



REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS ELEMENTOS MÁS RELEVANTES PARA LOS USUARIOS EN LA INTERVENCIÓN DE DIÁLOGO ABIERTO

Autor: Sergio Campos Montalvo

Tutor: Sara Ben-Bouchta del Viejo

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Mayo de 2024

Resumen

El Diálogo Abierto es un modelo de intervención que surge en Laponia, Finlandia en la década de 1980. Su surgimiento se da en un contexto generalizado de cuestionamiento del modelo biomédico de salud mental y sus principales mecanismos de intervención, especialmente respecto a la intervención en trastornos psicóticos. Sus principios son la ayuda inmediata, la intervención en red, la flexibilidad, la responsabilidad, la continuidad psicológica, la tolerancia a la incertidumbre y el dialogismo. Esta revisión sistemática pretende recoger de forma exhaustiva los principales aportes de este modelo expresados por la experiencia subjetiva de pacientes participantes en esta intervención. Para ello se han explorado 5 bases de datos y se han extraído 12 artículos, con una muestra total de 168. Mediante el análisis temático de las entrevistas a los pacientes posterior a la intervención aparecieron 7 temas recurrentes, siendo los tres más frecuentes el uso de reflejos, la participación en la toma de decisiones y las relaciones sociales e intervención en red. Por último, se relacionan estos temas más frecuentes con los principios del Diálogo Abierto y su enfoque a superar los límites del modelo biomédico.

Palabras clave:

Diálogo Abierto, revisión sistemática, análisis temático.

Abstract

Open Dialogue is an intervention model that emerged in Lapland, Finland in the 1980s. It arose in a context of widespread questioning of the biomedical model of mental health and its main mechanisms of intervention, especially regarding the intervention in psychotic disorders. Its principles are immediate assistance, network intervention, flexibility, responsibility, psychological continuity, tolerance of uncertainty, and

dialogism. This systematic review aims to exhaustively collect the main contributions of this model as expressed by the subjective experience of patients participating in this intervention. To this end, 5 databases were explored, and 12 articles were extracted, with a total sample of 168. Through thematic analysis of the interviews with patients after the intervention, 7 recurring themes emerged, with the three most frequent being the use of reflections, participation in decision-making, and social relationships and network intervention. Finally, these most frequent themes are related to the principles of Open Dialogue and its approach to overcoming the limits of the biomedical model.

Keywords:

Open Dialogue, systematic review, thematic analysis.

Índice

Introducción.....	6
Justificación del trabajo	6
Limitaciones y consecuencias del modelo biomédico.....	6
Origen del Diálogo Abierto.....	10
Principios del Diálogo Abierto	11
Elementos a profundizar	13
Objetivo de la revisión.....	16
Definición de la variable investigada.....	16
Hipótesis	17
Método.....	17
Estrategia de búsqueda.....	17
Criterios de elegibilidad.....	18
Resultados.....	19
Inclusión de estudios y extracción de datos	19
Calidad de los estudios analizados.....	28
Análisis de los contenidos.....	29
Discusión	34
Bibliografía.....	38

Introducción

Justificación del trabajo

El presente trabajo pretende recoger de forma sistemática los principales aportes de la intervención en Diálogo Abierto a través de la experiencia de los pacientes y usuarios. Los contenidos tratados a lo largo del trabajo son de relevancia clínica, apuntando a algunas críticas recurrentes al modelo biomédico de salud mental y algunos efectos que este tiene sobre el bienestar de los pacientes. Por otro lado, se exploran nuevos modelos de salud mental, cuya propuesta traslada el foco de atención de la intervención del individuo a la red social del mismo.

El interés clínico de estos contenidos se deriva la percepción que tienen los propios pacientes de las consecuencias que tienen sobre ellos las diferentes intervenciones. Esta es una de las razones del carácter cualitativo de esta revisión sistemática, ya que permite observar vía análisis temático los temas más recurrentes y a los que más importancia otorgan los pacientes acerca de las diferentes intervenciones que reciben. Según las diferentes intervenciones que se realicen, las consecuencias serán de un tipo u otro. Es por esto que trabajos de esta naturaleza, que permitan comparar diferentes modelos de intervención en estos términos, también son relevantes en el avance general de la disciplina.

Limitaciones y consecuencias del modelo biomédico.

El veintidós de diciembre del año 2023, se aceptó para publicación un estudio que recogía dos resultados importantes acerca del Proyecto del Genoma Humano. Tras veinte años desde su inicio, y ocho mil millones de dólares empleados en investigaciones, no ha sido capaz de identificar ningún sólo gen que se relacione causalmente con la esquizofrenia y en todo este tiempo tampoco han aparecido nuevas

intervenciones a partir de estas investigaciones (Torrey, 2023). Esta publicación nos ayuda a identificar un aspecto más amplio que atraviesa a las distintas disciplinas psiquiátricas y psicológicas. Este es el carácter reduccionista proveniente del modelo biomédico de las distintas disciplinas (León Rubio, José María, 2006). El modelo biomédico y sus características se reflejan en la investigación, las conclusiones causales extraídas de sus resultados, la promoción de ciertos tratamientos farmacológicos y hasta de dónde provienen los fondos que financian dichas investigaciones (Beeker et al., 2021).

El modelo biomédico en psicología busca identificar las bases biológicas de los síntomas, actuando sobre ellos bajo el supuesto de que cuando los síntomas desaparecen, la persona se cura (McCabe et al., 2018). A pesar de los esfuerzos empleados en la investigación desde este modelo, se muestra incapaz de explicar satisfactoriamente las facetas de los trastornos y los resultados de sus investigaciones frecuentemente tienen una difícil traducción al ámbito clínico (Tripathi et al., 2019). Además de las dificultades del planteamiento y de validez externa de sus investigaciones, este modelo tiene unas consecuencias que no podemos ignorar.

Según el trabajo de McCabe et al. (2018), entender de esta forma la recuperación, implica que las personas que en lugar de recuperarse aprenden a vivir con sus problemas de salud mental suelen ser clasificados como pacientes resistentes al tratamiento. Esta concepción ignora los desafíos de vivir con problemas de salud mental y acaba reforzando el modelo biomédico de recuperación. Un elemento fundamental del modelo biomédico es que promueve una relación jerárquica de experto – paciente (Sercu & Bracke, 2017). Otra consecuencia de este modelo es la prioridad en la intervención farmacológica por encima de otro tipo de intervenciones, como la

psicoterapia o intervención en red, una prioridad que apunta más a cuestiones económicas que a eficacia demostrada (Ferrerres et al., 2012).

Relacionado con el modelo biomédico de salud mental, se ahondará acerca del estigma actual que acarrea ser una persona diagnosticada con un trastorno mental. El estigma es definido por Goffman como un atributo que es profundamente desacreditativo, ese rasgo se vuelve el rasgo significativo al que el individuo es reducido e identificado (DeFleur, 1964). En el caso concreto de las personas con diagnósticos psiquiátricos, estas se ven reducidas al diagnóstico, despertando actitudes y creencias mediadas culturalmente, que responde a las normas y valores generalizados en dicha cultura (Link & Phelan, 2014). Las categorías psiquiátricas o diagnósticos de trastorno mental apuntan a que las causas del trastorno son incontrolables por parte del individuo (Lebowitz et al., 2014). Los trastornos mentales esencializan y reifican conductas menos frecuentes o normativas, categorizándolos como funcionamientos cualitativamente distintos y provocando creencias de irracionalidad, impredecibilidad y deseos de distancia social hacia las personas padecientes de estos trastornos (Loughman & Haslam, 2018). Estas conductas y creencias también han sido detectadas en los profesionales de salud mental, interfiriendo con el vínculo y reduciendo la empatía (Lebowitz & Appelbaum, 2019).

Todos estos elementos, que no son sino una parte de una lista más larga, señalan las limitaciones y efectos iatrogénicos del modelo biomédico a la hora de explicar el surgimiento, el mantenimiento y las propuestas de tratamiento de los llamados trastornos mentales. Sumado a las consecuencias culturales provenientes de la forma de entender la salud mental de este modelo, se puede plantear la posible obsolescencia del mismo, y empezar a mirar hacia nuevas formas de entender la conducta y la salud mental.

