

Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Trabajo De Fin De Máster

**BENEFICIOS DE LA INTERVENCIÓN BASADA EN EL DIÁLOGO ABIERTO EN PERSONAS
DIAGNOSTICADAS DE PSICOSIS, ESQUIZOFRENIA O ALGÚN TRASTORNO PSICÓTICO EN
TÉRMINOS DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO, REMISIÓN, DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN,
RECAÍDAS Y BIENESTAR PERCIBIDO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

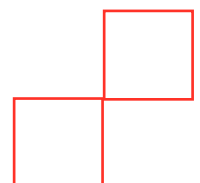
Facultad de Psicología, Universidad Europea de Valencia

Presentado por: Paula Martínez Gutiérrez

Directora: Lidón Mars Aicart

Curso: 22/23

Convocatoria: Ordinaria



Resumen

El creciente interés por el Diálogo Abierto (DA) como respuesta a mejorar las condiciones de pacientes psicóticos y complementar las psicoterapias basadas en la evidencia lleva al presente estudio al objetivo de conocer la evidencia entorno a sus beneficios. Los resultados son evaluados atendiendo a la respuesta al tratamiento, recaídas, hospitalizaciones y estado de bienestar de esta población. El proceso se llevó a cabo a través de una búsqueda replicable y sistemática en las bases de datos Web of Science y PsychInfo, aplicando criterios de elegibilidad preestablecidos. Se incluyeron un total de diez artículos, entre los que se aprecia metodología cuantitativa, cualitativa y mixta, siendo algunos de ellos estudios de seguimiento. Los resultados fueron analizados diferenciando entre aquellos estudios que compararon con un grupo control y los que no. Se hallaron resultados alentadores para el Diálogo Abierto en lo que respecta a la sintomatología psicótica, la hospitalización y el bienestar percibido. No obstante, se resaltan múltiples limitaciones, principalmente referidas a la calidad y procedencia de los estudios. Se constata la necesidad de continuar con la investigación en el Diálogo Abierto, especialmente mediante pruebas controladas aleatorizadas en otros países que tengan en consideración los diferentes contextos y poblaciones.

Palabras Clave: Diálogo Abierto, DA, Psicosis, Esquizofrenia, Psicoterapia Basada en la Evidencia.

Abstract

The growing interest in Open Dialogue (OD) as a response to improve the conditions of psychotic patients and to complement evidence-based psychotherapies leads the present study to the objective of knowing the evidence regarding its benefits. The results are evaluated according to the response to treatment, relapses, hospitalization and state of well-being of this population. The process was carried out through a replicable and systematic search in the Web of Science and PsychInfo databases, applying pre-established eligibility criteria. A total of ten articles were included, including quantitative, qualitative and mixed methodology, some of them being follow-up studies. The results were analyzed differentiating between those studies that compared with a control group and those that did not. Encouraging results were found for Open Dialogue in terms of psychotic symptomatology, hospitalization and perceived well-being. However, multiple limitations are highlighted, mainly referred to the quality and provenance of the studies. There is a need for further research on Open Dialogue, especially through randomized controlled trials in other countries that take into consideration different contexts and populations.

Keywords: Open Dialogue, OD, Psychosis, Schizophrenia, Evidence-based Psychotherapy.

Índice

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Introducción | 1 |
| 2. | Método | 11 |
| 2.1. | Fuentes De Información | 11 |
| 2.1.1. | Web Of Science..... | 11 |
| 2.1.2. | PsychInfo..... | 12 |
| 2.2. | Codificación y Conceptos de Búsqueda..... | 13 |
| 2.3. | Criterios de Elegibilidad | 14 |
| 2.4. | Proceso de Selección de los Estudios | 15 |
| 2.4.1. | Primer Cribado | 15 |
| 2.4.2. | Segundo Cribado | 16 |
| 2.4.3. | Tercer Cribado..... | 16 |
| 3. | Resultados | 17 |
| 3.1. | Métodos de Procesamiento de Datos | 17 |
| 3.1.1. | Diagrama de flujo | 17 |
| 3.1.2. | Características de los Estudios Incluidos..... | 19 |
| 3.2. | Resumen de los Resultados..... | 30 |
| 4. | Discusión | 35 |
| 5. | Conclusiones | 36 |
| 6. | Limitaciones..... | 37 |
| 7. | Sugerencias a Estudios Futuros | 37 |
| 8. | Referencias Bibliográficas | 39 |

1. Introducción

Nuestros antepasados, mucho antes del nacimiento de Jesucristo y del establecimiento del año cero, ya manejaban el concepto de locura (Ayala, 2010). Estos pensaban que la locura era sagrada, algún tipo de obra divina mediante la cual los dioses ancestrales castigaban al pueblo. Si se pudiera afirmar que ya había personas que padecían lo que hoy conocemos como trastornos psicóticos ni la responsabilidad ni la culpa de dicho comportamiento recaía sobre las personas que los padecían, porque se consideraban adolecidos, atacados por energías sobrenaturales hacia las que no podían oponer resistencia alguna. Con el acaecimiento del cristianismo, los “locos” empezaron a considerarse pecadores que, tras el quebranto, habían sido poseídos por el diablo. Se implementaron los exorcismos como medidas de tratamiento ante dichas posesiones (Ayala, 2010).

En su libro *Historia de la Locura en la Época Clásica*, Foucault (1976) señalaba que en el siglo XV la persona considerada “loca” era portadora de algún tipo de sabiduría superior, concepción que fue evolucionando hasta llegar al punto en que, en el siglo XVII, los “locos” se consideraban marginados sociales, junto a los leprosos y a los delincuentes. Durante el siglo XIX aumentó exponencialmente el número de manicomios, lugares donde refugiaban a los “locos” para marginarlos del pueblo, pues su comportamiento excéntrico molestaba a los vecinos y perturbaba el orden establecido, y disfrazaban la tortura como una forma de curación. Este autor consideró que los manicomios eran instrumentos del Estado, creados para silenciar a aquellos que confrontaban los ideales de la clase dominante.

Sin embargo, la aparición de la esquizofrenia como entidad nosológica es mucho más contemporánea, pues no fue hasta el año 1860 cuando el psiquiatra francés Bénédicte Augustin Morel acuñó el concepto de *demencia precoz* (Morel, 1860), el término que originó una serie de definiciones encadenadas hasta llegar a lo que hoy conocemos como esquizofrenia.

Un tiempo después, el psiquiatra Emil Kraepelin planteó el concepto *Dementia praecox* para ofrecer una visión más amplia de la enfermedad, que pretendía describir, explicar y diferenciar esta afección de otras enfermedades mentales (Hoeing, 1983).

Posteriormente, en 1911, Eugen Bleuler publicó un escrito en el que presentaba una descripción del concepto de demencia no a partir de su desarrollo, sino de lo que él creía su característica psicopatológica primordial: la escisión del yo. Esta reconceptualización condujo al psiquiatra Bleuler a acuñar el término *esquizofrenia* (que significa, literalmente, mente escindida) en su libro *Dementia Praecox Oder Gruppe der Schizophrenien*. No obstante, su aportación, más que proponer un cambio en la nomenclatura ofrecida por Kraepelin, se encaminó hacia un nuevo enfoque en el que primaba la interpretación psicopatológica más allá del mero reconocimiento y clasificación de los síntomas (Novella & Huertas, 2010).

Madrid y Parada apuntaban, en el año 2016, que una vez establecida la esquizofrenia como una enfermedad y descrita su sintomatología por famosos autores como Schneider, además de los ya mencionados, la medicina introdujo en los años 30 diversas prácticas novedosas para su tratamiento que resultaron controvertidas, como la terapia de electroshocks, el tratamiento con drogas y la lobotomía. A pesar de su extendido uso en la psiquiatría, los evidentes efectos perjudiciales que causaban en los pacientes provocaron una acusada oposición, que derivó en el surgimiento de una nueva corriente filosófica en los años 60: la antipsiquiatría. Actualmente, la psiquiatría ha asumido algunas premisas de la antipsiquiatría. Se eliminaron las prácticas invasivas como la lobotomía, aunque otras se siguen aplicando en contados casos, como la terapia electroconvulsiva y las contenciones forzosas (Madrid & Parada, 2016).

1.1. Marco Teórico y justificación

La psicosis es la noción principal sobre la que se construye este trabajo. Según describieron Rodríguez-Testal y Mesa-Cid en el año 2011, el vocablo *psicosis* es puramente descriptivo y hace referencia a una acusada y extensa *perturbación del psiquismo*. El primer autor que utilizó el término psicosis fue Ernst Feuchtersleben en 1847 refiriéndose a un cuadro caracterizado por la confusión entre los mundos externo e interno. La naturaleza de la psicosis radica en el hecho de que un pensamiento puede gobernar a una persona, en ocasiones tan solo a partir de percepciones y emociones malinterpretadas. Por tanto, este término queda reservado para categorizar aquellos trastornos relacionados con perturbaciones profundas del pensamiento y el razonamiento. Estos mismos autores describen que, según el cuadro, también se ven afectadas otras áreas como las funciones cognitivas, en general, la percepción y el estado del ánimo. La psicosis, por tanto, conlleva la pérdida de contacto con la realidad y la *entrada a un universo* de inquietudes y cavilaciones extremadamente personalizadas, es decir, delirar (Rodríguez-Testal & Mesa-Cid, 2011).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) el delirio alude por tanto a convicciones erradas sobre la realidad, que se basan en inferencias incorrectas y juicios infundados, inflexibles y extremistas, que nunca se influyen por los argumentos del otro.

Para diagnosticar y organizar los trastornos del espectro psicótico (APA, 2013) se describen tres grandes síndromes (o dimensiones) que estarán más o menos presentes según el trastorno concreto del que se hable. Estas dimensiones son la psicótica, la negativa y la desorganizada. Además, según Liddle (1987), también se diferencian síntomas positivos (psicóticos y desorganizados) de negativos, atendiendo a la participación de estructuras tèmoro-límbicas en los primeros y del lóbulo frontal en los últimos.

Diferentes aportaciones (Liddle, 1987; Peralta y Cuesta, 2007) parecen coincidir en el establecimiento de estas tres dimensiones para la organización clínica. En primer lugar, la dimensión psicótica (que recoge parte de los síntomas positivos), también conocida como síndrome psicótico, es la que otorga mayor singularidad a la psicosis como tal, situándose el

delirio en el centro de este cuadro sintomático. También son muy comunes en los trastornos psicóticos las alucinaciones que, de la misma manera, se encuadran en esta dimensión. A continuación, se describe la dimensión desorganizada (la otra parte de los síntomas positivos), o síndrome desorganizado, que enmarca el deterioro de procesos cognitivos de orden superior, exponiéndose en el aspecto formal del lenguaje y el pensamiento, la inatención, el control de la conducta y la regulación de la afectividad. La última dimensión que distingue a estos desórdenes es la negativa (síntomas negativos) o síndrome negativo, es decir, en el que se engloban las limitaciones cognitivas, afectuosas, motoras y motivacionales (Bilder et al., 1985).

Por mera conveniencia metodológica, pero, sin perder de vista el resto de los trastornos psicóticos, se procederá a describir el trastorno esquizofrénico de forma más concreta. El diagnóstico de la esquizofrenia conlleva tener en cuenta las tres dimensiones mencionadas con anterioridad. Uno de los mayores hincapiés del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013) es resaltar la persistencia temporal mínima de un mes del criterio diagnóstico A (que exige dos o más de los siguientes síntomas: alucinaciones, delirios, lenguaje desorganizado, catatonía y síntomas negativos), si bien la esquizofrenia es crónica en su definición (debe durar más de seis meses) y este encuadre temporal generalmente suele comprender las fases prodrómica, activa y residual. Así, según Rodríguez-Testal y Mesa-Cid (2011), los componentes sustanciales que diferencian la esquizofrenia de otros trastornos psicóticos son una desorganización más pronunciada, que se refleja en perturbaciones perceptivas y del pensamiento, una alta propensión a la ambigüedad, una sensación de extrañeza total y una enorme y central limitación de las relaciones sociales (Stanghellini & Ballerini, 2007). Como advierte la APA (2013) esta limitación no es la que propiamente deriva de los síntomas psicóticos que, a menudo, generan roces y estragos con el mundo que les rodea, sino que se refiere a un déficit en el sentido común, falta de teoría de la mente y de entendimiento de las claves sociales. Por tal razón, es imprescindible evaluar cada dimensión de manera aislada y no como consecuencia de una otra.

Según la Organización Mundial de la Salud² (OMS, 2022), la esquizofrenia es considerada un trastorno mental grave que a nivel global atañe a más de 24 millones de personas, lo que significa que, de cada 300 personas del mundo, 1 de ellas padece esquizofrenia. En personas adultas, la tasa de prevalencia es aún mayor: 1 de cada 222 (0,45 %). En general, suele debutar entre los 20 y los 30 años, de forma más temprana en hombres que en mujeres. Las personas que padecen este trastorno son de 2 a 3 veces más propensas a la muerte prematura, generalmente por motivos cardiovasculares o infecciosos.

De nuevo, según datos aportados por la OMS, la esquizofrenia suele ir de la mano de un elevado detrimento del repertorio personal, social, familiar y laboral. A menudo, estas personas tienen que lidiar con violaciones de sus derechos humanos. El estigma al que se enfrentan es

² Datos actualizados el 21 de enero de 2022.

muy profundo y extenso y, desgraciadamente, está normalizado. Ello contribuye a que se dé una fuerte exclusión y discriminación hacia estas personas, que afecta a sus relaciones con el entorno y disminuye las posibilidades de atención médica, formación, vivienda digna y trabajo (Dummar, 2015). Globalmente, más de dos de cada tres pacientes con esta afección no pueden acceder a la salud mental especializada. Sin embargo, se dispone de operativos eficaces para el tratamiento, y al menos una de cada tres personas que accede a estos recursos se recupera por completo (OMS, 2022).

