

# Proyecto Ágora: un cambio de mirada hacia lo dialógico en salud mental

Ágora project: a change of view towards dialogical aspects in mental health

MARINA MINONDO ROMERO<sup>a</sup>, FERNANDO CANTÓN ÁLVAREZ<sup>b</sup>, SERGIO SÁNCHEZ SÁNCHEZ<sup>c</sup>

*a) Psicóloga. EASC Usera. Walk Rehabilitación y Desarrollo Integral S.L, Madrid.*

*b) Psicólogo. AFEM Salud Mental Getafe, Madrid.*

*c) Psicólogo. EASC Distrito Centro. Fundación Benéfica San Martín de Porres, Madrid.*

*Correspondencia: Marina Minondo (marina.minondo.r@gmail.com)*

Recibido: 15/09/2021; aceptado con modificaciones: 25/04/2022

**Resumen:** Este artículo muestra el desarrollo del Proyecto Ágora desde sus inicios, una Investigación Acción Participativa (IAP) que persigue la construcción social de conocimiento en torno a la presencia de procesos dialógicos en los contextos sociosanitarios de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid. Se ha contado con una muestra de 91 personas pertenecientes al ámbito de la salud mental, ya sean personas atendidas, familiares o profesionales. Para observar la realidad de estudio, se han tomado como base los principios que enuncian el enfoque de Diálogo Abierto y la Teoría Colaborativa. Los resultados muestran que aún pesa la herencia de una visión moderna de la ciencia, traducida en un modelo biomédico que reduce en gran medida la problemática de la persona a su enfermedad, con gran énfasis en el diagnóstico y tratamientos indicados. A partir del análisis de este fenómeno y sus consecuencias, se pretende impulsar una investigación-acción que sirva para conocer más a fondo esta problemática y aportar ideas respecto a cómo incorporar aspectos colaborativos y dialógicos eficaces y demandados por los participantes en la intervención psiquiátrica y psicosocial.

**Palabras clave:** comunicación, salud mental, rehabilitación psicosocial, terapia.

**Abstract:** This paper presents the Ágora Project's development since its origins. The Ágora Project is a participatory action research (PAR). This approach focuses on social construction of environmental knowledge based on dialogical processes applied in social care and mental health services contexts in the Community of Madrid. The study included 91 subjects from mental health services, including service users, families, and professionals. Open Dialogue and Collaboration Theory were applied in this research. Results show that there is still a strong presence of modern science vision, through the biomedical model of health, which reduces users' problem to their medical issues, emphasizing diagnostics and treatments. The participatory action research is driven to enhance the understanding of the current problems and arise new ideas to implement effective collaboration and the dialogic elements required by participants involved in psychiatric, psychological, and social care.

**Key words:** communication, mental health, psychosocial rehabilitation, therapy.

## INTRODUCCIÓN

**P**ROYECTO ÁGORA nace en 2017 desde el Equipo de Apoyo Social Comunitario Distrito Centro, recurso de rehabilitación psicosocial de la red pública de atención social de personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid (en adelante Red de Atención Social). Se encuentra apoyado desde sus inicios por la entidad que gestiona el citado recurso, la Fundación San Martín de Porres.

La motivación para emprender el estudio reside en la creencia de que es necesario revisar el tipo de prácticas profesionales que se llevan a cabo en salud mental a través de investigaciones que impulsen acciones transformadoras en la práctica.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (1) ha podido evidenciar una constante vulneración de derechos fundamentales en este ámbito, y tanto personas atendidas como profesionales coinciden en la necesidad de un cambio. Como apunta Martín (2), se ha tergiversado el concepto y el marco de actuación de la psiquiatría comunitaria, de manera que “en lugar de organizarse una asistencia global en función de la vida cotidiana de cada persona, se ofrecen distintas formas de tratamiento, sanitario o social, que siempre van dirigidos a la rectificación de la realidad de cada individuo”. Existen experiencias en otros contextos que surgen de la reflexión y el trabajo científicos en esta línea que están mostrando resultados altamente relevantes. En Laponia Occidental, donde se pone en práctica el enfoque teórico y filosófico de Diálogo Abierto, se obtienen los mejores resultados del mundo occidental para el primer episodio psicótico, llegando

a descender en un 90% la tasa de esquizofrenia en el territorio (3). Este enfoque, concebido bajo la perspectiva del construccionismo social, puede suponer una guía eficaz para dar respuesta a las crisis de paradigma en contextos de atención a la salud mental y orientar prácticas que no supongan una vulneración constante de los derechos humanos (4).

Por otra parte, Seikkula (3) deja clara la ineficacia de intentar implementar buenas prácticas a través de la simple replicación. Sugiere, así, que el desarrollo de prácticas dialógicas requiere de la investigación del contexto. Es necesario mejorar la competencia de los agentes locales y su flexibilidad respetando el contexto que se investiga antes de introducir variaciones.

Para mejorar la situación actual se requieren escenarios en los que los diferentes agentes implicados puedan encontrarse en un “cruce de fronteras”. Es en estos espacios de aprendizaje donde puede construirse un conocimiento conjunto que supere al que podría surgir desde cualquiera de las partes por sí solas (3). En esta línea, para favorecer el diálogo y articular la capacidad de escucha de los diferentes actores intervinientes, se hace necesaria la búsqueda de espacios de confluencia entre personas atendidas y profesionales que posibiliten una comunicación razonable y equilibrada (5).

Así mismo, diversos autores informan de la existencia de una necesidad de escucha, entre sí y hacia la persona atendida, por parte de aquellas disciplinas que trabajan en el ámbito de la salud mental. Y, en definitiva, una necesidad de acercamiento de la figura profesional a las personas que padecen sufrimiento psíquico (4, 5).

Por todo ello, se tratará de analizar la realidad de este ámbito en la Comunidad de Madrid bajo el prisma que ofrece el enfoque de Diálogo Abierto, a la vez que se favorecerá la construcción de conocimiento conjunto mediante la promoción de procesos dialógicos y colaborativos tal y como se describen desde la Terapia Colaborativa. Para ello se utiliza el marco de la Investigación-Acción Participativa (IAP), ya que ofrece un encuadre adecuado para valorar la presencia o ausencia de estos aspectos, incorporando la perspectiva de todos los agentes implicados en el objeto de estudio a fin de apoyar la construcción de un conocimiento más preciso y adecuado de la realidad. Investigadores y comunidad han de trabajar conjuntamente; con horizontalidad y facilitando el diálogo. Como explica Montero: “Las relaciones entre sujetos externos e internos a la comunidad deben ser dialógicas, horizontales. El investigador externo posee un saber especializado, mientras que los miembros de la comunidad poseen saberes específicos. Ambas formas enriquecerán la acción a desarrollar y contribuirán a la producción de nuevas formas en ambos campos. Todos enseñan, todos aprenden. No hay expertos” (6, p. 217).

El presente proyecto pretende trabajar en esta línea, creando espacios de construcción de conocimiento que den pie a una acción transformadora dentro del con-

texto de estudio. Este cambio que se persigue se mueve en la dirección que marca el cambio de paradigma hacia modelos sociales de abordaje del trastorno mental, tratando de superar la visión que impone la ciencia moderna sobre la que se basa la perspectiva biomédica de salud-enfermedad.

