

## La Unidad de Atención Temprana (UAT): una adaptación del Diálogo Abierto en el Sistema Nacional de Salud

Narambuena, L\*; Álvarez-González, C\*\*; Martín Fernández de la Cueva, C\*\*\*; Chico González, M\*\*\*, De la Hermosa Lorenci, M\*\*\* y Parrabera-García, S\*\*\*

\*Hospital Vega Baja (Orihuela, Alicante), \*\*Hospital Rodríguez Lafora (Madrid), \*\*\*Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid)

### INTRODUCCIÓN

La UAT es un programa específico del Hospital Universitario Príncipe de Asturias que atiende a personas mayores de 16 años, que afrontan por primera vez **experiencias que han sido calificadas como psicóticas**, y a su red afectiva. Se trata de un **tratamiento a la medida de las necesidades** del demandante, integral e interdisciplinar, enmarcado en el trabajo comunitario, y basado en el modelo finlandés de **Diálogo Abierto** (DA)<sup>1</sup>, cuya intención es facilitar un aterrizaje suave tras la crisis, y una mejor recuperación de la experiencia psicótica para que las personas puedan seguir con sus vidas.

1 Psicóloga Clínica (Coordinadora)  
1 Terapeuta ocupacional  
1 Enfermera  
1 Psiquiatra  
Centro de Salud 'La Garena'  
(Alcalá de Henares, Madrid)

### EL MARCO DE DIÁLOGO ABIERTO

El modelo de DA nació en Laponia Occidental, con el fin de encontrar formas efectivas de abordar la alta incidencia de esquizofrenia en la región<sup>2</sup>. Tiene como objetivo tratar a los pacientes psicóticos en la **comunidad**, donde se producen las experiencias de las personas en crisis. De esta manera, se busca activar los recursos personales, familiares y comunitarios, antes que ofrecer apoyos específicos. El tratamiento comienza en las 24h posteriores al primer contacto (normalmente en el domicilio). Se entiende que la crisis psicótica, es una **crisis compartida**, que afecta a toda la red del individuo, lo cual permite enfocar el vínculo y la comunicación como el lugar donde se desarrolla la psicosis en lugar de en el individuo. Asimismo, se entiende a la personas que se asisten como

**protagonistas de sus historias**, poniendo en un lugar central el saber sobre sí mismos, sus vivencias y necesidades, y dejando en segundo plano el diagnóstico y la medicación (se evita el uso de **medicación antipsicótica** siempre que es posible).

Este modelo ha demostrado mayor capacidad para mantener la autonomía social y ocupacional de la persona, respecto al modelo tradicional, menos hospitalizaciones y recaídas, reducción en el uso de medicación y disminución significativa del diagnóstico de esquizofrenia. El recorrido del modelo en otros países demuestra que es posible trabajar de esta manera en el **sistema de salud mental público**.

### FUNCIONAMIENTO DE LA UAT

**Derivación:** A través de cualquier profesional del sistema de salud mental (con frecuencia de servicios especializados como urgencias, unidad de hospitalización breve, interconsulta u hospitalización domiciliaria).

**Inmediatez y disponibilidad:** Se convoca una reunión en un plazo aproximado de **48h** tras la llamada del profesional derivante. Dos miembros del equipo nos reunimos en el lugar de preferencia de la persona y el profesional, para hablar sobre la preocupación que ha motivado el encuentro. Se propone a la persona que piense qué personas (de su red afectiva o profesionales) es importante para ella que participen en las reuniones, y también la posibilidad de que sean individuales si lo prefiere. Los profesionales de la unidad disponemos de teléfonos móviles que permanecen activos en nuestro horario de trabajo (de 9h a 16h), con el compromiso de responder a las llamadas o mensajes escritos de forma inmediata siempre que sea posible.

**Recursos:** Las **reuniones dialógicas son la herramienta principal**, y acompañan todo el proceso de recuperación como el principal espacio para la interacción. Se trata de encuentros entre 2 o 3 profesionales, la persona en crisis y su red afectiva. Los mismos profesionales acompañan el proceso de tratamiento durante el programa (máximo 2 años). Se desarrolla normalmente en el hogar como lugar de preferencia de los asistentes. Las funciones principales de estas reuniones son comprender el contexto en el que sucede la crisis, desarrollar juntos un tratamiento basado en las necesidades de las personas y facilitar un diálogo terapéutico que permita trabajar la comunicación, las relaciones y las experiencias vitales. En función de las demandas, también se ofrecen **reuniones de apoyo farmacológico, acompañamiento terapéutico, grupo de deportes abierto, grupo de terapia multifamiliar abierto y grupo de mujeres**.

### RESULTADOS

Desde el 2014 hemos atendido a **102 personas** (276 junto con sus redes afectivas). En términos cuantitativos, ha sido poco el tiempo transcurrido en la UAT desde la adaptación del marco de DA para hacer un balance de los resultados que sea de impacto en comparación con otros estudios. A nivel cualitativo, podemos destacar:

- La **confianza** que las personas otorgan a las reuniones dialógicas como espacio para hablar lo que está pasando y tolerar la incertidumbre sostenidos en diálogo con otros.
- El sentimiento de **seguridad** de las personas al comprobar que las soluciones no se imponen, sino que las decisiones se toman siempre con el acuerdo y conocimiento del paciente, desde su necesidad subjetiva.
- Parece que las **estancias en urgencias** y unidades de **hospitalización** breve son **más cortas** y a veces evitables. Además, quienes ingresan lo hacen habiendo podido participar activamente en esa decisión, lo que evita vivir el ingreso de forma ajena, pasiva y más cercana a lo traumático.
- Se da mayor confianza en esta forma de tratamiento que en modelos tradicionales, lo cual facilita una **mejor relación** y ocasiona **menos abandonos**. Además, parece que este abordaje permite atravesar la crisis con menos medicación que en tratamientos habituales.
- En los cierres de tratamiento, las personas se despiden con **mayor conocimiento sobre sí mismos**, más **seguros** acerca de cómo quieren afrontar la vida, con **menos dependencias** y **mayor autonomía**.

**DIFICULTADES:** En estos años hemos encontrado dificultades tanto internas como estructurales en nuestro desempeño. Respecto a las **internas**, ha resultado un desafío el aprender (una y otra vez) a salirnos del rol de expertos que conocen lo que le ocurre y necesita la persona atendida, así como la dificultad de transmitirlo y conseguir que sea aceptado por los asistentes. También hemos sentido cómo las interpretaciones provenientes de esquemas de referencia previos y de las profesiones de procedencia, interfieren sobre la escucha genuina. Como dificultades **estructurales**, destacamos la falta de recursos humanos suficientes, lo cual aumenta la carga asistencial y puede hacer perder inmediatez en la respuesta. También echamos de menos la figura de experto en primera persona<sup>3</sup>, de la etapa previa de la UAT, quien nos permitió introducir valiosos cambios en la forma de intervenir y el lenguaje empleado, además de servir de puente en la relación con las personas que atendemos.

### REFERENCIAS:

(1) Seikkula, J; Arnkil, T.E. Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona: Herder, 2016.

(2) Whittaker, R. Intervención en la psicosis, el modelo de Laponia Occidental: Diálogo Abierto. En: Anatomía de una epidemia. Madrid: Capitán Swing, 2015.

(3) Parrabera, S. El marco de Diálogo Abierto en la Unidad de Atención Temprana para el tratamiento de personas con primeros episodios psicóticos (UAT IC). Boletín nº 43 AMSM, 2018; p. 20-29.