Cabe destacar, tras la pandemia por COVID-19 que ha afectado al mundo entero en los últimos años, que, según el informe *Esquizofrenia*, publicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2022, durante las emergencias de salud pública se suelen dar presiones y miedos que en un gran número de ocasiones quebrantan el apoyo social a las personas menos autónomas. Esto les conduce al aislamiento y, en el peor de los casos, a la suspensión de los operativos sanitarios que utilizan y necesitan. Durante estas etapas, los pacientes de salud mental grave son especialmente vulnerables a la violación de sus derechos a causa del desamparo, la falta de atención, el sinhogarismo y la marginación (OMS, 2022).

Concretamente en España, el Ministerio de Sanidad ha registrado en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria una prevalencia del 4,5% en los varones y del 2,9% en las mujeres, si bien estos datos varían con la edad, ya que la frecuencia se duplica entre los 20 y los 49 años, nivelándose a los 65 y observándose a esta edad un leve aumento en las mujeres. Además, se ha registrado un manifiesto gradiente social, aumentando la prevalencia conforme disminuyen los niveles de rentas (García et al., 2020).

En lo que respecta a las líneas de tratamiento y conceptualización investigadas para esta enfermedad, a partir de los años 60 y, debido a la respuesta insuficiente de algunos pacientes ante los anteriores tratamientos, surge el modelo de vulnerabilidad-estrés (Zubin & Spring, 1977) para explicar la esquizofrenia, así como un entendimiento biopsicosocial de la misma. Según lo descrito en 2016 por Alarcón y sus compañeros, esto consigue que en los 70 aparezcan tratamientos como intervenciones familiares y habilidades sociales. Finalmente, en los 90 se consolidan estos tratamientos y se desarrolla la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el tratamiento de los síntomas residuales. En la actualidad, las intervenciones psicológicas más eficaces, en combinación con la farmacoterapia, para el tratamiento de la esquizofrenia son la Terapia Cognitivo Conductual, las Intervenciones familiares Psicoeducativas y el Entrenamiento en Habilidades Sociales (Alarcón et al., 2016).

Una reciente revisión llevada a cabo por Ortiz et al. concluyó en el año 2021 que la Terapia Cognitivo Conductual demuestra tener eficacia en la intervención de la esquizofrenia, aunque esta es limitada, especialmente cuando se trata de síntomas positivos como alucinaciones y delirios. Para el tratamiento de estos síntomas se presupone necesaria la combinación de la psicoterapia con la farmacoterapia, y es lo que las líneas actuales de tratamiento llevan a la práctica. De hecho, las directrices internacionales para el tratamiento de

la esquizofrenia recomiendan estos fármacos como tratamiento de primera línea (Üçok & Gaebel, 2008). Sin embargo, la mayor desventaja de este tipo de tratamiento radica en los efectos colaterales (extrapiramidales, metabólicos, motivacionales, etc.) que causan, pero que, aun así, resultan imprescindibles para paliar los síntomas positivos que la Terapia Cognitivo Conductual y el resto de psicoterapias con mayor abal científico no han logrado tratar en profundidad (Fernández & Abril, 2021).

En la misma línea, una investigación empírica realizada por Vallina y Lemos en el año 2001 reveló que, hasta la fecha, las diversas y más usadas intervenciones psicológicas se centran en la adaptación a la vivencia psicótica, el decremento de los síntomas residuales, la adherencia terapéutica, la reducción de la carga familiar y la prevención de recaídas, sirviendo de *accesorio* a la farmacoterapia y dejando la parte ancha y central del tratamiento a la misma (Vallina & Lemos, 2001). Estos hallazgos se vieron confirmados por Castillo-Alarcón, Bellido-Cuéllar y Ventura-González 15 años después, quienes, en 2016, en una revisión de tratamientos eficaces para la esquizofrenia, concluyeron que las psicoterapias con aval científico para la esquizofrenia (Habilidades Sociales, Intervenciones Familiares y Terapia Cognitivo Conductual) han demostrado eficacia en la adherencia al tratamiento, la vida independiente, la prevención de recaídas y el tratamiento de los síntomas residuales. El fenómeno que se acaba de describir es indispensable a la hora de comprender las motivaciones de este proyecto, pues la intervención que trataremos, el Diálogo Abierto (Seikkula et al., 2001a), pretende poner en el centro de todo el tratamiento la propia psicoterapia y el trabajo con el entorno.

Estos resultados seguirían confirmándose 11 años después, cuando Travé-Martínez y Pousa-Tomàs (2012) afirmaron en una revisión sobre la Terapia Cognitivo Conductual para la psicosis que los tratamientos psicológicos para la psicosis son un buen complemento para la terapia farmacológica. Además, hallaron resultados que evidenciaban a la Terapia Cognitivo Conductual y la Intervención Familiar como las más beneficiosas dentro de este grupo.

Sin embargo, si la terapia farmacológica suele tener efectos adversos, esto no resulta una excepción en el caso de la psicosis. Un estudio llevado a cabo por Flores-Rojas y González-Zúñiga en 2019 afirmaba que los antipsicóticos de primera generación resultan muy eficaces para tratar la sintomatología positiva, pero son mucho menos eficaces para la negativa. Además, habitualmente dan lugar a efectos no deseados extrapiramidales, entre los que se observan parkinson, discinesia tardía y acatasia. Estos efectos de la medicación resultan en un empeoramiento sustancial en la calidad de vida de los pacientes, dato que parece digno, al menos, de tener en cuenta (Arana, 2000).

De hecho, los antipsicóticos de primera generación no solo no parecen aportar un efecto terapéutico significativo sobre los síntomas negativos, sino que un estudio realizado en 2003 por Salokangas y sus colegas (que investigaba la asociación entre el tratamiento con neurolépticos y la sintomatología negativa, evaluándola en 1528 pacientes con esquizofrenia) indicaba que los pacientes con esquizofrenia de tipo catatónico que recibían más de 820 miligramos de

clorpromazina (primera generación) presentaban mayores niveles de síntomas negativos, y se concluyó que las personas diagnosticadas de esquizofrenia catatónica son más vulnerables a los síntomas negativos derivados de los antipsicóticos, probablemente por un defecto en las vías neuronales dopaminérgicas.

Ante este panorama, algunas líneas de investigación en el campo de la psicosis amplían el rango de opciones y buscan nuevas propuestas, como el Diálogo Abierto, con el objetivo de hallar respuestas ante las disyuntivas expuestas. Durante el desarrollo de este trabajo se pretende comprobar si el creciente interés por el Diálogo Abierto (entre otras propuestas alternativas para el abordaje de la psicosis) está justificado. Se exponen, por tanto, algunos motivos por los que surgen y se expanden estas búsquedas de tratamientos diferentes.

De acuerdo con lo estudiado por Bobes y sus colaboradores en 2009, la prevalencia de la dimensión negativa de la que se hablaba en pacientes con esquizofrenia tratados con antipsicóticos en la práctica clínica no solo es notoriamente alta, sino que además parece que guarda una estrecha relación con la falta de empleo de estas personas, con un detrimento en su funcionamiento y con una mayor gravedad y cronicidad del cuadro (Bobes et al., 2009).

En este punto es muy importante destacar que todo lo expuesto en los anteriores párrafos sobre estos efectos no deseables se observan en un perfil concreto de pacientes y están estudiados con antipsicóticos de primera generación. En el lado opuesto, los antipsicóticos de segunda generación han tenido resultados bastante diferentes. En un estudio llevado a cabo por Üçok y Gaebel en 2008 para determinar los efectos secundarios de los antipsicóticos de 2ª generación se concluía que, aunque con estos fármacos también pueden aparecer efectos colaterales, existe una amplia variedad de ellos, lo que permite escoger el que mejor se adapta al perfil del paciente y menos efectos adversos le provoca, además de ser muy útiles en el tratamiento de síntomas tanto positivos como, ahora sí, negativos. Estos autores resaltaban la importancia de la indicación diferencial de estos fármacos estudiando en profundidad cada caso para la obtención de buenos resultados clínicos.

Por otra parte, se plantea además cómo el padecimiento de esquizofrenia afecta en el bienestar del día a día de estos sujetos. Una revisión realizada por Piotr Switaj y sus compañeros en el año 2012 ilustra el gran alcance y la diversidad de las áreas psicosociales afectadas en la esquizofrenia, como discapacidades de diversa índole, detrimentos en las funciones cognitivas, limitaciones de la actividad personal y calidad de vida y deficiencias en el nivel de participación en las actividades sociales (Świtaj et al., 2012).

Con respecto a los subsidios de discapacidad, en 2011 Kiviniemi y su equipo finlandés realizaron un estudio de seguimiento de cinco años basado en un registro nacional de todos los pacientes con inicio de esquizofrenia entre 1998 y 2001 (n=3.875), mediante el que hallaron que más del 50% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia necesitaban y percibían un subsidio de discapacidad (Kiviniemi et al., 2011).

Este panorama de disparidad de contextos, perfiles de pacientes y sintomatología conduce a las últimas líneas de investigación a ahondar en nuevas intervenciones para la esquizofrenia y estudiar su abal científico, entre ellas, la que atañe a este proyecto: el Diálogo Abierto.

El Diálogo Abierto fue desarrollado por Jaikko Seikkula y su equipo, cuando, en la década de 1980, el Proyecto Nacional de Esquizofrenia de Finlandia lanzó un estudio con el objetivo de prosperar la atención de los trastornos mentales graves. Unos años después, el psiquiatra finlandés Alanen, compatriota de Seikkula, y sus colegas de la Universidad de Turku desarrollaron en 1991 el enfoque de Adaptación a las Necesidades, que enfatizaba la importancia de las intervenciones tempranas, la satisfacción de las necesidades cambiantes y específicas de cada paciente y su familia y la concepción del tratamiento como un proceso continuo. Fue bajo este contexto como, al Oeste de la Región de Laponia Finlandesa, Jaikko Seikkula y su equipo desarrollaron el Diálogo Abierto, un enfoque que organiza el tratamiento psicoterapéutico alrededor de los entornos de apoyo del paciente e impulsa la comunicación, realizando la intervención mediante equipos móviles. El enfoque se basa en los principios del constructivismo social (Vygotsky & Cole, 1978). Desde esta perspectiva, la psicosis se concibe como una forma de lidiar con experiencias muy aversivas vividas por alguien que, en un momento determinado, no tiene otra forma de expresarlas que con el lenguaje sintomatológico a través de alucinaciones y delirios. Las ideas constructivistas comparten el objetivo de despatologizar el discurso alrededor del problema del paciente, y fomentar el respeto por las narrativas y definiciones personales, afirmando que no hay una única forma de describir el mundo y la realidad. No se niega la existencia del mundo real, sino que se refuerza la idea de que no hay una forma absoluta de psicosis o esquizofrenia. El diagnóstico habitual a menudo conduce a la estigmatización de las personas con esquizofrenia y a un tratamiento en el que el objetivo es tratar una enfermedad. Según Seikkula, esto lleva al desempoderamiento del paciente, pues se ve a la enfermedad y no a la persona como el principal agente. En este tipo de lenguaje estructural, la enfermedad se ve independiente del contexto, como si fuera la misma de paciente a paciente. El Diálogo Abierto se enfoca en generar un *diálogo transformador*, que lo interpreta como un algo que se construye en el espacio entre los interlocutores. Así, ya no se habla de una enfermedad específica como el agente, sino del lenguaje en que sucede la creación de significados (Seikkula et al., 2001a).

Kłapciński y Rymaszewska, en su estudio de 2013, observaron que después de veinte años de transformación de la salud mental en Finlandia, a principios de la década de los 90 la incidencia de esquizofrenia disminuyó de un 35% a un 7%. Seikkula y sus colegas (2006), al presentar los resultados de un seguimiento de cinco años a pacientes que experimentaron su primer episodio psicótico, advirtieron que no quedaban síntomas psicóticos residuales en el 82% de ellos, y el 76% consiguieron empleo o retomaron su estudio.

En general, el Diálogo Abierto propuesto por Seikkula destaca por considerar la adultez del paciente y por normalizar su situación. El punto del que parte la intervención es el lenguaje familiar, esto es, cómo cada familia ha denominado, en sus propias palabras, el comportamiento

del sujeto. Así, los problemas se perciben como una construcción social reformulada en cada conversación. Desde este prisma, es importante aceptar los síntomas psicóticos del paciente como una voz más entre otras, por lo que, en lugar de cuestionarlos, se pide a la persona que hable más sobre sus experiencias (Seikkula et al., 2001a).

