

El enfoque del diálogo abierto

Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico *

*Jaakko Seikkula ** , Birgitta Alakare *** y Jukka Aaltonen *****

Como constructo social, denominamos “Diálogo Abierto” a nuestro abordaje del trabajo con pacientes psiquiátricos graves en situación de crisis. En el marco de este abordaje, el tratamiento se inicia dentro de las veinticuatro horas de la derivación e incluye a la familia y la red social del paciente, las que participan en la discusión de todas las cuestiones referidas al tratamiento en toda su extensión. El tratamiento se adapta a las necesidades específicas y variables del paciente y se lo lleva a cabo, de ser posible, en el hogar. Se enfatizan la continuidad psicológica y la confianza por medio de la conformación de equipos integrados por personal de internación y de los consultorios ambulatorios que se focalizan en generar el diálogo con la familia y los pacientes en lugar de apuntar a la rápida eliminación de los síntomas psicóticos. Se describen los principios fundamentales que guían esta tarea así como los resultados de tres estudios realizados sobre pacientes con un primer episodio psicótico.

En la década de 1980, el Proyecto Nacional Finlandés sobre Esquizofrenia inició un ambicioso estudio con el fin de mejorar la atención prestada a las personas que padecen graves enfermedades mentales. Dentro de este marco, Alanen y sus colaboradores (Alanen, 1997; Alanen et al., 1991) desarrollaron en la ciudad de Turku el Enfoque Adaptado a las Necesidades, que ponía el acento en: 1) la rapidez de la primera intervención; 2) la planificación del tratamiento a fin de resolver las necesidades de cada paciente y familia, cambiantes y específicas de cada caso; 3) la atención en la actitud terapéutica adoptada tanto en la fase del examen como en la del tratamiento; 4) la consideración del tratamiento como un proceso continuo en el que se integran diferentes métodos terapéuticos; y 5) el control continuo de los progresos y resultados del tratamiento. Nuestro grupo, que trabajó con ese Enfoque Adaptado a las Necesidades en la provincia finlandesa de Laponia Occidental, desarrolló otra innovación a la que denominamos Diálogo Abierto (DA). Este modelo de intervención organiza el tratamiento psicoterapéutico de todos los pacientes dentro de sus respectivos sistemas de apoyo, y atiende a las formas de comunicación utilizadas dentro de las unidades de tratamiento compuestas por el equipo móvil de intervención en crisis, los pacientes y sus respectivas redes sociales. Pudimos comprobar que el hecho de facilitar las formas dialógicas de comunicación dentro de los sistemas de tratamiento constituye un enfoque eficaz. En este artículo describiremos nuestra concepción del tratamiento, que deriva de principios constructivistas y del construccionismo social y los pone en práctica.

La provincia de Laponia Occidental (72.000 habitantes) está al norte del golfo de Botnia y limita con Suecia. La zona meridional de esta región, en la que vive la mayor parte

* *Sistemas Familiares*, 17 (2), 75-87.

** Universidad de Jyväskylä y Universidad de Tromsø. Puede enviarse correspondencia a Jaakko Seikkula, Department of Psychology, University of Jyväskylä, P.O. Box 35, FIN-40351, Jyväskylä, Finlandia. E-mail: seikkula@psyka.jyu.fi.

*** Universidad de Jyväskylä.

**** Western Lapland Health District, Tornio, y Universidad de Oulu.

de la población, ha sido industrializada. La población es homogénea tanto en el aspecto étnico y religioso como lingüístico: más del 90% son luteranos que hablan el finés o finlandés y residen a menos de sesenta kilómetros del hospital de Keropudas. La incidencia de la esquizofrenia en dicha población ha sido sumamente alta: a mediados de los años ochenta había en promedio 35 nuevos pacientes esquizofrénicos por cada 100.000 habitantes. Gracias al nuevo sistema de tratamiento centrado en la familia y su red, dicha cifra disminuyó hasta 7 por 100.000 a mediados de los años noventa (Aaltonen et al., 1997).

El surgimiento del nuevo enfoque se produjo a comienzos de la década de 1980, época en que se estableció el Proyecto Nacional Finlandés sobre Esquizofrenia (Salokangas et al., 1991). A mediados de la década siguiente, ya había sido organizado el tratamiento psicoterapéutico para todos los pacientes dentro de sus respectivos sistemas sociales de apoyo. En la actualidad, las cinco clínicas de salud mental que trabajan con pacientes ambulatorios, así como el hospital de Keropudas con sus treinta camas para enfermos agudos, cuentan con equipos móviles de intervención en crisis que proceden en forma específica en cada caso. Todos los miembros del personal pueden ser convocados para participar en estos equipos de acuerdo con las necesidades. Con tal objeto, entre 1989 y 1998 se impartió a la totalidad del personal (tanto de internación como de consultorios externos), que suma alrededor de cien profesionales, un programa de formación en terapia familiar de tres años de duración o bien alguna otra formación en psicoterapia. El 75% de dicho personal obtuvo el título de psicoterapeuta de acuerdo con las leyes correspondientes de Finlandia.

