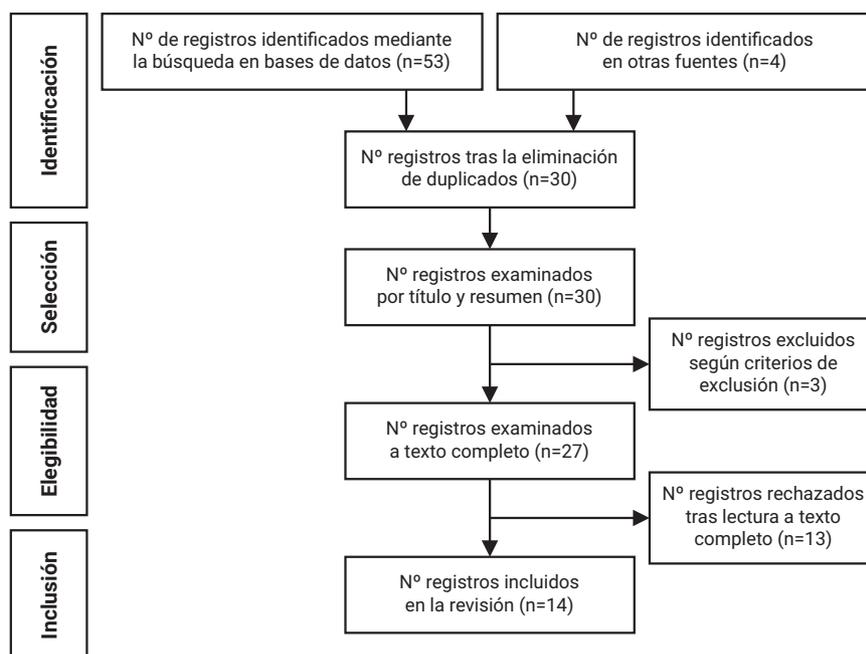


Gráfico 1. Diagrama de flujo PRISMA (2020)

Unidos (EE. UU.); 1 en Dinamarca; 1 en Italia; 1 en Argentina; 2 en Reino Unido, y 1 en España.

El diseño metodológico escogido para llevar a cabo la mayoría de estas investigaciones fue el observacional, concretamente el diseño de cohortes. Pero también encontramos metodología cualitativa que nos indica las percepciones de los participantes y de los profesionales implicados, estudios de viabilidad y dos diseños descriptivos. Como mayor nivel de evidencia contamos con un diseño experimental (ensayo clínico multicéntrico aleatorizado) y un cuasiexperimental.

Intervenciones basadas en DA en los diferentes países

Hoy en día, además de en Finlandia, se están llevando a cabo proyectos en Noruega, Dinamarca, Alemania, Suecia, Estonia, Italia, Israel, Reino Unido y Estados Unidos, a pesar de que no todos ellos han reportado sus resultados a la comunidad científica¹¹.

Como hemos mencionado, este enfoque de tratamiento nació en Finlandia, por lo que se han encon-

trado varias publicaciones en Laponia occidental, del equipo promotor de esta propuesta^{1,2,5,6,12}.

Cabe destacar que en la región donde se llevan a cabo los estudios, el DA se encuentra incorporado en el sistema de salud como forma habitual de tratamiento de primeros episodios psicóticos^{1,6}. En dichas publicaciones, se reportan los beneficios que este equipo de salud mental encontró tras realizar un seguimiento de 5 y hasta 10 años a personas que habían tratado con DA^{1,10,12}. Los beneficios que más se destacan en la población finlandesa son la disminución de la incidencia de esquizofrenia en la región, una disminución del tiempo de crisis de la enfermedad, menores tasas de hospitalización y menores tasas de sintomatología residual^{1,10,12}. Por otra parte, también se destacó el aumento en las tasas de recuperación y mayor capacidad de los participantes para volver a su trabajo o estudios a jornada completa¹⁰. Sin embargo, en alguno de los estudios no se observaron diferencias significativas al terminar el seguimiento a 5 años¹, pero en otros de los revisados sí se mantuvieron estas cifras a los 10 años del inicio del tratamiento¹⁰. De igual forma, en Dinamarca, se