Como consecuencia de estas limitaciones y efectos del modelo biomédico, a lo largo de los años se han ido produciendo cambios en el paradigma de salud mental general. Ejemplos de estos cambios son la ampliación de cómo se entiende la salud mental, añadiendo otros factores contextuales relevantes y nuevas formas de intervención. Entre las nuevas formas de entender e intervenir en salud mental, podemos destacar ejemplos como las intervenciones conductuales, cognitivas, sistémicas y en red, por mencionar algunos ejemplos. Estas intervenciones, a pesar de sus diferencias han mostrado avances en el tratamiento, poniendo el foco en la atención psicológica por encima del tratamiento farmacológico. Además, han demostrado una efectividad similar o superior a la psicofarmacología, incluso en intervenciones más complejas como las psicosis o los trastornos mentales graves (Morrison et al., 2014).

Es en este contexto en el que no solo se comienza a dar relevancia y validez a otros enfoques, sino que se comienzan a descubrir las consecuencias de la medicalización y el uso indiscriminado de los psicofármacos para el tratamiento en trastornos de salud mental. Precisamente, Robert Whitaker, un periodista e investigador estadounidense, describe en su libro (2010) el hecho de que la tendencia de prescripción intensa e indiscriminada de psicofarmacología para el tratamiento de trastornos mentales tiene consecuencias graves para la salud de los pacientes. Entre estas consecuencias destacan el aumento de la dependencia de los pacientes a ayudas estatales, e incluso la reducción de su esperanza de vida.

Uno de los modelos que más relevancia tienen en este nuevo enfoque es el modelo de recuperación. Este modelo pretende la reforma de los servicios de salud mental para adecuarlos a las necesidades de los usuarios, desafiar el estigma relacionado con los problemas de salud mental y desarrollar una identidad respecto a la recuperación (Cruwys et al., 2020). El modelo de recuperación plantea como su objetivo principal no

el retorno a un estado presintomático, sino que enfatiza la importancia del control sobre los problemas en la vida del paciente (Davidson, 2009). Precisamente, este modelo maneja un concepto holístico de la persona superando la visión que identifica al paciente con el síntoma (Ramon et al., 2007). Uno de los elementos que aparecen como predictores de la recuperación según este modelo es el apoyo familiar durante los periodos de crisis agudas como también lo es recibir explicaciones acerca de lo que está ocurriendo (Jacob, 2015). Estos elementos son relevantes cuando se comienza a estudiar la propuesta del Diálogo Abierto.

Origen del Diálogo Abierto

Todos estos factores marcan una época de avances en el descubrimiento y la apuesta por nuevos paradigmas de salud mental, entre los que se encuentra el Diálogo Abierto. El Diálogo Abierto surge en Laponia, en Finlandia, en la década de 1980, como una intervención temprana (primeras 24 horas) dirigida a un primer episodio de psicosis (Seikkula J & Olson ME, 2003). Esta intervención surge del enfoque adaptado a las necesidades (*Need-Adapted Approach*) desarrollado en la década de 1970 en Finlandia, con el objetivo de trabajar en base a la experiencia del cliente y evitar el dominio del enfoque biomédico en las intervenciones (Borchers et al., 2014).

En el Diálogo Abierto, la atención en crisis se caracteriza por la intervención en red, mediante una reunión terapéutica, en la casa del paciente, que involucra a su familia, profesionales de la salud y personas significativas al paciente en el que el diálogo es el eje estructural de la intervención (Kantorski & Cardano, 2019). Precisamente, los mismos autores señalan que el interés por el diálogo abierto creció debido al vigoroso cuestionamiento de los modelos predominantes que centraban sus tratamientos alrededor de los psicofármacos (Kantorski & Cardano, 2019). Desde su

origen, su popularidad ha ido creciendo y este método de intervención ha sido implementado en varios países como Estados Unidos y distintos países europeos como Austria, Italia, Alemania y Polonia entre otros (Kinane et al., 2022). Como ya se ha mencionado, particularidad del Diálogo Abierto es el empleo de la red social y de apoyo del cliente a través del diálogo. Esta conversación conjunta en el Diálogo Abierto tiene el objetivo de construir nuevos significados a partir del intercambio, la escucha, el aprendizaje y la comprensión mutua entre los participantes y su forma de dar significado a los temas que van apareciendo (Anderson, 2002).

Algunas de las novedades de este tratamiento, frente a los tratamientos prototípicos de herencia biomédica, es el desplazamiento del foco de la intervención. Los tratamientos de herencia biomédica hacen un énfasis especial en la intervención sobre los síntomas del paciente, buscando como resultado del tratamiento la reducción de los mismos. Esto es debido a la consideración de una causa cerebral como causante de los síntomas, a pesar de la falta de evidencia en esta dirección (Moreno Arnedillo, 2015). En el Diálogo Abierto, sin embargo, la idea principal es el tratamiento psicoterapéutico a través de la red social del cliente (Seikkula et al., 2006).

Principios del Diálogo Abierto

La intervención de Diálogo Abierto se desarrolla en torno a siete principios que fueron elaborados a partir de la intervención psicoterapéutica en conjunto con diversos programas de investigación.

El primer principio es la *ayuda inmediata*, que estipula que la primera entrevista con los participantes debe ser realizada antes de que pasen 24 horas desde el primer contacto del paciente con el equipo, favoreciendo de esta forma los resultados de la intervención (Seikkula et al., 2001).

El segundo principio es el de *perspectiva de la red social*. Este principio describe que los miembros de la red social del paciente serán invitados a las primeras sesiones para garantizar el apoyo al paciente y a la familia (Bergström et al., 2017).

El tercer principio del DA es el de la *flexibilidad y movilidad* que son necesarias para otorgar a cada paciente la intervención específica que más se ajusta a sus necesidades y contextos (Seikkula et al., 2006).

El cuarto principio se trata de la *responsabilidad*. Este principio hace referencia a la responsabilidad que tiene el primer profesional o equipo de profesionales contactados por el paciente o su familia en organizar y convocar la primera reunión y el resto del tratamiento (Bergström et al., 2017).

El quinto principio hace referencia a la *continuidad psicológica*. Este principio, trata sobre la responsabilidad que tiene el equipo terapéutico con respecto al paciente, su familia y su entorno (Seikkula et al., 2001).

El sexto y penúltimo principio es el de la *tolerancia a la incertidumbre*. Este principio describe que la tolerancia a la incertidumbre se debe facilitar estableciendo en un primer momento una muy elevada frecuencia de reuniones terapéuticas entre el equipo y el paciente, junto con su red social (Bergström et al., 2017). Esto tiene unas implicaciones directas en el proceso terapéutico, como evitar la toma de decisiones prematura o la prescripción de medicación como estándar procedimental (Seikkula et al., 2006).

Por último, tenemos el principio del *dialogismo*. Este principio describe el funcionamiento más elemental de esta intervención. El foco se pone precisamente en promover un diálogo entre el paciente, la familia y su red social, mediante el cual aumentar su sentido de agencia en la vivencia pudiendo discutir como iguales acerca de

las dificultades del paciente (Bergström et al., 2017). El objetivo de esta socialización es el de la construcción de una nueva forma de entender la situación que están atravesando, orientada a la capacitación del paciente junto con su red social para afrontar sus dificultades (Seikkula et al., 2001).

Elementos a profundizar

Describiendo estos principios, nos encontramos con que existen ciertas tendencias inherentes a la intervención en Diálogo Abierto. A continuación, se procederá a explorar algunos elementos relacionados entre sí, que aparecen contenidos o implícitos en los principios del DA desarrollados previamente.

El primero es el de la participación familiar en la toma de decisiones. En primer lugar, es importante contextualizar el debate acerca de la toma de decisiones por parte de los pacientes con diagnósticos psicóticos. Si bien es cierto que la posibilidad de participar en la toma de decisiones es una reivindicación por parte de pacientes y activistas, todavía queda recorrido en el campo de la investigación a la hora de generalizar la práctica en esta dirección (Haugom et al., 2023). A pesar de esto, este elemento, que se intuye en los principios descritos, es uno de los rasgos definatorios de la intervención en Diálogo Abierto. En su intervención, el equipo terapéutico participa en un diálogo deliberativo y respetuoso con la familia, estableciendo las decisiones terapéuticas conjuntamente, de forma transparente y siempre en presencia del paciente y de la familia (Kantorski & Cardano, 2019). Este funcionamiento permite a los participantes de la reunión a colaborar entre sí, a ser activos en el propio proceso de construcción de significados, ya que el diálogo no puede elaborarse de forma unilateral (Ong & Buus, 2021).