## MARCO TEÓRICO

La base teórica desde la que se piensa y se diseña este proyecto comprende, por un lado, el Modelo Diálogo Abierto (3) y, por otro, los fundamentos de la Terapia Colaborativa (7). A continuación, se exponen las características principales de ambos.

### *a) Diálogo Abierto*

El enfoque Diálogo Abierto es un tratamiento centrado en el diálogo y en la inclusión de la red social especialmente práctico en situaciones de crisis. En su creación, como ya se ha mencionado, se nutre del paradigma del construccionismo social. Integra métodos de la terapia familiar sistémica, perspectivas de atención a la red social y psicoterapia psicodinámica. En sus orígenes está el Tratamiento Adaptado a las Necesidades de Alanen y colaboradores (8) y la Terapia Colaborativa de Anderson (7), así como las reflexiones posteriores de Anderson (9). Se basa en siete principios que se deben dar en el proceso de intervención (3): Inmediatez de la respuesta, Inclusión de la red social, Asunción de responsabilidad, Adaptación flexible a las necesidades, Garantía de continuidad psicológica, Tolerancia a la incertidumbre y Dialogicidad.

### *b) Terapia Colaborativa*

Por su parte, en la Terapia Colaborativa de Anderson y Goolishian se entiende que la posición del terapeuta debe situarse en un proceso de “estar con” la otra persona en un espacio de querer comprender desde la horizontalidad. El pensamiento y la acción dialógicos suponen conocer y actuar “desde dentro” del espacio interactivo, en lugar de situarse desde el pensamiento experto y la acción monológica, que supone enfocarlo “desde fuera”. Esto es, defiende situarse en la interacción en lugar de en la mera observación de la persona desde un espacio externo, desde una posición experta. Estar en el presente supone responder espontáneamente, ajustando la respuesta al momento y lugar, no dando respuestas prefabricadas y/o técnicas. Anderson (10) describe siete rasgos que orientan la acción y forma de ser del terapeuta en las relaciones dialógicas y colaborativas que describe: indagación mutua, *expertise* relacional, no saber, ser abierto, vivir con incertidumbre, transformación mutua y transformación hacia la vida cotidiana común.

## OBJETIVOS

Los objetivos que se persiguen en este proyecto son los siguientes:

*Objetivo general 1:* Evaluar el grado de presencia de procesos colaborativos y dialógicos en el contexto de atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid.

Objetivo específico 1: Evaluar las actitudes hacia los procesos colaborativos y dialógicos.

Objetivo específico 2: Evaluar el grado de presencia de prácticas coherentes con estilos colaborativos y dialógicos.

*Objetivo general 2:* Identificar los factores que influyen en la aparición y mantenimiento de procesos colaborativos y dialógicos en el contexto de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid.

*Objetivo general 3:* Promover relaciones colaborativas y dialógicas así como prácticas profesionales coherentes en este sentido en la intervención clínica y psicosocial en el contexto de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid.

Los dos primeros objetivos responden a la dimensión investigadora de este proyecto; de ello se ocupa este artículo. El tercer objetivo general, en cambio, se dirige al carácter último de intervención. Esta acción pretende ser llevada a cabo con la participación y colaboración de todos los agentes implicados en el contexto de estudio.

El presente proyecto cumple con este fin, combinando investigación e intervención a lo largo de su recorrido con el objetivo de iniciar procesos de construcción de conocimiento colectivo que estimulen y orienten una acción transformadora de la que sean partícipes todos los agentes implicados (11).

## MATERIAL Y MÉTODO

### *a) Diseño de investigación*

Esta investigación sigue un diseño transversal, recursivo y *ex post-facto*; y se presenta en el marco de una Investigación-Acción Participativa, combinando metodología cualitativa y cuantitativa. Trata de integrar investigación y acción social, favoreciendo la participación activa de todas las personas que intervienen en su proceso.

### *b) Participantes*

La muestra incluyó a tres grupos participantes: personas atendidas, familiares y profesionales. La muestra total de personas que participaron en este estudio alcanza, así, un total de 91 participantes provenientes de recursos de la Red de Atención

Social y recursos sanitarios de Salud Mental, así como del colectivo FLIPAS-GAM. Concretamente, se acude a 13 recursos: 8 de Rehabilitación Psicosocial, 3 Centros de Salud Mental y 2 Hospitales de Día. Se cuenta con un total de 21 personas atendidas, 22 familiares y 48 profesionales; de ellos, 68 participan en la fase de entrevistas individuales y 23 en la fase grupal. Más adelante describimos en qué consisten ambas fases del proyecto.

Por lo que respecta a la fase grupal, hay que precisar que se realizaron tres grupos de discusión llevados a cabo en tres centros diferentes. La muestra se repartió para cada grupo según se indica a continuación<sup>1</sup>:

Grupo CRPS Vázquez de Mella: 7 participantes (4 profesionales, 2 familiares, 1 persona atendida). 1 participante externo al recurso: un profesional del EASC Latina.

Grupo CD Latina: 8 participantes (3 profesionales, 3 familiares, 2 personas atendidas). 2 participantes externos al recurso: una persona integrante de FLIPAS y una profesional de la psiquiatría.

Grupo CRPS Latina: 8 participantes (3 profesionales, 3 familiares, 2 personas atendidas). 1 participante externo al recurso: un profesional de la psiquiatría.

En las Tablas 1 y 2, se puede consultar una presentación más detallada de la muestra.

### *c) Técnicas e instrumentos*

A lo largo del estudio se emplearon las siguientes técnicas de recogida de información:

- Observación participante no estructurada. Consiste en recoger información a partir de la percepción de un agente externo implicado mientras interactúa con los actores intervinientes. A tal efecto, se utilizó un diario de campo.
- Entrevista individual semiestructurada. Se diseñó esta herramienta utilizando a modo de guion un conjunto de preguntas sobre determinadas cuestiones relacionadas con los modelos teóricos comentados, dejando margen para profundizar durante la entrevista en función de las respuestas que ofreciera la persona entrevistada. Añadir a esto que se diseñaron tres tipos de entrevista para cada grupo participante –según su identidad: persona atendida, familiar o profesional–.
- Grupo de discusión o grupo focal, que permite reunir a los grupos participantes en un contexto informal donde puedan expresar y confrontar sus

<sup>1</sup> Para una mayor comprensión, las abreviaturas utilizadas son: EASC (Equipo de Apoyo Social Comunitario), CD (Centro de Día y Soporte Social), CRPS (Centro de Rehabilitación Psicosocial), CRL (Centro de Rehabilitación Laboral), CSM (Centro de Salud Mental), HD (Hospital de Día).

ideas libremente acerca del grado de presencia percibida de procesos dialógicos y colaborativos en el contexto de atención a la salud mental.