Ante una crisis psiquiátrica, se sigue siempre un mismo procedimiento independientemente del diagnóstico específico. Si existe un interrogante sobre la posibilidad de un tratamiento con internación hospitalaria, la clínica de crisis dependiente del hospital convoca a una “reunión de tratamiento” especial, que en el caso de las internaciones voluntarias se realiza antes de tomar la decisión de internar al paciente, o en el caso de las compulsivas durante el primer día posterior a su internación. En dicha reunión se constituye un equipo “a medida”, compuesto por personal de internación y ambulatorio. Normalmente el equipo consta de dos o tres miembros del plantel (p. ej., un psiquiatra de la clínica de crisis, un psicólogo de la clínica para enfermos mentales ambulatorios correspondiente a la localidad en que reside el paciente, y una enfermera que trabaja en alguna de las salas del hospital) y toma a su cargo toda la secuencia del tratamiento, ya sea que el paciente se encuentre en su casa o en el hospital, y con independencia de la duración prevista del tratamiento. En otros tipos de crisis, cuando no se prevé que haya necesidad de una internación, las clínicas ambulatorias de salud mental regionales asumen la responsabilidad de organizar un equipo específico para cada caso, invitando a tal fin a miembros de distintos organismos vinculados al paciente. Por ejemplo, para pacientes que son atendidos por varios organismos, el equipo puede constar de una enfermera de la clínica ambulatoria, un trabajador social de la oficina de asistencia social y un psicólogo de la clínica de orientación infantil. Los principios que rigen esta organización ya han arraigado en toda la red pública de atención social y asistencial de la provincia. Más aun, este mismo concepto es aplicado en otras situaciones que no constituyen crisis psiquiátricas o sociales, como la organización de la información procedente de distintas clases de situaciones postraumáticas.

Los puntos fundamentales en el desarrollo del nuevo sistema han sido los siguientes: 1) En 1984 las reuniones de tratamiento comenzaron a ser organizadas en el

hospital en lugar de formar parte de la terapia familiar sistémica (ver más adelante). 2) En 1987 se fundó en el hospital una “clínica de crisis” a fin de organizar equipos específicos para cada caso cuando se producían derivaciones para internación. 3) En 1990 todas las clínicas ambulatorias de salud mental comenzaron a organizar equipos móviles de intervención en crisis.

A partir de distintos programas de investigación y de psicoterapia, se establecieron los siete principios fundamentales siguientes para el tratamiento:

Ayuda inmediata. Las unidades participantes realizan la primera entrevista dentro de las veinticuatro horas del primer contacto establecido por el paciente, un familiar de éste o el organismo que lo ha derivado. Además, se establece un servicio de crisis durante las veinticuatro horas. Uno de los propósitos de esta respuesta inmediata es impedir la internación en el mayor número de casos posibles. El paciente psicótico participa desde las primeras entrevistas, cuando su cuadro reviste máxima intensidad.

Perspectiva de la red social. Tanto el paciente como sus familiares y otros miembros claves de su red social son siempre invitados a las primeras entrevistas con el fin de movilizar todo el apoyo para el paciente y la familia. Esos otros miembros de la red pueden ser representantes de otras entidades (incluidos organismos de empleo del Estado y agencias de seguros públicos de salud cuya tarea consiste en apoyar la rehabilitación profesional), compañeros de trabajo o el jefe del paciente en el lugar en que trabaja, amigos o vecinos.

Flexibilidad y movilidad. Esto se garantiza adaptando el tratamiento a las necesidades específicas y cambiantes de cada caso mediante los métodos terapéuticos más apropiados. Si la familia da su conformidad, las reuniones de tratamiento se realizan en el hogar del paciente.

Responsabilidad. La persona que tomó contacto con la familia es la responsable de organizar la primera reunión. En esa reunión se adopta la decisión sobre el tratamiento que se llevará a cabo y el equipo se hace cargo de éste en su totalidad.

5. *Continuidad psicológica.* El equipo asume la responsabilidad del tratamiento durante todo el tiempo que sea necesario y tanto en el marco de internación como en el ambulatorio. Los representantes de la red social del paciente participan en las reuniones de tratamiento durante todo el transcurso de este último, incluso cuando se aplican otros métodos terapéuticos. Puede suponerse que el proceso de un cuadro psicótico agudo ha de durar entre dos y tres años (Jackson y Birchwood, 1996). En el estudio que hemos realizado, el 65% de los tratamientos se interrumpieron al final del segundo año.

6. *Tolerancia de la incertidumbre.* Esta tolerancia se fortalece edificando un sentimiento de confianza respecto del proceso conjunto. En las crisis psicóticas, para generar una adecuada sensación de seguridad es menester reunirse todos los días, al menos durante los 10-12 primeros días. Luego de ello, las reuniones se organizan periódicamente según los deseos expresados por la familia. Por lo general no se establece en la etapa de crisis ningún contrato terapéutico detallado, sino que en cada reunión se discute si habrá una próxima reunión, y en caso afirmativo, cuándo se la efectuará. De este modo se evitan las conclusiones prematuras y las decisiones de tratamiento equivocadas. Por ejemplo, el uso de neurolépticos no se prescribe en la primera reunión, sino que su conveniencia se conversa por lo menos durante tres reuniones antes de ponerla en práctica.

