

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

# CONSULTORÍA EN SALUD MENTAL EN CHILE: HACIA UN MODELO DE CUIDADOS COLABORATIVOS BASADO EN PRÁCTICAS DIALÓGICAS

**Mental health consultation-liaison in primary care in Chile: towards a collaborative care model based in dialogic practices.**

Fernando Manríquez Vargas<sup>1</sup>  
<https://orcid.org/0009-0008-3408-0797>

Emmanuel Méndez Hernández<sup>2</sup>  
<https://orcid.org/0000-0001-8111-7806>

DOI: <https://doi.org/10.53689/int.v13i1.170>

Recibido: 23 de mayo 2023

Aceptado: 5 de julio 2023

## Resumen

Las consultorías en salud mental se enmarcan en los esfuerzos sistemáticos por fortalecer el desarrollo del nivel primario de atención en salud en Chile, así como de favorecer la articulación con los niveles de atención secundaria. Lamentablemente, su desarrollo ha estado determinado por prácticas y formas de comprender ancladas al modelo biomédico, el cual ha sido objeto de críticas en diversos espacios. Esto ha dificultado un abordaje que incorpore la complejidad de las realidades de los sujetos y comunidades consultantes, así como de su participación en los procesos terapéuticos. En este artículo planteamos una manera de avanzar hacia una forma de organizar las consultorías en salud mental que se acerque a un modelo de cuidados colaborativos, basado en prácticas dialógicas, la cual se ajusta de mejor a los principios de salud mental comunitaria de participación, ejercicio de derechos humanos y continuidad de cuidados.

**Palabras claves:** consultorías, salud mental, prácticas dialógicas, diálogo abierto, cuidados colaborativos.

**Abstract:** Mental health consultation-liaison are part of the systematic efforts to strengthen the development of the primary level of healthcare in Chile, as well as to favor the articulation with the secondary levels of care. Unfortunately, its development has been determined by practices and ways of understanding anchored to the biomedical model, which has been the object of criticism in different settings. This has hindered an approach that incorporates the complexity of the realities of the consulting subjects and communities, as well as their participation in the therapeutic processes. In this article we propose a way forward towards a form of organizing mental health consultancies that is closer to a model of collaborative care, based on dialogic practices, which is better adjusted to the community mental health principles of participation, exercise of human rights and continuity of care.

**Key words:** consultation-liaison, mental health, dialogic practices, open dialogue, collaborative care.

<sup>1</sup> Médico-Psiquiatra. Terapeuta Familiar (Instituto Chileno de Terapia Familiar). Certificación en prácticas dialógicas (Dialogic Partners). Miembro de la Sociedad de Salud Mental Comunitaria de Chile (SOSAMCHI). E-mail: fernando.manriquez.vargas@gmail.com

<sup>2</sup> Médico-Psiquiatra (Universidad Mayor, Chile). Doctorando en Psicoterapia (Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile). Instructor Adjunto, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Estudiante de Doctorado (Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, Imhay-Santiago de Chile). Miembro de la Sociedad de Salud Mental Comunitaria de Chile (SOSAMCHI). E-mail: ejmendezhernandez@gmail.com

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

### Cómo citar

Manríquez, F. y Méndez, E. (2023). Consultoría en salud mental en Chile: hacia un modelo de cuidados colaborativos basado en prácticas dialógicas. *Intervención*, 13(1), 67-77.

## Introducción

Desde el retorno a la democracia, en los años 90, comenzaron a realizarse en Chile esfuerzos por fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS), basados en las Declaraciones de Alma Ata en 1978 y en las de Caracas de 1990, para constituir la APS como el eje central de la red de atención. Esto se materializó en la conformación de centros con enfoque familiar y comunitario, de manera de responder a las crecientes necesidades de la población, basados en un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) (MINSAL, 2013). Este modelo propone una forma de relación de los equipos de salud con las personas y las comunidades que pone énfasis en la participación social y en la toma de decisiones compartidas (MINSAL, 2016).

En salud mental, el MAIS se organiza en concordancia con el Modelo Comunitario, implementado a fines de los años sesenta (Minoletti, Narváez, Sepúlveda y Caprile, 2009), convergiendo en una serie de principios comunes: integralidad, territorialización, ejercicio de derechos humanos y continuidad de los cuidados. Este proceso ha conllevado una serie de acciones dentro de las cuales destacan: la formulación de planes sucesivos de salud mental; la asignación de fondos específicos para salud mental en APS; la entrega de orientaciones técnicas; el desarrollo de recursos humanos; y el fomento de la integración entre los diferentes nodos de la red, a través de varias estrategias, dentro de las cuales se enmarca la consultoría en salud mental, tema en el que se centra el presente trabajo (Minoletti, Soto-Brandt, Sepúlveda, Toro e Irarrázaval, 2018). La consultoría en salud mental corresponde a una forma de articular los diferentes niveles de atención de la red de salud mental a través de encuentros periódicos con el objetivo de mejorar los procesos clínicos y administrativos (MINSAL, 2016).