En este artículo, el propio Seikkula establece siete principios básicos y esenciales que guían y caracterizan a esta intervención:

1. Ayuda inmediata, por la cual los equipos se reúnen en las primeras 24 horas. El objetivo es evitar la hospitalización siempre que se pueda, incluso durante las etapas más intensas de la psicosis.
2. Perspectiva de red social. En las primeras reuniones se invita a los pacientes y a sus familiares y/o personas más allegadas (amigos, vecinos y personas importantes para el paciente) para fomentar el apoyo. Este entorno, en lugar de ser visto como una causa de la psicosis, se entiende como un componente esencial para la recuperación.
3. Flexibilidad y movilidad. El Diálogo Abierto pretende adaptarse a las necesidades cambiantes de cada caso, exponiendo la metodología terapéutica más adecuada. Si la familia está de acuerdo, las reuniones se realizan en el hogar del paciente.
4. Responsabilidad. El sanitario que contacta a la familia se hace responsable de organizar el primer encuentro, donde, entre todos, se toma la decisión del tratamiento y el equipo se hace cargo de este. En este proceso siempre se tienen en cuenta los requerimientos y preferencias del paciente y su entorno, eligiendo al equipo de apoyo con el objetivo de lograr la mayor afinidad.
5. Continuidad psicológica. El equipo terapéutico se hace responsable del tratamiento ambulatorio y hospitalario durante el tiempo que se requiera. Los familiares y participantes de la red del sujeto participan en las reuniones del tratamiento a lo largo de todo el proceso.
6. Tolerancia a la incertidumbre, que se intenta fortalecer mediante la construcción de confianza en el proceso conjunto. En los momentos de crisis, esto implica reunirse todos los días al menos durante los primeros 10-12 días. Más adelante, las reuniones se programan regularmente según la demanda del paciente y escuchando las necesidades de la familia.
7. Dialogismo. El Diálogo Abierto se enfoca esencialmente en promover el diálogo con el paciente y la familia, el cual se entiende como un foro para que todos adquieran más agencia en sus propias vidas y en el tratamiento al discutir los problemas.

El Diálogo Abierto recicla algunas de las ideas de la terapia familiar sistémica, como el concepto de connotación positiva o la idea de razonamiento circular en lugar de la causalidad lineal. No obstante, el objetivo final del Diálogo Abierto no es cambiar la lógica fija del sistema introduciendo una nueva, sino construir un lugar conjunto para un nuevo lenguaje en el que las cosas comiencen a tener significados diferentes. Este enfoque pone la atención en las palabras que se dicen entre los familiares para construir nuevos términos y, en definitiva, un nuevo lenguaje. En la psicoterapia narrativa, la narrativa tiene un productor, mientras que en la terapia dialógica se co-crea una narrativa novedosa en el dominio compartido de los participantes (Seikkula et al., 2001a).

En la actualidad, se ha experimentado un creciente interés por la práctica del Diálogo Abierto, aunque este todavía continúa en vías de investigación para demostrar su eficacia terapéutica basada en la evidencia. En una revisión realizada en 2017 por Buus y sus colegas, los investigadores advirtieron alguna evidencia del Diálogo Abierto como una buena alternativa a las prácticas convencionales y que, en el contexto de investigación escandinavo, ha resultado ser un tratamiento prometedor y favorable para la atención de la Salud Mental (Buus et al., 2017). Sin embargo, en lo que a España respecta, una revisión selectiva de Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados (2021) le dedica una mención especial, pero todavía no contempla su grado de recomendación (Fonseca-Pedrero et al., 2021).

El panorama español, aunque aún joven, también resulta prometedor para la investigación y aplicación del tratamiento que nos concierne. En el año 2019, la psicóloga especialista en psicología clínica Silvia Parrabera junto a su equipo en la Unidad de Atención Temprana de los servicios de salud pública del área de Alcalá de Henares comenzó un proyecto de adaptación del modelo finlandés del Diálogo Abierto al contexto español y, más concretamente, de esa unidad madrileña. Además, desde esta propuesta han continuado investigando cuál es el impacto económico de estos cambios según las respuestas de recuperación y los recursos sanitarios y de las familias. El equipo se ha sumado a la propuesta internacional “HOPEnDialogue” (coordinada desde el National Research Council de Roma, junto a J. Seikkula, Doug Ziedonis y Steve Pilling, como co-investigadores), una investigación basada en un estudio longitudinal iniciado en 2019, que cuenta con centros sanitarios de cuatro continentes diferentes y que prevé su progreso entre los años 2022 y 2027. La Asociación Madrileña de Salud Mental se ha hecho eco de lo acaecido en Alcalá de Henares y lo difunde y comenta a través de sus medios.

Entre otras asociaciones que se dedican al Diálogo Abierto en España se encuentra JAEC, una organización sin ánimo de lucro cuya misión es aportar a la desinstitucionalización y despsiquiatrización de los trastornos mentales, promoviendo un cambio en el acompañamiento a los pacientes y ofreciendo alternativas más humanas, además de informar y concienciar sobre las limitaciones del sistema biomédico que se presupone en la actualidad, progresando hacia un sistema de mayor inclusión y compasión. Dicha asociación trata de patrocinar el coste de

tratamientos alternativos como el Diálogo Abierto para personas en situación de crisis, así como becas, congresos y publicaciones para formar a más profesionales en estas áreas (datos extraídos de su web <https://www.asociacionjaec.org>)(Asociación JAEC, 2022).

Por último, la Universidad de Almería también se ha mostrado interesada en este paradigma. El año pasado, en 2022, la UAL recibió la primera celebración en España del Encuentro Internacional de la Red de Diálogo Abierto para el Tratamiento de la Psicosis (encuentro nº 26).

1.2. Objetivos

Expuestos ya los conceptos y hechos imprescindibles para la comprensión de este trabajo, como son la psicosis, la problemática que su presencia y diagnóstico conlleva, la intervención basada en el diálogo abierto y las alternativas que propone con respecto al sistema preexistente, solo queda establecer los objetivos imperantes que guiarán los siguientes apartados de la revisión.

Este estudio pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los beneficios de la intervención basada en el Diálogo Abierto en personas diagnosticadas de esquizofrenia, psicosis o algún trastorno psicótico en términos de respuesta al tratamiento, hospitalizaciones, remisión, recaídas y bienestar percibido?

Para responder a esta pregunta se plantean los siguientes objetivos:

1. Analizar las principales investigaciones realizadas en torno a la aplicación del Diálogo Abierto con pacientes diagnosticados de algún trastorno psicótico.
2. Ponderar los resultados de dichas investigaciones en relación a la respuesta al tratamiento, hospitalizaciones, uso de neurolépticos, remisión, recaídas y bienestar percibido.
3. Reflexionar acerca de la eficacia, eficiencia y efectividad del Diálogo Abierto en base a los resultados obtenidos.
4. Analizar en qué medida el Diálogo Abierto aporta algún valor añadido a los modelos terapéuticos más utilizados.
5. Valorar la idoneidad de generalizar su aplicación como modelo terapéutico eficaz y alternativo a las terapias tradicionalmente aceptadas o, en cuyo caso, como modelo complementario.

2. Método

El procedimiento metodológico aplicado en este trabajo se ha regido por una configuración fija y sistematizada que garantiza su replicabilidad. Para ello, el trabajo se ha dividido en los siguientes subapartados: fuentes de información, codificación y conceptos de búsqueda, criterios de elegibilidad y proceso de selección de los estudios.

En primer lugar, en el apartado de fuentes de información, se describirán con precisión los pasos seguidos en esta revisión sistemática. Se reportarán todas las fuentes de información utilizadas para tal cometido, así como la fecha en que se realizó. En el apartado de codificación y conceptos de búsqueda se precisarán las palabras clave concretas que se volcaron en las bases de datos, además de los operadores booleanos que se usaron para combinarlas. Los criterios de inclusión y exclusión serán definidos posteriormente, de manera que, en el siguiente apartado, el proceso de selección de los estudios (cribado), se evidencie la sistematización y precisión de dicho proceso. Se describirán minuciosamente los procedimientos seguidos para seleccionar los 10 artículos cuyos resultados se analizarán finalmente.

2.1. Fuentes De Información

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo los criterios de inclusión descritos por la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses, Haddaway et al., 2022) con el fin de homogeneizar y minimizar sesgos. De igual forma, para establecer la pregunta de investigación se utilizó el formato PICO: Participants, Interventions, Comparisons y Outcomes (Richardson et al., 1995).

Para obtener información y poder responder a la pregunta de investigación que atañe a este trabajo se realizaron varias búsquedas previas a la definitiva durante el mes de julio de 2023 con una búsqueda final, que sería objetiva, replicable y sistemática, el día 24 de julio de 2023. Esta búsqueda proporcionó los artículos científicos que, más tarde, pasarían por el proceso de cribado. La búsqueda fue sistemática a partir de una base de datos genérica, Web of Science y una específica de psicología, PsychInfo.

2.1.1. Web Of Science

La búsqueda en Web of Science se facilitó dividiendo la pregunta de investigación en tres búsquedas separadas: la variable independiente (búsqueda #1), la variable dependiente (búsqueda #2) y la población (búsqueda #3), que se guardaron en el historial. En cada una de estas tres búsquedas se utilizó el operador booleano “OR” para unir los conceptos clave “sinónimos” de una misma variable. Así, por ejemplo, con la variable dependiente “efectividad”, buscaríamos “effectiveness OR benefits”, considerados en este trabajo conceptos clave paralelos. Estas tres búsquedas, una vez realizadas y guardadas en el historial, se unieron con el operador booleano AND para generar una última y definitiva, la búsqueda #4. También se usó

el operador booleano “NOT”, para excluir conceptos no relativos a la investigación que se sospechaba que podrían aparecer. Por último, siguiendo las propuestas de la propia plataforma, se usó el asterisco (*) para hacer truncamientos al final de algunas palabras. Todas estas búsquedas se realizaron en el campo de búsqueda texto completo, proporcionando un resultado de 87 artículos.

A continuación, se aplicaron los filtros automáticos “idioma” y “tipo de documento”. Se excluyeron de los resultados anteriores, mediante este filtro, todos los artículos que no estaban escritos en los idiomas inglés o español y aquellos que no pertenecían a las categorías de revisión sistemática o estudio empírico. Este proceso excluyó 9 artículos, dando un resultado de 78 incluidos. Cabe mencionar que estos 78 no son los resultados finales, pues, con los artículos obtenidos de las búsquedas de ambas bases de datos, se realizarán tres cribados (descritos posteriormente) que darán lugar a los artículos finales propios de la revisión sistemática.

2.1.2. PsychInfo

La otra base de datos utilizada para completar la búsqueda de información de esta revisión sistemática fue la ya mencionada PsychInfo. La búsqueda en PsychInfo se realizó de manera similar a la de Web of Science. Sin embargo, en esta ocasión no fue necesario realizar tres búsquedas independientes. La web disponía de varias filas, de las cuales se usaron tres, que fueron separadas por el operador booleano “AND”. En la primera fila se puso la variable independiente, en la segunda la dependiente y en la tercera la población, siempre separando los conceptos clave paralelos de cada variable (de cada fila) con el operador booleano “OR”. De nuevo, se hizo uso del asterisco (*) para los truncamientos y del operador booleano “NOT” para los conceptos que querían excluirse. En cada una de esas tres filas se especificó realizar la búsqueda “en el texto completo”. Después de aplicar esta búsqueda se obtuvieron en PsychInfo un total de 59 resultados (no son los resultados finales, solo los primeros que aparecieron sin filtros).

Los filtros automáticos aplicados posteriormente en esta base de datos fueron “idioma”, “metodología” y “tipo de fuente”. El primero se aplicó de manera idéntica al filtro de Web of Science: excluyendo todos los artículos escritos en un idioma distinto al español y al inglés. Gracias al apartado de metodología pudimos excluir las referencias que no correspondían a revisiones sistemáticas ni estudios empíricos. Por último, con respecto al filtro “tipo de fuente” se excluyeron los libros. Con estos filtros se excluyeron 40 resultados (15 libros, más 3 artículos escritos en otros idiomas, más 22 de otras metodologías), por lo que el cómputo final de resultados en PsychInfo fue de 19 referencias. De nuevo, no son los resultados finales de la literatura que se analizará en la revisión sistemática. Con estos resultados se realizarán tres cribados posteriores, mediante los cuales se obtendrán los artículos finales que sí serán los propios de la revisión sistemática.

2.2. Codificación y Conceptos de Búsqueda

Como ya se ha mencionado, las búsquedas de ambas bases de datos eran esencialmente iguales, pero transcritas de manera distinta debido a la naturaleza y al funcionamiento de cada plataforma. Previo a definir la búsqueda definitiva, se estableció una breve fase de exploración en la que se recabó información para definir los conceptos clave, haciendo uso de los tesauros de la UNESCO. Posteriormente, se procedió a la elaboración de una tabla de variables con el objetivo de sistematizar la escritura de la búsqueda para ambas bases de datos. En la Tabla 1 se pueden observar dichas variables, así como los conceptos de búsqueda asociados.

Tabla 1

Variables, tesauros y conceptos clave de la búsqueda sistemática

| Variable independiente | Variable dependiente | Participantes |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| “open dialogue” | “benefit*” | “schizophrenia” |
| OR “open-dialogue” | OR “effectiveness” | OR “psychosis” |
| OR “OD” | OR “efficiency” | OR “psychotic disorder*” |
| NOT “dialogue” | OR “effectiveness” | OR “schizophrenic disorder*” |
| | OR “impact*” | |
| | OR “outcome*” | |
| | OR “success” | |

En Web of Science se realizaron tres búsquedas, todas por texto completo, atendiendo a cada variable y una búsqueda final uniendo las anteriores (guardadas en el historial) con el operador booleano “AND”.

Búsqueda #1: Referente a la variable independiente: diálogo abierto. Se buscaron conceptos paralelos a este, como “open-dialogue” o “OD”. Todos estos conceptos se unieron con el operador booleano ya mencionado “OR”. Además, se usó el operador booleano “NOT”, para excluir los artículos referentes al diálogo, en general, en su concepción más general de la comunicación (“NOT dialogue”).