7. *Dialogismo.* El acento está puesto en primer lugar en la promoción del diálogo y, en segundo lugar, en lograr un cambio en el paciente o la familia. Se entiende que el

diálogo cumple las veces de un foro a través del cual los pacientes y sus familias pueden obtener un mayor protagonismo respecto de su propia vida analizando sus problemas (Haarakangas, 1997; Holma y Aaltonen, 1997). En el ámbito en que actúan los que participan en dicho diálogo se gesta una nueva comprensión (Andersen, 1995; Bakhtin, 1984; Voloshinov, 1996).

Los dos últimos principios han sido establecidos como *hosting guidelines* desde 1994-96 (Seikkula et al., 1995).

El foro principal de la interacción terapéutica es la reunión de tratamiento, en la cual los que tienen mayor participación en el problema examinan junto con el paciente todas las cuestiones asociadas al problema actual. Los planes y las decisiones administrativas también requieren que estén todos presentes. De acuerdo con Alanen (1997), la reunión de tratamiento cumple tres funciones: 1) reunir información sobre el problema; 2) construir un plan de tratamiento y adoptar todas las decisiones necesarias sobre la base del diagnóstico formulado en la conversación; y 3) generar un diálogo psicoterapéutico. En líneas generales, el foco está puesto en fortalecer el aspecto adulto del paciente y normalizar la situación, en vez de estarlo en la conducta regresiva (Alanen et al., 1991). El punto de partida del tratamiento es el lenguaje utilizado por la familia, vale decir, la forma en que ésta ha designado el problema del paciente en su propio lenguaje. El equipo de tratamiento adapta su lenguaje a cada caso según la necesidad. Los problemas se consideran construcciones sociales que son reformuladas en cada conversación (Bakhtin, 1984; Gergen, 1994, 1999; Shotter, 1993a, 1993b, 1997). Cada uno de los presentes habla con su propia voz y, como ha puntualizado Anderson (1997), la escucha cobra mayor importancia que la manera de intervenir. En el caso de un paciente psicótico parece fundamental aceptar sus alucinaciones o ideas delirantes como una voz entre muchas otras. Al principio no se las cuestiona, pero se le solicita al paciente que agregue lo más que pueda acerca de tales experiencias. Los miembros del equipo pueden luego comentar entre sí lo que han oído, a manera de un conversación/discusión/intercambio reflexivo, mientras la familia los escucha (Andersen, 1995). La conversación terapéutica se asemeja a la descrita por Anderson y Goolishian (1988; Anderson, 1997), Penn (1998; Penn y Frankfurt, 1994) y Andersen (1995; Friedman, 1995).

Desde el punto de vista construccionista, la psicosis puede considerarse como una manera de hacer frente a experiencias aterradoras de una persona que no tiene un lenguaje propio más allá de sus alucinaciones e ideas delirantes. Ogden (1990) la ve como una prueba paradójica para conservar y a la vez destruir el significado. Por ejemplo, la mayoría de las mujeres psicóticas han sufrido algún abuso físico o sexual ya sea de niñas o de adultas (Goodman et al., 1997). En las situaciones clínicas, tales experiencias traumáticas suelen presentarse mediante alucinaciones o ideas delirantes (Karon, 1999; Karon y VandenBos, 1981). En la conversación terapéutica, parece importante no atribuir la psicosis a la experiencia traumática. En ciertos casos, la psicosis puede ser causada por factores biológicos o químicos o por una lesión cerebral orgánica, pero como experiencia psicológica la psicosis no tiene razones que la sustenten. En lugar de ello, las reacciones psicóticas deberían verse como intentos de atribuir sentido a la propia experiencia y de hacer frente a circunstancias tan pesadas/agobiantes que impidieron construir una narrativa racional verbalizable. En posteriores situaciones de estrés esas experiencias del pasado pueden actualizarse y la persona se referirá a ellas mediante metáforas. De ahí que la experiencia psicótica tenga un carácter pre-narrativo (Holma y Aaltonen, 1997; Ricoeur, 1991).

Una paciente, por ejemplo, se volvió psicótica por temor a que su esposo, debido a la influencia de las drogas, viniera a matarla. En la segunda reunión se descubrió que dieciséis años atrás había vivido con un hombre que era muy adicto a las drogas y bajo los efectos de éstas le había pegado a la mujer en repetidas oportunidades –hecho que ella no le había revelado nunca a nadie. Un par de meses antes del episodio psicótico, él le telefoneó por primera vez en esos dieciséis años, y la mujer afirmó que al escuchar su voz la asaltó el pánico. El temor que sentía hacia su marido era psicótico: él no iba a venir a matarla; al mismo tiempo, sin embargo, la mujer se estaba refiriendo a algo que realmente había vivido, o sea, a los hechos de violencia a que la había sometido su primer marido.