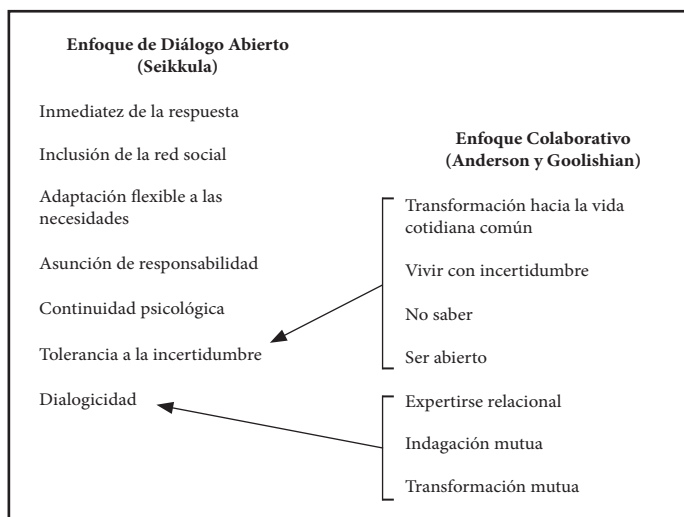
*d) Contenido y variables de estudio*

Las variables que se incluyeron tanto en las entrevistas individuales como en los grupos de discusión se correspondieron con los principios que se proponen desde el enfoque de Diálogo Abierto de Seikkula y el enfoque Colaborativo de Anderson. Desde el equipo investigador, tras la revisión teórica de ambos enfoques, se infirió que la dimensión de Dialogicidad propuesta por Seikkula desde el enfoque de Diálogo Abierto abarca los principios de indagación mutua, experticia relacional y transformación mutua que propone Anderson. Por su parte, la dimensión teórica Tolerancia a la incertidumbre que describe Seikkula englobaría los principios de no saber, ser abierto, vivir con incertidumbre y transformación a la vida cotidiana común recogidos desde el enfoque Colaborativo.

A priori, y teniendo en cuenta las definiciones que Seikkula y Anderson proponen para cada principio, se consideró que ambos enfoques podrían relacionarse de este modo. Es por ello que, a lo largo de este trabajo, se mantendrán las denominaciones que propone Seikkula desde el enfoque de Diálogo Abierto, donde se verán englobados los principios que describe Anderson tal y como hemos expuesto. La Figura 1 trata de ofrecer una visión esquemática de la relación que se establece entre ambos modelos teóricos.

FIGURA 1

*Relación entre el Enfoque de Diálogo Abierto de Seikkula y el Enfoque Colaborativo de Anderson y Goolishian*



Fuente: elaboración propia

A la hora de diseñar los instrumentos, se estructuraron y ordenaron los contenidos abordados en las entrevistas y grupos de discusión según varios bloques temáticos –estrechamente relacionados con los modelos teóricos de referencia– con el fin de organizar la información y ofrecer un guion fluido, coherente y sencillo de seguir para los participantes. Estos bloques temáticos fueron: Intervención en crisis y conceptos asociados –medicación, síntomas y trastorno mental–; Inclusión de la Red Social, Enfoque y práctica profesional; Dialogicidad y Garantía de continuidad psicológica.

A partir de una revisión preliminar de la información recogida a través de las entrevistas, se extrajeron una serie de datos relevantes que ayudaron a estructurar los bloques temáticos de los grupos de discusión, que son: Atención en situaciones en crisis, Relaciones de Apoyo, Adaptación a las necesidades, Coherencia y continuidad, Tolerancia a la incertidumbre, Diálogo y “Ejercicio de imaginación”. Este último apartado se introdujo en los grupos de discusión con el fin de instar a los participantes a reflexionar acerca de posibles mejoras en el contexto de atención a la salud mental, así como vías para llegar a ellas.

#### *e) Análisis de datos*

Esta investigación parte de un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recogidos. Partimos de la premisa de que ambos procesos de análisis se solapan, siendo interdependientes entre sí. Sin embargo, para facilitar su exposición, se expondrá el análisis cuantitativo en primer lugar y posteriormente el análisis cualitativo. Finalmente, el análisis axial muestra las relaciones finales e hipótesis extraídas a partir de la información recogida.

#### Análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo se ha realizado a través del programa informático IBM SPSS Statistics 20, y ha consistido en un análisis descriptivo de frecuencias de los valores observados tras la codificación de la información. Para ello se siguieron los siguientes pasos:

1. Tratamiento y codificación de la información. Los discursos transcritos se transforman en unidades de análisis denominadas ideas expresadas. Cada unidad de análisis se corresponde con la idea que se expresa en cada intervención realizada por cualquiera de los participantes, tanto en las entrevistas como en los grupos de discusión. Cada idea expresada se clasifica en función de tres variables: identidad del emisor, presencia de actitudes y/o prácticas dialógicas y dimensión teórica. Una vez realizada la clasificación de cada idea



expresada se codifican los diferentes niveles de cada variable para obtener datos susceptibles de un análisis cuantitativo. En la Tabla 3, quedan reflejados los diferentes niveles de cada variable y su codificación –valores numéricos– correspondiente para su tratamiento en IBM SPSS Statistics 20.

2. Análisis descriptivo. Una vez se obtiene la base de datos final en IBM SPSS se procede a un análisis descriptivo de frecuencias atendiendo a los valores numéricos únicamente.

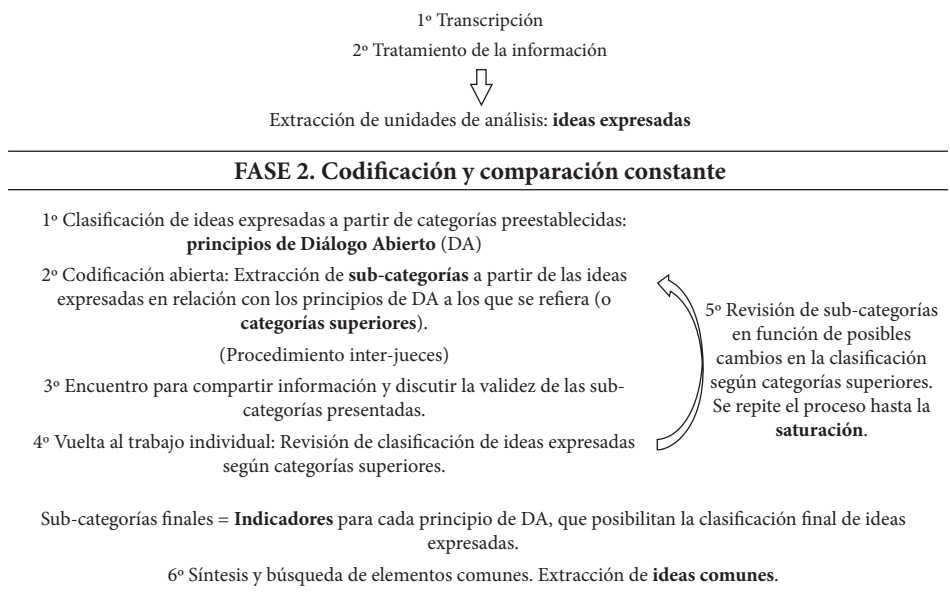
En la Tabla 3 puede consultarse la codificación de las variables utilizada para el análisis cuantitativo.

### Análisis cualitativo

El análisis cualitativo ha seguido procedimientos propios del Método de Comparación Constante, de Glaser y Strauss. El objetivo de este proceder consiste en elaborar una teoría tentativa que plantee hipótesis acerca de la presencia de prácticas y actitudes dialógicas-colaborativas en el contexto de atención a la salud mental, derivándose de la información empírica disponible y sometiénola a un proceso de contraste recursivo, inductivo y deductivo (12).