Búsqueda #2: Relativa a la variable dependiente, es decir, los resultados de esta intervención. Se usaron conceptos que hacían referencia los resultados (“effectiveness”, “eficiency”, “efficacy”, “outcomes”, “benefits”, “success”). Todos unidos por el operador booleano “OR”. Se usó el truncamiento “*” para englobar el plural y el singular de algunas palabras, véase “benefit” y “benefits”, por ejemplo.

Búsqueda #3: Relativa a los participantes. Se buscaron los términos “schizophrenia”, “psychosis”, “psychotic disorder*”, “schizophrenic disorder*”, todos unidos con “OR”. De nuevo se usó el truncamiento con el mismo objetivo.

Búsqueda #4: #1 AND #2 AND #3

En PsychInfo, sin embargo, se hizo una sola búsqueda, idéntica a las de Web of Science, pero aunando todas en una.

2.3. Criterios de Elegibilidad

Se estableció una serie de criterios de inclusión y exclusión para el cribado de los artículos.

En primer lugar, diferenciamos los criterios de inclusión preestablecidos según las características de las webs, es decir, aquellos filtros automáticos ya mencionados que ayudaron a incluir un considerable número de artículos. Encontramos, en este apartado, los criterios de inclusión de idiomas español e inglés y el criterio de inclusión de estudios empíricos y revisiones sistemáticas.

Por otra parte, se determinaron cuatro criterios de inclusión no automáticos, independientes de los filtros de las webs, y generalizados para los tres procesos de cribado, que se describirán a continuación: el artículo atiende a los objetivos específicos de la búsqueda (incluye variable dependiente e independiente), el artículo hace una especificación de que sus participantes guardan relación con los trastornos psicóticos (de tal forma que utiliza una muestra en la que hay un número tipificado de esta población, y dicha variable queda controlada), el artículo es un estudio empírico o una revisión sistemática (aunque este ya era un filtro automático, tuvo que volverse a establecer como criterio de inclusión en el primer cribado, pues se “colaron” algunos estudios de caso único) y el artículo en cuestión ofrece posibilidades de acceder a su lectura completa.

Los criterios de exclusión fueron específicos de cada cribado.

A continuación, en el apartado del proceso de selección de estudios, se describirá de forma más extensa el proceso de cribado y en qué fase del mismo se utilizaron qué criterios de exclusión e inclusión y por qué.

2.4. Proceso de Selección de los Estudios

Tras establecer la pregunta de investigación, determinar los conceptos clave y ensamblar el concepto de búsqueda, se hizo la búsqueda definitiva, que dio lugar a 146 resultados: 87 en Web of Science y 59 en PsychInfo.

Seguidamente, se aplicaron los filtros automáticos descritos en los apartados anteriores. En Web of Science, se excluyeron mediante estos filtros 9 artículos: 6 por no corresponderse a los idiomas requeridos y 3 por no ser estudios empíricos/revisiones sistemáticas. En PsychInfo, por otra parte, se excluyeron 40: 3 por el idioma, 22 por la metodología y 15 por el tipo de fuente. En total, quedaron 97 artículos incluidos: 19 procedentes de PsychInfo y 78 de Web of Science. Estos artículos se exportaron al gestor bibliográfico online EndNote, donde, a través de una herramienta automática, se eliminaron 13 archivos duplicados, resultando en un total de 84 artículos.

A continuación, se realizaron tres cribados: en primer lugar, por título, en segundo lugar, por resumen y finalmente por texto completo. El proceso de cribado se repitió tres veces debido a la densidad de artículos hallados y a los objetivos de sistematización.

2.4.1. Primer Cribado

Una vez exportados los artículos resultantes de las búsquedas de ambas plataformas y eliminados automáticamente los duplicados, se procedió a leer los 84 títulos en EndNote por orden alfabético. Para ir seleccionando los artículos más convenientes se hizo uso de múltiples criterios de exclusión e inclusión, mediante los cuales se eliminaron 30 artículos.

En primer lugar, se eliminaron manualmente 9 artículos que no se correspondían con estudios empíricos ni revisiones sistemáticas (reincidiendo en el criterio de inclusión ya mencionado), a pesar de haber incluido ambos filtros previamente. En este primer cribado es el único criterio de inclusión que se utiliza.

Paralelamente, se excluyeron (mediante criterios de exclusión propios de esta fase del cribado) todos los artículos relacionados con la defensa de derechos humanos (1 artículo), los que versaban sobre experiencias (4 artículos) y los que ejemplificaban casos únicos (1 artículo).

Otro criterio de exclusión aplicado fue el de la comorbilidad o relación con otros trastornos o problemas psicológicos: se excluyeron todos los artículos en cuyos títulos se mencionan trastornos no relacionados con la psicosis, encontrando entre ellos depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, bipolaridad y adicciones; así como la comorbilidad de uno o varios de ellos con los trastornos psicóticos y/o la esquizofrenia. 7 artículos fueron eliminados mediante este criterio.

El último criterio de exclusión del primer cribado a describir es, también, el más concreto. Se excluyeron 8 resultados por no guardar ningún tipo de relación con la temática estudiada, es decir, el diálogo abierto.

Al final de este cribado quedaron tan solo 54 artículos elegibles.

2.4.2. Segundo Cribado

A continuación, se procedió a leer los resúmenes de estos 54 artículos y ejecutar el segundo cribado. Se eliminaron 28 artículos en total por no cumplir los criterios de inclusión que abajo se describen y por sí cumplir los de exclusión, que también se especificarán.

El primer criterio de inclusión establecido fue el del idioma, pues al leer los resúmenes encontramos artículos en portugués y francés que estaban presentados con el título en inglés. Se sustrajeron 2.

De nuevo, se aplicó el filtro de estudio empírico y revisión sistemática, encontrando artículos de opinión y disertaciones no especificadas en el título, que tuvieron que excluirse, 5 en total.

Al leer el resumen, se pudo hacer una distinción más minuciosa de los artículos que no cumplían los objetivos concretos de la pregunta de investigación, que fueron 12.

Para leer los resúmenes se procedió a pulsar “go to URL” bajo el título de cada artículo en EndNote, un acceso directo a la dirección web del estudio. Aquí podía comprobarse si el artículo estuviera disponible a texto completo para el último cribado, por lo que este fue aquí otro criterio de inclusión. Se eliminaron 5 artículos que no dejaban posibilidad alguna de ser leídos en su totalidad, esto es, no cumplían dicho criterio.

Los criterios de exclusión utilizados en esta fase fueron “relacionado con organización y logística” (2) y “relacionado con las habilidades de los profesionales” (2).

En este punto de la revisión sistemática se contaba con 26 artículos elegibles.

2.4.3. Tercer Cribado

Tras leer a texto completo los artículos resultantes del anterior cribado, se procedió a seleccionar los 10 artículos que finalmente formarían parte de la discusión y conclusiones de esta revisión sistemática.

Debido al relativo alto volumen de artículos sacados del anterior cribado, se estableció en esta última fase el criterio de inclusión “estudio empírico”. No se hizo hasta este momento de la investigación pues el objeto de estudio continúa, a día de hoy, en vías de investigación y se sabía que no existe la misma documentación científica al respecto que de otras temáticas más

recurrentes. Finalmente, se pudieron descartar 14 revisiones sistemáticas. Además, se añadió el criterio de exclusión “no cumple con los objetivos de la revisión al leerlo en profundidad”, mediante el que se eliminaron 2 estudios, lo que dejó un total de 10 artículos.

3. Resultados

Para obtener los diez artículos finales se siguió un proceso de sistematicidad, descrito anteriormente, que quedó registrado en un diagrama de flujo (Figura 1). A continuación, se elaboró una tabla de extracción de resultados en la que todos ellos quedaron reflejados con detalle. Por último, se realizó un análisis conjunto de dichos resultados expuesto en el último apartado de este capítulo.

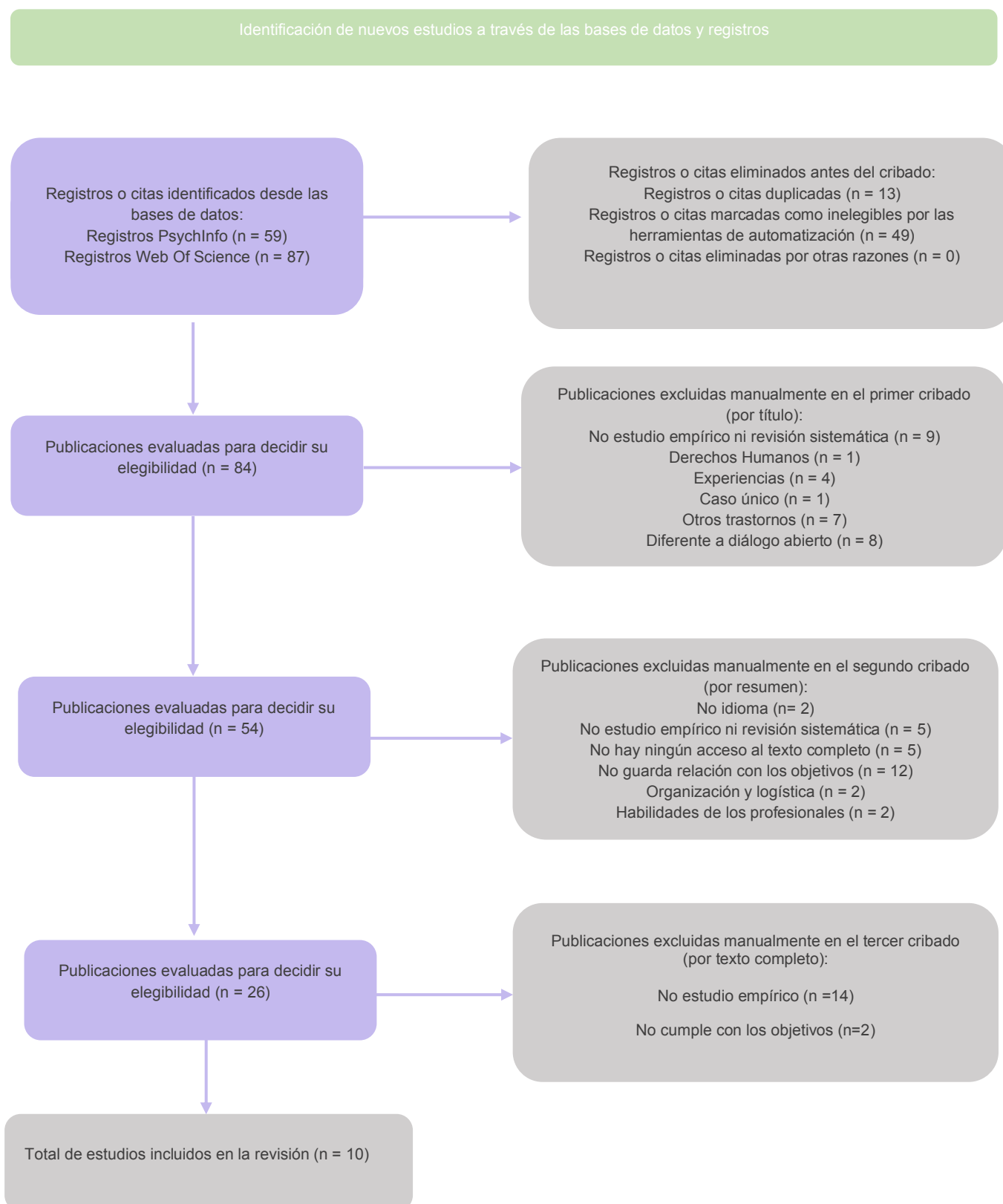
3.1. Métodos de Procesamiento de Datos

3.1.1. Diagrama de flujo

El primer paso para procesar los datos fue realizar, de manera simultánea al procedimiento metodológico, un diagrama de flujo, esquematizando todos los resultados obtenidos durante el proceso de cribado. Dicho diagrama puede observarse en la página que se encuentra a continuación (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso sistemático de selección de los artículos



3.1.2. Características de los Estudios Incluidos

Los datos de la muestra fueron recogidos para su posterior análisis en una tabla de extracción de datos (Tabla 2) para describir las características de los estudios incluidos. Dicha tabla está conformada por los siguientes apartados:

1. Año de publicación del artículo.
2. Cita.
3. Diseño del estudio.
4. Objetivos del estudio.
5. Características y tamaño de la muestra. País en el que se realiza.
6. Instrumentos y/o forma de medición.
7. Procedimiento.
8. Resultados y conclusiones.

En las filas de la tabla se situaron los 10 artículos y se rellenaron según el criterio de la columna. Con estos datos se procedió a elaborar un resumen conjunto de los resultados, así como la discusión y conclusiones de la revisión.