Estas experiencias de victimización no quedan almacenadas en el sector del sistema de la memoria que promueve la adjudicación de sentido mediante el uso del lenguaje, sino en la memoria corporal, por el terror experimentado en su momento. En este aspecto, sobre la base de la experiencia clínica puede proponerse la hipótesis de que las reacciones psicóticas se asemejan mucho a las experiencias traumáticas. Van der Kolk (1995) y su equipo han indicado que los horrores propios de las experiencias traumáticas pueden revivirse como *flashbacks* sin que el individuo sea consciente de lo que abarcan esos breves fragmentos de recuerdos. También pueden cobrar la forma de una disociación, que se parece mucho asimismo a la de los episodios psicóticos (Penn, 1998).

Aunque no todos los pacientes han sido víctimas de ataques físicos o sexuales, esta noción nos sirve como guía para abordar las experiencias psicóticas a través del diálogo en la red social del paciente. A fin de posibilitar la construcción de un nuevo lenguaje en el que expresar ciertos acontecimientos difíciles de la propia vida, parece importante llevar a cabo un diálogo abierto, sin temas o fórmulas planeados de antemano. Tales acontecimientos pueden ser de cualquier índole y haber ocurrido en cualquier momento; diversos tipos de contenido pueden abrir el camino a una nueva narrativa. Sean cuales fueren los antecedentes de las alucinaciones, hay que tomarlas muy en serio y no cuestionar la realidad del paciente durante la situación de crisis, sobre todo en la fase inicial del tratamiento. El terapeuta puede preguntar, en cambio: “No me doy cuenta de cómo podría usted controlar los pensamientos de otras personas. Yo no soy capaz de hacerlo. ¿Puede decirnos algo más al respecto?” A continuación puede interrogar a los demás integrantes de la red: “¿Qué piensan los demás de esto? ¿Cómo entienden ustedes lo que X nos está diciendo?”. La finalidad de estas preguntas es permitir que se hagan escuchar diferentes voces con relación a los temas en discusión, incluida la experiencia psicótica. Si el equipo logra generar una atmósfera deliberativa, que permita escuchar voces diferentes y aun contradictorias, la red tendrá la posibilidad de construir “narrativas de restitución” o “de reparación”, como las llaman Stern y sus colaboradores (1999). Comparando el abordaje dialógico con las ideas de la terapia de red, Trimble (2000) sostiene, que “la restauración de la confianza tranquilizadora mediante una mejor regulación emocional interpersonal torna posible que seamos receptivos con los otros, en el contexto de una relación dialógica” (pág. 15). Tal vez éste sea uno de los aspectos del proceso por el cual el paciente y su red social comienzan a construir nuevas palabras para sus problemas.

A menudo, en algún momento de la reunión, cuando se examinan los temas esenciales y más sensibles concernientes a la psicosis, el paciente puede empezar a dar voz a sus relatos psicóticos. Ese momento será examinado minuciosamente partiendo de la hipótesis de que justamente en ese punto se han tocado experiencias aún no verbalizadas. Por ejemplo, uno puede preguntar: “¿Qué dije equivocado cuando usted empezó a hablar acerca de esto?”, o bien: “Un momento... ¿qué estábamos discutiendo cuando X comenzó a

hablar de cómo las voces lo controlan?”. El lenguaje psicótico puede considerarse una voz más entre las muchas presentes en la conversación real. La “razón” de la conducta psicótica tal vez pueda captarse examinando la conversación desarrollada en esos momentos cruciales.

En general, el papel del equipo en la reunión consiste en permitir que la red del paciente lleve la delantera en lo tocante a la producción de contenido, y responder a cada elocución de un modo dialógico a fin de promover una mayor comprensión entre los participantes (Bakhtin, 1984; Voloshinov, 1972). Una forma de responder es iniciar una conversación reflexiva (Andersen, 1995) entre los miembros del equipo. No se conforma ningún equipo reflexivo específico, sino que los miembros del equipo común pasan fluidamente de la formulación de preguntas y comentarios a intercambios reflexivos con otros miembros del equipo. A veces esto presupone pedir permiso para hacerlo: “Me pregunto si ustedes podrían esperar un instante a que nosotros discutamos algo que hemos comenzado a pensar. Preferiría que se queden sentados escuchándonos, si quieren, aunque no están obligados a hacerlo. Después les pediremos que nos transmitan sus comentarios sobre lo que hemos dicho”. Normalmente la familia y el resto de la red social escuchan con suma atención lo que los profesionales a cargo tienen para decirles acerca de sus problemas. El intercambio reflexivo cumple un papel específico, pues en tales conversaciones se establecen los planes de tratamiento. Todo es “transparente”. Ejemplos de lo que pueden contener dichos debates son las decisiones sobre internación, si se ha de medicar o no al paciente y la planificación de una psicoterapia individual. En cada uno de estos casos, el objetivo es desplegar una gama de alternativas, entre las cuales ha de escogerse el curso de acción. Por ejemplo, en el caso de la decisión de aplicar un tratamiento compulsivo, parece importante reconocer francamente y debatir las distintas opiniones y aun las discrepancias respecto de dicha medida.