Si bien, estas políticas públicas han contribuido a un tránsito hacia un Modelo de Atención Integral de Salud Mental Familiar y Comunitaria, las prácticas en psiquiatría -y las consultorías no son una excepción-, se encuentran enraizadas aún en el paradigma biomédico. Bajo este paradigma, el malestar psíquico se concibe asociado, restringidamente, a procesos causales discretos, situados al interior de los individuos (Moncrieff, 2020); explicables por defectos genéticos, desbalances bioquímicos, desregulaciones hormonales y déficits neurológicos que pueden ser tratados con métodos médicos; promoviendo lo que se ha llamado la medicalización de la vida (Illich, 1975) y la psiquiatrización de la sociedad (Beeker et al., 2021).

El paradigma biomédico, ha sido favorecido en parte por el desarrollo de la industria farmacéutica, promoviendo la idea de que la enfermedad mental es como cualquier otra (Malla, Joober & García, 2015), fomentando el uso de medicamentos como estrategia fundamental del trabajo en psiquiatría y salud mental (Kaczmarek, 2022), desestimando, en mayor o menor medida, aquellos aspectos biográficos, políticos y sociales en los que nos constituimos como sujetos relacionales y contextuales. Junto con esto, otro elemento determinante ha sido la construcción de categorías diagnósticas psiquiátricas, siendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM, por sus siglas en inglés), el más importante. A pesar de estos desarrollos, existe poca evidencia para asegurar que los trastornos mentales están separados por límites naturales, como entidades discretas (Jablensky, 2016). De la misma forma, tanto la validez como la confiabilidad han sido puestas en duda (Valle, 2022; Vanheule et al., 2014). Estos elementos han favorecido aproximaciones que siguen una lógica experto-cliente desde la cual los consultantes adoptan un rol pasivo, llevando al desempoderamiento y la estigmatización (Read, 2006).<sup>3</sup> Estos

<sup>3</sup> Es relevante clarificar que no descartamos la posibilidad de que algunos sujetos sí puedan empoderarse. Sin embargo, organizaciones como "Locos por nuestros derechos" siguen siendo escasas en el contexto chileno, por lo que consideramos que

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

elementos han sido relevados por el Ministerio de Salud de Chile en el documento *Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental* (2016), el cual identifica dentro de otros nudos críticos para el desarrollo adecuado de la continuidad de cuidados, una excesiva focalización en el diagnóstico biomédico, sin contemplar la complejidad biopsicosocial (MINSAL, 2016); junto con otros elementos, entre estos, una escasa retroalimentación del nivel secundario, una insuficiente relación y contacto entre los equipos de los distintos niveles de atención, y una escasa claridad respecto al motivo de derivación.

Estos antecedentes nos llevan a reconsiderar el enfoque tradicional de consultorías desarrollado hasta el momento, en el contexto del sistema de salud público de Chile. El objetivo general de este trabajo es el análisis crítico de la literatura relativa al desarrollo de consultorías en salud mental en Chile y la consecuente exploración de los elementos del modelo de prácticas dialógicas que puedan ampliar la mirada y así guiar la elaboración de espacios colaborativos en este contexto. Junto con esto ofrecemos una alternativa de marco conceptual que permita guiar los espacios de consultoría de salud mental de forma efectiva hacia espacios colaborativos, a través de un marco contextualizado en torno al modelo de salud comunitario y caracterizado por una mirada comprensiva de la complejidad de los sistemas involucrados, determinando una contribución directa hacia la mejoría de la salud mental, no solo de los individuos, sino también de las comunidades en donde se insertan. Concretamente, ofrecemos una ampliación en la perspectiva de cómo llevar a cabo consultorías en salud mental, fundamentada y articulada en los principios teóricos del modelo de Diálogo Abierto (DA). Defendemos que la integración de prácticas dialógicas promoverá el avance progresivo hacia un modelo de cuidados colaborativos efectivo entre los distintos niveles de salud.

## 1. Metodología

Para la elaboración de este artículo se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica y posterior revisión narrativa de estudios relacionados a espacios de consultorías y de prácticas colaborativas en el contexto de salud mental. Posteriormente, se seleccionaron los artículos que abarcaban ambos focos y se procedió a elaborar un ensayo científico cuyo objetivo es defender la necesidad de ampliar la mirada biomédica en los espacios de consultoría y que progresivamente adopten elementos del modelo de diálogo abierto. Se combinaron las reflexiones personales de los autores como supervisores en espacios de consultoría de salud mental, dentro de la red pública; el aprendizaje teórico durante la formación como terapeuta familiar dialógico de uno de los autores; y la búsqueda bibliográfica de estudios relacionados con prácticas dialógicas en estos contextos.

