

SALTANDO MUROS

<http://blogsaludmentaltenerife.blogspot.com.es/2012/02/abordando-la-psicosis-desde-el-dialogo.html>

Abordando la psicosis desde "El diálogo abierto"



El Diálogo Abierto es un modelo de intervención llevado a cabo por el grupo de Jaakko Seikkula, Birgitta Alakare y Jukka Aaltonen en Finlandia. Organiza el tratamiento psicoterapéutico de todos los pacientes **dentro de sus sistemas de apoyo** y atiende a las **formas de comunicación** que se usan dentro de las **unidades de tratamiento**, formadas por el equipo móvil de intervención en crisis (trabajan de forma específica según el caso), los pacientes y sus redes sociales.

A partir de los diferentes programas de intervención y de psicoterapia, se indicaron siete principios fundamentales para el tratamiento:

-Ayuda inmediata: Se ha de hacer la entrevista dentro de las primeras veinticuatro horas del primer contacto establecido y se establece un servicio de crisis en este mismo periodo. El objetivo es evitar el internamiento en el mayor número de casos.

-Perspectiva de la red social: El paciente, familiares y otros miembros de la red social (compañeros de trabajo, jefe, amigos, vecinos, entre otros) son invitados a las primeras entrevistas con el objetivo de movilizar todo el apoyo posible.

-Flexibilidad y movilidad: Se adapta el tratamiento a las necesidades de cada caso, usando los métodos terapéuticos más adecuados. Si la familia acepta, las reuniones de tratamiento se pueden realizar en el hogar del paciente.

-Responsabilidad: La persona que tomó el contacto con la familia es la responsable de organizar la primera reunión.

-Continuidad psicológica: El equipo asume la responsabilidad del tratamiento durante todo el tiempo que sea necesario. Los representantes de la red social del paciente participan en las reuniones de tratamiento durante todo el transcurso de éste.

-Tolerancia a la incertidumbre: Se fortalece construyendo un sentimiento de confianza hacia el proceso conjunto. En el caso de las crisis psicóticas, para generar una buena sensación de seguridad se ha de llevar a cabo reuniones todos los días, al menos entre los primeros diez o doce días. Después las reuniones se organizan según los deseos de la familia, así pues, en cada reunión se discute si se hará una nueva reunión y cuándo.

-Dialoguismo: Se intenta promocionar el diálogo y un cambio en el paciente o en la familia. Donde se produce mayor diálogo es en la reunión de tratamiento, en la que participan el equipo de tratamiento, el paciente y su red social (amigos, familiares, etc). De esta manera, entre todos analizan el problema. Así, según Alanen la reunión de tratamiento tiene tres funciones: Reunir información sobre el problema, construir un plan de tratamiento y generar un diálogo psicoterapéutico.

El foco está puesto en fortalecer el **aspecto adulto** del paciente y normalizar la situación, en vez de estarlo en la conducta regresiva. Además, el punto de partida del tratamiento es el lenguaje de la familia para designar el problema del paciente. De esa manera, el equipo de tratamiento adapta su lenguaje a cada caso según la necesidad. La **escucha** tiene una gran importancia.

En las **reuniones de tratamiento**, el equipo de tratamiento pide la participación de cada miembro de la red, especialmente la del propio paciente. Son escuchados con atención y respeto, además se apoya la **expresión de la emoción**. Este diálogo es un proceso en el que participan todos los integrantes con una posición activa.

Al comienzo, los miembros del equipo son muy cuidadosos incorporando el lenguaje de los miembros de la red a sus declaraciones, extraen con respeto y atención los **sentimientos** de cada miembro de la red. A su vez, el equipo va siendo incorporado en la red. En este caso, no se trata de una intervención destacada llevada a cabo por el profesional sino un **intercambio de emociones** entre los miembros de la red (incluido el equipo).

Las reuniones tienen una planificación previa mínima. Son llevadas por uno o dos miembros del equipo. Al principio, los ayudantes profesionales comparten la información que tengan y entonces el líder ofrece una pregunta abierta, para saber a quién le gustaría hablar y de qué sería mejor hacerlo. Las preguntas no están planificadas de antemano y dependen de la respuesta que se dio a la pregunta anterior. Además, cada expresión de los participantes requiere de una respuesta, pero **no** tiene porqué implicar una **explicación o interpretación**, sino más bien mostrar que se ha atendido a lo dicho. De esta manera se abre un nuevo punto de vista a lo comentado. El equipo lleva a cabo el proceso lentamente y sin prisa, en primer lugar para que cada persona diga lo que quiera decir y perciban que tiene apoyo. En segundo lugar, para que no se lleve a cabo solamente de forma racional sino **que se manifieste la carga emocional**.

Por su parte, los miembros del equipo pueden posteriormente comentar entre sí lo escuchado (tanto lo dicho por los miembros de la red como por los del equipo), como una conversación reflexiva. El resto escucha.

Esta conversación reflexiva cumple la función de reflejo, de manera que se aumentan las posibilidades de los miembros de la red social para dar sentido a sus experiencias. Después de ello, los miembros de la red pueden hablar de lo que han escuchado de manera que se genera una imagen multifacética de lo comentado.

Toda reunión es única, por lo que los temas hablados en reuniones anteriores ganan nuevos significados con lo comentado en la reunión que se esté llevando a cabo en ese momento. Los miembros del equipo deben abrir un espacio entre estos nuevos significados y los que anteriormente no se han hablado. Finalmente, el líder cuando va a cerrar la reunión anima a los participantes a hablar si tienen algo más que añadir. Después resume lo que ha sido discutido y las decisiones tomadas.

Para concluir, es importante señalar los resultados de un estudio sobre eficacia con el primer episodio de pacientes con trastornos psicóticos en Laponia Occidental. **Se muestra una disminución de la incidencia de la esquizofrenia de un 42% a un 22%**, a su vez se incrementaron los episodios psicóticos breves (vs esquizofrenia), por lo que se demostraba su capacidad para cumplir el objetivo de evitar el internamiento en el mayor número de casos posibles.

Los estudios más recientes sobre pacientes con un primer episodio psicótico expuestos sobre este trabajo muestran que el nuevo enfoque **ha disminuido la incidencia** de la esquizofrenia (de 35 casos por cada 100.000 habitantes a 7/100000) y **detenido la internación crónica**, ha permitido **organizar un tratamiento domiciliario** en lugar de la internación en crisis graves, **ha movilizado a los pacientes para que retornasen a la vida social activa** luego del episodio psicótico y ha permitido superar los síntomas psicóticos a través del diálogo, dando un **menor uso de los neurolépticos**.

Aquí os dejamos un **vídeo** subtulado al español de la experiencia finlandesa:
<http://www.overstream.net/view.php?oid=lnthivt7n0aj>

Fuentes:

- Artículo "El enfoque del diálogo abierto . Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico".
- *Blogs: Sobre esquizofrenias y otros trastornos y Esquizoqué.*

Texto escrito por Lorena Domínguez Falcón (alumna del prácticum de Psicología actualmente realizando sus prácticas en la Unidad de Subagudos)