Volviendo a los límites y consecuencias del modelo biomédico, como por ejemplo el estigma, que he expuesto al comienzo del trabajo, podemos relacionarlos con los planteamientos del DA, y las oportunidades que este propone para superar algunas limitaciones del modelo anterior. En numerosos estudios se recoge que existen ciertas actitudes respecto a las personas con enfermedad mental grave en general, y con esquizofrenia en particular. Algunos ejemplos de estas actitudes es la creencia de incapacidad de estas personas para manejar su vida, o una percepción de incurabilidad (López Álvarez et al., 2008), contenidos que son parte tanto del estigma social como del propio estigma de los pacientes. Se pueden deducir contenidos comunes entre las actitudes estigmatizantes, de los cuales destaca la incapacidad de participación del paciente en el control de su vida. El hecho de que el Diálogo Abierto aparezca en un contexto de cuestionamiento generalizado del paradigma biomédico de salud mental permite incidir en algunos de estos aspectos, como por ejemplo el estigma social y el auto-estigma de los pacientes a la hora de recibir y participar en su tratamiento. Precisamente, estas nuevas corrientes han provocado profundos cambios en la conceptualización de la salud mental y su intervención, por ejemplo, priorizando la atención a la red social y contexto del paciente. Es importante mencionar de nuevo la importancia de prestar atención a estos factores, y proponer nuevas formas de intervención para evitar las consecuencias del estigma, que conducen a una desmoralización, disminución del autoestima y favoreciendo el aislamiento del paciente (López Álvarez et al., 2008). Es por ello la pertinencia de destacar algunas ventajas de este tipo de intervenciones respecto a aquellas derivadas del viejo paradigma biomédico de salud mental, cosa que se hará más adelante.

Siguiendo con las formas de intervención que surgen referidas al modelo biomédico, nos encontramos de nuevo con la intervención farmacológica. Si bien no es

el objetivo de este trabajo profundizar en este tema, se debería seguir problematizando la intervención farmacológica teniendo en cuenta el poco consenso científico que suscita y la falta de pruebas consistentes que apunten a que el tratamiento con ningún fármaco ejerza una actividad específica sobre una enfermedad concreta (Moncrieff & Cohen, 2005). Sin embargo, desde el Diálogo Abierto existe un abordaje específico en cuanto a la intervención farmacológica en trastornos de salud mental, y es que precisamente esta no se da por hecho y el paciente y las familias pueden contar con esta intervención si desean, invitando al psiquiatra a las reuniones (Parrabera García et al., 2019). Este aspecto, que no niega la intervención mediante psicofármacos sino que la subordina a las necesidades concretas que tenga cada paciente y su red, permite tomar una decisión informada, aumentando la agencia del paciente en la dirección de su tratamiento. Con estos breves apuntes, lo que se pretende sacar a relucir son algunas implicaciones de la intervención del DA que cuestionan la vigencia y del modelo biomédico, o como mínimo amplía el abanico de posibilidades de intervención en salud mental.

Para continuar con esta idea, es necesario mencionar de forma propositiva un elemento de la intervención en Diálogo Abierto, los reflejos. Este tipo de intervenciones se caracterizan por ser un momento en el que el equipo terapéutico establece una conversación entre sus miembros en presencia de la familia y durante la reunión (Andersen, 1987). Esta conversación tiene tres partes, las dos primeras implican exclusivamente a los profesionales, en la que primero comparten lo que han observado y elaborado a partir de lo visto en la reunión y después analizan lo expuesto y discuten posibles vías de intervención (Olson et al., 2014). Por último, la última parte de esta técnica implica a la familia, invitándola a reflexionar acerca de lo que acaban de escuchar por parte de los profesionales (Seikkula, 2008). La idea subyacente a la técnica

de los reflejos es que los terapeutas puedan presentar diferentes puntos de vista, ampliando las posibilidades del diálogo y de la construcción de significados comunes en el seno de la red (Andersen, 1987). Esta técnica es coherente con los objetivos que plantea este modelo de intervención, orientando la intervención a que la red y el paciente puedan aumentar su agencia en la dirección del tratamiento, tomando decisiones de intervención mediante la nueva forma de comprensión de la situación y sus capacidades (Seikkula et al., 2001).

A modo de resumen, podemos contextualizar la aparición del modelo de Diálogo Abierto en un momento de crítica a los modelos biomédicos de salud mental y sus formas de intervención. A lo que se quiere aportar con este trabajo es a la investigación acerca de la posibilidad de mejora de los servicios de salud mental, tanto desde la perspectiva del usuario como de la eficacia de la intervención. Este equilibrio parece complejo, sin embargo, la intervención en Diálogo Abierto alcanza resultados a la vez que mantiene una relación respetuosa con sus usuarios y garantiza la participación y reducción del estigma de los mismos (Minondo-Romero et al., 2022).

Objetivo de la revisión

El principal objetivo de este trabajo es recoger y analizar de forma exhaustiva la experiencia subjetiva de los pacientes y su red en intervención de Diálogo Abierto.

Los objetivos de los artículos incluidos en el estudio resultan muy similares al de este trabajo, al igual que su formato de recogida y análisis de datos por lo que su comparación será coherente.

Definición de la variable investigada

El siguiente trabajo aborda la experiencia subjetiva de los usuarios de la intervención en Diálogo abierto como variable cualitativa a explorar. El carácter cualitativo de esta variable se debe a la naturaleza de la investigación de la experiencia subjetiva vía entrevistas, que recoge datos narrativos que posteriormente son analizados vía herramientas de análisis temáticos.

Hipótesis

La experiencia subjetiva de los pacientes que participan en una intervención en Diálogo Abierto es coherente con los límites que intenta superar este modelo frente a los modelos de intervención de herencia biomédica.

Estos límites son una mayor participación en la toma de decisiones por parte del paciente en la dirección del tratamiento, una reducción de los sentimientos estigmatizantes y la reducción de la intervención médica como un supuesto innegociable.

Método

Estrategia de búsqueda

Se realizó la búsqueda bibliográfica durante los meses de noviembre y diciembre de 2023. Esta búsqueda se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: Cochrane, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Pubmed, Psycinfo y Web Of Science. Los términos que compusieron las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos fueron todos de carácter libre. La falta de lenguaje documental se debe a que, referido al Diálogo Abierto, no hay recogidos términos en lenguaje documental en las bases de datos para referirse al mismo. Esto implica que, al haber utilizado lenguaje libre, no ha sido posible complejizar las ecuaciones de búsqueda para acotar los resultados y, por lo

tanto, la criba de estudios se ha hecho a partir de un número elevado de artículos. Las ecuaciones de búsqueda se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1

Resultados de las ecuaciones de búsqueda en las bases de datos

Bases de datos	Ecuaciones de búsqueda en lenguaje libre	Resultados
Cochrane	"Open Dialogue"	22
Psychology Behavioural Sciences Collection	and "Open Dialogue"	151
Pubmed	"Open Dialogue" AND "Qualitative"	133
Psycinfo	"Open Dialogue"	401
Web Of Science	"Open Dialogue" AND "Qualitative"	290

Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad, que guiaron la inclusión o no de los artículos resultantes de las búsquedas en las bases de datos fueron 9 en total y se agruparon en tres tipos: los referidos al objetivo, aquellos referidos a criterios metodológicos y aquellos referidos a criterios pragmáticos. Del primer grupo se incluyen los artículos que: a) traten la intervención en Diálogo Abierto, b) que la población del artículo sean pacientes clínicos y c) que las variables de los estudios sean de carácter cualitativo. Estos objetivos son imprescindibles ya que el hecho de tener que utilizar lenguaje libre incluía automáticamente en la búsqueda artículos que nada tenían que ver con la intervención en Diálogo Abierto, o cuya población entrevistada eran futuros practicantes clínicos participando en un proceso terapéutico de Diálogo Abierto. De los criterios referidos a características metodológicas, se incluyeron los artículos que: d) Sean

estudios empíricos, e) sean estudios de carácter cualitativo y f) los datos sean recogidos a través de la entrevista clínica. Por último, del grupo referido a los criterios pragmáticos, los criterios aquí incluidos fueron los siguientes: g) las fuentes debían ser primarias y h) el idioma debe ser castellano o inglés.