FIGURA 2

### *Resumen procedimental del análisis cualitativo con base en el método de comparación constante*



### **FASE 3. Análisis axial: Exploración de relaciones entre categorías y conceptos**

De este modo, siguiendo los pasos más relevantes descritos desde este método, la presente investigación comienza con una colecta y estructuración de la información, teniendo lugar una segunda fase en la que se realiza una codificación abierta hasta llegar a una saturación de categorías mediante la comparación constante y, por último, se inicia una exploración de relaciones entre categorías –procedimiento que se denominará análisis axial– (13).

#### *f) Procedimiento*

A continuación, se exponen de forma ordenada las fases que se han sucedido a lo largo del proyecto desde sus inicios.

- 1) Diseño y consulta a expertos. Tras elaborar el diseño del proyecto, se esboza un primer informe con el fin de acercarlo a una serie de personas expertas en la materia y recibir de este modo aportaciones e ideas que enriquezcan y mejoren el planteamiento del mismo. Estas personas y organizaciones consultadas fueron: Endiálogo: Asociación Española de Prácticas Colaborativas y Dialógicas; ActivaMent: Colectivo Activo de Personas con la Experiencia de Trastorno Mental; Abelardo Rodríguez: psicólogo y coordinador técnico de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera; Leonel Dozza: psicólogo experto en acompañamiento terapéutico y coordinador de recursos de rehabilitación psicosocial de la Red de Atención Social; Diego Figuera: psiquiatra y director del Hospital de Día Ponzano.
- 2) Primer contacto con agentes implicados y captación de participantes. Después de ello, se inició el primer contacto con los agentes implicados con vistas a motivar su participación en el proyecto. Para ello, se realiza una presentación dirigida a los diferentes recursos a los que se acude –ya citados con anterioridad–. Se plantea una charla informal para presentar el trabajo en grupos homogéneos, atendiendo a si son personas atendidas, familiares o profesionales.
- 3) Recogida de la información. A continuación, se procede a la recogida de información en dos fases, una primera de entrevistas individuales y una posterior grupal. En primer lugar, se administran unas entrevistas piloto a un miembro de cada grupo participante con el objetivo de comprobar que estas son comprensibles y que se incide en la temática deseada a partir de las preguntas planteadas. A partir de aquí se comienzan a organizar los grupos focales. A medida que se inicia un bloque temático se lanza una pregunta al grupo que dará pie a abrir el debate. Tras las primeras respuestas, se realiza una devolución de información recogida en las entrevistas individuales. Por último, se devuelve la palabra al grupo instando a la reflexión a partir de los datos presentados.

Los temas planteados para el debate en los grupos focales y las preguntas que se lanzaban fueron las siguientes:

1. Atención en crisis. ¿Qué valoración hacéis acerca de cómo suele ser el primer contacto de la persona con los profesionales de Salud Mental?
  2. Inclusión de la red social. ¿En qué medida suelen participar las personas de apoyo significativas en las citas?
  3. Adaptación a las necesidades. ¿Los objetivos de intervención psicosocial se adaptan a lo identificado por la persona? ¿La medicación suele adaptarse a las necesidades actuales de la persona?
  4. Tolerancia a la incertidumbre. ¿Qué implicaciones tienen las expectativas del profesional en cuanto a la evolución supuesta del trastorno? ¿Qué utilidad tienen los diagnósticos, tratamientos y objetivos preestablecidos?
  5. Coherencia y continuidad. ¿Es coherente la atención prestada entre distintos recursos que atienden (CSM, recursos de rehabilitación, hospitales)?
- 4) Tratamiento de la información y análisis de datos: En esta tercera fase, se abordará el conjunto de la información recogida, ya sea desde las entrevistas individuales como desde los grupos focales. Para ello sucederán las fases ya descritas en el apartado de análisis de datos, expuesto previamente.
- 5) Devolución de la información y comisiones de trabajo: acción social. Este último paso es el que proseguiría a todo el trabajo desarrollado hasta ahora, reflejado en el presente artículo. Consistiría en un nuevo contacto con los agentes implicados para devolver los datos obtenidos y pensar en cómo materializarlos en acciones que ayuden a mejorar la atención en Salud Mental, en relación al tercer objetivo general planteado en este proyecto. Una posibilidad sería la elaboración de una guía de recomendaciones para incorporar aspectos dialógicos y colaborativos en las prácticas profesionales cotidianas.

## RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos tras el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos recogidos.

### *a) Análisis cuantitativo: resultados descriptivos*

Se atiende a cuatro aspectos por ser considerados relevantes: grado de presencia total de actitudes y prácticas dialógicas-colaborativas, grado de presencia de actitudes y prácticas dialógicas-colaborativas por cada dimensión teórica, número de

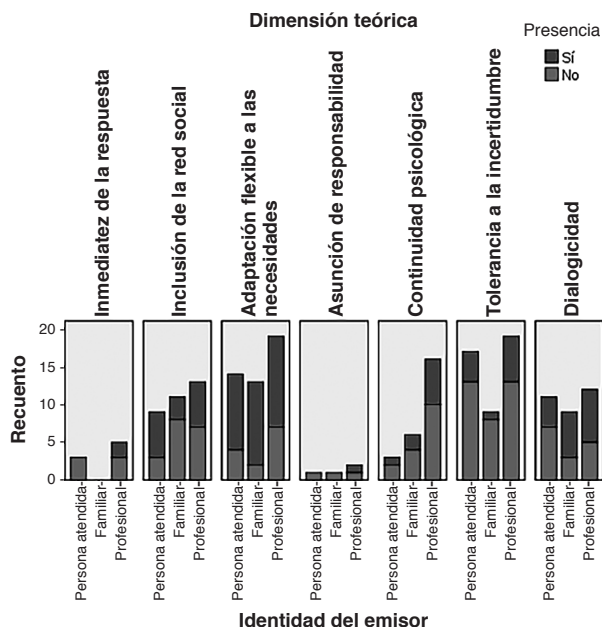
intervenciones totales según identidad del emisor y grado de presencia de actitudes y prácticas dialógicas-colaborativas según dimensión teórica e identidad del emisor.

La Tabla 4 muestra, atendiendo al total, que en términos generales se perciben prácticas y actitudes dialógicas y colaborativas en la atención en salud mental. También se puede observar el grado de presencia observado de prácticas dialógicas atendiendo a cada uno de los principios propuestos desde el Diálogo Abierto. Así, se puede comprobar la percepción de prácticas coherentes con una adaptación flexible a las necesidades de la persona. Igualmente, aparece una visión positiva de prácticas que facilitan la aparición de espacios dialógicos. Por el contrario, aparece una valoración muy negativa en referencia a la Tolerancia a la incertidumbre, siendo quizás el resultado más reseñable. También se encuentran estas observaciones en torno a la Inmediatez de la respuesta y la Asunción de responsabilidad; sin embargo, las opiniones acerca de ambos principios han sido muy escasas, por lo que no suponen resultados relevantes. Se puede llegar a la misma conclusión atendiendo a la Figura 3: este gráfico ofrece una visión general acerca del grado de presencia percibido en referencia a cada principio de Diálogo Abierto en función de cada grupo participante.