<i>Título</i>	<i>Autor, año y país</i>	<i>Diseño</i>	<i>Muestra</i>	<i>Intervención</i>	<i>Puntos clave</i>
<i>The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I The incidence of non-affective psychosis and prodromal states</i>	Aaltonen, J. 2011 Finlandia (Laponia occidental)	Cuasi-experimental	N=250 personas con trastornos psicóticos (135 hombres y 115 mujeres) Rango edad: 15-44 años.	Capacitación de personal sanitario de salud mental multidisciplinar para llevar a cabo el enfoque de DA en un grupo de participantes.	Tras la capacitación de personal sanitario en DA disminuyó la incidencia anual de diagnósticos de esquizofrenia en la región donde se llevó a cabo, aumentaron los episodios psicóticos breves y se redujo la cronificación de la enfermedad. También se redujo la estancia hospitalaria de los pacientes con episodios psicóticos y aumentó la confianza de las personas afectadas y sus familias en el personal sanitario.
<i>The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care</i>	Seikkula, J. 2011 Finlandia (Laponia occidental)	Observacional: Cohorte	N=100 personas con trastornos psicóticos (95 en la última fase del seguimiento). Rango edad: 16-50 años.	Recoge datos de dos intervenciones previas realizadas en el marco de un estudio multicéntrico que se encuentra dentro de un proyecto estatal finlandés.	Tras los dos períodos de observación se recogieron los siguientes datos: Menos incidencia del diagnóstico de esquizofrenia en la región. Menos sintomatología residual. Mayor tasa de recuperación y de vuelta al trabajo a tiempo completo. Menor uso de fármacos neurolépticos. Resultados que se mantuvieron tras 10 años de la intervención. Mayor éxito terapéutico debido a una atención más temprana.
<i>The association between Open Dialogue to young Danes in acute psychiatric crisis and their use of health care and social services: A retrospective register-based cohort study</i>	Buus, N. 2019 Dinamarca	Observacional: Cohorte retrospectiva	N=503 personas con trastornos psicóticos Rango edad: 14-19 años.	Se comparó durante 10 años una cohorte de pacientes que habían recibido atención desde el enfoque de DA frente a otra que utilizaba el modelo clínico habitual. Los resultados se medían en uso de servicios de emergencia y ambulatorios.	Tras la intervención se reportaron los siguientes resultados: Mayor tasa de tratamiento ambulatorio en el grupo que había sido tratado con DA, pero que no se mantuvo en el seguimiento posterior. De igual forma, el grupo que recibió tratamiento basado en DA realizó un menor uso de los servicios de urgencia psiquiátrica y de los servicios de salud en general.
<i>Retrospective Experiences of First-Episode Psychosis Treatment Under Open Dialogue-Based Services: A Qualitative Study</i>	Bergström, T. 2022 Finlandia (Laponia occidental)	Cualitativo	N=21 personas con trastornos psicóticos Rango de edad: 25-34 años.	Se invitó a participar a pacientes de la cohorte del estudio enmarcado en el Proyecto Estatal Finlandés para explorar sus experiencias con el tratamiento de DA.	Un gran número de participantes estuvieron de acuerdo en que las reuniones dialógicas resultaron de ayuda en su proceso de enfermedad y en su tratamiento. Valoraron positivamente la inclusión de las familias y amistades en dicho proceso. Algunos de estos participantes también valoraron de manera negativa la inclusión de las familias o las visitas a su domicilio.
<i>Need adapted use of medication in the open dialogue approach for psychosis: A descriptive longitudinal cohort study</i>	Bergström, T. 2022 Finlandia (Laponia occidental)	Observacional: Cohorte retrospectiva	N=1439 personas con trastornos psicóticos Cohorte DA: N=61 Cohorte control: N=1371	Se siguió durante 10 años a paciente de una cohorte que había recibido tratamiento con DA y a otra que había recibido tratamiento convencional y se observó las diferencias en el uso de medicación.	Los participantes que recibieron tratamiento basado en el DA minimizaron el consumo de fármacos tales como benzodiazepinas, antidepresivos o neurolépticos. En ambos grupos, aquellos participantes que tomaban neurolépticos desde el inicio continuaron tomándolos durante todo el seguimiento.