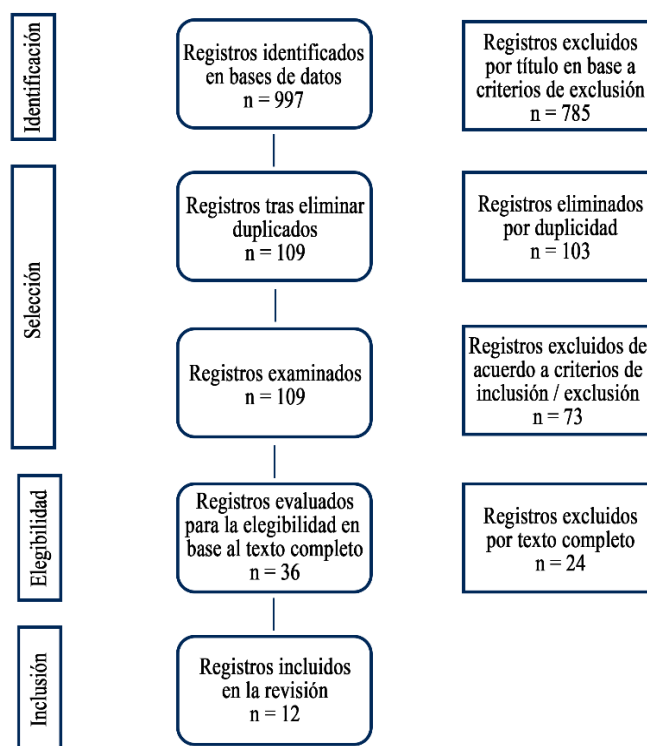
Resultados

Inclusión de estudios y extracción de datos

En el siguiente diagrama de flujo se recoge el proceso de inclusión o exclusión de artículos mediante la eliminación de duplicados y la aplicación de los criterios de elegibilidad en base al título, resumen y texto completo de cada artículo.

Figura 1.

Diagrama de flujo del proceso de inclusión y selección de artículos



Todos los resultados que se manejan en este trabajo son de carácter cualitativo, recogidos mediante entrevistas realizadas por los pacientes y su correspondiente red.

Los estudios seleccionados utilizan diferentes análisis temáticos para exponer el contenido de las entrevistas realizadas.

La muestra total analizada en el conjunto de los artículos es de 168. En varios de ellos, la muestra total que utilizan es una combinación de pacientes clínicos o usuarios sumados a su respectiva red y adicionalmente profesionales del equipo de intervención. Para el presente trabajo, la muestra de interés se restringe a la combinación de usuarios y su red, por lo que la muestra de profesionales clínica queda descartada tanto en la tabla de resumen de los artículos como en la posterior exposición de los contenidos. La Tabla 2 resume las temáticas generales y los subtemas en ellos recogidos.

Tabla 2

Resumen de los resultados de los estudios que exploran la experiencia subjetiva de los pacientes de la intervención en Diálogo Abierto

Estudio	Objetivo del estudio	N en DA /hombres/ media de edad	Técnica de análisis temático	Resultados cualitativos
Gordon et al., 2016	Estudiar la viabilidad de implementar el Diálogo Abierto en el sistema de salud de EEUU.	14/11/22.67	-	Se valoró positivamente la apertura, transparencia, participación en la toma de decisiones, tratamiento no centrado en la medicación y ambiente colaborativo a través del uso de reflejos. Se criticó la falta de claridad acerca de la intervención farmacológica. Se mencionó la necesidad de ampliar la intervención con servicios sociales.
Twamley et al., 2021	Explorar la experiencia de formar parte de una intervención en Diálogo Abierto en Irlanda.	23/-/-	Análisis temático inductivo.	Tres temáticas primarias: Diversidad en la práctica, descomposición de categorías que se dan por supuestas y la salud mental como experiencias compartidas. Dentro de estas se incluyen agrupados los temas siguientes: Flexibilidad, adaptabilidad, cercanía en la relación, transparencia, cuestionamiento de narrativas dominantes y colaboración en la primera. Facilitación de la comunicación en la segunda. Aumento de la capacidad de entenderse mutuamente y reducción del estigma en el tercero.
Dawson et al., 2021	Explorar la experiencia de	6/0/-	Codificación a través de una	Seguridad como tema central con tres subtemas en tres contextos: seguridad de lugar, seguridad a través del proceso dialógico y el diálogo y el contexto

	Diálogo Abierto en un refugio comunitario para mujeres en Australia, explorando concretamente las emociones de impotencia en contextos sanitarios.		aproximación inductiva y análisis profundo línea por línea.	social amplio de seguridad. Los contenidos del primer subtema son: la facilitación de la participación y el contexto menos hospitalario. Los contenidos del segundo subtema son: participación en la toma de decisiones, sentido de agencia, empoderamiento y el uso de reflejos como herramienta de validación y aceptación. Los contenidos del tercer subtema son: contexto de seguridad emocional durante las reuniones y aumento del valor subjetivo de las decisiones y soluciones propias de los participantes.
Gidugu et al., 2021	Explorar los factores críticos para la implementación de la intervención del Diálogo Abierto en EEUU.	14/-/22,66	Análisis temático (Miles et al., 2014).	Los resultados se agrupan alrededor de dos conceptos: contexto y evidencia. La temática de contexto hace referencia a factores que influyeron en la participación en el programa de DA, e incluyen el contraste del DA con otros métodos de intervención y la participación familiar. El término evidencia, hace referencia a los aspectos del modelo que los usuarios identifican que contribuyeron a la experiencia de participación en esta terapia. Este último incluye los siguientes temas: aceptación y cuidado, proceso colaborativo, transparencia y apertura, nuevas formas de procesar

Wusinich et al., 2020	Explorar las perspectivas de los participantes y sus redes en la intervención del Modelo Paracaídas (que es la combinación del Modelo de Diálogo Abierto y Modelo de Apoyo Internacional entre Pares).	18/9/-	Análisis de la transcripción de la entrevista con el programa NVivo y utilizando la Teoría Fundamentada en datos.	la experiencia y desarrollo de la comprensión a través de los reflejos e involucramiento familiar. Los temas recogidos se agrupaban temáticamente en tres temas: Reflejos al modelo de Paracaídas, Relaciones con el equipo de Paracaídas y el autoconocimiento y relaciones en red. En el primer tema se incluyen los subtemas siguientes: reuniones en red, accesibilidad del cuidado, flexibilidad en la velocidad y estructura de la intervención, menor énfasis en la medicación. El segundo tema incluye los subtemas: Miembros del equipo como abogados del paciente, reducción del estigma, apoyo entre iguales y múltiples proveedores. El último tema incluye los temas de autoconocimiento y cambios en la red.
Sunthararajah et al., 2022	Explorar la experiencia de cuidado en servicios	6/-/43	Análisis de la transcripción por dos investigadores independientes	El análisis temático se resume en cuatro temas generales. Primero: Sentir confianza y accesibilidad hacia los recursos de salud mental. Segundo: apoyo y comprensión por parte de la familia y amigos. Tercero: tener una elección y una voz. Cuarto: Confusión y construcción del sentido de la experiencia.