En la Tabla 4 pueden consultarse las frecuencias de ideas expresadas según indique presencia o ausencia de prácticas o actitudes dialógicas y colaborativas.

FIGURA 3

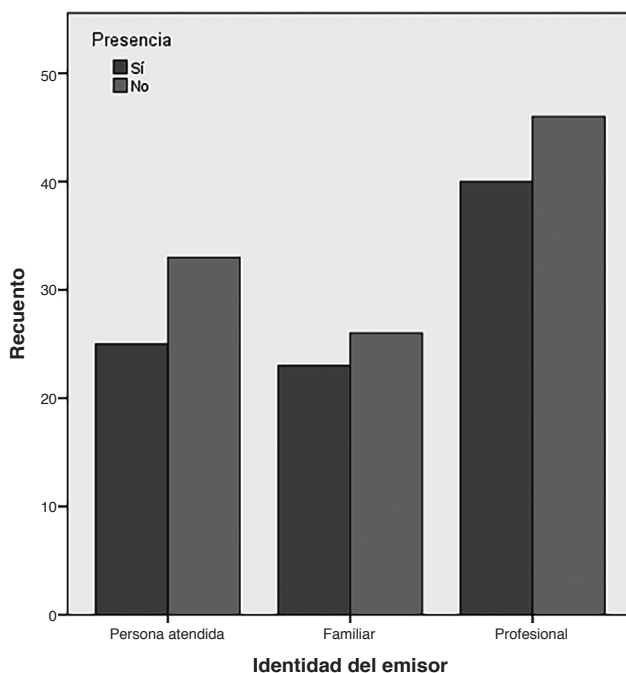
*Grado de presencia de actitudes y prácticas dialógicas-colaborativas según dimensión teórica e identidad del emisor*



Atendiendo a los datos expuestos en la Figura 4, se puede subrayar una mayor participación de profesionales, dado que expresan un mayor número de ideas. En cuanto a la diferencia entre opiniones que indican ausencia de prácticas y actitudes dialógicas frente a las que indican su presencia, las personas atendidas son las que muestran más contraste, siendo su valoración la más negativa –entendida por percepción de más ausencia que presencia de prácticas dialógicas-colaborativas en la atención psicosocial y sanitaria recibida–.

FIGURA 4

*Número de intervenciones totales según identidad del emisor*



### *b) Análisis cualitativo*

#### Indicadores

En primer lugar, se exponen los indicadores –o subcategorías– extraídas a partir del análisis cualitativo. Estas surgen de la adaptación de los principios teóricos de Diálogo Abierto a la realidad de nuestro contexto a partir de la información recogida. Marcarán la categorización final de las ideas expresadas y permitirán iniciar las relaciones entre categorías y la posterior construcción de hipótesis.

En la Tabla 5 se pueden ver con detalle los indicadores/subcategorías obtenidos para cada dimensión teórica.

### Análisis descriptivo

A partir de las ideas comunes –que surgen como síntesis del conjunto de las ideas expresadas– y las subcategorías extraídas en el proceso de codificación abierta, se observan los aspectos que explican la percepción de ausencia o presencia para cada principio propuesto desde el enfoque de Diálogo Abierto. Desde aquí, se pretende completar esa visión general ofrecida a partir del análisis cuantitativo ya expuesto. A continuación, se describirán los aspectos que explican cualitativamente las percepciones de presencia/ausencia para cada dimensión teórica.

#### *Inmediatez de la respuesta*

Cuando se indica ausencia de Inmediatez de la respuesta, se hace mención a tiempos altos entre la aparición sintomatológica y la atención en un servicio de salud mental. Algunas de las causas de esta demora son: el estigma, el trato desagradable asociado a contextos de atención en crisis (p.ej., ingresos involuntarios) y una serie de limitaciones estructurales –escasa agilidad en los procesos de coordinación y derivación, tiempo alto de espera en Urgencias–. Las únicas ideas relacionadas con la presencia de esta dimensión son expresadas por profesionales y hacen referencia a una actitud positiva y concienciada acerca de la importancia de actuar con rapidez en situaciones de crisis.

#### *Inclusión de la red social*

Se observa la ausencia de este principio teórico al expresarse una baja atención hacia los familiares, una participación de la red social que no está presente o que se diluye a lo largo del proceso y una tendencia a la intervención individual. También parecen surgir dificultades a la hora de incluir a la red más extensa de la persona, limitándose en la mayoría de los casos a los familiares. No obstante, también aparecen expresiones que denotan presencia de este principio. En este sentido, existe una valoración positiva por parte de personas atendidas acerca del apoyo de su red social en el proceso; notable conciencia por parte de profesionales de la importancia de la Inclusión de la red social en el proceso de atención; percepción por parte de personas atendidas de un aumento de su red de apoyo, gracias a su participación en Grupos Multifamiliares, valorados positivamente. Así mismo, se percibe una mayor inclusión de la red social en recursos de rehabilitación psicosocial (en adelante, recursos RPS) que en CSM o ámbitos hospitalarios.

### *Adaptación flexible a las necesidades*

Es el principio que más se reconoce como presente en la atención a la salud mental. Sin embargo, se expresan varios indicadores que explican un déficit en el mismo: se percibe un bajo aliento a la participación en procesos de formulación de objetivos, describiéndose como poco transparentes en algunos casos; aparecen algunas limitaciones estructurales que imposibilitan una adaptación realista de la atención a cada persona –masificación en hospitales y plazos externos establecidos poco coherentes–; y, por último, protocolos restrictivos que pueden legitimar un trato desagradable –ejemplificado en contextos de atención en crisis– y encuadres fijos de trabajo o protocolos diagnósticos que dificultan la adaptación a cada caso.

Por otro lado, se valora muy positivamente la capacidad de profesionales y recursos para adaptarse a las necesidades individuales. Esto se refleja en la percepción de respeto a la voluntad de la persona a lo largo de su proceso, en la prescripción de medicación adaptada a las necesidades y sintomatología, en los objetivos de intervención coherentes y adaptados y en los recursos de RPS adecuados a cada caso y útiles. En general, personas atendidas y familiares valoran positivamente la labor de los dispositivos de RPS y mantienen la creencia de que, debido a su efectividad, disminuyen la probabilidad de crisis e ingresos. Sumado a esto, muchos profesionales subrayan la importancia de trabajar desde el caso por caso, la necesidad de integrar de forma flexible la metodología y enfoques teóricos desde los que se trabaje.

### *Asunción de responsabilidad*

Se han recogido escasas opiniones y actitudes referidas a este principio. Entre ellas, cabe destacar la consciencia por parte de los profesionales acerca de la importancia de asumir responsabilidad –compromiso e implicación personal– en los procesos de atención. Sin embargo, se advierte el reclamo de una figura de profesional de referencia que esté presente de forma continuada a lo largo del proceso y se denuncian las incoherencias y dificultades para aportar continuidad a la intervención que derivan de cambios frecuentes de profesionales.