Tabla 2

Extracción de resultados; principales características de los estudios

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|-------------------------|---|---|---|---|---|--|
| 2006 | Seikkula et al., 2006 | Estudio cuantitativo longitudinal de comparación histórica (series de casos). | Medir el uso de medicación, días de hospitalización, recaídas, síntomas residuales y estado laboral en un grupo de diálogo abierto (ODAP) ³ y en un grupo control (API) ⁴ . | Finlandia. Pacientes diagnosticados de esquizofrenia no afectiva. A los 2 años de seguimiento, se disponía de datos completos de 34 pacientes API y 46 pacientes ODAP, y a los 5 años de seguimiento de 33 pacientes API y 42 pacientes ODAP. No aparecieron diferencias significativas en edad, sexo, estado civil o laboral ni en el diagnóstico, por lo que los grupos pueden considerarse comparables entre sí. | VARIABLES premórbidas (estado psicológico y laboral al inicio y durante); variables de proceso (días de hospitalización, reuniones familiares, uso de medicación y psicoterapia individual); y variables de resultados (recaídas, situación laboral y calificaciones del estado mental de los pacientes mediante la Escala Breve de Calificación Psiquiátrica (BPRS) ⁵ , la Escala de Evaluación Global de la Funcionalidad ((GAF) ⁶ y una calificación de síntomas de 5 puntos de la Escala de Calificación de Strauss-Carpenter ⁷). | Comparación de grupos API y ODAP con un seguimiento de 2 y 5 años desde el inicio del tratamiento. El diagnóstico se realizó en dos fases. Tras la primera reunión, el equipo formuló una hipótesis inicial, y, al cabo de 6 meses, tras haber visto también a los pacientes individualmente, el psiquiatra jefe hizo el diagnóstico final. Para comprobar la fiabilidad, un psiquiatra experimentado de fuera de la región volvió a diagnosticar a los pacientes leyendo las historias clínicas. | El grupo ODAP tuvo menos días de hospitalización y menos reuniones familiares. No obstante, no surgieron diferencias significativas en los resultados del tratamiento a 5 años. En el grupo ODAP, el 82% no tenía ningún síntoma psicótico residual, el 86% había vuelto a sus estudios o a un trabajo a tiempo completo y el 14% recibía un subsidio por discapacidad. El 17% había recaído durante los 2 primeros años y el 19% durante los 3 años siguientes. El 29% había utilizado medicación neuroléptica en alguna fase del tratamiento. No se produjeron diferencias significativas en los resultados a los 5 años de seguimiento. En cambio, los pacientes parecen recuperarse más rápidamente de su psicosis durante el periodo ODAP, porque el grupo API tenía más síntomas a los 2 años de seguimiento. Se produjeron diferencias en los procesos de tratamiento: el tratamiento hospitalario había disminuido en el grupo ODAP durante los 2 primeros años, y se organizaron menos reuniones de tratamiento familiar en el grupo ODAP entre los 2 y los 5 años. La duración de la psicosis no tratada tuvo una tendencia a disminuir durante el periodo ODAP, cuando fue de 3,3 meses. Por otra parte, no se obtuvieron peores resultados en el grupo ODAP, lo que permite concluir que se alcanzaron los mismos resultados con menos esfuerzos de tratamiento. |

³ ODAP: Open Dialogue Approach in Acute Psychosis; Enfoque de Diálogo Abierto en Psicosis aguda.

⁴ API: Integrated treatment of Acute Psychosis; Tratamiento Integrado para la Psicosis Aguda.

⁵ BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Overall & Gorham, 1988).

⁶ GAF: Global Assessment of Functioning; Evaluación Global de la Funcionalidad (Startup et al., 2002).

⁷ Escala de Calificación de Strauss-Carpenter (Strauss & Carpenter, 1972).

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|-------------------------|--|--|---|--|---|--|
| 2016 | Gordon et al., 2016 | Factibilidad. Diseño mixto (series de casos cuantitativo + cualitativo). | Estudiar la factibilidad de la implementación del modelo de Diálogo Abierto (DA) en términos de cambio en síntomas, funcionamiento personal y necesidad de atención, entre otros que no interesan para el objetivo de este proyecto. | E.E.U.U. 42 jóvenes entre 14 y 35 años diagnosticados de esquizofrenia no afectiva en principio, que acabaron siendo 16. 11 de ellos eran hombres. La media de edad fue de 22,67 y el 75% de ellos estaban diagnosticados de esquizofrenia. | BPRS ⁸ y BASIS-R ⁹ ; horas promedio de trabajo o escuela por mes; y días de hospitalización. | Comparación de grupo pacientes de DA y grupo histórico. | Mejoras significativas en el BPRS, BASIS-R y en la media de horas de trabajo/estudios y días de hospitalización. |

⁸ BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Overall & Gorham, 1988).

⁹ BASIS-R: Revised Behavior and Symptom Identification Scale; Escala Revisada de Identificación de Comportamientos y Síntomas (Eisen et al., 2004).

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|----------------------------|---|---|---|------------------------------------|---|---|
| 2022 | Bergström et al., 2022 (a) | Cuantitativo. Estudio de cohorte basado en registros. | Evaluar los resultados de una intervención de 10 años y la rentabilidad del tratamiento de salud mental de adolescentes iniciado bajo el enfoque de Diálogo Abierto (DA) orientado a redes sociales, en términos de duración de tratamiento, subsidio de discapacidad y tasa de mortalidad. | Finlandia. Todas las personas que, por primera vez, recibieron tratamiento psiquiátrico en Finlandia durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2008, y que tenían entre 13 y 20 años al inicio (n = 44.868). El grupo DA incluyó a todas las personas cuyo tratamiento comenzó en la zona de influencia de Laponia occidental (n = 780), siendo esta la única región de Finlandia donde DA cubría todo el servicio de salud mental en el momento de la inclusión. El grupo de comparación (GC) incluyó el resto de Finlandia (n = 44.088). Los participantes comprendían una edad entre 13 y 20 años en el primer episodio, al inicio del estudio. | Registros. | Las variables de resultado primarias fueron el tratamiento psiquiátrico y/o las asignaciones por discapacidad al final de los 10 años de seguimiento, o la muerte. Las variables de resultado secundarias fueron los gastos de tratamiento y discapacidad. Se utilizaron modelos lineales generalizados ponderados por la probabilidad inversa de tratamiento para estudiar la asociación entre la DA y los resultados primarios. Se utilizaron proporciones de población para evaluar la rentabilidad de los enfoques. | El tratamiento que comenzó fuera del DA se asoció con mayores probabilidades de continuar recibiendo el tratamiento y subsidios por discapacidad al final del seguimiento de 10 años. No surgió ninguna diferencia significativa en la tasa de mortalidad. Los gastos per cápita acumulados en 10 años fueron menores en el marco del DA. El DA se asoció con resultados favorables a largo plazo, pero debido al diseño observacional y la posible confusión residual se requieren estudios adicionales con un diseño de investigación más sólido. |

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|-------------------------|---|--|--|------------------------------------|--|--|
| 2018 | Bergström et al., 2018 | Cuantitativo. Estudio de cohorte basado en registros. | Evaluar los resultados a largo plazo del enfoque de diálogo abierto (DA) orientado a la familia en el tratamiento del primer episodio de psicosis no afectiva, en términos de incidencia, tasa de suicidio, medicación y síntomas. | Finlandia. El grupo de control estuvo formado por todos los pacientes finlandeses con primer episodio psicótico (N=1763, media de edad de 30,5) y el grupo experimental (Diálogo Abierto) lo conformaron 108 jóvenes, con una media de edad de 25,3. No hubo disparidad de sexos en ninguno de los grupos. | Registros. | Comparación de grupo DA con grupo control durante 19 años. Los datos se obtuvieron de los registros nacionales finlandeses sobre todos los pacientes con DA cuyo tratamiento comenzó dentro del tiempo de las intervenciones originales. | No se encontraron diferencias entre las muestras con respecto a la incidencia anual de primer episodio psicótico, el diagnóstico y las tasas de suicidio. Durante todo el seguimiento, las cifras de duración del tratamiento hospitalario, prestaciones por discapacidad y necesidad de neurolépticos se mantuvieron significativamente más bajas en el grupo DA. Los hallazgos indicaron que muchos resultados positivos del DA se mantienen durante un largo período de tiempo. Debido a la naturaleza observacional del estudio, aún se necesitan ensayos aleatorios para proporcionar más información sobre la efectividad del enfoque. |

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|-------------------------|---|--|---|---|---|--|
| 2011 | Seikkula et al., 2011 | Estudio cuantitativo longitudinal de comparación histórica (series de casos). | Determinar la eficacia del enfoque de Diálogo Abierto (en términos de uso de neurolépticos, días de hospitalización, recaídas, síntomas residuales y situación laboral) en el tratamiento de pacientes psicóticos con un primer episodio midiendo línea base y resultados tras 2 y 5 años. | Finlandia. Laponia occidental. El estudio incluyó a todos los pacientes con un primer episodio de psicosis no afectiva entre 16 y 43 años resultando en un total de 90 participantes. 34 pertenecían al grupo API ¹⁰ y 46 al grupo ODAP ¹¹ . La media de edad era, en ambos grupos, de 26 aproximadamente. No existía disparidad de sexos en el grupo API, pero sí una prevalencia femenina en el grupo ODAP. | Datos registrados. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ¹² , Global Assessment of Function Scale (GAF) ¹³ , y una subescala de síntomas de cinco categorías de la escala de valoración Strauss–Carpenter ¹⁴ . | Se compararon tres períodos de inclusión de pacientes psicóticos diagnosticados de primer episodio psicótico. En un seguimiento de dos años de dos períodos consecutivos durante la década de 1990 (1992-3 y 1994-7). Se organizó un tercer período de inclusión, que abarcó 2003-2005, para determinar si los resultados eran consistentes 10 años después del período preliminar. | La duración de la psicosis no tratada fue de 3,3 meses durante el primer período ODAP en comparación con 4,2 meses en el período API. Disminuyó a medio mes en el grupo ODAP 2003-2005, siendo el período más largo de tres meses. La ODAP 1994-1997 El grupo tuvo menos días de hospitalización que el grupo API. Más del 70% de los pacientes en cada período no tuvieron una sola recaída durante los dos años de seguimiento. En cuanto a los síntomas psicóticos residuales, el grupo ODAP2003-2005 tuvo significativamente menos síntomas psicóticos en el seguimiento de dos años, pero su puntuación BPRS fue mayor en comparación con el grupo ODAP1994-1997. En cada grupo, más del 80% de los pacientes no tenían ningún síntoma psicótico restante. Se descubrió que el 27% de los pacientes de API, el 14% de los pacientes de ODAP1994-1997 y el 16% de los pacientes de ODAP2003-2005 vivían con subsidio por discapacidad. Así, en los dos últimos períodos más del 84% estaban estudiando, trabajando o buscando empleo activamente. Este resultado se ha mantenido igual durante un período de 10 años con diferentes pacientes individuales. Se encontró que los pacientes del segundo periodo ODAP eran más jóvenes y tenían menos probabilidades de recibir un diagnóstico de esquizofrenia. Los autores achacan este resultado a la efectividad del DA cuando se trata de una intervención temprana. La duración de la psicosis no tratada se redujo a tres semanas y los resultados siguieron siendo tan buenos como en los dos primeros períodos. Por lo tanto, se sugiere que la nueva práctica puede estar relacionada con cambios profundos en la incidencia de problemas graves de salud mental. |

¹⁰ API: Integrated treatment of Acute Psychosis; Tratamiento Integrado para la Psicosis Aguda.

¹¹ ODAP: Open Dialogue Approach in Acute Psychosis; Enfoque de Diálogo Abierto en Psicosis aguda.

¹² BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Overall & Gorham, 1988).

¹³ GAF: Global Assessment of Functioning; Evaluación Global de la Funcionalidad (Startup et al., 2002).

¹⁴ Escala de Calificación de Strauss-Carpenter (Strauss & Carpenter, 1972).

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|-------------------------|---|---|--|--|---|---|
| 2019 | Buus et al., 2019 | Cuantitativo. Estudio de cohorte retrospectivo basado en registros. | Examinar si un enfoque de Diálogo Abierto Danés dirigido a los jóvenes, que buscaban ayuda de los Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes, reducía su utilización de los servicios psiquiátricos y otros servicios de salud así como días de hospitalización, en comparación con sus pares que recibían el tratamiento psiquiátrico habitual. | Dinamarca. 503 pacientes entre 14 y 19 años con síntomas psicóticos y riesgos de suicidio, mayoritariamente mujeres y con una media de edad de 16 años. Grupo comparativo emparejado sin diferencias significativas en demografía. | Utilizando datos de registros clínicos y nacionales, se comparó una cohorte de pacientes de 14 a 19 años (n = 503) inscritos en una región entre 2000 y 2015 con un grupo de comparación emparejado de otras dos regiones utilizando puntuaciones de propensión. La utilización de los servicios de salud psiquiátrica, los servicios de los médicos de cabecera y los marcadores sociales se evaluaron después de 1, 2, 5 y 10 años de seguimiento. | Desde el año 2000, el Departamento de Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes en el Sur de Jutlandia (Dinamarca) ha ofrecido reuniones de la red de Diálogo Abierto a jóvenes y sus familias. Los datos recopilados en las clínicas se vincularon con los datos del registro nacional. Se obtuvieron o extractos de datos del Registro Central de Investigación Psiquiátrica. | Los pacientes que recibieron la intervención Diálogo Abierto tuvieron una mayor utilización de tratamientos psiquiátricos ambulatorios al año de seguimiento, pero una frecuencia reducida de tratamiento psiquiátrico de emergencia y servicios de médicos generales que sus pares comparables durante el período de observación de 10 años. Se relacionó la intervención con menos días de hospitalización psiquiátrica en comparación con diferentes grupos de control. Sin embargo, este hallazgo no se confirmó en el seguimiento de cinco años. El estudio no observó diferencias entre los grupos con respecto a las hospitalizaciones psiquiátricas o los días de hospitalización psiquiátrica. También se observaron reducciones sustanciales en el uso de tratamiento psiquiátrico de emergencia entre los receptores de Diálogo Abierto que se mantuvieron significativas en el seguimiento de 5 años. |