Tabla 1: Datos y variables (1/3)

<i>Feasibility of an Open Dialogue-Inspired Approach for Young Adults with Psychosis in a Public Hospital System</i>	Cotes, R. O. 2023 EE. UU. (Atlanta)	Estudio de viabilidad	N=45 personas con trastornos psicóticos Rango edad: 18-35 años.	Se realizó una intervención basada en el enfoque de DA a personas afroamericanas para apoyar su implementación, así como la viabilidad y eficacia.	Se evaluaron los siguientes dominios de factibilidad: la implementación, la adaptación, la practicidad, la aceptabilidad y la eficacia limitada. Se realizaron algunos cambios del modelo original para adaptarse a las características del contexto concreto, como realizar reuniones menos frecuentes y ausencia de visitas a domicilio o cambios en la organización de la red de salud mental. Los resultados preliminares sugieren que el modelo puede ser factible.
<i>Implanting Rhizomes in Vermont: a Qualitative Study of How the Open Dialogue Approach was Adapted and Implemented</i>	Florence, A. C. 2020 EE. UU. (Vermont)	Cualitativo	N=25 profesionales de la red de salud mental.	Implantación de una adaptación (<i>Collaborative Network Approach</i>) del enfoque de DA en Vermont. Se realizaron entrevistas y grupos focales a 22 miembros de equipos multidisciplinares de la red de salud mental y a tres expertos en la adaptación del DA.	Los profesionales participantes reportaron un impacto positivo en su práctica clínica tras la implementación de esta adaptación del DA. Remarcaron como puntos clave del éxito de la intervención: la aceptación de las personas afectadas, su red social y familiar y del resto del sistema de salud implicado (colegas de profesión, gerencia y departamento de salud mental). Destacan como puntos a mejorar para la completa implementación: déficit de recursos económicos, capacitación de profesionales muy costosa y prolongada y resistencias por parte de otros profesionales.
<i>Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study</i>	Gordon, C. 2016 EE. UU. (Boston)	Estudio piloto de viabilidad mixto	N=16 personas con trastornos psicóticos Rango edad: 14-35 años.	Se realizó seguimiento a 16 pacientes que iniciaron tratamiento con DA y posteriormente se evaluó según criterios cuantitativos y cualitativos.	Los resultados obtenidos indican que este enfoque de tratamiento se puede implementar con éxito en los Estados Unidos. Se obtuvo una alta satisfacción por parte de los participantes y una buena aceptación a la toma de decisiones compartida. Por otra parte, indicaron también que percibían pocas indicaciones en relación al tratamiento farmacológico.
<i>Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencing a mental health crisis: Protocol for the ODESSI multi-site cluster randomised controlled trial</i>	Philling, S. 2022 Reino Unido	ECA multicéntrico (en curso)	N=570 personas con trastornos psicóticos (108 reclutados cuando reportaron resultados).	Un ensayo clínico aleatorizado realizado en diferentes comunidades de Reino Unido, donde llevan a cabo una intervención basada en DA, comparando los resultados con un grupo control con práctica clínica habitual. Seguimiento de dos años. Los resultados serán obtenidos de los registros digitales del servicio de salud y de entrevistas con los participantes.	Resultado primario: tiempo hasta la recaída. Resultados secundarios: medidas de recuperación y uso de los servicios. Actualmente se encuentra en realización por lo que todavía no han reportado resultados.