## 2. Consultorías en salud mental

Entre los equipos de atención primaria y secundaria existen diversas formas de articulación, que van desde la capacitación aislada de los equipos de APS (con un bajo nivel de involucramiento por parte del nivel secundario) hasta, por otro lado, las consultorías en salud mental, las cuales, a su vez, presentan distintos niveles de articulación llegando en su punto más alto lo que se entiende por el modelo de cuidados colaborativos entre los niveles de atención (Bower & Gilbody, 2005). Las consultorías en salud mental se han definido como:

La actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general de Atención Primaria de Salud, con el propósito de potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas atendidas en ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de personas con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos. (MINSAL, 2016, p. 15)

Durante estos encuentros, habitualmente mensuales, los equipos de atención primaria y secundaria se reúnen habitualmente en las dependencias de la atención primaria. Los equipos de APS priorizan las

---

este tipo de acciones no llegan a la gran mayoría de la población. Agradecemos a una o uno de los revisores anónimos por señalar este punto.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

discusiones en torno a procesos clínicos que parecen más relevantes con el fin de recibir apoyo por parte del equipo consultor y tomar decisiones en conjunto con respecto a aspectos terapéuticos y procesos de derivación. A su vez, los equipos de atención secundaria dan cuenta de los procesos de avance de personas previamente derivadas y coordinan procesos de contrarreferencia. Si lo estiman conveniente es posible encontrarse formalmente con las personas bajo atención y tener una conversación conjunta. Estos encuentros también tienen como objetivo revisar los procesos que llevan ambos equipos con el fin de mejorar la continuidad de cuidados y la relación entre ellos. En Chile se cuenta con orientaciones técnicas de consultorías, que guían estas prácticas (MINSAL, 2016).

En términos generales, la evidencia en torno a consultorías en salud mental es de baja calidad, particularmente por sesgos de desarrollo y desgaste. La Colaboración Cochrane sostiene que es necesaria más evidencia para determinar la efectividad de esta práctica, sobre todo en personas con diagnósticos distintos de depresión (Gillies, Buykx, Parker & Hetrick, 2015). En Chile existen pocos estudios que hayan abordado este tema. Sepúlveda, Zitko, Ramírez, Markkula & Alvarado (2018), realizaron un estudio en el que fueron encuestados todos los centros de APS del país sobre cuatro criterios en torno a consultorías en salud mental: 1. disponibilidad; 2. frecuencia; 3. regularidad de un mismo psiquiatra; y 4. continuidad de cuidados con el mismo psiquiatra en caso de que un paciente sea referido a atención secundaria. Concluyen que estos procesos, cuando se llevan adelante de forma óptima (según estos criterios), se asocian con una disminución en la necesidad de hospitalizaciones, así como del uso de servicios de urgencia. Por su parte, Jones y Anriquez (2016), exploraron la realidad de consultorías infanto-adolescentes, encontrando que sólo el 31% de los centros realizaba consultorías mensuales y un 38% no habían realizado durante el último año.

El año 2016 el Ministerio de Salud de Chile solicitó una revisión sistemática sobre consultorías en salud mental, con el objetivo de fortalecer su implementación. Dentro de sus resultados y conclusiones sostienen que el modelo de consultoría logró resultados favorables en personas con trastornos de somatización en la mejora del estado de salud física, en el uso de servicios de salud y en la disminución de gastos de salud a largo plazo. Solo un estudio (Hedrick et al., 2003), comparó la consultoría de salud mental con cuidados colaborativos, mostrando resultados más favorables para estos últimos en la reducción de síntomas depresivos y la discapacidad funcional. No obstante, la calidad de la evidencia fue baja o muy baja para la mayoría de los desenlaces evaluados. Así también, se reconoce la falta de ensayos clínicos de calidad que comparen a esta intervención con otros tratamientos (por ejemplo, cuidados colaborativos), en poblaciones infanto-juvenil o de adultos mayores, o en grupos de usuarios con trastornos mentales severos.

La Colaboración Cochrane (Gillies et al., 2015), realizó una revisión con el objetivo de identificar si las consultorías en salud mental podrían tener efectos beneficiosos para personas con trastornos mentales al mejorar las habilidades de los equipos de APS. Los resultados muestran que habría cierta evidencia de que los espacios de consultoría mejoran los índices de salud mental en un seguimiento a sólo 3 meses, y que son capaces de mejorar la satisfacción y la adherencia por hasta 12 meses, particularmente en aquellas personas deprimidas. Concluyen también que existe cierta evidencia de que la consultoría en salud mental no sería tan efectiva como los cuidados colaborativos en cuanto a síntomas, discapacidad, estatus de salud general y provisión de tratamiento. Por otro lado, Cape, Whittington & Bower (2010), concluyen que la evidencia sobre consultorías, al menos en depresión, sigue siendo limitada, y se preguntan por aquellos factores que podrían hacerlas más efectivas. Plantean que un mayor involucramiento por parte de los equipos de atención secundaria podría mejorar los procesos de consultoría, y afirman que la calidad de la relación que se establece entre ambos equipos impacta en la construcción de objetivos comunes, la comunicación y la confianza entre ambos.

Dentro de los estudios cualitativos sobre el tema, Kushner et al., (2001), encuestaron a 684 médicos de APS con el objetivo de explorar sus experiencias en espacios de consultorías. Dentro de los resultados, encontraron que la mayoría de los encuestados preferían derivar directamente a los pacientes a atención secundaria, en lugar de esperar por la consultoría, lo que despierta ciertas preguntas en torno al tiempo de atención disponible, y a las habilidades percibidas por los propios médicos para acompañar a personas con trastornos mentales. Se ha observado que a pesar de que los psiquiatras suelen ver a los médicos generales como competentes, estos suelen tener poca confianza en sus capacidades de abordar a pacientes con trastornos mentales (Saillant, Hudelson,

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

Dominicé & Junod, 2016). Se han estudiado las experiencias de médicos generales al lidiar con pacientes con suicidabilidad y los desafíos a los que se exponen, quienes han reportado sentirse solos frente a situaciones complejas, sentir dificultades para interpretar una serie de situaciones clínicas, y la necesidad de mayor apoyo por parte de los equipos de atención secundaria. Concluyen que las consultorías en salud mental pueden ser efectivas en mejorar la confianza y disminuir la ansiedad de los médicos generales a la hora de abordar situaciones clínicas relacionadas con salud mental (Saini, Chantler & Kapur, 2016).