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|-------------------------|--|--|---|--|---|--|
| 2017 | Bergström et al., 2017 | Cuantitativo. Estudio de cohortes retrospectivo. | Describir cómo se utilizaron los servicios psiquiátricos en Laponia occidental después de décadas de servicios de primeros episodios de psicosis, y analizar cómo las características iniciales se relacionaron con las tasas de reingreso, el empleo, el uso de medicación y la duración total del tratamiento psiquiátrico en el área geográfica donde se desarrollaron enfoques de Diálogo Abierto. | Finlandia (Laponia occidental). Todos los pacientes con un primer episodio psicótico (N = 65) que fueron tratados dentro del área de influencia en cuestión. 22 sujetos API ¹⁵ y 43 ODAP ¹⁶ , con edades comprendidas, en su mayoría, entre 16 y 35 años. No había disparidad significativa de sexo, y el 76% de ellos estudiaba o trabajaba. No grupo control. | Fecha de la primera reunión; diagnóstico inicial; puntajes GAF ¹⁷ ; medicamentos recetados; admisiones de hospital; duración de las hospitalizaciones (días); número de visitas a clínicas ambulatorias; y forma de tratamiento ambulatorio (red/reuniones individuales). | Los datos de la investigación para este estudio de cohorte retrospectivo se recopilaron como parte del proyecto de investigación Open Dialogue Long-Term Results in Naturalistic Environments (ODLONG), realizado en Laponia occidental con la cooperación de la Universidad de Jyväskylä y la Universidad de Oulu, 2015. | La mayoría de los sujetos de Diálogo Abierto (DA) fueron tratados con un único ingreso hospitalario, o sin tratamiento hospitalario alguno, y el 95% había pasado menos de un año hospitalizado en todo el período de 10 a 23 años. Además, el 74% de los sujetos en el contacto inicial y el 45% de los sujetos en cualquier momento del periodo de estudio no recibían neurolépticos, lo que indicaría una tendencia observable a evitar el uso automático de medicación neuroléptica. Aunque podría haber dificultades para aplicar y mantener los principios de la DA cuando se produce un comportamiento agresivo, los resultados también indicaron que los métodos de tratamiento más convencionales, como los ingresos tempranos y/o la medicación neuroléptica, no reducen significativamente el riesgo de reingresos o de tratamiento prolongado. Por el contrario, en este estudio, la mayoría de los sujetos que recibieron neurolépticos al inicio seguían con medicación neuroléptica en el año 2015; además, sus tasas de reingreso fueron más altas, y recibieron tratamiento psiquiátrico durante más tiempo, que los sujetos que fueron tratados sin neurolépticos bajo el DA, o cuya medicación se pospuso. También se observaron patrones decrecientes tanto en las tasas de rehospitalización como en las visitas ambulatorias, y en 2015 la mayoría de los contactos de tratamiento finalizaron de común acuerdo, lo que podría indicar una reducción de los síntomas psicóticos. |

¹⁵ API: Integrated treatment of Acute Psychosis; Tratamiento Integrado para la Psicosis Aguda.

¹⁶ ODAP: Open Dialogue Approach in Acute Psychosis; Enfoque de Diálogo Abierto en Psicosis aguda.

¹⁷ GAF: Global Assessment of Functioning; Evaluación Global de la Funcionalidad (Startup et al., 2002).

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|----------------------------|-------------------------------|--|---|------------------------------------|--|---|
| 2022 | Bergström et al., 2022 (b) | Cualitativo. Series de casos. | Estudiar cómo se narraban las crisis de salud mental diagnosticables como psicosis como parte de una historia de vida y explorar las experiencias de los participantes sobre el tratamiento de salud mental aplicado en su crisis. | Finlandia. Los participantes de esta investigación cualitativa fueron reclutados de las cohortes de investigación de Laponia Occidental, que incluían a todas las personas (N = 108) cuyo primer contacto de tratamiento con psicosis no afectiva ocurrió en la región de Laponia Occidental durante el tiempo de las tres fases de investigación de Diálogo Abierto. Acabaron siendo 20 participantes (10 API ¹⁸ y 10 ODAP ¹⁹) sin disparidad de sexo, con una media de 25 años de edad y un 25% de ellos desempleados/pasivos. | Entrevistas semiestructuradas. | En la carta se invitaba a los candidatos a hablar sobre su trayectoria vital y a dar su opinión sobre el tratamiento de salud mental orientado a la red que habían recibido. Además, acudieron los miembros de la cohorte que seguían recibiendo algún tipo de atención de salud mental en la región de Laponia Occidental (N = 18; 23% de todos los miembros de la cohorte invitados) en el año 2016. | Transcurridos varios años desde su crisis inicial, la mayoría de los participantes indicaron que el elemento importante en su atención sanitaria mental para el primer episodio de psicosis era la posibilidad de hablar abiertamente de las experiencias difíciles, junto con el hecho de que alguien mostrara interés de forma abierta y sin prejuicios. Sin embargo, algunos participantes recordaban que a veces había demasiada gente participando en las reuniones de tratamiento, y que las visitas domiciliarias inmediatas y la inclusión de familiares no habían funcionado bien en su situación. En cuanto a los antipsicóticos, aunque muchos de los que los habían utilizado consideraban que la medicación había reducido algunas de las experiencias angustiosas durante la crisis aguda, muchos también habían experimentado efectos secundarios incapacitantes. A un nivel más general, los resultados globales de este estudio se alinean con investigaciones anteriores sobre la perspectiva del factor común, en relación con la importancia de las relaciones terapéuticas y de los enfoques de atención colaborativo. |

¹⁸ API: Integrated treatment of Acute Psychosis; Tratamiento Integrado para la Psicosis Aguda.

¹⁹ ODAP: Open Dialogue Approach in Acute Psychosis; Enfoque de Diálogo Abierto en Psicosis aguda.

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|-------------------------|-------------------------------|--|---|------------------------------------|---|--|
| 2019 | Tribe et al., 2019 | Cualitativo. Series de casos. | Explorar las experiencias de los usuarios de los servicios y de los clínicos en las reuniones de la red durante la implantación del Diálogo Abierto en una versión modificada, para un servicio de salud mental del Reino Unido. | Reino Unido. 19 participantes: 8 pacientes (media de edad: 39,75) y 11 clínicos (media de edad: 44, 8). | Entrevistas semiestructuradas. | Se utilizó un diseño cualitativo para comprender en profundidad cómo los usuarios de los servicios y los médicos experimentaban el Diálogo Abierto (DA). Se llevó a cabo un análisis inductivo guiado por los principios del análisis temático. | Los participantes experimentaron las reuniones de la red como diferentes a las de tratamiento habitual. Los usuarios del servicio hicieron referencia a sus experiencias negativas previas dentro de la salud mental y reflexionaron sobre el aumento de experiencias comunicativas positivas en las reuniones de la red DA. Sin embargo, los usuarios del servicio que también notaron la apertura dentro de las reuniones de la red, a veces lo encontraban incómodo. Los usuarios del servicio experimentaron las reuniones de red como inusuales y los médicos notaron que en ocasiones los usuarios del servicio parecían desarmados. Delinear claramente el propósito de las reuniones antes de iniciar el tratamiento puede ayudar a los usuarios del servicio a entender el enfoque y sus interacciones con los médicos. El dialogismo se asoció con la obtención y escucha de múltiples perspectivas, y los datos sugirieron que ambos grupos sintieron que esto faltaba en los tratamientos habituales. Para la mayoría de los usuarios del servicio, los datos indicaron que se sentían escuchados. Había una fuerte sensación de que las reuniones de la red implicaban un nivel de autorrevelación y expresión emocional con el que ni los usuarios del servicio ni los médicos estaban familiarizados. Un elemento crucial del diálogo abierto fue la autenticidad sentida y percibida de las interacciones dentro de las reuniones de la red. |

| Año | Referencia del artículo | Diseño | Objetivos | País y muestra | Instrumentos y/o forma de medición | Procedimiento | Resultados y conclusiones |
|------|---------------------------|-------------------------------|---|--|--|---|--|
| 2001 | Seikkula et al., 2001 (b) | Cualitativo. Series de casos. | Documentar los resultados clínicos de la intervención basada en el Diálogo Abierto (DA) e identificar los factores asociados a las respuestas favorables y desfavorables al tratamiento. Se midieron las variables: síntomas, ocupación, días de hospitalización y permiso de discapacidad. | Finlandia. 78 pacientes de la misma zona (31 mujeres y 47 hombres) con una media de edad de 26,5 y estando desempleados/parados el 21,8% de ellos. | Brief Psychiatric Ratings Scale (BPRS) ²⁰ ; Global Assessment of Function Scale (GAF) ²¹ ; Escala de Calificación Strauss- Carpenter ²² (para la severidad de los síntomas psicóticos). | Los diagnósticos se realizaron en dos fases. Para analizar la red social de cada paciente, se mantuvo una entrevista confidencial con cada paciente. Durante las primeras reuniones de tratamiento, las familias fueron entrevistadas sobre la duración de los episodios psicóticos y prodrómicos. Se utilizaron datos estadísticos y cualitativos. | Los resultados se categorizaron dentro de resultados pobres y resultados buenos basándose en los niveles de síntomas psicóticos residuales y en la situación laboral. En general, los datos relativos a la eficacia del DA fueron alentadores, ya que sólo un 22% de los pacientes obtuvieron malos resultados (78% del grupo de buenos resultados). Sin embargo, si la posibilidad de iniciar un proceso dialógico es mínima, el tratamiento puede conducir a un mal resultado, incluso cuando éste no se predice por factores sociales y psicológicos premórbidos. |

²⁰ BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Overall & Gorham, 1988).

²¹ GAF: Global Assessment of Functioning; Evaluación Global de la Funcionalidad (Startup et al., 2002).

²² Escala de Calificación de Strauss-Carpenter (Strauss & Carpenter, 1972).

3.2. Resumen de los Resultados

Los resultados serán descritos en virtud de los objetivos que se preestablecieron en el apartado de introducción. Esto es, diseccionar y estructurar de manera conjunta, con una visión global, aquellas constataciones de cada uno de los artículos incluidos en la revisión sistemática que guardan alguna relación con la materia que aquí compete: los beneficios de la intervención basada en el Diálogo Abierto en términos de respuesta al tratamiento, recaídas, remisión, hospitalizaciones y bienestar percibido (empleo, uso de farmacología, reconocimiento de discapacidad, etc.).

En primer lugar, se debe destacar la organización temporal de los diez estudios que se van a analizar. Todos los artículos seleccionados por los procesos metodológicos de la revisión sistemática se incluyen en un periodo comprendido entre los años 2001 y 2022. El 20% de ellos corresponden a la década de los años 2000-2010, mientras que el 80% son posteriores al año 2010. Dentro de este grupo, tan solo dos son del año pasado (2022), siendo los más actuales de todo el compendio (Bergström et al. 2022a; Bergström et al., 2022b).

Con respecto a la localización geográfica de los artículos, el 70% de las investigaciones se llevaron a cabo en Finlandia, lo cual es reseñable por su elevado porcentaje, pues la ubicación no ha sido un criterio de exclusión ni inclusión en ninguna de las fases del cribado. Los tres artículos restantes (30%) pertenecen a otros países del mundo, a saber: Dinamarca, Estados Unidos y Reino Unido. No se encontró, atendiendo a la pregunta de investigación y a los criterios preestablecidos de forma sistemática, ningún estudio empírico realizado en España.

Otro dato que ha destacado por su distribución homogénea y mayoritaria es la autoría de los estudios. En el 70% de los artículos (siete) aparece el creador del Diálogo Abierto, Jaakko Seikkula, como autor o co-autor: en tres de ellos es director, en otros tres es segundo autor y en uno aparece el séptimo. Estos últimos cuatro artículos en los que aparece Jaakko Seikkula pero no es director están dirigidos también por la misma persona: Tomi Bergström. Este 70% coincide a la perfección con el porcentaje arriba mencionado, es decir, justo los artículos que sobresalen por su uniformidad en autoría son los mismos que sobresalen por su endemismo, los realizados en Finlandia. La autoría del 30% restante sí es heterogénea, siendo dirigidos por Rachel Tribe, Niels Buus y Christopher Gordon.

Atendiendo al diseño de los estudios seleccionados, se puede apreciar una prevalencia de estudios cuantitativos (60%, es decir, seis de ellos) frente a un 30% (tres de ellos) de estudios cualitativos, y un único artículo de diseño mixto (cualitativo + cuantitativo), que se trata de un estudio de factibilidad (Gordon et al., 2016). Los estudios cualitativos fueron todos de series de casos (Bergström et al., 2022b; Seikkula et al., 2001b; Tribe et al., 2019). Entre los estudios cuantitativos, dos de ellos se trataban de comparaciones históricas longitudinales de series de casos (Seikkula et al., 2011; seikkula et al., 2006), mientras que los otros cuatro eran estudios

de cohortes (Bergström et al., 2022a; Bergström et al., 2018; Bergström et al., 2017; Buus et al., 2019). Dentro de estos estudios de cohortes, dos de ellos eran retrospectivos (Bergström et al., 2017; Buus et al., 2019), es decir, los sujetos fueron estudiados tras haberse diagnosticado la enfermedad.

Para analizar las características de la muestra se analizarán las variables siguientes: número total de participantes, media de edad, sexo, situación de empleo/ocupación estudiantil o desempleo/parado y diagnóstico inicial. Todos los datos que se mencionan son recogidos al principio del estudio, esto es, en la línea base. Los artículos muestran una gran disparidad en número de participantes, yendo desde 16 (Gordon et al., 2016) el que menos hasta 44.868 (Bergström et al., 2022a) el que más. Es por esto que, siempre que sea posible, se abordarán los datos en términos porcentuales y medios.