	tradicionales y en Diálogo Abierto.			utilizando un análisis temático inductivo de seis pasos.	
Rosen y Stoklosa, 2016	Asegurar la relevancia y viabilidad mediante un estudio preliminar de la posibilidad de implementación de algunos principios del Diálogo Abierto en un contexto distinto al finlandés.	30/-/-	-		Los resultados recogidos por este estudio preliminar son reducidos y la observación principal es que los pacientes desarrollaron confianza en el equipo de intervención cuando este discutía el cuidado del paciente delante del paciente mismo.
Florence et al., 2021	Investigar las experiencias de familias que	17/5/-	Aproximación fenomenológica combinado con		Los temas que aparecieron tras el análisis temático fueron los siguientes: Foco en la red, participación en la toma de decisiones, estructura del cuidado, uso de reflejos, farmacología, hospitalizaciones y desafíos. Dentro

	recibieron la intervención de Collaborative Network Approach (Diálogo Abierto) en Vermont.		codificación utilizando el programa NVivo.	de estos diferentes temas aparecieron elementos relevantes como la importancia de la participación familiar, reducción del estigma, empoderamiento y agencia, posibilidad de negociar el uso de psicofármacos, mejora de la relación con los profesionales, menor pérdida de agencia y menor experiencia de deshumanización respecto a las hospitalizaciones y por último las dificultades de vivir con alguien padeciendo una experiencia psicótica intensa junto con la tensión en las reuniones más difíciles.
Sidis et al., 2020	Descripción de la experiencia de los clínicos, pacientes y sus familiares en intervención en Diálogo Abierto.	5/1/-	Análisis de interpretación fenomenológica (IPA) (Smith & Shinebourne, 2012).	Los resultados se agruparon en tres temáticas generales: Vacilación acerca de si realizar terapia familiar, valoración positiva de la apertura y colaboración en la comunicación y por último la apertura de más espacios para el diálogo, siendo los reflejos oportunidades para manejar nuevos significados y formas de entender la situación.
Tribe et al., 2019	Informar acerca de la implementación del Diálogo Abierto en Reino Unido realizando un análisis temático de	8/-/39,75	Método de Inducción Teórica.	Los resultados se agrupan en cuatro temas dominantes y nueve subtemas. Abordaremos únicamente los tres primeros ya que el cuarto únicamente es resultado de la entrevista a la muestra del equipo de intervención y no los pacientes o la red. El primer tema refiere a la realización del Diálogo Abierto, que incluye el Diálogo Abierto como cambio positivo y el impacto de los reflejos. El segundo tema dominante es el impacto de los principios

	información cualitativa recogida por clínicos y pacientes en una intervención en Diálogo Abierto.			del diálogo abierto, que incluye como subtemas el impacto de la incertidumbre y el impacto del dialogismo. El tercer tema dominante se refiere a interacciones intensas y mejor comunicación, con los subtemas de autenticidad y expresión emocional incluidos.
Hendy y Pearson, 2020	Explorar las experiencias subjetivas de los pacientes que han realizado intervención en Diálogo Abierto dentro del servicio nacional de salud del Reino Unido.	7/-/-	-	Los resultados de este estudio se organizaron en torno a tres temas dominantes y numerosos subtemas dentro de ellos. El primer tema general es la mutualidad, que incluye los siguientes subtemas: relaciones, igualdad, decisiones compartidas, amistad, continuidad y unión. El segundo tema general refiere a la dicotomía con otros servicios de salud mental e incluye los subtemas siguientes: medicación o su ausencia, redes de apoyo, falta de agencia, otros servicios de salud mental y salas de hospitalización. El último tema es la libertad dialógica dentro de la red, que incluye los siguientes subtemas: comprensión, familia, trabajador/a de apoyo entre iguales, diálogo, seguridad, reflejos, liderazgo en las reuniones, oportunidades de expresión y escucha.
Bergström et al., 2021	Este estudio se enfoca en la falta de conocimiento	20/12/25	Análisis temático	Los resultados de este estudio se expresaron en tres temas dominantes y nueve subtemas. El primer tema general era la importancia de las relaciones sociales en el contexto de los cuidados en salud mental, con los siguientes

cualitativo acerca de la experiencia cualitativa tras un largo periodo de tiempo en la intervención de Diálogo Abierto.

inductivo de base semántica. de subtemas incluidos: la importancia de la relación terapéutica, reuniones terapéuticas como una experiencia positiva y las reuniones como oportunidades de participación social. El segundo tema general refiere a la ambivalencia relacionada al tratamiento inmediato y trabajo en equipo, que incluye los siguientes subtemas: confusión relativa a las visitas a casa inmediatas, el rol familiar en la red de la reunión, demasiadas personas involucradas en el tratamiento y el deseo de consejos directos. El último tema dominante refiere a la ambivalencia acerca de la hospitalización y la medicación, que incluye los dos siguientes subtemas: el hospital como un entorno aterrador y la ambivalencia referida a la medicación.

Calidad de los estudios analizados

Habiendo resumido los contenidos más relevantes de los estudios a continuación se evaluará la calidad de los mismos, profundizando en los temas más relevantes en este sentido. En primer lugar, la metodología cualitativa de estos estudios es apropiada a la hora de medir la experiencia subjetiva de los pacientes en de Diálogo Abierto.

Precisamente, la investigación cualitativa de los procesos subjetivos es una herramienta enriquecedora en el marco general de la investigación psicológica (Gough & Madill, 2012). Además, los objetivos de los artículos seleccionados son coherentes con este objetivo, ya que eran coherentes con un fuerte carácter subjetivo al pretender evaluar dicha experiencia de los pacientes. Dicha experiencia subjetiva era la variable investigada, ya sea por profundizar en el objeto de estudio o incorporar sus investigaciones a estudios más amplios acerca de las posibilidades de incorporar el Diálogo Abierto a otros contextos sanitarios. Acerca del muestreo, los estudios muestran limitaciones a la hora de plantear sus conclusiones o a la hora de generalizarlas, a pesar de que la muestra que analizan es coherente con los objetivos de estudios de cada uno. Relacionado con esto, el diseño de los estudios no es experimental ya que no hay asignación aleatoria a un grupo de tratamiento y un grupo control, por lo que no puede hablarse de causalidad estrictamente hablando. Respecto al análisis temático, en general los estudios describen los métodos utilizados para realizar este análisis temático, sin embargo, tres no lo hacen y por lo tanto su calidad metodológica se ve reducida. En general, los resultados de los estudios y sus conclusiones son coherentes con los objetivos y la metodología que emplean. Sin embargo, existen otras limitaciones de calidad, por ejemplo, no se explicita si se emplea o no el ciego en la entrevista con los pacientes. Esto afecta a la validez del estudio y la generalización de las conclusiones

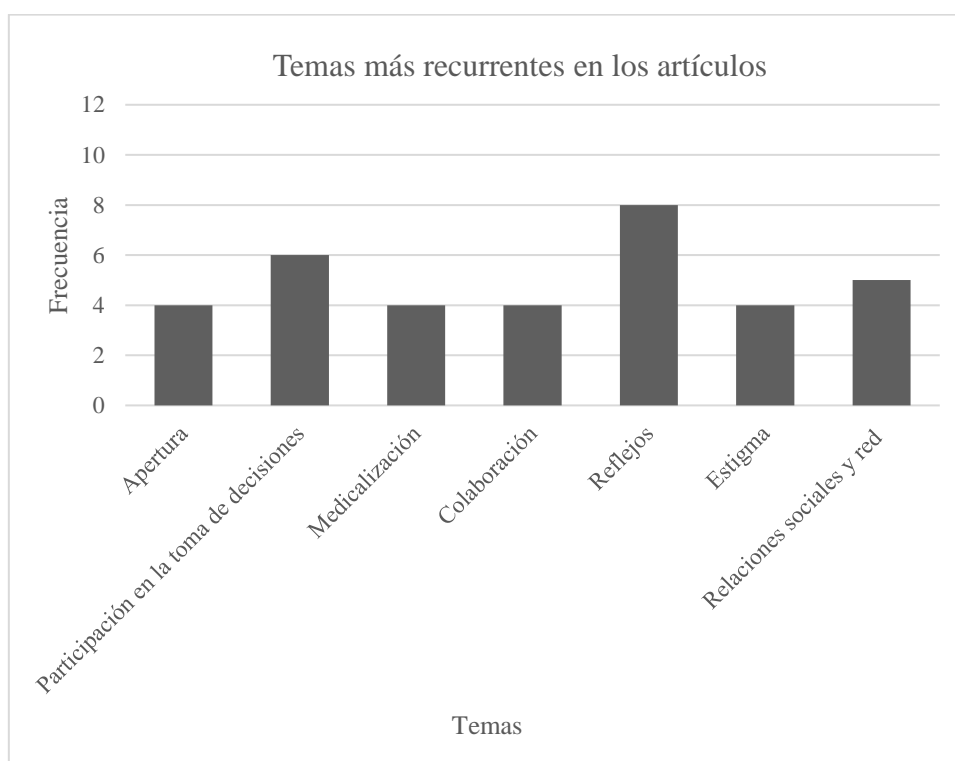
extraídas debido a la posibilidad de imprimir las expectativas de los investigadores y evaluadores en los resultados.

Análisis de los contenidos

A continuación se exponen los resultados de los artículos examinados. A lo largo de los mismos aparecen con frecuencia algunos temas comunes, aparentemente relevantes para los participantes que han participado en intervención de Diálogo Abierto. Para esta exposición se han agrupado los más repetidos en la Figura 2.