### *Continuidad psicológica*

Se utilizan metodologías y enfoques de trabajo diferentes entre recursos y/o profesionales que pueden derivar en incoherencias en la intervención. Siguiendo esta línea, los profesionales identifican que a veces se ofrecen mensajes contradictorios a lo largo del proceso desde diferentes recursos, y además perciben dificultades para trabajar de forma integrada y en equipo. Ellos mismos señalan que delimitan demasiado sus funciones y esto puede dificultar la búsqueda de líneas de trabajo comunes y coherentes. También señalan que existen dificultades para la coordinación

entre profesionales y recursos por falta de espacios destinados a esta cuestión. Otro detalle que resaltan algunas personas atendidas tiene que ver con un primer contacto traumático con el Sistema de Salud Mental, que puede generar desconfianza en fases posteriores del proceso, pudiendo derivar en ocultación sintomatológica y, por tanto, afectando a la continuidad de la intervención.

Por otro lado, la presencia percibida de Continuidad psicológica se puede explicar por una consciencia existente sobre la importancia de diseñar una intervención coordinada y establecer una comunicación continuada entre profesionales y recursos para seguir una línea de trabajo coherente y eficaz. Igualmente, se señala por parte de los profesionales una buena comunicación entre CSM y Unidades de Hospitalización Breve (UHB), así como la presencia de coordinaciones continuadas en CSM con los diferentes recursos de la Red.

### *Tolerancia a la incertidumbre*

Se observa una percepción generalizada de una muy baja tolerancia a lo incierto, traducida en un miedo a consecuencias negativas y una alta necesidad de control, fundamentalmente por parte de profesionales. Así, la ausencia de este principio está relacionada con la existencia de prácticas coercitivas –resaltando el uso de contenciones físicas–, la limitación de la participación de la persona en su proceso y la sobremedicación, siendo el contexto de atención en crisis en el que más predomina esta dificultad para tolerar la incertidumbre. Al hablar de este principio, también se reconocen dos aspectos que van ligados: el estigma alrededor de los problemas de salud mental y la visión biomédica predominante.

La presencia de este principio dialógico se observa en la actitud de un grupo notable de participantes profesionales. Parece existir consenso desde este lado en la actuación desde el no saber y en reconocer la importancia de la participación de la persona en su proceso. Incluso, se advierte el temor a guiar las intervenciones hacia una reducción de riesgos. Igualmente, profesionales señalan una tendencia hacia la desmedicalización y una presencia cada vez más activa de recursos RPS incluso en situaciones de crisis.

### *Dialogicidad*

En cuanto a la Dialogicidad, las personas atendidas hacen mayor hincapié en la importancia del trato (calidez, cercanía, naturalidad, espontaneidad, escucha activa, empatía). Es uno de los aspectos que más positivamente valoran y, por tanto, más reclaman. Perciben la ausencia de un trato empático y la sensación de no haber sido escuchados en ciertas ocasiones. A su vez, se relaciona con una percepción de falta de transparencia en la comunicación profesional-persona atendida, así como de contextos



que dificultan la creación de espacios para el diálogo –prácticas coercitivas que generan desconfianza a la hora de expresar cualquier asunto o sensación con libertad, un sesgo de experto que dificulta la comunicación horizontal–.

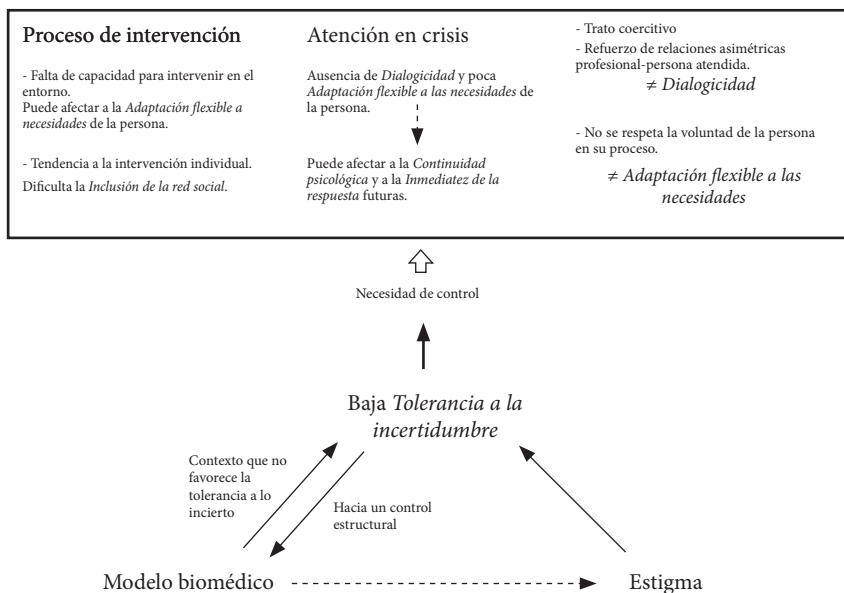
Por otro lado, tanto personas atendidas como sus familiares perciben que la comunicación con profesionales es fluida. Valoran las conversaciones mantenidas como satisfactorias y como un apoyo que facilita la comprensión del proceso –sumado al uso del lenguaje claro y sin excesivos tecnicismos–. Asimismo, se advierte una búsqueda de espacios de diálogo (p. ej., Grupos Multifamiliares) en los que incluir diferentes voces, valorando el conocimiento no experto. Las personas atendidas perciben un interés y compromiso genuinos, así como un buen trato recibido por parte de los profesionales. Estos muestran sensibilidad y valoran la importancia de un trato hacia la persona con base en la empatía, la transparencia y la horizontalidad, donde surjan espacios de comunicación seguros para la persona y se genere un diálogo bilateral que permita la construcción de conocimiento. También señalan la necesidad de adoptar estas actitudes y prácticas dialógicas en el contexto de intervención en crisis, donde específicamente se requiere un trato adaptado al sufrimiento emocional propio de estas situaciones.

### c) *Análisis axial*

Tras la exposición de los resultados, se han encontrado ciertas relaciones entre ideas y situaciones que expresan los participantes del presente estudio (Figura 5).

FIGURA 5

### *Resumen de relaciones establecidas a lo largo del análisis axial*



A partir de aquí, es posible determinar hipótesis acerca de qué actitudes o prácticas dialógicas son más usuales y cuáles son más difíciles de advertir, así como qué factores pueden estar facilitando o bloqueando su aparición en el contexto de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid. Con ello se pretende elaborar una teoría, con base en la información recogida, que pueda invitar a la reflexión acerca de cómo se percibe la atención dada a las personas que lo requieren, en este ámbito, y cómo esto podría servir para impulsar una mejora en la práctica.

La información recogida permite relacionar una baja tolerancia a la incertidumbre con una ausencia de prácticas dialógicas, así como procesos flexiblemente adaptados a las necesidades de cada persona atendida: falta de capacidad para intervenir en el entorno; tendencia a la intervención individual y dificultad para incluir a la red social; priorización de la opinión profesional relegando a un segundo plano la voluntad de la persona; o refuerzo de relaciones asimétricas en el ámbito de la atención clínica y psicosocial. Asimismo, se observa en el contexto de atención en crisis una percepción de pérdida de control notable por parte de los profesionales, lo cual dificulta el desarrollo de una adecuada tolerancia a la incertidumbre y, por tanto, la cesión de responsabilidad a la persona atendida. No se puede negar la influencia que en esto tiene el predominio, todavía presente en muchos profesionales, de un modelo biomédico en el contexto de atención a la salud mental. Hecho que afecta a la forma de abordar la atención a personas que padecen sufrimiento psíquico.