Del total de los artículos, seis de ellos miden estas variables demográficas diferenciando entre un grupo control y un grupo experimental (el que recibirá o recibe el tratamiento basado en el Diálogo Abierto) en su línea base, mientras que cuatro de ellos no hacen esta diferencia, pues el estudio no plantea un grupo control. Por esto, los datos de ambos grupos se analizarán por separado, para tratar de no incurrir en comparaciones sesgadas.

Dentro de los cuatro artículos que solo contemplan un grupo de participantes la mitad de ellos (es decir, dos) (Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2001b) tiene una media de edad que ronda los 25 años (22,67 años en el primero y 26,5 años en el segundo). Además, ambos tienen una pequeña prevalencia del sexo masculino entre sus participantes (68,75% y 60,6%, respectivamente). La otra mitad (los otros dos) difiere significativamente en las medias de edad, puesto que en el estudio realizado por Buus y sus compañeros en 2019 se puede observar una media de 16 años con una prevalencia notoria en el sexo femenino (72% de mujeres) y el ejecutado por Tribe et al. también en 2019 se torna hacia el lado opuesto, con una media de edad de 42,67 años de sus participantes. De estos cuatro artículos, solo dos de ellos hacen mención a la ocupación de los implicados, encontrando un 95,83% de empleados/estudiantes en uno (Buus et al., 2019) y un 78,2% en el otro (Seikkula et al., 2001b).

Con respecto a la otra parte de la división realizada (aquellos artículos que contemplan dos grupos de participantes, seis artículos del total de diez) se puede observar una buena distribución de todas las cifras (similares) entre el grupo control y el experimental, lo cual parece indicar que, al menos en esto, se ha seguido una metodología en principio correcta. La única excepción se halla en la investigación que llevaron a cabo Bergström y su equipo en el año 2022a, pues el grupo control data de 44.088 participantes y el experimental tan solo de 780. Aun así, la distribución demográfica es uniforme, pues en ambos grupos encontramos porcentajes parecidos de hombres (50%) y misma media de edad (16 años). No hace referencia a la ocupación de sus participantes. Este último estudio mencionado junto con otro realizado también por Bergström y su equipo en el 2017 recoge a los participantes más jóvenes de toda la revisión,

centrándose este último en personas entre los 16 y los 24 años de edad, también con una distribución equitativa de sexos.

Dentro de esta misma división de seis artículos que distinguen entre grupo control y experimental, la mitad de ellos (tres) estudian una muestra con una media de edad entre 25 y 27 años igual en ambos grupos (Bergström et al., 2022b; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006) y un porcentaje de ocupación en trabajo o estudio en torno al 75% de los sujetos. En este caso, sí se puede observar una pequeña disparidad de porcentajes entre grupo control y experimental en nivel de ocupación en los dos últimos artículos mencionados (Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006) observándose un 73% en el grupo control y un 80% en el grupo de Diálogo Abierto, una diferencia que probablemente se deba al perfil de los pacientes. Por último, los integrantes de la investigación de Bergström et al. en 2018 tenían una media de edad de 30,5 en el grupo control y de 25,3 en el experimental, siendo 1763 participantes en el primero y 108 en el segundo, diferencias que parece importante tener en cuenta. Eso sí, con una distribución del 50/50 en el sexo de los sujetos, en ambos grupos.

Con respecto al diagnóstico de los participantes, este sí puede analizarse conjuntamente en los diez artículos totales de la revisión, pues, en los casos en los que hay dos grupos, la diferencia de porcentajes es mínima y en absoluto significativa. Encontramos una prevalencia de diagnóstico de esquizofrenia, observando un diagnóstico de este trastorno entre el 35% y el 42% de los participantes en cuatro de los artículos (Bergström et al., 2022b; Bergström et al., 2017; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2001b); un diagnóstico superior al 50% de casos de esquizofrenia en tres de los artículos (Bergström et al., 2018; Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2011), superando dos de ellos el 75% de diagnósticos de esquizofrenia (Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2011). En el lado opuesto, el estudio que Buus y sus compañeros realizaron en 2019 solo advirtió un 6,76% de diagnósticos de este trastorno. Los dos artículos restantes no recogen datos sobre diagnósticos concretos del espectro psicótico, sino que versan sobre psicosis, en general.

Los objetivos concretos de cada investigación fueron variados, pero el principal objetivo coincidió en todos: evaluar los efectos de la intervención basada en el Diálogo Abierto. Cada uno de ellos realizó esta evaluación mediante la medición de diferentes variables que, en cada caso, fueron consideradas en su conjunto predictoras del éxito (o el fracaso) del tratamiento. Entre estas variables encontramos: sintomatología, recaídas (entendidas como situaciones en las que se hace necesario un nuevo contacto con el tratamiento habiendo finalizado el tratamiento original, o una intensificación del tratamiento existente debido a nuevos síntomas psicóticos u otros síntomas graves), días de hospitalización, uso de neurolépticos, funcionamiento personal (ocupación), duración del tratamiento, reconocimiento de discapacidad y bienestar percibido respecto al tratamiento, en general.

La mitad de los artículos totales (cinco de ellos) exploraron la variable sintomatología (Bergström et al., 2018; Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006; Seikkula

et al., 2001b). Todos ellos, excepto el realizado por Bergström et al. en 2018, aplicaron la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) (Overall & Gorham, 1988) y una subescala de síntomas de cinco categorías de la Escala de Valoración Strauss-Carpenter (Strauss & Carpenter, 1972) para medir la severidad de los síntomas psicóticos. Además, también aludiendo a esta variable, el estudio llevado a cabo por Gordon et al., en 2016 también aplicó la escala revisada de comportamiento e identificación de síntomas (BASIS-R) (Eisen et al., 2004).

Atendiendo a la variable funcionamiento personal, esta fue contemplada también en la mitad de los artículos (cinco), de los cuales tres de ellos (Bergström et al., 2017; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2001b) usaron la Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (GAF) (Startup et al., 2002) y los otros dos (Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2006) una subescala de funcionamiento de la Escala de Valoración Strauss-Carpenter (Strauss & Carpenter, 1972).

Otra de las variables más evaluadas fue la de días de hospitalización, apareciendo también en un 50% (cinco) de los artículos (Buus et al., 2019; Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2001b).

A continuación, cuatro (Bergström et al., 2018; Bergström et al., 2017; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006) de los artículos totales cuantificó el nivel de uso de neurolépticos mediante registros, de los cuales tres de ellos (Bergström et al., 2017; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006) estudiaron también el número de recaídas. Tres estudios del total de diez controlaron la variable reconocimiento de discapacidad (Bergström et al., 2022a; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2001b).

Dos de los artículos totales evaluaron el bienestar percibido, a nivel general, por los pacientes tratados en el Diálogo Abierto, mediante entrevistas semiestructuradas (Bergström et al., 2022b; Tribe et al., 2019).

Por último, pero no menos importante, se procederá a extraer los resultados de los artículos en función de las variables mencionadas anteriormente. Se ha decidido seguir el proceso de análisis de resultados diferenciando cada variable porque los estudios son muy diversos, no todos miden las mismas variables y no todos miden el mismo número de variables. Algunos las miden varias veces a lo largo de un periodo temporal y otros solo una vez. Algunos comparan dos grupos y otros solo analizan el resultado del Diálogo Abierto en uno. Todo esto se tendrá en consideración a continuación.

Con respecto a la sintomatología, se ha mencionado arriba que la tuvieron en cuenta cinco artículos en total. Entre ellos, tres eran artículos con un seguimiento temporal en el que se comparaba en varias ocasiones un grupo control y un grupo experimental (Bergström et al., 2018; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006) y los otros dos analizaban un solo grupo, sin seguimiento (Gordon et al., 2016; Seikkula et al., 2001b). Todos los artículos que hicieron una comparación entre grupos (tres) encontraron diferencias en la sintomatología entre estos, siendo

menor en el grupo de Diálogo Abierto, y en dos de ellos este decremento se consideró significativo. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Seikkula et al. en 2006 se advirtió una recuperación sintomatológica más rápida, pues el grupo no tratado con Diálogo Abierto demostró tener más síntomas a los dos años de seguimiento. Un estudio parecido realizado también por Seikkula en el 2011 planteaba que el grupo de Diálogo Abierto presentaba menos síntomas residuales que el grupo experimental después de un seguimiento de diez años. Todos los artículos que solo analizaron la sintomatología en un grupo (dos) destacaron una mejora significativa de los síntomas mediante el tratamiento de Diálogo Abierto respecto a la medición en su línea base.

Los días de hospitalización también fueron considerados por cinco artículos de los totales. De esos cinco, cuatro de ellos advirtieron un decremento significativo en los días de hospitalización en el tratamiento basado en el Diálogo Abierto. Sin embargo, si se tiene en cuenta el seguimiento temporal, los hallazgos revelan una información diferente. Atendiendo a estos cuatro artículos que hallaron un decremento en los días de hospitalización con el tratamiento en Diálogo Abierto, tres de ellos (Buus et al., 2019; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006) midieron esta variable haciendo un seguimiento temporal de cinco años o más, y dos de ellos (Buus et al., 2019; Seikkula et al., 2006) concluyeron que, aunque el Diálogo abierto disminuía los días de hospitalización al principio, este suceso no se mantenía significativo al evaluarlo cinco años después.

El uso de neurolépticos fue considerado en cuatro de los artículos totales, y todos ellos contemplaban un grupo control y un grupo experimental. La mitad de ellos (dos) (Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006) no demostró una diferencia significativa entre los grupos en el uso de neurolépticos en todo el seguimiento temporal, incluso diferenciando el primer artículo entre neurolépticos de primera y segunda generación. Sin embargo, la investigación llevada a cabo por Bergström y su equipo en 2018 sí afirmó una reducción en el uso de neurolépticos en el grupo de Diálogo Abierto durante los 19 años de seguimiento. Además, un año antes de la publicación de este artículo, en 2017, el mismo autor afirmaba en otro de los artículos de esta revisión (Bergström et al., 2017) un hallazgo parecido, destacando un tratamiento más largo con más hospitalización en el grupo que tomaba neurolépticos y no seguía el tratamiento de Diálogo Abierto. Ninguno de los dos últimos artículos mencionados hizo mención a si los neurolépticos utilizados en la investigación fueron de primera o segunda generación.

No se halló ningún dato reseñable en función a la situación laboral de los participantes de los cinco estudios que analizaron los beneficios del Diálogo Abierto basándose, entre otros motivos, en el funcionamiento personal y la ocupación.

Los subsidios de discapacidad, por el contrario, sí aportaron datos a destacar. Dos de los tres artículos que midieron esta variable afirmaron un mayor número de subsidios de discapacidad en el grupo control que en el grupo de Diálogo Abierto, manteniéndose esta tendencia en los seguimientos de 19 y 10 años, respectivamente (Bergström et al., 2018;

Seikkula et al., 2011). El otro artículo (Seikkula et al., 2001b) no destacó nada en referencia a esto.

Tres de los diez artículos totales registraron las recaídas en una comparativa entre el grupo control y el experimental, asegurando finalmente no hallar diferencias significativas en el número de recaídas entre ambos grupos. Sin embargo, todos destacaron una duración menor del tratamiento en el grupo de Diálogo Abierto (Bergström et al., 2022a; Seikkula et al., 2011; Seikkula et al., 2006).

4. Discusión

Tras la extracción de resultados y la comparación de los mismos se puede afirmar la existencia algunos datos que arrojan luz sobre la intervención basada en el Diálogo Abierto y sus implicaciones clínicas. Más concretamente, en lo que respecta a la sintomatología psicótica, a la necesidad de hospitalización y al bienestar del día a día de los pacientes, habiéndose demostrado (en estos diez artículos, al menos) una menor prevalencia de la discapacidad en los trastornos psicóticos tratados mediante el Diálogo Abierto, una decreciente necesidad de hospitalización y un aparente menor número y gravedad de los síntomas durante y tras dicho tratamiento.

No obstante, algunos de los estudios (Gordon et al., 2016; Bergström et al., 2018) señalaron que la mejoría sintomatológica de los pacientes tratados con Diálogo Abierto en los primeros meses se desvanecía en el seguimiento de los años venideros para dejar de representar una diferencia significativa en oposición al grupo control. Esto puede indicar una inestabilidad de los resultados del Diálogo Abierto, mostrándose muy beneficioso en los primeros momentos, posiblemente por su elevado grado de escucha, empatía y respeto al contexto y al paciente, pero manteniéndose con beneficios similares a otras intervenciones al ir avanzando el tratamiento. Esto encaja con el hallazgo de que tampoco se encontraron diferencias en el número de recaídas ni en la disminución de la necesidad de uso de neurolépticos, siendo igual de necesarios en el Diálogo Abierto e igual de imprescindible evaluar su uso en la individualidad de cada caso y cada contexto. A pesar de ser la disminución/eliminación de la medicación uno de los objetivos de este paradigma, estos siguen siendo necesarios, eso sí, en algunos casos concretos puede que en menor medida. En esta línea, el estudio realizado por Seikkula et al. en el año 2011 llegaba a unas conclusiones parecidas, pues, aunque afirmaba que el tratamiento basado en el Diálogo Abierto parecía aportar ventajas, los pacientes tratados bajo esta intervención eran generalmente más jóvenes y resultaron tener menos probabilidades de ser diagnosticados de esquizofrenia, lo que les llevó a pensar que el efecto del Diálogo Abierto era significativo cuando se trataba de una atención temprana. Esto quiere decir que dichos autores se plantearon si, tal vez, el Diálogo Abierto es efectivo en un tipo de población, en este caso, la población juvenil cuando es diagnosticada con un primer episodio psicótico. Es decir, una vez más, estudiar cada caso de manera individual y adaptar el tratamiento a los requerimientos

propios, pues en la práctica clínica la edad y el momento en el que se realiza el diagnóstico no serán las únicas variables a controlar.