Figura 2.

Frecuencia de aparición de los temas más frecuentes.



La tónica general respecto a las temáticas según la experiencia subjetiva de los usuarios en la intervención en Diálogo Abierto es que estos temas son elementos positivos y colaboran en la dirección del tratamiento, especialmente cuando son comparados con las intervenciones de otros modelos tradicionales de salud mental.

En primer lugar, el tema más repetido en los diferentes artículos son los reflejos, un elemento central en la intervención en Diálogo Abierto. Dos tercios del total de los artículos analizados mencionan los reflejos como una parte relevante para los sujetos entrevistados en sus respectivos estudios. La forma en la que se hace alusión a los reflejos en las distintas entrevistas ilustra la función que tiene esta técnica. En primer lugar, en tres estudios se señala como un elemento novedoso que al principio genera confusión o incluso, en uno se menciona una sensación similar a la vergüenza al escuchar a los profesionales hablar acerca del problema del paciente. Sin embargo, esta posible extrañeza debido a la novedad se disipa cuando se observa que en tres estudios se habla de los reflejos como el momento en el que escuchar diferentes perspectivas. Además, la posibilidad de entenderse y empoderarse o ganar agencia por parte de los participantes a través de esta técnica apareció en dos estudios de los ocho en los que aparece. Por último, destacar la función que cumplen los reflejos de potenciar la comunicación, fomentar la colaboración y la transparencia aparece explícitamente en otro estudio.

El segundo tema que más frecuentemente aparece en los estudios analizados es el de la participación en la toma de decisiones. La mitad de los estudios analizados mencionan este tema como parte significativa de la experiencia de los participantes de intervención en Diálogo Abierto. Este tema se manifiesta de diferentes formas, siendo en general, la toma de decisiones conjuntas, un aspecto que los usuarios valoraban positivamente. Profundizando en esta valoración, en dos estudios, los pacientes mencionaron tener agencia acerca de la dirección de la intervención. La posibilidad de tomar decisiones acerca de la medicación ha aparecido también en dos estudios, mencionando como se abrió una ventana de oportunidad para hablar con honestidad acerca del tema y que el paciente pudiese negociar libremente su decisión junto a su red.

Relacionado con esto, también aparece en un estudio la comparativa de poder decidir acerca de la hospitalización, comparándolo con la intervención a través de modelos tradicionales. La posibilidad de tomar decisiones también aparece una vez como un factor que entrena la tolerancia a la incertidumbre en los pacientes. Por último, una dimensión relevante para este tipo de intervenciones y que aparece en el análisis de esta temática en un estudio, es lo positivo que resultaba sentir el apoyo del equipo de intervención en las decisiones que el paciente y la red tomasen.

El tercer tema de los más frecuentes es el de la novedad e importancia de las relaciones sociales o la intervención en red. Este tema aparece explícitamente en cinco de los 12 estudios. Dentro de este tema, lo más frecuente fue la consideración de que la intervención en problemas de salud mental de este carácter implica necesariamente a la familia o la red, y por lo tanto implicarles directamente en el tratamiento es algo positivo. Además, la inclusión de la familia o la red en el tratamiento permite desarrollar una comunicación mejorada, como aparece en dos estudios. Esto también aparece dos veces en la forma de poder hablar de temas de los que de no ser por el marco de la intervención en red no se habrían hablado en casa. Otro aspecto comunicativo relevante en relación a la participación de la red en la intervención es la posibilidad de compartir distintas perspectivas y el desarrollo de la comunicación familiar. En un estudio se señala a la importancia de este proceso, que implica cambios en la red, resultando en un proceso curativo para toda la familia y otro apunta a la responsabilidad compartida por la red en el camino del tratamiento. Según un estudio, la red se muestra como una fuente de apoyo y otro señala esto como una forma de reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental. Sin embargo, alrededor de este tema aparecen también algunas dificultades. Un estudio señala como a un paciente le daba miedo que su red fuese muy crítica, otro estudio señala que un paciente fue obligado por su familia a

realizar terapia familiar de algún tipo. Además, en otro estudio se señalaba que un paciente sentía incomodidad por la inclusión de su mujer en el tratamiento y que esta le viese vulnerable, y otro describía la dificultad inicial que suponía un cambio del tratamiento de formato individual al familiar.

El resto de temas más frecuentes en los 12 estudios e incluidos en la tabla tienen una frecuencia de aparición de cuatro. Estos cuatro temas son la apertura, el estigma, la medicalización y la colaboración. A continuación se explorarán en profundidad.

El primero de estos temas, la apertura, aparece en tres estudios relacionándose con la transparencia característica del Diálogo Abierto, y como esta experiencia resultaba positiva a lo largo de la intervención. En dos estudios, la apertura se relaciona con la libertad para discutir y sacar temas de conversación que de otra forma no habrían aparecido. Un estudio propone que el clima de apertura en el Diálogo Abierto permitió a los pacientes discutir con mayor facilidad las preocupaciones acerca de la medicación. A pesar de que en los cuatro estudios la apertura emocional aparece para los pacientes como un factor positivo, un estudio muestra como un paciente se encontró incómodo al intentar compartir sus emociones. En otro estudio, la apertura para comunicar emociones aun paciente no le resultó tan beneficioso, ya que el paciente identificado secuestraba la conversación hacia donde quería, entorpeciendo la apertura comunicativa.

El segundo tema que aparece en cuatro estudios es el estigma. El punto que comparten estos estudios acerca del estigma es que según la experiencia subjetiva de los pacientes, este se ve reducido en la intervención en Diálogo Abierto. En dos estudios aparece como la intervención en red reduce el sentimiento estigmatizante de los problemas de salud mental, en uno de ellos enfatizando el hecho de que estas

dificultades son una experiencia compartida por la red. En otro estudio aparece la reducción de los sentimientos estigmatizantes en términos de que los pacientes no se ven reducidos a la etiqueta diagnóstica debido a la naturaleza de la intervención. Por último, en otro estudio aparece la hospitalización involuntaria y la estigmatización consiguiente contrapuesta a la intervención en Diálogo Abierto, en la que dicho ingreso puede ponerse sobre la mesa a discusión.

La siguiente temática es la medicalización. Este tema se orienta en todos los estudios alrededor de la diferencia de la intervención del Diálogo Abierto en comparación con métodos tradicionales de intervención. Este tema aparece explícitamente como una verbalización directa de los pacientes en dos estudios diferentes. También aparece dos veces el testimonio de los pacientes de que a través de esta intervención sintieron que el tratamiento iba más allá de la mera prescripción de psicofármacos. Con la misma frecuencia aparece como importante para los pacientes como rasgo positivo de este modelo la posibilidad de discutir libremente (incluyendo a la red) acerca de la medicación. Lo importante para uno de los pacientes que describían esto como positivo era la mera posibilidad de discutir sus preocupaciones y acabó agradeciendo haber entendido la importancia de la medicación en su caso. Sin embargo, este tema también incluye bastantes resultados antagonistas, apareciendo en dos ocasiones la dificultad que encontraban algunos pacientes por la falta de directividad acerca de la medicación. Una familia argumentaba que por ignorar un problema no desaparecía, y que habrían preferido un papel más directivo por parte del equipo de intervención.

El último tema de los incluidos en la gráfica, es la colaboración. Este tema aparece en cuatro artículos expresado como un beneficio inmediato percibido por los pacientes y su red respecto a la intervención de Diálogo Abierto. En dos estudios se

relaciona la colaboración en Diálogo abierto con el contraste con las anteriores intervenciones (modelos tradicionales) por las que habían pasado los participantes. Este ambiente colaborativo entre los usuarios y el equipo de intervención permitía al paciente darle sentido a la dirección general de la intervención y la experiencia de sufrimiento psíquico.

El resto de temáticas que aparecieron frecuentemente fueron las siguientes: transparencia, flexibilidad, relación terapéutica, hospitalizaciones, comprensión y apoyo entre iguales. El tono compartido de estas temáticas es cómo la intervención en Diálogo Abierto es positiva en estas diferentes temáticas, en comparación con los distintos modelos tradicionales de intervención en problemas psicóticos de salud.