## DISCUSIÓN

De los datos obtenidos, y teniendo en cuenta el marco teórico dialógico-colaborativo del que parte el presente estudio, se pueden identificar varios aspectos de la atención psicosocial y clínico-psiquiátrica en el contexto de estudio que confirman, en mayor o menor medida, la presencia de procesos dialógico-colaborativos. Sin embargo, también se observan elementos que señalan los y las participantes que se traducen en déficits, por lo cual demandan una línea de cambio y transformación a varios niveles.

Por un lado, tanto personas atendidas como familiares destacan de forma generalizada que la atención recibida en centros de la Red de Atención Social y el tratamiento farmacológico en sus Centros de Salud Mental se adaptan a sus necesidades individuales y es consensuado. Concretamente, perciben que el trato recibido por parte de sus profesionales es humano y respetuoso hacia sus propias decisiones y voluntad. Algunas de las iniciativas más valoradas por parte de las personas atendidas y sus familiares son los grupos multifamiliares y grupos de ayuda mutua. Esto puede deberse al carácter horizontal de estos grupos, donde predomina el saber en primera persona frente al saber experto-profesional.

En cuanto al grupo de profesionales, es notable la consciencia que presentan acerca de la importancia de los aspectos dialógico-colaborativos en la atención que prestan; no obstante, esto no siempre se ve reflejado en la práctica. Es posible que se haya producido cierto sesgo de deseabilidad social en las respuestas y que la muestra no sea suficientemente representativa de la realidad, participando en el estudio una mayoría de profesionales más formados y/o concienciados respecto a estas prácticas.

Las dimensiones con menor presencia percibida de aspectos colaborativos y dialógicos fueron: Tolerancia a la incertidumbre, Inmediatez de la respuesta, Inclusión de la red social y Continuidad psicológica. Entre ellas, el dato más destacado fue la baja tolerancia a la incertidumbre por parte de profesionales –tanto del ámbito sanitario como social– a la hora de abordar los procesos de atención, con especial consideración en las situaciones de crisis. Esto conlleva, en ocasiones, prácticas con las que se vulneran los derechos y voluntades de las personas afectadas y, a su vez, limitan su participación en sus propios procesos de recuperación. Esta baja tolerancia a la incertidumbre se relaciona estrechamente con el tipo de abordaje desde el modelo biomédico, ya sea desde dispositivos de atención psicosocial como desde los centros sanitarios. Y también con el estigma asociado a los trastornos mentales denominados como graves.

En cuanto a la dimensión Inmediatez de la respuesta, el dato más destacado es la alta latencia de respuesta atencional por parte del Sistema de Salud Mental desde el momento de aparición sintomatológica o agravamiento del sufrimiento psíquico y el primer contacto, llegando a alargarse a meses o años en algunos casos. Este hecho puede verse relacionado, de nuevo, con el estigma asociado a los trastornos mentales, así como el temor a las posibles prácticas coercitivas –en los casos en los que no se trata del primer contacto con Salud Mental–.

Por otra parte, las personas participantes identifican déficits en la inclusión de la red social de la persona atendida en los procesos de recuperación. De manera que, en ocasiones, no está presente o va disminuyendo a lo largo del proceso –siendo más presente en las primeras fases–. Teniendo en cuenta que la génesis del trastorno mental suele estar asociada con la forma de representarse o comunicarse el malestar dentro de un sistema relacional, se puede considerar que este dato alude a un importante déficit.

En relación a la dimensión Continuidad psicológica, se detectan dificultades a la hora de mantener una continuidad y coherencia en los procesos atencionales, especialmente cuando intervienen varios recursos o centros con distintos enfoques o metodologías. Un ejemplo de ello son los cambios frecuentes de profesional, así como la ausencia de una figura profesional de referencia. Sería deseable tender hacia espacios de diálogo-intervención donde participen los recursos profesionales intervinientes junto a la persona atendida y tomar decisiones conjuntamente con ella.

Es preciso un cambio de mirada en la práctica profesional para lograrlo, creando espacios que acojan a la persona en un contexto cálido de colaboración.

Uno de los aspectos transversales en cada una de las dimensiones hace referencia a los déficits en la participación activa de las personas atendidas. Se hace notable el sesgo “experto” en el diseño de los Planes Individualizados de Rehabilitación Psicosocial o en los tratamientos clínico-psiquiátricos, de manera que no se tiene tan en cuenta, como sería deseable, el saber en primera persona en los mismos. En esta línea, sigue dándose una falta de escucha a nivel estructural u organizacional hacia las personas implicadas en los procesos de atención (4, 5).

Otro de los contenidos que se repiten en gran parte de los discursos de las personas atendidas es la importancia del trato profesional y la relación o vínculo que se establece entre ambos. Concretamente, valoran en gran medida cualidades como la calidez, cercanía, naturalidad, escucha activa, empatía, colaboración y apoyo emocional.

Según los datos obtenidos en el análisis cuantitativo, existe más ausencia que presencia de procesos dialógico-colaborativos en la atención. A su vez, teniendo en cuenta los resultados del análisis cualitativo realizado, continúa predominando el abordaje biomédico en los procesos de atención sanitaria y psicosocial. Resulta por ello necesario seguir trabajando en una transformación y apertura del paradigma actual en la atención a la salud mental, mediante la promoción de modelos alternativos afines a los abordajes dialógico-colaborativos, como pueden ser los modelos sociales, relacionales y sistémicos. Modelos donde la participación de la persona sea el eje transversal a cualquier intervención, así como la perspectiva de derechos humanos y de lucha contra el estigma.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se identifica una baja participación de personas atendidas en comparación con la de los y las profesionales. Este punto nos hace reflexionar sobre la importancia de fomentar un rol activo por parte de las personas atendidas en la participación y diseño de los programas y recursos, lo cual no es exigible a las mismas, sino a los profesionales. Por otra parte, el alcance de los recursos y personas participantes en la investigación se limita a los recursos de atención diurna, ya sea sanitaria o psicosocial. De cara a próximas líneas de investigación, sería útil extender la participación a otros contextos atencionales –p. ej., recursos de soporte residencial u hospitalario–, pues supondría una mejora en la representatividad y alcance de las conclusiones extraídas.