Puede recurrirse a cualquiera de los métodos de tratamiento tradicionales si se lo juzga necesario: el paciente podrá recibir terapia individual u otras terapias (v. gr., terapia grupal, arteterapia, laborterapia, etc.) o se puede reunir a la familia para una terapia familiar. En las crisis psicóticas se aborda desde el comienzo la rehabilitación tanto psiquiátrica como profesional. Por ejemplo, es posible organizar, junto con el organismo oficial de empleo y las entidades que se ocupan del seguro de salud, cursos especiales de rehabilitación profesional cuya duración oscile entre dos semanas y seis meses.

En nuestro enfoque del “Diálogo Abierto” (DA) hemos aplicado algunas ideas de la terapia familiar sistémica (Selvini-Palazzoli et al., 1978, 1980), en particular las de razonamientos circulares en vez de la causalidad lineal, la connotación positiva y, en algunos casos, ciertas preguntas circulares. No obstante, también hay diferencias. El DA no se centra en el sistema familiar, ni siquiera en la comunicación que tiene lugar dentro de él (Boscolo y Bertrando, 1993). Su objetivo no es “dar un impulso para cambiar la lógica fija del sistema introduciendo una nueva lógica” (Boscolo y Bertrando, 1998, pág. 217), sino generar un espacio conjunto para el empleo de un nuevo lenguaje, con el cual, como han puntualizado Anderson y Goolishian (1988, 1992; Anderson, 1997), las cosas puedan comenzar a tener otro significado. Este cambio en la comprensión de la calidad de los problemas se expresa sobre todo en la idea de escuchar, no lo que la gente quiere decir, sino lo que dice. En las entrevistas y conversaciones que tienen lugar en una terapia familiar sistémica, el terapeuta se centrará con frecuencia en las formas de conducta y comunicación que están por debajo del comportamiento de superficie.

En el DA el foco está puesto en las palabras dichas, con el objeto de construir nuevas palabras y un nuevo lenguaje. Esto se asemeja a las ideas de numerosos construccionistas sociales (Gergen, 1994; Shotter, 1993a, 1993b), aunque los terapeutas familiares que utilizan ideas del construccionismo social no han prestado mucha atención al tratamiento de pacientes psicóticos. Michael White ha descrito la terapia narrativa con tales pacientes, y Holma y Aaltonen (1997, 1998) realizaron un proyecto de investigación sobre la aplicación de la terapia narrativa a pacientes que tienen un primer episodio psicótico. El DA y las terapias narrativas comparten la concepción de la realidad propia del construccionismo social, pero su manera de considerar al autor de la narrativa no es la misma. El terapeuta narrativo apunta a la recreación autoral del relato saturado con el problema, mientras que los enfoques dialógicos se orientan a un pasaje desde los monólogos estancados a diálogos más deliberativos (Smith, 1997). En la terapia narrativa, la narración tiene un autor, en tanto que en las terapias dialógicas es co-creada una nueva narración en el ámbito compartido por los participantes. Gergen y McNamee (2000) han denominado apropiadamente “diálogo transformador” al DA.

Con respecto a los programas psicoeducativos (Anderson et al., 1980; Falloon, 1996; Falloon et al., 1984; Goldstein, 1996; McGorry et al., 1996), el DA comparte con éstos la concepción de la familia como un agente activo en el proceso. No se ve en ella ni la causa de la psicosis ni un objeto de tratamiento, sino un conjunto de “asociados competentes, o potencialmente competentes, para concretar el proceso de recuperación” (Gleeson et al., 1999, pág. 390). La diferencia radica en las premisas teóricas sobre la psicosis. El DA pone el énfasis en la realización de reuniones durante la situación de crisis más intensa y la calidad del proceso de construcción de los planes de tratamiento. En cambio, los modelos psicoeducativos, basándose en el modelo de la vulnerabilidad al estrés (Zubin y Spring, 1977), procuran en general formular un diagnóstico y luego escoger un programa de tratamiento que le corresponda, aunque esto no siempre tiene éxito (McGorry, 1999). En este caso el diagnóstico sirve de base para educar a la familia de manera que mejore su comunicación, y así impedir las recaídas y acentuar la remisión de los síntomas (Falloon et al., 1984; Gleeson et al., 1999; McFarlane et al., 1995a, 1995b).