Discusión

El Diálogo abierto aparece en Laponia en la década de 1980, planteando cambios importantes en el foco de la intervención en psicosis, uno de ellos siendo el paso de la intervención sobre el individuo a la intervención en red. Este modelo plantea superar algunas limitaciones que mostraron las intervenciones tradicionales, herencia del modelo biomédico, como el lugar privilegiado que ocupa la psicofarmacología, la importancia de la reducción de síntomas, la reducida agencia del paciente o el estigma. Una primera aproximación a explorar si estos límites han sido superados por este modelo de intervención es mediante el análisis de la experiencia subjetiva de los pacientes que han participado en esta intervención.

La investigación acerca de dicha experiencia subjetiva vía una revisión sistemática de los artículos presentes en cinco bases de datos diferentes presenta algunas conclusiones en esta dirección. Precisamente, los elementos comunes más repetidos por los pacientes han sido coherentes con esos objetivos iniciales del Diálogo Abierto. La

prevalencia de la importancia que ha tenido para los pacientes sentirse parte de la toma de decisiones del transcurso del tratamiento, la posibilidad de escuchar diferentes perspectivas del equipo de intervención o la posibilidad de negociar la medicación, parece indicar en un primer momento que esta intervención podría cumplir algunos de sus objetivos iniciales. Este último elemento, junto con la reducción de las hospitalizaciones involuntarias o la no separación entre el paciente y la red son coherentes también con las posibilidades que propone el modelo de Diálogo Abierto para evitar algunos perjuicios de los modelos médicos. Sin embargo, se debe tener en cuenta la limitación de este tipo de resultados, ya que la mera experiencia subjetiva de los pacientes no es una medida solvente para plantear la superioridad de este modelo frente a otros. Por ejemplo, haría falta investigación acerca de su eficacia, efectividad y eficiencia, para poder garantizar una conclusión acerca del potencial de dicha intervención, o de valorar la posibilidad de su implementación generalizada. Además, otra limitación que debe figurar en este estudio es el reducido tamaño muestral, relacionado con la incipiente investigación acerca de este modelo. Esto es especialmente relevante cuando comparamos el cuerpo de investigación disponible de este frente a otros modelos más dominantes.

Es cierto que la investigación en general nunca debería darse por concluida, y con este modelo de intervención todavía hace falta mucho trabajo para poder compararlo de forma razonable y en parámetros más igualitarios con intervenciones más tradicionales y anteriores. Eso no quita que el Diálogo Abierto ponga sobre la mesa algunos elementos fundamentales, relacionados con el bienestar psicológico del cliente, a los que se debería prestar más atención en los diferentes modelos de intervención., como por ejemplo el estigma. No es únicamente el estigma el elemento que comparte el Diálogo Abierto con el modelo de recuperación a la hora de proponer un nuevo modelo

de intervención que intente reducir los efectos iatrogénicos de los modelos tradicionales. Este tipo de coincidencias, que no son tan arbitrarias enuncian la

Resulta importante destacar el elemento de la agencia en la intervención, o la posibilidad de tomar decisiones por parte del paciente y su red acerca de cómo guiar la intervención. Un ejemplo de esto es precisamente las discusiones acerca de la hospitalización o la medicación, en los que no solo el paciente tiene potestad para decidir sino también su red. Esta posibilidad de negociación resulta coherente si se tiene en cuenta que las consecuencias de estas decisiones, y la experiencia de problemas agudos de salud mental precisamente ya caen sobre la red, y por lo tanto su capacidad de sostener estas dificultades puede ser tenida en cuenta en primera persona a la hora de tomar este tipo de decisiones.

Otro elemento a destacar acerca de esta intervención es su relativa novedad, lo cual debe tenerse en cuenta para comparar sus efectos respecto a otros modelos. Es decir, debemos hacernos la pregunta de ¿Este resultado es así por los propios mecanismos internos del Diálogo Abierto, o estrictamente por la novedad? Poder acertar en la respuesta a estas preguntas requerirá de investigación exhaustiva pero permitirá sacar conclusiones más sólidas. De hecho, algunos elementos presentados en este trabajo, eran compartidos por los pacientes como complicados o que llevaban a confusión en repetidas ocasiones. Por ejemplo, numerosos pacientes criticaron la falta de dirección explícita acerca de las pautas de medicación, ya que les pareció que esa dimensión no estaba atendida o que se le redujo la importancia cuando es un aspecto central de la intervención en psicosis.

Por último, es importante mencionar el sesgo de publicación que aparece en trabajos de esta naturaleza. El hecho de que la revisión se realice a partir de artículos

publicados implica necesariamente que se debe tener en cuenta la posibilidad de que haya estudios que no encuentren los mismos resultados que los publicados, y que por lo tanto, al no presentar resultados concluyentes no son publicados. Además, la reducida investigación de este modelo en comparación con otros, podría llevar a sobredimensionar sus hallazgos para poder alcanzar un estatus similar de eficacia y alcance que los modelos tradicionales, por lo que se debe tener cautela a la hora de generalizar conclusiones.

Bibliografia

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26(4), 415-428. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00415.x>
- Anderson, H. (2002). In the space between people: Seikkula's open dialogue approach: Comment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 279-281. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01185.x>
- Barone, R., & Volpe, A. (2017). Il GPMF e l'Open Dialogue: Strumenti di una psicoterapia di comunità = GPMF and the Open Dialogue: Tools for community psychotherapy. *Interazioni: Clinica e ricerca psicoanalitica su individuo-coppia-famiglia*, 46(2), 66-81. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.3280/INT2017-002007>
- Beeker, T., Mills, C., Bhugra, D., Te Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M., & von Peter, S. (2021). Psychiatrization of Society: A Conceptual Framework and Call for Transdisciplinary Research. *Frontiers in psychiatry*, 12, 645556. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645556>
- Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., & Seikkula, J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 9(4), 310-321. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1344295>
- Bergström, T., Seikkula, J., Holma, J., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., & Alakare, B. (2021). Retrospective experiences of first-episode psychosis treatment under open dialogue-based services: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00895-6>

- Borchers, P., Seikkula, J., & Arnkil, T. (2014). The need-adapted approach in psychosis: The impact of psychosis on the treatment and the professionals. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An International Journal of Critical Inquiry*, 16(1), 5-19. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1891/1559-4343.16.1.5>
- Buus, N., & McCloughen, A. (2022). Client and Family Responses to an Open Dialogue Approach in Early Intervention in Psychosis: A Prospective Qualitative Case Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(4), 308-316. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1986758>
- Cotes, R. O., Palanci, J. M., Broussard, B., Johnson, S., Grullón, M. A., Norquist, G. S., Mehta, C. C., Wood, K., Cubellis, L., Gholami, M., & Ziedonis, D. (2023). Feasibility of an Open Dialogue-Inspired Approach for Young Adults with Psychosis in a Public Hospital System. *Community Mental Health Journal*, 59(7), 1428-1435. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01120-2>
- Cruwys, T., Stewart, B., Buckley, L., Gumley, J., & Scholz, B. (2020). The recovery model in chronic mental health: A community-based investigation of social identity processes. *Psychiatry Research*, 291. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113241>
- Davidson, L. (2009). Recovery, self management and the expert patient: Changing the culture of mental health from a UK Perspective. *Journal of Mental Health*, 14. <https://doi.org/10.1080/09638230500047968>
- Dawson, L., Einboden, R., McCloughen, A., & Buus, N. (2021). Beyond polyphony: Open Dialogue in a Women's Shelter in Australia as a possibility for supporting violence-informed practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(1), 136-149. <https://doi.org/10.1111/jmft.12457>
- DeFleur, M. L. (1964). Stigma: Notes on the management of spoiled identity. By Erving

- Goffman. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall. *Social Forces*, 43(1), 127-127. E-Journals.
- Ferreres, V., Pena-Garijo, J., Ballester Gil de Pareja, M., Edo, S., Sanjurjo, I., & Ysern, L. (2012). ¿Psicoterapia, farmacoterapia o tratamiento combinado? Influencia de diferentes variables clínicas en la elección del tratamiento. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 32(114). <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000200005>
- Florence, A. C., Jordan, G., Yasui, S., Cabrini, D. R., & Davidson, L. (2021). «It makes us realize that we have been heard»: Experiences with open dialogue in Vermont. *Psychiatric Quarterly*, 92(4), 1771-1783. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09948-1>
- Friesen, P., Wusinich, C., Lynch, K., & Russell, D. (2023). «A Light at the End of the Tunnel»: Experiences With Peer Specialists in the Open Dialogue Model. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, appips20230126. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230126>
- Gidugu, V., Rogers, E. S., Gordon, C., Elwy, A. R., & Drainoni, M.-L. (2021). Client, family, and clinician experiences of Open Dialogue-based services. *Psychological Services*, 18(2), 154-163. <https://doi.org/10.1037/ser0000404>
- Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E. S., DeRonck, J., & Ziedonis, D. (2016). Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(11), 1166-1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600271>
- Gough, B., & Madill, A. (2012). Subjectivity in psychological science: From problem to prospect. *Psychological Methods*, 17(3), 374-384. <https://doi.org/10.1037/a0029313>
- Haugom, E. W., Benth, J. Š., Stensrud, B., Ruud, T., Clausen, T., & Landheim, A. S.