Tabla 1: Datos y variables (2/3)

<i>Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies</i>	Seikkula, J. 2006 Finlandia (Laponia occidental)	Observacional: Cohorte	N=75 personas que inician un primer episodio psicótico.	En la <i>Finnish Western Lapland</i> se compararon seguimientos de cinco años de dos grupos (un grupo intervención y otro grupo control) de pacientes que atravesaban por un primer episodio de psicosis no afectiva.	Los resultados reportados muestran una disminución del tiempo de crisis de la enfermedad, menor tiempo de hospitalización (en los casos en los fue requerida) y menor necesidad de reuniones familiares frente al grupo control. También se observaron mejores tasas de recuperación y mayor capacidad del grupo intervención a volver a su trabajo o estudios a jornada completa. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas al terminar el seguimiento a 5 años.
<i>Open dialogue in the UK: qualitative study</i>	Tribe, R. H. 2019 Reino Unido	Cualitativo	N=19 participantes (8 usuarios que padecen trastornos psicóticos y 11 profesionales médicos).	Exploraron las distintas percepciones acerca de la implementación del enfoque basado en DA en una unidad de salud mental de Reino Unido.	Se observaron resultados mixtos tras el análisis. La mayoría de los participantes refirieron sentirse escuchados y atendidos en las reuniones dialógicas, aunque hubo personas que percibieron la intervención como extraña o angustiada. Por otra parte, los profesionales reportaron beneficios de estas reuniones en las que destacaron la autenticidad a la hora de relacionarse, aunque, en ocasiones, también se sentían algo abrumados.
<i>Using Open Dialogue-inspired dialogism in non-psychiatric medical practice: A ten-year experience</i>	Antoni, H. J. 2022 Argentina	Descriptivo	No hay participantes.	Describe de qué manera se utiliza el modelo del DA en Argentina para el tratamiento de la psicosis y otros trastornos, como pueden ser los trastornos del ánimo o del estado emocional.	El autor refiere que la mayoría de los pacientes que ha tratado informaron sentirse mejor, con mayor tranquilidad y esperanza. Observó una reducción de medicación y un menor tiempo de resolución del problema.
<i>La UAT: Una adaptación del marco de Diálogo Abierto Finlandés</i>	Parabera García, S. 2019 España (Madrid)	Descriptivo	No hay participantes.	Describe de qué manera se ha adaptado el modelo finlandés del DA a una Unidad de Atención Temprana a pacientes con trastornos psicóticos incipientes en la Comunidad de Madrid.	Este dispositivo ha atendido desde 2014 hasta el 2019 a 113 pacientes (298 contando su red familiar/social). No se reportan resultados de carácter cuantitativo, pero sí cualitativo. Este equipo de atención refiere que la confianza de las personas atendidas en el sistema de salud aumentó, así como lo hizo el vínculo generado entre los profesionales y los pacientes y familias. Por otra parte, se observó que la toma de decisiones compartida fue un método de tratamiento muy bien aceptado por todas las personas implicadas y que los propios pacientes tenían mejor insight al finalizar el tratamiento.
<i>Implementation of Psychodynamic Multifamily Groups for Severe Mental Illness: A Recovery-Oriented Approach</i>	Maone, A. 2021 Italia (Roma)	Observacional: Cohorte	N= 794 participantes (incluyendo a personas que padecen trastornos psicóticos, sus familias y personas allegadas). Edad media de los participantes: 42 años.	Se dividió a la muestra en tres grupos: reuniones dialógicas el paciente solo, reuniones con el paciente y la familia o reuniones únicamente con la familia. Se siguieron estas reuniones desde 2015 a 2019.	Casi el 90 % de los participantes asistieron a más de una reunión. La media de edad era mayor entre los pacientes que demandaban reuniones solos que los que lo hacían con familia. De igual forma, las reuniones que incluían a familia y a paciente tuvieron mayor tasa de asistencia que las demás. Concluyen que la adherencia al tratamiento es mayor cuando se acude a las reuniones acompañado de red social y/o familiar.