Como vimos, el DA pertenece a la amplia variedad de enfoques constructivistas que destacan la naturaleza social de nuestras construcciones. Según afirman Neimeyer y Raskin (2001), las ideas constructivistas aplicadas a la psicoterapia tienen el común propósito de crear un discurso no patologizante en torno del problema del paciente, generar respeto por las narraciones y definiciones personales del problema, y establecer el contexto del tratamiento como un aspecto elemental de aquél. No se trata de negar “el mundo real”, como han sostenido algunos (Held, 1995), sino de subrayar que los propios terapeutas, al organizar la respuesta que se da mediante el tratamiento, se convierten en co-construtores del problema. Suscribir la noción de relatividad, como hacen los construccionistas sociales —lo cual ha generado críticas contra ellos (Cromby y Nightingale, 1999)—, no implica negar la existencia del entorno físico sino señalar, por ejemplo, que no existe una forma absoluta de psicosis o de esquizofrenia. Se apela a criterios extrospectivos de objetividad (Neimeyer y Raskin, 2001) y así se libera a la psicoterapia de enjuiciar la realidad personal del consultante. En el marco clínico, proceder con objetividad significa tratar de definir ciertos problemas permanentes bajo la forma de un diagnóstico. El discurso desorganizante, que remite a un tipo diferente de manual de diagnóstico, lleva a estigmatizar a los pacientes y a tratamientos cuyo objetivo es curar una enfermedad; y muy a menudo esto conduce a la pérdida del poder propio del individuo [*disempowerment*], pues

se considera que el agente principal del tratamiento no es la persona sino la enfermedad (Gergen y McNamee, 2000). Con este tipo de lenguaje estructural, toda enfermedad es considerada del mismo modo independientemente del contexto, como si fuera la misma de un paciente a otro.

El DA incluye ideas del construccionismo social y pone un acento especial en la generación del diálogo, pues entiende que éste es construido en el ámbito compartido por los interlocutores (Bakhtin, 1984; Voloshinov, 1996). En todos los casos, la realidad psicológica se construye utilizando el lenguaje de una manera particular. Si optamos por el tipo de diagnóstico que se basa en el discurso desorganizante, trataremos los síntomas de la enfermedad; si en cambio pretendemos generar diálogos polifónicos dentro de la red social, nos interesará conocer la voz de todos con relación al problema. Ya no creeremos que el agente causal es una enfermedad determinada sino el lenguaje en el cual tiene lugar el proceso de asignación de significado. Nos sumaremos entonces a un “diálogo transformador” (Gergen y McNamee, 2000). Ésta parecería ser la característica común de muchas terapias constructivistas, que hacen hincapié en las narraciones personales y no en las verdades generales.

Si bien la importancia otorgada al diálogo es un elemento nuevo en la psicoterapia, sus orígenes se remontan a la historia de la Grecia antigua. Platón, entre otros, consideraba la individualidad o *self* como una construcción social (Nightingale, 2000). En sus primeros textos, describía a Sócrates, en especial, como alguien capaz de ayudar a sus interlocutores a generar la verdad en el transcurso de un diálogo; su misión no era encontrar las respuestas (Bakhtin, 1984). Ya hemos visto el poder que tiene el dialogismo. El florecimiento de las ciencias (filosofía, medicina) y de las artes (poesía, escultura) en la Grecia antigua se produjo en la misma era clásica en que las asambleas de ciudadanos asumieron el diálogo como forma ideal. Todavía no habían sido corrompidos ni existía entre ellos una clase especial de personas (los retóricos) que procurasen aprovechar tales asambleas para sus propios fines; eran, en cambio, un foro creativo abierto a todos los ciudadanos libres (Volkov, 1974). Tal vez la idea de las reuniones abiertas de tratamiento constituya un retorno a los ideales democráticos de la Grecia antigua.

Resultados de investigación sobre el enfoque del diálogo abierto

Se han realizado varios estudios de investigación-acción a fin de evaluar la eficacia del modelo y desarrollarlo (Aaltonen et al., 1997; Haarakangas, 1997; Keränen, 1992; Seikkula, 1991, 1994; Seikkula et al., 2000). En lo que sigue nos referiremos a los estudio más recientes relacionados con los proyectos del primer episodio de pacientes psicóticos.

Aaltonen y Seikkula (Aaltonen et al., 1997) dirigieron un proyecto de investigación del sistema de tratamiento vigente en la década de 1980 comparado con el vigente en la década de 1990, a fin de discernir los elementos diferenciadores fundamentales entre el tratamiento tradicional centrado en el hospital y el nuevo tratamiento del DA. La muestra considerada estaba compuesta de todos los pacientes con un primer episodio psicótico que solicitaron atención psiquiátrica entre 1985 y 1994. La parte principal del estudio consistió en un análisis cualitativo de los procesos, y una de las conclusiones de este análisis fueron los siete principios de tratamiento básicos antes descritos. Este estudio permitió analizar la variación en la incidencia de problemas psicóticos en la provincia de Laponia Occidental. La incidencia de la esquizofrenia era allí extremadamente alta: a mediados de la década del ochenta había, en promedio, 35 pacientes esquizofrénicos nuevos cada 100.000 habitantes.