### 3. Modelo de Cuidados Colaborativos

El modelo de cuidados colaborativos corresponde a una forma de articular la red primaria y secundaria con un mayor involucramiento de esta última. Incluye a miembros de diferentes disciplinas trabajando juntos de forma de ofrecer servicios complementarios y apoyo mutuo, permitiendo de esta forma que los individuos reciban el servicio más apropiado, en el lugar más adecuado, de la manera más oportuna y con el menor de los obstáculos. Involucra una mejor comunicación, encuentros cercanos, cuidados compartidos, programas educacionales y planificación conjuntos (Craven & Bland, 2006). La forma de definir el modelo de cuidados colaborativos ha cambiado en el tiempo; una definición ampliamente aceptada requiere que se cumplan estos cuatro criterios: una aproximación multiprofesional al cuidado, planes estructurados, seguimientos definidos y una mejoría en comunicación interprofesional (Gunn, Diggins, Hegarty & Blashki, 2006).

En relación con la evidencia de sus beneficios, una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane, la cual reunió 79 ensayos randomizados, reporta que la incorporación de este modelo se asoció con una mejoría significativa en resultados en depresión y ansiedad de los usuarios comparados con el cuidado usual (Archer et al., 2012). Otro beneficio que se puede evidenciar al integrar cuidados de salud física y mental en el modelo colaborativo es la mejora en la calidad de cuidados entregada (Butler et al., 2008). Asimismo, a través de la implementación del modelo, se pueden reducir desigualdades de los cuidados de salud en personas de diferentes contextos socioeconómicos étnicos, lo que trae como consecuencia una mejora en el acceso a los cuidados (Ell, Aranda, Xie, Lee & Chou, 2010). Finalmente, existe evidencia que respalda al modelo de cuidados colaborativos como un tipo de intervención con un mejor nivel de costo-efectividad que los cuidados usuales, tanto en costos de medicamentos, hospitalizaciones, tratamientos ambulatorios y especializados (Unutzer et al., 2008).

En términos de los efectos en los equipos de APS, se ha observado que aquellos con acceso a cuidados colaborativos reportaron mayores conocimientos, habilidades y satisfacción al tener que lidiar con sujetos que padecen trastornos mentales (Kisely, Duerden, Shaddick & Jayabarathan, 2006). Con respecto a posibles barreras en la implementación, se han evidenciado las actitudes de los prestadores hacia la colaboración, la carencia de comprensión de los roles y responsabilidades de cada uno de los integrantes del equipo, problemas en la capacitación, carencia de espacio físico para aumentar el tamaño de los equipos, compatibilidad de los sistemas de registro, y problemas con reembolsos de las atenciones son factores relevantes a tener en cuenta (Bower, Gilbody, Richards, Fletcher & Sutton, 2006). Finalmente, en relación con las necesidades de los profesionales de salud mental, se ha reportado evidencia relativa a necesidades de fortalecimiento en la forma de aproximación hacia el paciente y la capacidad de explicación del marco de trabajo; como también en la adquisición de habilidades para comunicación eficaz entre profesionales, protocolos claros de derivación entre niveles de complejidad y formas apropiadas de abordaje de comorbilidades (Gask et al., 2010).

### 4. El Modelo de Diálogo Abierto

En un esfuerzo por buscar formas alternativas al modelo médico, alrededor del mundo se han llevado adelante experiencias basadas en paradigmas alineados con los principios de participación y respeto por los derechos humanos (Hahn, 2019). Dentro de este contexto surge en los años ochenta en Laponia Occidental, Finlandia, el modelo de Diálogo Abierto (DA), como una forma de estar con las personas (basada en prácticas dialógicas) y a la vez de organizar los servicios de psiquiatría. Su meta ha sido crear un modelo comprensivo y orientado psicoterapéuticamente que logre dar cuenta de las cambiantes necesidades de los pacientes y sus familias. Inicialmente fue ejecutado en el Hospital de