Tabla 1: Datos y variables (3/3)

reportaron muy buenos resultados en relación a un menor uso de los servicios de urgencias y a menores tasas de hospitalización¹³.

De todos estos aspectos que se han mencionado, los más importantes a destacar podríamos decir que son la disminución de la incidencia de diagnóstico de esquizofrenia y el uso reducido de neurolépticos¹⁰. La primera de ellas justificada a través de una atención temprana y que garantiza el éxito terapéutico, tendiendo a la resolución del episodio agudo y reduciendo así la cronicación^{1,10}. Por otra parte, la disminución de la medicación antipsicótica también facilita la adherencia, al reducir efectos secundarios y perjudiciales para la persona afectada, ayudando así a mantener el tratamiento y la continuidad del cuidado^{1,10}.

En Estados Unidos se han encontrado propuestas de implantación que encuentran puntos de unión entre sí, como puede ser la aceptación por parte de los pacientes implicados y la toma de decisiones compartida. A su vez, también han encontrado dificultades a la hora de llevarlo a cabo debido a la resistencia de los propios profesionales o a la falta de recursos económicos y/o ambientales¹⁴⁻¹⁶. Es por esto por lo que las propuestas hasta la fecha no ven factible aplicar el modelo original, sino que creen que deberían adecuarlo al contexto en el que se encuentra y a las propias necesidades de la región¹⁶. Este hecho continúa dificultando el análisis de la fiabilidad y efectividad de este tratamiento frente a la práctica clínica habitual¹⁵.

En otros países de Europa, como Reino Unido, Italia o España, también se han iniciado proyectos relacionados con el DA^{11,17-19}. De estos tres países, únicamente en Reino Unido se ha puesto en marcha un ensayo clínico aleatorizado que pretende comprobar la eficacia del DA de manera más rigurosa y siendo fidedigno al tratamiento original¹⁷. Se trata de un estudio multicéntrico que se encuentra enmarcado dentro del proyecto denominado ODDESSI (Open Dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Illness), el cual se ofrece dentro del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido¹⁷. Actualmente todavía no ha finalizado el seguimiento por lo que no han reportado resultados de este¹⁷.

Por último, se han encontrado también adaptaciones del modelo de DA en España o Italia, pero que, por razones estructurales del sistema de salud y/o

ideológicas de los propios profesionales, se han tenido que modificar aspectos básicos del enfoque de tratamiento que pueden alterar y modificar sus resultados^{11,18}.

Principales barreras y procesos facilitadores a la hora de implementar el DA

A través de la bibliografía revisada se han podido ir desgranando los principios básicos en los que se fundamenta el DA. Estos pilares forman parte del éxito terapéutico de este enfoque y son cruciales a la hora de ponerlo en práctica. Se encuentran presentes en todos los artículos revisados, ya sea en mayor o menor medida, en función de la adaptación que cada estudio ha llevado a cabo del DA⁵. A continuación, desglosaremos las dificultades y los facilitadores que se han encontrado en los diferentes países a la hora de implantar este modelo basado en los siguientes principios:

Ayuda inmediata: Un principio presente en los estudios revisados llevados a cabo en Finlandia, pero difícil de cumplir en los demás lugares debido a las restricciones de carácter estructural^{11,15,18}. En EE. UU., tanto los pacientes que participaron en las investigaciones sobre DA como los profesionales implicados reportaron dificultades en su implantación debido a la disponibilidad limitada^{15,16}. En Reino Unido, sin embargo, sí se está llevando a cabo este principio¹⁷, y en España, en la Unidad de Atención Temprana a la Salud Mental de Madrid, se intenta atender en un plazo no mayor a 48 horas¹¹.