Gracias al desarrollo del nuevo sistema de tratamiento familiar centrado en la red, a mediados de la década del noventa había disminuido a 7 por 100.000 (Aaltonen et al., 1997). El estudio sugería que la disminución en la incidencia de esquizofrenia (diagnosticada mediante el DSM-III-R) se vinculaba con el desarrollo del nuevo tipo de tratamiento, ya que la proporción de esquizofrénicos en el total de pacientes psicóticos se redujo del 42% al 22%. Al mismo tiempo, aumentó la incidencia de episodios psicóticos breves, en tanto que en otras categorías diagnósticas no hubo cambios significativos. Esta disminución en la incidencia de la esquizofrenia estaba avalada además por el hecho de que dejaron de aparecer nuevos pacientes esquizofrénicos crónicos en el hospital psiquiátrico (Tuori, 1994).

La eficacia del DA fue examinada en el marco del proyecto API (Tratamiento Integrado de la Psicosis Aguda), llevado a cabo en varios establecimientos nacionales finlandeses entre el 1º de abril de 1992 y el 31 de diciembre de 1993, con un seguimiento de dos años desde la iniciación del tratamiento. El proyecto fue dirigido por el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para la Salud y la Asistencia Social (Stakes) junto con las Universidades de Jyväskylä y de Turku (Lehtinen et al., 1996, 2000). El de Laponia Occidental fue uno de los seis centros de investigación participantes. Se incluyeron todos los casos de primeros episodios de psicosis no afectiva (DSM-III-R). Con posterioridad al 31 de diciembre de 1993 se decidió continuar con el proyecto como una investigación local, tanto para corroborar los resultados obtenidos durante el período del proyecto API como para mejorar dichos resultados. En este período de continuación, el proyecto adoptó el nombre de “Enfoque de Diálogo Abierto en psicosis aguda (ODAP)”, y se extendió entre el 1º de enero de 1994 y el 31 de marzo de 1997.

Uno de los objetivos del proyecto API era contar con una mejor base de información para prescribir una medicación adecuada como parte del tratamiento psicoterapéutico. En tres centros de investigación (entre ellos el de Laponia Occidental) se evitó desde el comienzo del tratamiento el uso de neurolépticos. Los resultados de estos tres centros se compararon con los de los otros tres, en los que se emplearon neurolépticos según la costumbre tradicional. Se planeó un procedimiento específico para decidir cuándo debía usarse o no dicha medicación. Durante las tres primeras semanas, en caso de necesitarse medicación se empleaba benzodiazepina, y luego, si no se producía ningún avance con respecto a los síntomas psicóticos o la conducta social de los pacientes, se consideraba la posibilidad de utilizar neurolépticos.

En la primera etapa del proyecto se realizó una comparación con el “tratamiento habitual” (Seikkula et al., 2001). Dadas las diferencias de enfoque, era previsible que variables de proceso como la internación y el uso de neurolépticos dieran cifras mayores en el grupo de comparación que en Laponia Occidental. Hubo una diferencia significativa en el número de reuniones con la familia: en el grupo de comparación la cantidad de reuniones fue menor. Dicha cifra varió de 6 a 55 en el grupo del API, de 0 a 99 en el grupo del ODAP, y de 0 a 23 en el grupo de comparación. En el grupo del ODAP un paciente no quiso que su familia participase en las reuniones de tratamiento; en todos los demás casos se realizaron por lo menos tres reuniones con la familia. Se aplicó psicoterapia individual en aproximadamente la mitad de los casos en cada uno de los grupos.

Hubo como mínimo una recaída en el 31% de los casos del API, el 24% de los casos del ODAP y el 71% del grupo de comparación ($p = 0,017$). En este último el 30% de los pacientes estudiaban, trabajaban o buscaban trabajo, a diferencia del 83% del grupo del

ODAP ($p = 0,012$). El grupo de comparación tuvo la menor mejoría relativa en la escala GAF ($F(2,56) = 9,12$; $p = 0,001$), así como la menor disminución en los síntomas psicóticos ($F(2,55) = 7,12$; $p = 0,002$). La diferencia entre los tres grupos en materia de cambios en la situación laboral estuvo cerca de ser significativa ($F(2,56) = 3,3$; $p = 0,044$): el grupo de comparación empeoró su situación, el del API se mantuvo igual, pero el del ODAP la mejoró.

En la segunda etapa del análisis se compararon los casos de resultado positivo y negativo en Laponia Occidental. Se definió como “resultado negativo” el hecho de que en el seguimiento de dos años se presentara una subvención por incapacidad laboral o, al menos, aparecieran ocasionalmente síntomas psicóticos moderados. Desde el punto de vista estadístico, los resultados fueron congruentes con los de la mayoría de los estudios actuales, salvo en lo tocante a la importancia de la medicación neuroléptica. La situación laboral y la calidad de la red social eran las características premórbidas más potentes vinculadas con un resultado negativo. En este estudio surgió un número menor de pacientes con resultados negativos (22%) en comparación con los de muchos otros estudios (Gupta et al., 1997), lo cual puede ser una consecuencia de la inclinación a activar la red social del paciente. Se estimulaba a los pacientes para que retornaran a su vida social normal y se promovían sus contactos sociales. La media de DUP disminuyó a menos de cuatro meses, como ocurrió en algunos otros programas psicosociales avanzados (McGorry et al., 1996; Yung et al., 1998). Éste es un resultado positivo en sí mismo, y tal vez se reflejaba en la situación laboral bastante buena que presentaban los pacientes después de dos años.