En definitiva, resulta necesario continuar trabajando hacia la implementación de procesos y prácticas dialógico-colaborativas en la atención en salud mental. En este sentido, pueden ser especialmente útiles modelos como el Diálogo Abierto, el Modelo Colaborativo, enfoques sociales, contextuales y relacionales. Así como metodologías propias de los grupos multifamiliares y de ayuda mutua; donde la

experticia en primera persona y la experticia técnica se integran; y donde son ejes transversales la perspectiva de derechos humanos, la adaptación a las necesidades individuales y la participación activa en todo momento de la persona en su proceso. Para todo ello se considera fundamental la formación continua de los profesionales en este tipo de modelos y terapias, algo que podría promocionarse a nivel organizacional e institucional.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) ONU. Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- (2) Martín L. Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. *Átopos* 2017; 3: 104-128.
- (3) Seikkula J, Arnkill TE. Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona: Herder, 2016.
- (4) Abad T, Toledano S. Relaciones de poder y sufrimiento psíquico. La influencia del diagnóstico en salud mental. *Átopos* 2017; 3: 129-142.
- (5) Alonso F. Se necesita otro pensar. Y se necesita ya. *Boletín de la AMSM* 2015; 38: 7-13.
- (6) Montero M. La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social. En: Martín González A (coord.). Madrid: Síntesis, 1998; pp. 211-222.
- (7) Anderson HD. Collaborative language systems: Toward a postmodern therapy. En: Mikesell RH, Lusteran DD, McDaniel SH (eds.). *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. Washington DC: American Psychological Association, 1995; pp. 27-44.
- (8) Alanen YO, Lehtinen K, Rökköläinen V, Aaltonen J. Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand*. 1991; 83(5): 363-372.
- (9) Anderson H, Colapinto J. *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Madrid: Amorrortu Editores, 1999.
- (10) Anderson H. Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: ideas para una práctica sensible a lo relacional. *Fam Process* 2012; 51(1): 1-20.
- (11) Buades J, Giménez C. *Manual de intervención comunitaria en barrios*. Madrid: CeiMigra, 2013.
- (12) López JS, Blanco F, Scandroglio B, Gutman IR. Una aproximación a las prácticas cualitativas en psicología desde una perspectiva integradora. *Papeles del Psicólogo* 2010; 31(1): 131-142.
- (13) Scandroglio B, López J. De la investigación a la intervención psicosocial: la metodología cualitativa y su integración con la metodología cuantitativa. En: Blanco A, Rodríguez Marín J (coord.). *Intervención psicosocial*. Madrid: Prentice Hall, 2007; pp. 555-603.

TABLA I

*Participantes de las entrevistas individuales*

<b>Recurso o centro de procedencia</b>	<b>Persona atendida</b>	<b>Familiar</b>	<b>Profesional</b>	<b>Total</b>
<i>Recursos RPS</i>				
EASC Latina	-	-	3	3
CD Latina	4	-	8	12
CRPS Latina	3	-	-	3
CRL Latina	1	3	7	11
CD Alcobendas	-	2	1	3
CRPS Vázquez de Mella	1	6	2	9
CRL Vázquez de Mella	4	3	3	10
CD Centro	-	-	4	4
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>55</b>
<i>Recursos ambulatorios</i>				
HD Infanta Sofía	-	-	3	3
CSM Goya	-	-	3	3
HD Ponzano	-	-	1	1
CSM Miraflores	-	-	2	2
CSM Centro	-	-	1	1
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<i>Otros</i>				
FLIPAS	3	-	-	3
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>
<b>Total Entrevistas</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>38</b>	<b>68</b>

TABLA 2  
*Participantes de la fase grupal*

<b>Recurso o centro de procedencia</b>	<b>Persona atendida</b>	<b>Familiar</b>	<b>Profesional</b>	<b>Total</b>
<i>Recursos RPS</i>				
CRPS Vázquez de Mella	1	2	3	6
EASC Latina	-	-	1	1
Grupo de CD Latina	1	3	2	6
Grupo de CRPS Latina	2	3	2	7
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>20</b>
<i>Recursos ambulatorios</i>				
<b>Total</b>	-	-	<b>2</b>	<b>2</b>
<i>Otros</i>				
<b>Total</b>	<b>1</b>	-	-	<b>1</b>
<b>Total Grupos de discusión</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>23</b>

TABLA 3  
*Codificación de variables para el análisis cuantitativo*

<b>Variables</b>	<b>Niveles de la variable y su codificación</b>
<i>Identidad del emisor</i>	Persona atendida=1; Familiar=2; y Profesional=3.
<i>Presencia de actitudes y/o prácticas dialógicas</i>	Sí= 1; No=2.
<i>Dimensión teórica</i>	Inmediatez de la respuesta=1; Inclusión de la red social=2; Adaptación flexible a necesidades=3; Asunción de responsabilidad=4; Continuidad psicológica=5; Tolerancia a la incertidumbre=6; Dialogicidad=7.



TABLA 4

*Frecuencias de ideas expresadas que indican presencia –“sí”, ausencia “no”– de prácticas o actitudes dialógicas y colaborativas*

Dimensión teórica	Frecuencia	
Inmediatez de la respuesta	Sí	2
	No	6
	<b>Total</b>	<b>8</b>
Inclusión de la red social	Sí	15
	No	18
	<b>Total</b>	<b>33</b>
Adaptación flexible a las necesidades	Sí	33
	No	13
	<b>Total</b>	<b>46</b>
Asunción de responsabilidad	Sí	1
	No	3
	<b>Total</b>	<b>4</b>
Continuidad psicológica	Sí	9
	No	16
	<b>Total</b>	<b>25</b>
Tolerancia a la incertidumbre	Sí	11
	No	34
	<b>Total</b>	<b>45</b>
Dialogicidad	Sí	17
	No	15
	<b>Total</b>	<b>32</b>
Total	Sí	88
	No	105
	<b>Total</b>	<b>193</b>

TABLA 5

*Indicadores/subcategorías obtenidos para cada dimensión teórica*

---

*Inmediatez de la respuesta*

---

Rapidez de respuesta en la intervención.

Tiempo entre la aparición sintomatológica y atención.

Tiempos de espera.

Disponibilidad de recursos para la intervención en crisis.

---

*Inclusión de la red social*

---

Participación de la familia en el proceso.

Contacto entre profesionales y red social de la persona.

Participación de la red social más extensa en el proceso.

Red de apoyo de la persona.

Atención a las familias.

Iniciativas o experiencias de aumento de la red social de la persona (GAM, GMF).

---

*Adaptación flexible a necesidades*

---

Eficacia de las intervenciones.

Reconocimiento de diferentes áreas de acción.

Adecuación y eficacia de recursos de RPS.

Caso por caso; tiempo, personalidad (intervenciones o tratamientos individualizados).

Voluntad de la persona.

Participación de la persona en su plan de intervención individualizado (formulación de objetivos).

Protocolo restrictivo para la intervención.

Intervención en el entorno.

---

*Asunción de responsabilidad*

---

Implicación personal y profesional.

Figura de profesional de referencia.

Toma de responsabilidad en la identificación de malas praxis.

---

### *Continuidad psicológica*

---

Coordinaciones o comunicación entre profesionales.

Gestión del desacuerdo.

Coherencia durante el proceso.

Integración de diferentes metodologías terapéuticas.

Trabajo en equipo.

Compromiso con la continuidad del tratamiento.

---

### *Tolerancia a la incertidumbre*

---

Estigma/Paternalismo.

Sobreprotección.

Sobremedicación o medicación como solución.

Tolerancia a la sintomatología.

Rol activo de la persona en su proceso.

Acciones guiadas por el miedo a posibles consecuencias negativas.

Necesidad de control.

---

### *Dialogicidad*

---

Factores emocionales en la relación: cercanía, calidez, trato respetuoso, humor, estilo propositivo.

Escucha activa; desde la empatía y la ausencia de juicio.

Búsqueda de consenso y participación.

Espacios seguros que favorezcan el diálogo.

Incorporación de nuevas voces al proceso.

Relaciones colaborativas.

Grado de comprensión entre personas atendidas y profesionales durante el proceso.

Simetría en las relaciones (horizontalidad vs. verticalidad/dominancia); sesgo profesional.

Transparencia en la comunicación.

---