Participación de la red social: En la mayoría de los estudios revisados están de acuerdo en que el apoyo de la red social y familiar es clave en el tratamiento^{1,6,10,11,14,17,19,20}. En algunos modelos adaptados del DA, se entablan reuniones únicamente con la familia o amistades, sin estar presente el paciente¹⁸, a pesar de que el eje central del DA es que todas las reuniones dialógicas son en conjunto, ya que es importante que exista un clima de confianza entre todas las partes²⁰.

Flexibilidad y movilidad: Lo que se pretende con este principio es que la persona no identifique el ámbito hospitalario con estos encuentros, por eso se generó la idea de realizarlos en domicilio o algún lugar ajeno al sistema sanitario⁶. A la hora de su implantación en otros países ha habido modificaciones, ya que el contexto sociocultural varía mucho en función del lugar en el que se desarrolle la interven-

ción¹⁵. En Madrid (España), la mayoría de las reuniones se realizan en el Centro de Atención Temprana, aunque, si la persona así lo requiere, también pueden acudir a domicilio¹¹; sin embargo, en Roma (Italia), las reuniones nunca son en domicilio¹⁸.

Responsabilidad y cohesión del equipo: Este punto mantiene acuerdo en todos los artículos revisados, ya que la horizontalidad y la responsabilidad propia es la base para poder construir cualquier relación de confianza^{11, 13-20}.

Continuidad psicológica: Esta característica, debido a la organización y los recursos de los que se disponen en la red de salud pública de algunos de los países donde se lleva a cabo el DA, no es posible de mantener¹⁵. En Madrid (España), actualmente se intenta mantener el mismo equipo de profesionales, pero la duración del tratamiento tiene un período máximo de dos años¹¹. Así como en varios puntos de EE. UU., donde la duración de los tratamientos también es limitada y no es posible garantizar la continuidad de los profesionales^{15, 16}.

Tolerancia a la incertidumbre: Este principio también es fundamental para el éxito de la intervención¹. En la práctica, genera dificultades tanto en el propio paciente, que expresa confusión, sobre todo al inicio del tratamiento^{12, 19}, pero también en el profesional¹⁵. Por ello, es tan importante realizar una formación completa en intervenciones dialógicas de DA para poder llevar a cabo con rigurosidad y profesionalidad dicha intervención¹⁵. Al terminar la intervención, la mayoría de participantes reportaron buena tolerancia a la incertidumbre y demostraron un mayor dominio de su proceso, así como mayor *insight*^{12, 14, 16, 19}.

Dialogismo: Este principio nos habla acerca de la reflexión necesaria que debe llevar a cabo toda persona implicada en las reuniones, pasando desde el propio paciente hasta los profesionales¹¹. En los estudios de carácter cualitativo, se da importancia al diálogo y se pone en valor su relevancia en el proceso de recuperación^{12, 15, 19}.

El DA como tratamiento de otros problemas de salud mental

Este enfoque comenzó siendo específico para el tratamiento de personas que iniciaban un episodio psicótico, pero actualmente se ha extendido y se utiliza también para el tratamiento de otros problemas

relacionados con la salud mental, como pueden ser problemas de alcoholismo o problemas de carácter afectivo, entre otros. Concretamente en Argentina, se utiliza para el tratamiento de problemas afectivos, emocionales y/o procesos de estrés²⁰.

Limitaciones

Debido a la heterogeneidad metodológica y el tamaño de las muestras de los estudios revisados, es difícil realizar una comparación objetiva que determine con fiabilidad el efecto de la intervención. Por ello, se precisan estudios con mayor rigor científico ya que es importante continuar investigando en esta área. De igual modo, pese a la variabilidad, sí se objetivan efectos positivos tras la aplicación de este tratamiento en los diferentes países que lo han llevado a cabo.

Conclusiones

Tras la revisión de los artículos relacionados, cabe destacar que el DA es un nuevo enfoque de tratamiento creado para mejorar la sintomatología producida por trastornos psicóticos. Este nuevo modelo puede ser beneficioso de manera integral para la persona afectada y su red social y familiar.