Cabe preguntarse si los hallazgos respecto a la sintomatología, la discapacidad y las hospitalizaciones son meras correlaciones o un efecto directo de la intervención, respuesta que solo se obtendría con más investigación, principalmente mediante pruebas controladas aleatorizadas.

En la actualidad ya se está realizando una prueba controlada aleatorizada del Diálogo Abierto en comparación con el tratamiento habitual para los trastornos psicóticos (Pilling et al., 2022), cuyos resultados verán la luz en el año 2024. Aunque harán falta muchos más, este estudio empírico es de vital importancia por varios motivos: en primer lugar, por la naturaleza de su metodología, que es la ideal para obtener resultados más fiables. En segundo lugar, porque ninguno de sus autores figura entre los creadores o habituales practicantes e investigadores del Diálogo Abierto. Esta es otra cuestión que ha resaltado en el desarrollo de esta revisión sistemática, a saber, casi todos los estudios de efectividad, factibilidad o implementación del Diálogo Abierto que han aparecido tras un proceso basado en la sistematicidad estaban realizados en Finlandia y por el mismo grupo de personas. El hecho no es suficiente para realizar ninguna aseveración, pero sí para depositar una pequeña sospecha de sesgo inintencionado y subjetividad.

5. Conclusiones

El recorrido de esta revisión ha sido sorprendente y revelador. Se comenzó con muchas esperanzas y expectativas, pues parecía que el Diálogo Abierto ofrecía respuestas a cuestiones planteadas entorno al tratamiento de la psicosis que no han podido ser abordadas durante muchos años. Honestamente, ha resultado una decepción que, después de tantos años desde que se conceptualizó este abordaje, no se haya encontrado un panorama sólido de investigación al respecto. Esto hace pensar que, quizás, no sea como se exponía, aunque solo podrá saberse cuando se investigue y se publique más literatura científica de calidad.

En definitiva, el único axioma que se puede deducir de los resultados aquí analizados es que, sin lugar a dudas, falta mucha investigación alrededor de la temática del Diálogo Abierto. Diversos autores, ya nombrados en la introducción, han dedicado tiempo y estudio a formularlo, conceptualizarlo y definirlo, pero pocos han investigado a razón de su efectividad, que es igual de útil y necesaria para la práctica clínica. Por supuesto, no estaría de más que estos estudios se llevaran a cabo en otros países, planteando cómo funcionarían en otros contextos y otras sociedades, y siendo realizados por personas ajenas a la propia conceptualización del tratamiento.

Además, el nivel de adecuación del Diálogo Abierto dependerá del caso concreto que se vaya a evaluar, dependiendo de múltiples criterios. Este podrá ser beneficioso para algunos y no serlo para otros.

Por último, resaltar la inadecuación del bajo número de investigaciones realizadas dentro de este enfoque con respecto a los años que se lleva conceptualizando, practicando y hablándose de él (desde la década de los 90). Cabe preguntarse cuál es el motivo de la gran brecha entre el creciente interés por el Diálogo Abierto y la baja tasa de investigación al respecto. ¿Se está haciendo y no se está publicando? ¿Por qué? Estas podrían ser algunas de las cuestiones a plantear de cara al futuro.

6. Limitaciones

El rango de variables estudiadas y analizadas ha resultado ser excesivamente amplio, lo que ha llevado a que no todas puedan estudiarse en profundidad. Con un total de solo diez artículos no parece haber sido suficiente para hacer afirmaciones contundentes sobre hallazgos en relación a determinadas variables, pese a que estas se hayan repetido en muchas ocasiones.

Por otro lado, la población, tanto en características como en edad, ha resultado quizás un poco amplia. Era importante no cercarla demasiado, pues eso impediría el análisis por la baja densidad de investigaciones, pero, a la vez, jugar con amplitud puede incurrir en sesgos de representatividad al comparar unos resultados con otros.

Además, se considera importante añadir que la calidad de los artículos hallados es media-baja y la mayoría de ellos se caracterizan por la endogamia, habiendo sido realizados por equipos de personas solapadas y la mayoría de ellos en Finlandia. Otra observación que caracteriza la baja calidad de los estudios es el hecho de que en la mayoría no se hace distinción entre neurolépticos de primera y segunda generación, cuestión que se afirmó imprescindible en la introducción.

En último lugar, el proceso de sistematicidad llevado a cabo para seleccionar los artículos ha derivado en no analizar ninguno referente a España. Sin embargo, la gran mayoría fueron realizados en Finlandia por equipos paralelos de personas.

7. Sugerencias a Estudios Futuros

Se sugiere a las futuras líneas de investigación la realización de pruebas controladas aleatorizadas, así como estudios cualitativos con calidad metodológica, en países diferentes a Finlandia, intentando controlar un amplio número de variables secundarias, y sin olvidar la influencia del contexto en las diferentes sociedades.

Además, sería interesante estudiar en qué tipo de perfiles sí es beneficiosa la intervención basada en el Diálogo Abierto y en cuáles no. En esta línea, se comentaba en la discusión que un artículo realizado por Seikkula et al. en 2011 sugería la posibilidad de que el Diálogo Abierto pudiera ser especialmente beneficioso en la atención temprana. Por tanto, se recomienda a las futuras investigaciones la posibilidad de estudiar en profundidad este hallazgo en la población juvenil diagnosticada de primer episodio psicótico y tratada con Diálogo Abierto, pero haciendo una comparativa con otras psicoterapias basadas en la evidencia para la psicosis, como podría ser la Terapia Metacognitiva, el Entrenamiento en Habilidades Sociales o la Terapia Cognitivo Conductual. De la misma manera, podría ser interesante comparar la efectividad de los tratamientos (incluyendo el Diálogo Abierto) entre personas que debutan en la enfermedad y personas que ya tienen un largo recorrido en la misma.

Por último, se advierte una falta de investigación en lo que respecta a síntomas no positivos: desorganizados, negativos y otras patologías. Se sugiere investigar sobre los beneficios del Diálogo Abierto en una variedad más amplia de síntomas.

8. Referencias Bibliográficas

- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(5), 363–372. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05557.x>
- Alarcón, M. P. C., Bellido, M., & Ventura, A. (2016). Revisión de tratamientos eficaces en la esquizofrenia. *Revista de enfermería y salud mental*, (5), 15-21.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Arana, G. W. (2000). An overview of side effects caused by typical antipsychotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4), 5-13. <https://doi.org/10.1017/s003329170003960x>
- Asociación JAEC. (2022). *Asociación JAEC*. <https://www.asociacionjaec.org/>
- Ayala, E. J. M. (2010). Los antecedentes de la eximente de anomalía o alteración psíquica. Librería-Editorial Dykinson.
- 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*, 9(4), 310–321. <https://doi.org/10.1080/17522439.2017.1344295>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Kurtti, M., Köngäs-Saviaro, P., Löhönen, E., Miettunen, J., Mäkiöllitervo, H., Taskila, J. J., Virta, K., & Valtanen, K. (2022a). The 10-year treatment outcome of open dialogue-based psychiatric services for adolescents: A nationwide longitudinal register-based study. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(12), 1368–1375. <https://doi.org/10.1111/eip.13286>
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018b). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270(August), 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Bergström, T., Seikkula, J., Holma, J., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., & Alakare, B. (2022b). Retrospective Experiences of First-Episode Psychosis Treatment Under Open Dialogue-Based Services: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 58(5), 887–894. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00895-6>

- Bilder, R. M., Mukherjee, S., Rieder, R. O., & Pandurangi, A. K. (1985). *Symptomatic and Neuropsychological Components of Defect States*. *Schizophrenia Bulletin*, 11(3), 409-419. <https://doi.org/10.1093/schbul/11.3.409>
- BOBES, Julio, et al. (2009). Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3), 15446. <https://www.psychiatrist.com/jcp/prevalence-negative-symptoms-outpatients-schizophrenia/>
- Buus, N., Bikic, A., Jacobsen, E. K., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Rossen, C. B. (2017). Adapting and implementing open dialogue in the Scandinavian countries: a scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(5), 391-401. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1269377>
- Buus, N., Kragh Jacobsen, E., Bojesen, A. B., Bikic, A., Müller-Nielsen, K., Aagaard, J., & Erlangsen, A. (2019). 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. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 119-127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.015>
- Alarcón, M. P. C., Bellido, M., & Ventura, A. (2016). Revisión de tratamientos eficaces en la esquizofrenia. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, (5), 15-21.
- Crespo-Facorro, B., Bernardo, M., Argimon, J. M., Arrojo, M., Bravo-Ortiz, M. F., Cabrera-Cifuentes, A., ... & Arango, C. (2017). Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 4-20. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.001>
- Dummar, A. D. M. (2015). *Salud mental y exclusión social: un análisis a partir de la esquizofrenia* (Tesis doctoral, Universidad de Oviedo). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=102517>
- Eisen, S. V., Normand, S. L., Belanger, A. J., et al. (2004). The Revised Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-R): reliability and validity. *Medical Care*, 42(12), 1230-1241.
- Fernández, J. M. O., & Abril, E. C. (2021). Terapia cognitivo conductual y esquizofrenia: un estudio de revisión sobre su eficacia. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 362-372. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp362-372>

- Flores-Rojas, L. E., & González-Zúñiga Hernández, L. A. (2019). Efectos secundarios metabólicos de los antipsicóticos de segunda generación. *Medicina Interna de México*, 35(5), 721-731. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i5.2658>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., ... & Marrero, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: Una revisión selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188-197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- Foucault, M. (1976) [1961]. *Historia de la locura en la época clásica*, 2 vols., México D. F., Fondo de cultura económica.
- García, F. M., Calvo-Reyes, M. C., & Rodríguez-Cobo, I. (2020). Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- 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*, 67(11), 1166–1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600271>
- Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews*, 18(2), e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
- Hoening, J. (1983). The concept of schizophrenia. Kraepelin-Bleuler-Schneider. *British Journal of Psychiatry*, 142, 547-556. <https://doi.org/10.1192/bjp.142.6.547>
- Kiviniemi, M., Suvisaari, J., Pirkola, S., Läksy, K., Häkkinen, U., Isohanni, M., & Hakko, H. (2011). Five-year follow-up study of disability pension rates in first-onset schizophrenia with special focus on regional differences and mortality. *General Hospital Psychiatry*, 33(5), 509-517. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2011.05.017>
- Liddle, P. (1987). Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychological Medicine*, 17(1), 49-57. <https://doi.org/10.1017/S0033291700012976>
- Liddle, P. (1987). The Symptoms of Chronic Schizophrenia: A Re-examination of the Positive-Negative Dichotomy. *The British Journal of Psychiatry*, 151(2), 145-151. <https://doi.org/10.1192/bjp.151.2.145>

- Madrid, J. C. C., & Parada, T. C. (2016). Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*, (8), 169-192.
- Martínez, J. T., & Tomàs, E. P. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con psicosis de inicio reciente: una revisión. *Papeles del psicólogo*, 33(1), 48-59. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77823404006.pdf>
- Morel, B. D. (1860). *Traité des maladies mentales. Livre IV. Pathologie spéciale et thérapeutique générale*.
- Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21(3), 205-219. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v21n3/v21n3a02.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de enero de 2022). *Esquizofrenia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24(2), 97-99.
- Parrabera García, S., Chico González, M., Hermosa Loreti, M. D. L., & Fernández de la Cueva, C. M. (2019). La UAT: una adaptación del marco de Diálogo Abierto finlandés. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 223-238. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000200012>
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (2007). A dimensional and categorical architecture for the classification of psychotic disorders. *World Psychiatry*, 6(2), 100-101. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219908/>
- Pilling, S., Clarke, K., Parker, G., James, K., Landau, S., Weaver, T., Razzaque, R., & Craig, T. (2022). Open Dialogue compared to treatment as usual for adults experiencing a mental health crisis: Protocol for the ODDESSI multi-site cluster randomised controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 113(August 2021), 106664. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106664>
- Rodríguez-Testal, J. F., & Mesa-Cid, P. J. (2011). *Psicopatología clínica [Clinical Psychopathology]*. Pirámide.
- Salokangas, R. K., Honkonen, T., Stengård, E., Koivisto, A. M., & Hietala, J. (2003). Negative symptoms and neuroleptics in catatonic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 59(1), 73-76. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00155-x](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00155-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), 214–228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in western lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3(3), 192–204. <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247-265. <https://doi.org/10.1080/10720530125965>
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001b). Open Dialogue in Psychosis II: A Comparison of Good and Poor Outcome Cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 267–284. <https://doi.org/10.1080/10720530126129>
- Stanghellini, G., & Ballerini, M. (2007). Criterion B (social dysfunction) in persons with schizophrenia: the puzzle. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 582-587. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0d4e0>
- Startup, M., Jackson, M. C., & Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 417-422. <https://doi.org/10.1348/014466502760387533>
- Strauss, J., & Carpenter, W. (1972). The prediction of outcome in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739–746. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750300011002>
- Świtaj, P., Anczewska, M., Chrostek, A., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J., & Chatterji, S. (2012). Disability and schizophrenia: A systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-193>
- 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(04), 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.38>
- Üçok, A. L. P., & Gaebel, W. (2008). Side effects of atypical antipsychotics: A brief overview. *World Psychiatry*, 7(1), 58. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00154.x>
- Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13 (3). <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/26904>

Vygotsky, L. S., & Cole, M. (1978). *Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>