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

Keropudas y desde entonces se ha implementado en lugares tan diversos como Estados Unidos, el Reino Unido, Austria, Escandinavia, Alemania, Italia y Australia (Buus et al., 2019; Freeman, Tribe, Stott & Pilling, 2019; Gordon, Gidugu, Rogers, DeRonck & Ziedonis, 2016; Tribe, Freeman, Livingstone, Stott & Pilling, 2019; Twamley, Dempsey & Keane, 2021). A través de la promoción de los recursos de los usuarios para su auto exploración, auto explicación y auto determinación se promueve la participación y autonomía de los sujetos consultantes (Von Peter et al., 2019). Los principios fundamentales del modelo pueden resumirse en: ayuda inmediata; responsabilidad directa; flexibilidad; continuidad psicológica; tolerancia a la incertidumbre; dialogismo; y perspectiva de red social (Seikkula y Arnkil 2016). El modelo de DA deriva del desarrollo de la práctica de Terapia familiar sistémica; el modelo de Tratamiento adaptado a las necesidades (TAN), en Turku, desarrollado por Yrjo Alanen; el trabajo de Tom Andersen en Noruega; y la filosofía de Mijail Bajtín de donde se extrae el concepto de dialogismo, entre otros aportes. Este modelo tiene el potencial de contribuir a la despsiquiatrización de la sociedad a través de la limitación de uso de medicamentos (en concreto neurolépticos), la reducción de la incidencia de problemas de salud mental, y la disminución del uso de servicios de psiquiatría (Von Peter et al., 2021).

Los espacios centrales alrededor de los cuales se construye el modelo son los llamados encuentros de red, generados en forma oportuna a partir de una necesidad levantada por uno o varios miembros de la comunidad en torno a alguien cercano. En este sentido, el modelo asume una perspectiva de red social, ampliando la mirada familiar a todas las personas involucradas o preocupadas. Estas reuniones se organizan idealmente en los hogares de los consultantes y acuden dos o más miembros del equipo de salud mental quienes asumen la responsabilidad de acompañar durante todo el proceso terapéutico. El modelo reconoce que las interacciones con una familia no se convierten en curativas por el hecho de que un equipo forme parte de ella y solo si el equipo puede aportar estructura y flexibilidad es posible transitar a través de las crisis de manera satisfactoria. En este sentido, es el equipo clínico el que está llamado a adaptar su conducta al estilo de la familia; alejándose de la idea de cambiar al sistema familiar y apuntando a co-construir un nuevo sistema que se ha llamado fronterizo, que abre nuevas perspectivas al trabajo. La familia aporta el problema y su propia cultura de hacer las cosas al sistema y el equipo, sus cometidos terapéuticos, su organización, su flexibilidad y su versatilidad (Seikkula y Arnkil, 2016). El rol de los equipos tratantes consiste en favorecer lo más posible que las conversaciones adopten una postura dialógica, en contraste con una de tipo monológica, es decir, que el lenguaje de los miembros vaya adaptándose progresivamente a lo que van escuchando durante la sesión. Para esto, durante las reuniones se promueve la participación de todos los miembros, sin que una voz se ponga por sobre otras, bajo el concepto de polifonía; así como se ejercita la escucha responsiva, siguiendo los temas, el lenguaje y las necesidades prácticas intentando responder a cada uno de los enunciados. Esto permite que las formas de comprender y de sentir puedan desplegarse libremente con el fin de generar una comprensión conjunta.

En la práctica, la tolerancia de la incertidumbre, otro de los principios fundamentales, se sostiene a través de reuniones frecuentes y la promoción del diálogo, de manera que la red se sienta acompañada durante la crisis; esto se logra promoviendo un contexto de seguridad, escuchando y respondiendo al punto de vista y a la voz de cada persona, legitimando a cada participante. Se evitan las hipótesis interpretativas o diagnósticas porque pueden silenciar e interferir con la posibilidad de encontrar una forma que surja desde la red para transitar la crisis. El equipo no decide de antemano los problemas y se abre a las necesidades actuales y a los movimientos emocionales dentro de la reunión. Este proceso requiere una participación y creativa, que atiende no solamente lo que la gente dice, sino también los sentimientos existentes y las respuestas corporales y sensoriales que fluyen entre ellos. El ingrediente terapéutico proviene del efecto del diálogo sobre la red social en la medida en que nuevas palabras e historias pasan a crear un discurso común (Seikkula & Olson, 2003).

## 5. Aplicaciones del Modelo de DA en consultorías de salud mental

Tomando como punto de partida los principios del modelo de DA, proponemos que los equipos de atención secundaria tomen un rol de promotores del diálogo y de la reflexión, incorporándose en las conversaciones con los equipos de APS, los consultantes y sus redes sociales en los procesos previamente iniciados.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

Las prácticas dialógicas buscan distanciarse de posiciones estratégicas -de que alguien haga o entienda algo preconcebido- como única solución, y se centran en la promoción de los recursos psicosociales de los sistemas consultantes y de avanzar en la toma de decisiones. En este sentido, es central evitar que las consultorías se enmarquen en una lógica de evaluaciones psiquiátricas, bajo la cual los equipos de atención secundaria se instalan en un rol de expertos, en desmedro de la experticia encarnada de los equipos de APS. Durante las reuniones no se hace hincapié en el carácter experto del equipo consultor, sino en la capacidad de adaptarse a una conversación no planificada, con el objetivo de promover el diálogo y con esto favorecer la continuidad del proceso ya iniciado por el equipo de APS. A través de estas conversaciones, los equipos de atención secundaria se incluyen en los procesos de una forma más orgánica, reconociendo que han existido conversaciones previas y que existirán nuevas conversaciones posteriores a estas, favoreciendo la continuidad de cuidados. Esto requiere un reposicionamiento de los equipos, en particular de los psiquiatras, ya que durante las consultorías es frecuente que sean los y las profesionales médicos los que definen el problema en sus propios términos (diagnósticos), excluyendo otros lenguajes y formas de comprensión, tanto por parte de las redes consultantes como del propio equipo de APS. Bajo el concepto de polifonía todas las voces son igualmente válidas como diferentes formas de comprensión (no existe una forma, no existe un único problema de la familia), todos tienen sus propios puntos de vista, según el lugar que ocupen en el espacio. Los puntos de vista se pueden diversificar tomando aspectos de los demás y la nueva comprensión surge en las fronteras entre las partes (Seikkula y Arnkil, 2016).