Sus bases teóricas se fundamentan en la práctica dialógica, minimizando así el impacto y los efectos secundarios de la medicación neuroléptica, hecho que favorece la adherencia y el éxito terapéutico.

Debido a los buenos resultados que ha reportado hasta la fecha y el coste-beneficio que presenta, actualmente ya se utiliza también para el tratamiento de otras patologías relacionadas con salud mental, tales como trastornos afectivos y relacionados con el estrés, entre otros.

Por todo ello, se necesita continuar investigando en esta novedosa línea para poder establecer una relación directa entre este tratamiento y la recuperación de la persona, así como para adquirir recursos por parte del sistema de salud para su implantación en la red de salud mental española.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Bibliografía

1. Seikkula J, Altonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*. 2006;16(2):214-28.
2. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process*. 2003;42(3):403-18.
3. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences & Services*. 2003;5(3):163-82.
4. Tuori T, Lehtinen V, Hakkarainen A, Jääskeläinen J, Kokkola A, Ojanen M, et al. The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1998;97:10-7.
5. Seikkula J, Alakare B. Open dialogues with patients with psychosis and their families. In: Romme M, Escher S, editors. *Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach*. International Society for the Psychological Treatments of the Schizophrenias and Other Psychoses. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; 2012. p. 116-28.
6. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. 2011;3(3):179-91.
7. Ahonen J. Reflections on the dialogical design of the three/four-year Open Dialogue training. In: Putman N, Martindale B, editors. *Open Dialogue for psychosis: Organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning*. International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis book series. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; 2022. p. 119-21.
8. Seikkula J, Arnkil TE, Eriksson E. Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Fam Process*. 2003;42(2):185-203.
9. Kantorski LP, Cardano M. [Open Dialogue and the Challenges for its Implementation - an analysis based on a review of the literature]. *Cien Saude Colet*. 2019;24(1):229-46.
10. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. 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*. 2011;3(3):192-204.
11. Parrabera García S, Chico González M, de la Hermosa Loreti M, Martín Fernández de la Cueva C. La UAT: Una adaptación del marco de diálogo abierto Finlandés. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019;39(136):223-38.
12. Bergström T, Seikkula J, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ, Aaltonen J. Need adapted use of medication in the open dialogue approach for psychosis: A descriptive longitudinal cohort study. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. 2022.
13. Buus N, McCloughen A. Client and Family Responses to an Open Dialogue Approach in Early Intervention in Psychosis: A Prospective Qualitative Case Study. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43(4):308-16.
14. Gordon C, Gidugu V, Rogers ES, DeRonck J, Ziedonis D. Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatr Serv*. 2016;67(11):1166-8.
15. Florence AC, Jordan G, Yasui S, Davidson L. Implanting Rhizomes in Vermont: a Qualitative Study of How the Open Dialogue Approach was Adapted and Implemented. *Psychiatr Q*. 2020;91(3):681-93.
16. Cotes RO, Palanci JM, Broussard B, Johnson S, Grullón MA, Norquist GS, et al. Feasibility of an Open Dialogue-Inspired Approach for Young Adults with Psychosis in a Public Hospital System. *Community Ment Health J*. 2023.
17. Pilling S, Clarke K, Parker G, James K, Landau S, Weaver T, et al. Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencing a mental health crisis: Protocol for the ODDESSI multi-site cluster randomised controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2022;113:106664.
18. Maone A, D'Avanzo B, Russo F, Esposito R, Goldos B, Antonucci A, et al. Implementation of Psychodynamic Multifamily Groups for Severe Mental Illness: A Recovery-Oriented Approach. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.
19. Tribe RH, Freeman AM, Livingstone S, Stott JCH, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open*. 2019;5(4):e49.
20. Antoni H.J. Using Open Dialogue-inspired dialogism in non-psychiatric medical practice: A ten-year experience. *Front Psychol*. 2022;13:950060.