- (2023). Shared decision making and associated factors among patients with psychotic disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 747. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05257-y>
- Hendy, C., & Pearson, M. (2020). Peer supported open dialogue in a UK NHS trust—A qualitative exploration of clients' and network members' experiences. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 15(2), 95-103. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-10-2019-0052>
- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian journal of psychological medicine*, 37(2), 117-119. Medline. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>
- Jara-Ogeda, R., Leyton, D., & Grandón, P. (2022). Stigmatization of people diagnosed with a mental disorder in secondary mental health centers in Chile: An ethnographic study. *Journal of Community Psychology*, 50(8), 3307-3324. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Kantorski, L. P., & Cardano, M. (2019). Open Dialogue and the Challenges for its Implementation—An analysis based on a review of the literature. *Ciencia & saude coletiva*, 24(1), 229-246. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.32232016>
- Kinane, C., Osborne, J., Ishaq, Y., Colman, M., & MacInnes, D. (2022). Peer supported open dialogue in the National Health Service: Implementing and evaluating a new approach to mental health care. *BMC Psychiatry*, 22. APA PsycInfo. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=psych&AN=2022-36357-001&authtype=sso&custid=s9288343&lang=es&site=ehost-live&scope=site&custid=s9288343>
- Lebowitz, M. S., & Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical explanations of

- psychopathology and their implications for attitudes and beliefs about mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 555-577. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416>
- Lebowitz, M. S., Pyun, J. J., & Ahn, W. (2014). Biological explanations of generalized anxiety disorder: Effects on beliefs about prognosis and responsibility. *Psychiatric Services*, *65*(4), 498-503. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300011>
- León Rubio, José María. (2006). Del modelo biomédico al modelo biopsicosocial: Bases para la construcción de una psicología social de la salud. *Lusíada. Psicología (Porto)*, *3*, 75-94.
- Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, *103*, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>
- López Álvarez, M., Laviana Cuetos, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *101*, 43-83.
- Loughman, A., & Haslam, N. (2018). Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: A meta-analytic study. *Cognitive Research: Principles and Implications*, *3*. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1186/s41235-018-0136-1>
- McCabe, R., Whittington, R., Cramond, L., & Perkins, E. (2018). Contested understandings of recovery in mental health. *Journal of Mental Health*, *27*(5), 475-481. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (Third edition). SAGE Publications, Inc.; WorldCat.
- Minondo-Romero, M., Cantón-Álvarez, F., & Sánchez-Sánchez, S. (2022). Proyecto

Ágora: Un cambio de mirada hacia lo dialógico en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42, 67-93.

Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005a). Rethinking Models of Psychotropic Drug Action. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 145-153. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1159/000083999>

Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005b). Rethinking Models of Psychotropic Drug Action. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 145-153. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1159/000083999>

Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005c). Rethinking Models of Psychotropic Drug Action. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 145-153. APA PsycInfo.
<https://doi.org/10.1159/000083999>

Moreno Arnedillo, J. J. (2015). Los problemas psicológicos no son enfermedades. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 77-80. Academic Search Complete.

Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L. M., & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9926), 1395-1403.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62246-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62246-1)

Olson, M. E., Seikkula, J., & Ziedonis, D. M. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue: fidelity criteria*.

Ong, B., Barnes, S., & Buus, N. (2023). A conversation analysis of therapist repeats in open dialogue network meetings. *Family Process*.
<https://doi.org/10.1111/famp.12852>

- Ong, B., & Buus, N. (2021). What Does it Mean to Work ‘Dialogically’ in Open Dialogue and Family Therapy? A Narrative Review. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 42(3), 246-260. E-Journals.
- Parrabera García, S., Chico González, M., Hermosa Loreti, M. de la, & Martín Fernández de la Cueva, C. (2019). La UAT: una adaptación del marco de Diálogo Abierto finlandés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 223-238.
- Pizarro Herrera, F., & Manríquez Vargas, f. (2021). El modelo de diálogo abierto: aportes al plan nacional de salud mental en Chile. The open dialogue approach: contributions to the Chilean national mental health programme. (*English*), 30(51), 42-63. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK. *The International journal of social psychiatry*, 53, 108-122.
<https://doi.org/10.1177/0020764006075018>
- Rosen, K., & Stoklosa, J. (2016). Finland in Boston? Applying open dialogue ideals on a psychotic disorders inpatient teaching unit. *Psychiatric Services*, 67(12), 1283-1285. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600340>
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 478-491.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00439.x>
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 1-228. CINAHL Complete.

<https://doi.org/10.1080/10503300500268490>

- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology, 14*(4), 247-265. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1080/107205301750433397>
- Seikkula J & Olson ME. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process, 42*(3), 403-418. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x>
- Sercu, C., & Bracke, P. (2017). Stigma, social structure, and the biomedical framework: Exploring the stigma experiences of inpatient service users in two Belgian psychiatric hospitals. *Qualitative Health Research, 27*(8), 1249-1261. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1177/1049732316648112>
- Sidis, A., Ramirez, J., Dawson, L., River, J., Buus, N., Singh, R., Pickard, J., & Deane, F. (2020). Not «Just a Talking Head»: Experiences of Australian Public Mental Health Clinicians Implementing a Dialogical Family Therapy Approach for Young People with Severe Mental Health Concerns. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy, 41*(1), 6-28. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Smith, J. A., & Shinebourne, P. (2012). Interpretative phenomenological analysis. En *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological.* (pp. 73-82). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-005>
- Sunthararajah, S., Clarke, K., Razzaque, R., Chmielowska, M., Brandrett, B., & Pilling, S. (2022). Exploring patients' experience of peer-supported open dialogue and standard care following a mental health crisis: Qualitative 3-month follow-up study. *BJPsych Open, 8*. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.542>

- Thachuk, A. K. (2011). Stigma and the Politics of Biomedical Models of Mental Illness. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics (Project Muse)*, 4(1), 140-163. E-Journals.
- Torrey, E. F. (2023). Did the Human Genome Project Affect Research on Schizophrenia? *Psychiatry Research*, 115691. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115691>
- Tribe, R. H., Freeman, A. M., Livingstone, S., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open dialogue in the UK: Qualitative study. *BJPsych Open*, 5. APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.38>
- Tripathi, A., Das, A., & Kar, S. (2019). Biopsychosocial model in contemporary psychiatry: Current validity and future prospects. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(6), 582-585. Academic Search Complete.
- Twamley, I., Dempsey, M., & Keane, N. (2021). An Open Dialogue-informed approach to mental health service delivery: Experiences of service users and support networks. *Journal of Mental Health*, 30(4), 494-499. Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Wates, A., Allen, J., Cooke, A., & Holttum, S. (2022). «I've Lived that Thing that We do with Families»: Understanding the Experiences of Practitioners' Undertaking a Three-Year Open Dialogue UK Training Programme. *Community Mental Health Journal*, 58(4), 788-798. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00885-8>
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. (pp. xi, 404). Crown Publishers/Random House.
- Wusinich, C., Lindy, D. C., Russell, D., Pessin, N., & Friesen, P. (2020). Experiences of Parachute NYC: An integration of Open Dialogue and Intentional Peer Support.

Community Mental Health Journal, 56(6), 1033-1043. APA PsycInfo.

<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00556-0>

Yap, M. B. H., Mackinnon, A., Reavley, N., & Jorm, A. F. (2014). The measurement properties of stigmatizing attitudes towards mental disorders: Results from two community surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(1), 49-61. Psychology and Behavioral Sciences Collection.