Para llevar adelante estos encuentros en forma satisfactoria los equipos de APS deben ser capaces de formular una o más preocupaciones (o preguntas) en relación con los procesos terapéuticos, que por definición son distintas a las preocupaciones de las familias, y que puedan ser respondidas o aliviadas durante el encuentro. Esto invita a que los casos sean discutidos previamente en equipo y las preocupaciones compartidas entre todos los miembros, así como ampliar el abanico de preguntas fuera del marco diagnóstico. Es importante que estas preocupaciones surjan en primera persona desde los miembros del equipo, y pueden incluir aspectos que sean frustrantes, angustiantes o confusos, entre otros. Con respecto a la presentación de los casos, se espera que se hable de lo importante en función de las preguntas, incluyendo las preocupaciones del equipo, avances y dificultades en el proceso, conversaciones previas, etc. La información sobre prescripciones farmacológicas o los aspectos diagnósticos no quedan fuera de la conversación, pero sí son desplazados a un lugar de menor relevancia. Se espera consenso por parte del equipo para consultar un caso, pero si no lo hay, esto puede transparentarse en la reunión. Se promueve que los sujetos puedan incluir a su red social y familiar en los encuentros bajo el principio de que las dificultades son más fácilmente abordables en conjunto, promoviendo los recursos grupales, y así comprender los fenómenos desde una perspectiva sistémica. De esta forma, la invitación no es para tratar a la red sino para que proporcione apoyo y ayuda (Seikkula y Arnkil, 2016). Bajo el principio de autonomía y participación, todas las decisiones son tomadas junto al paciente e idealmente junto a su red social, lo que incluye la necesidad de derivación a atención secundaria, el uso de fármacos, así como la pertinencia de acompañamientos psicológicos, sociales y ocupacionales.

Durante las reuniones se busca fomentar un diálogo reflexivo que incluya a todos los sujetos -o voces en el lenguaje dialógico-involucrados, sin favorecer a alguna en específico, intentando explorar en principio las preocupaciones planteadas por el equipo de APS, pero ofreciendo también la posibilidad de explorar las preocupaciones de la red social, utilizando un lenguaje cotidiano, evitando el uso de jerga profesional. Todos los que están presentes pueden intervenir cuando lo deseen, intentando amoldar sus palabras al tema que se está tratando; el equipo consultor busca indagar más a fondo en el tema que se debate o comentando reflexivamente entre los miembros del equipo. Esto permite evitar centrar la conversación en cómo deberían cambiar los demás y poder mirar el lugar del equipo tratante en el patrón de interacciones, comprendiendo que el propio cambio de los equipos es el que permite el cambio en las familias (Seikkula y Arnkil, 2016). Los equipos suelen estar poco habituados a hablar de su participación en los procesos y en su lugar tienden a hablar de los pacientes, por lo que esto requiere, naturalmente, que el espacio de consultoría ofrezca una seguridad suficiente de modo que los miembros del equipo se sientan confiados de exponer sus vulnerabilidades; esta posibilidad se construye progresivamente en la medida en que se dejan atrás los juicios, se aceptan las dificultades y se valoran los esfuerzos.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

El resto del equipo de APS, que no tiene un rol activo con los sujetos, puede participar desde una sala espejo, previo consentimiento informado, y tener un rol de equipo reflexivo (Andersen, 2011). Las reflexiones pueden ser guiadas por la siguiente pregunta: ¿De qué otra forma puede explicarse la situación además de las explicaciones presentadas? El rol del equipo reflexivo consiste en ofrecer nuevas voces y perspectivas ayudando a ampliar la conversación y enriquecerla; nunca da instrucciones sobre lo que el equipo que sostiene la conversación debe decir o cómo deben hablar, sino que escucha en silencio la conversación y cuando es invitado incorpora reflexiones sobre lo escuchado, evitando hablar de los demás de manera objetiva. Esto se logra manteniendo una postura de escucha a la conversación, pero también a los propios diálogos internos.

## Conclusiones

En este artículo hemos argumentado a favor de un modelo alternativo de consultoría de salud mental, que abarque de forma amplia y comprensiva la complejidad de los sistemas involucrados en cada sujeto consultante. Para ello, presentamos elementos relativos a la definición de consultoría en salud mental, el modelo de cuidados colaborativos, para luego introducir al modelo de Diálogo Abierto y cómo los principios que subyacen a este mismo pueden favorecer nuevos enfoques en la práctica de las consultorías en el contexto del sistema de salud chileno.

Plantear los encuentros de consultorías de esta forma se alinea con principios de flexibilidad, autonomía, transparencia, responsabilidad y participación, a través de los cuales los sujetos y sus familias pueden reconocerse como sujetos completos, no reducidos a etiquetas diagnósticas (Von Peter et al., 2019). Consideramos que esta forma de organizar los encuentros se acopla a un modelo comunitario en tanto releva los recursos de los sujetos; incorpora a sus redes sociales en los procesos promoviendo la cohesión social; y favorece relaciones colaborativas promoviendo la participación en la toma de decisiones. A su vez, los equipos de atención primaria participan activamente en una experiencia conjunta que ofrece nuevas perspectivas para seguir adelante con los procesos, favoreciendo un genuino empoderamiento de los equipos.

Comprendemos que llevar adelante este tipo de transformaciones se contrapone con una serie de elementos conceptuales y estructurales que están sobre la base del trabajo institucional en salud mental. Dentro de las dificultades para incorporar estas prácticas puedan desarrollarse, están evidentemente la necesidad de formación en prácticas dialógicas tanto para los equipos de atención secundaria como primaria. Aquí vemos la necesidad de actualizar las mallas curriculares de los programas de pregrado relacionados a la salud mental, como también el fomento de nuevos programas de postgrado que puedan actualizar a los profesionales ya formados. Por otro lado, un problema frecuente de encontrar cada vez que se quiere realizar una actividad grupal en centros de APS tiene relación con espacios físicos adecuados y disponibles para llevar a cabo tales actividades, como también la protección del tiempo en las jornadas de los profesionales de salud mental. Hasta el momento la evaluación de rendimiento todavía se concentra en tareas individuales, lo que dificulta la aprobación por parte de los directivos de los centros del tipo de actividad que queremos defender. Para modificar este problema, tienen que surgir nuevas directrices ministeriales que complementen la forma de evaluar el rendimiento actual. De forma complementaria, consideramos que, para los mismos profesionales, puede ser dificultoso en un comienzo incorporar premisas del modelo de DA, tales como sus preocupaciones en presencia de las redes consultantes, sin embargo, tenemos confianza en que esta práctica progresivamente se va incorporando de forma natural.

Reconocemos que estamos invitando a los equipos y a los consultantes a un cambio en la forma de encontrarse y de comprender el trabajo clínico y que estos procesos requieren tiempo y gradualidad. Consideramos que esta aproximación teórica es solamente el primer paso para la progresión y profundización de un debate que se encuentra invisibilizado dentro de la literatura relativa a consultorías de salud mental en la realidad latinoamericana, y concretamente, en la realidad del sistema de salud chileno. Consideramos fundamental que las visiones elaboradas en este artículo sean puestas en práctica y puedan ser evaluadas para que, en un futuro cercano, podamos enriquecer la evidencia actual y así puedan ser difundidas de forma amplia entre todos los actores involucrados.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

## Referencias

- Andersen, T. (2011). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C. & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 10, 1-2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
- Beeker, T., Mills, C., Bhugra, D., Te Meerman, S., Thoma, S., Heinze, M., & Von Peter, S. (2021). Psychiatrization of Society: A Conceptual Framework and Call for Transdisciplinary Research. *Frontiers in Psychiatry*, 12(645556), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645556>
- Bower, P. & Gilbody, S. (2005). Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *BMJ*, 330(7495), 839-842. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7495.839>
- Bower, P., Gilbody, S., Richards, D., Fletcher, J. & Sutton, A. (2006). Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 189, 484-493. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.023655>
- Butler, M., Kane, R., McAlpine, D., Kathol, R., Fu, S., Hagedorn, H., & Wilt, T. (2008). Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evidence report/technology assessment*, (173), 1-362.
- Buus, N., Kragh, E., Bojesen, A., 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>
- Cape, J., Whittington, C., & Bower, P. (2010). What is the role of consultation-liaison psychiatry in the management of depression in primary care? A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 246-254. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.02.003>
- Craven, M. & Bland R. (2006). Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An Analysis of the Evidence Base. *Can J Psych*, 51(6 Suppl 1), 7S-72S.
- Ell, K., Aranda, M., Xie, B., Lee, P., & Chou, C. (2010). Collaborative depression treatment in older and younger adults with physical illness: pooled comparative analysis of three randomized clinical trials. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 18(6), 520-530. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181cc0350>
- Freeman, A., Tribe, R., Stott, J. & Pilling, S. (2019). Open Dialogue: A Review of the Evidence. *Psychiatric Services*, 70(1), 46-59. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800236>
- Gask, L., Bower, P., Lovell, K., Escott, D., Archer, J., Gilbody, S., Lankshear, A., Simpson, A. & Richards, D. (2010). What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. *Implementation science*, 5(15), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-15>
- Gillies, D., Buykx, P., Parker, A., & Hetrick, S. (2015). Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(9), 1-54. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007193.pub2>
- Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E., 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>
- Gunn, J., Diggins, J., Hegarty, K. & Blashki, G. (2006). A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Services Research*, 6(88), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-88>
- Hahn, P. (2019). *Soteria House and Open Dialogue Therapy*. En P. Hahn, *Madness and Genetic Determinism. Is Mental Illness in Our Genes?* (pp.149-154). Londres: Palgrave macmillan.
- Hedrick, S., Chaney, E., Felker, B., Liu, C., Hasenberg, N., Heagerty, P., Buchanan, J., Bagala, R., Greenberg, D., Paden, G., Fihn, S., & Katon, W. (2003). Effectiveness of collaborative care depression treatment in veterans' affairs primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 9-16. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.11109.x>
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

- Jablensky, A. (2016). Psychiatric classifications: Validity and utility. *World Psychiatry*, 15(1), 26-31. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>
- Jones, B., Anriquez, S. (2016). Psychiatrist Field Consultancy as a main practice for Child and teen mental health teams in primary care in Chile. *Medwave*, 16(Sup6), e6752. <https://doi.org/10.5867/medwave.2016.6752>
- Kaczmarek, E. (2022). Promoting diseases to promote drugs: The role of the pharmaceutical industry in fostering good and bad medicalization. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 88(1), 34–39. <https://doi.org/10.1111/bcp.14835>.
- Kisely S., Duerden D., Shaddick S. & Jayabarathan A. (2006). Collaboration between primary care and psychiatric services: does it help family physicians? *Can Fam Physician*, 52(7), 876-877.
- Kushner, K., Diamond, R., Beasley, J., Mundt, M., Plane, M. & Robbins, K. (2001). Primary Care Physicians' Experience With Mental Health Consultation. *Psychiatric Services*, 52(6), 838-840. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.6.838>
- Malla, A., Joober, R., & García, A. (2015). "Mental illness is like any other medical illness": A critical examination of the statement and its impact on patient care and society. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 40(3), 147-150. <https://doi.org/10.1503/jpn.150099>
- Ministerio de Salud, Chile [MINSAL] (2013). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud, Chile [MINSAL] (2016). *Orientaciones técnicas: Consultorías en Salud Mental*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud, Chile. [MINSAL] (2017). Plan Nacional de Salud Mental. Santiago, Chile.
- Minoletti, A., Narváez, P., Sepúlveda, R. y Caprile, A. (2009). Chile: Lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En J. Rodríguez (Ed.). *Salud Mental en la Comunidad* (pp. 339-48). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud serie PALTEX.
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O. e Irarrázaval, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: Una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>
- Moncrieff, J. (2020). "It Was the Brain Tumor That Done It!" Szasz and Wittgenstein on the Importance of Distinguishing Disease from Behavior and Implications for the Nature of Mental Disorder. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 27(2), 169-181. <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0017>
- Read, J., Haslam, N., Sayce, L. & Davies, E. (2006). Prejudice and Schizophrenia: A Review of the 'mental Illness Is an Illness like Any Other' Approach." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(5), 303-318. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x>
- Saillant, S., Hudelson, P., Dominicé, M. & Junod, N. (2016). The primary care physician/psychiatrist joint consultation: A paradigm shift in caring for patients with mental health problems? *Patient Education and Counseling*, 99(2), 279-283. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.028>
- Saini, P., Chantler, K., & Kapur, N. (2016). General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. *Health & Social Care in the Community*, 24(3), 260-269. <https://doi.org/10.1111/hsc.12198>
- Seikkula, J. y Arnkil, T. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.
- Seikkula, J., & Olson, M. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family process*, 42(3), 403-418. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x>
- Sepúlveda, R., Zitko, P., Ramírez, J., Markkula, N. & Alvarado, R. (2018). Primary care consultation liaison and the rate of psychiatric hospitalizations: a countrywide study in Chile. *Rev Panam Salud Publica* 42, 1-9.
- Tribe, R., Freeman, A., Livingstone, S., Stott, J. & Pilling, S. (2019). Open dialogue in the UK: Qualitative study. *BJPsych Open*, 5(4), 1-7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.38>
- Twamley, I., Dempsey, M. & Keane, N. (2021). An Open Dialogue-informed approach to mental health service delivery: Experiences of service users and support networks. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 30(4), 494-499. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1739238>
- Unutzer, J., Katon, W., Fan, M., Schoenbaum, M., Lin, E., Della Penna, R., & Powers, D. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *The American journal of managed care*, 14(2), 95-100.

ISSN: 2452-4751

Volumen 13 N°1, 2023, pp.67-77

- Valle, R. (2022). Validez, confiabilidad y utilidad clínica de los trastornos mentales: El caso de la esquizofrenia de la CIE-11. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(1), 61-70. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.09.004>
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., Inslegers, R., Willemsen, J., De Schryver, M., & Devisch, I. (2014). Reliability in Psychiatric Diagnosis with the DSM: Old Wine in New Barrels. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 313-314. <https://doi.org/10.1159/000358809>
- Von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P., Seikkula, J. & Puras, D. (2019). Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 10(387), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00387>
- Von Peter, S., Bergström, T., Nenoff-Herchenbach, I., Hopfenbeck, M., Pocobello, R., Aderhold, V., Alvarez-Monjaras, M., Seikkula, J. & Heumann, K. (2021). Dialogue as a Response to the Psychiatrization of Society? Potentials of the Open Dialogue Approach. *Frontiers in Sociology*, 6(806437), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.806437>