Los pacientes con resultados negativos tuvieron un mayor número de internaciones y más probabilidades de tener que recurrir a neurolépticos. Si bien se pretendía que en este diseño sólo recibieran internación o neurolépticos los casos más graves, es interesante señalar que en la fase inicial del tratamiento no había diferencias entre los pacientes en cuanto a su sintomatología inicial (escala BPRS) y su funcionamiento general (escala GAF), y que los pacientes con resultados positivos hicieron de hecho menos uso de la medicación. La diferencia básica derivaba de la mayor duración de la sintomatología preexistente, que facilitaba el uso de neurolépticos. Esto sugiere que el tratamiento iniciado sin neurolépticos puede dar resultados positivos luego de dos años, siempre y cuando exista un adecuado tratamiento psicosocial, como el que proporciona el DA. Los resultados indican que en caso de que el tratamiento incluya la participación activa de la familia, el uso de neurolépticos puede reducirse sin incrementar el riesgo de resultados negativos. Futuras investigaciones deberán determinar si, en general, el uso de neurolépticos puede aumentar incluso, en ciertos casos, el riesgo de que empeore la situación laboral y, por lo tanto, de que haya resultados más negativos.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este artículo fue describir el abordaje del Diálogo Abierto (DA) desarrollado en la región finlandesa de Laponia Occidental e ilustrarlo con los resultados de investigaciones sobre pacientes con un primer episodio psicótico. El DA tiene ya una historia relativamente larga, ha dejado de ser un mero proyecto, y ha servido para organizar el tratamiento psiquiátrico que se administra en una zona geográfica particular. Además, ha sido aplicado a diferentes contextos. La descripción teórica del enfoque se basa en diversas investigaciones a través de la acción y en estudios de resultados. Los estudios más recientes sobre pacientes con un primer episodio psicótico expuestos en este trabajo muestran que el

nuevo enfoque ha disminuido la incidencia de la esquizofrenia y detenido la internación crónica, ha permitido organizar un tratamiento domiciliario en lugar de la internación en crisis graves, ha movilizó 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, dado un menor uso de los neurolépticos. Uno de los problemas del enfoque reside en garantizar la continuidad psicológica. Los procesos del tratamiento dependen de equipos pertenecientes a diversas entidades y organizar dichos equipos de modo tal que sobrevivan luego de dos o tres años de intensas reuniones es un desafío tanto psicoterapéutico como administrativo.

El DA incorpora una nueva concepción del tratamiento psiquiátrico, la del equipo de trabajo permanente, que puede constituir una experiencia creativa para el personal que debe hacer frente a las crisis más graves. Ya no se trata de una cooperación, en el sentido de que diferentes organismos se reúnen en torno de un paciente, sino de una convivencia entre diferentes organismos, el paciente y la red social que lo rodea.

Referencias bibliográficas

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. y Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A comprehensive family and network centered community psychiatric project. *ISPS: Abstracts and lectures*. 12-16 de octubre de 1997, Londres.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. Londres: Karnac Books.
- Alanen, Y.O, Lehtinen, K., Rääköläinen, V. y Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 363-372.
- Andersen, T. (1995). Reflecting processes; Acts of informing and forming. En S. Friedman (ed.), *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy*. Nueva York: Guilford Publications.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities*. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27: 371-393.
- Anderson C.; Hogarty, G. y Reiss, D. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6: 490-505.
- Bakhtin M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics*. Manchester University Press. Theory and History of Literature, vol. 8.
- Birchwood, M. (1999). Early intervention in psychosis: The critical period. En P. McGorry y H. Jackson (eds.), *The recognition and management of early psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Boscolo, L. y Bertrando. P. (1993). *The times of time*. Nueva York: Norton.
- Boscolo, L. y Bertrando. P. (1998). *Genom tidens lins. Ett nyt perspektiv inom systemisk terapi och konsultation*. Publicado originalmente como *The times of time*. Estocolmo: Mareld.
- Ciampi, L., Dauwalder, H-P., Maier, C. y Aebi, E. (1992). The pilot project "Soteria Bern". Clinical experiences and results. *British Journal of Psychiatry*, 161 (Suppl 18): 145-153.

- Cromby, J. y Nightingale, D.J. (1999). What's wrong with social constructionism? En J. Cromby y D. Nightingale (eds.), *Social constructionist psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Cullberg, J., Thoren, G., Åbb, S., Mesterton, A. y Svedberg, B. (1999). Integrating intensive psychosocial and low-dose medical treatment in a total material of first episode psychotic patients compared to treatment as usual: A 3-year follow-up. En Martindale, B., Bateman, T., Crowe, M. and Margison, F. (eds.), *Outcome studies in psychological treatments of psychotic conditions*. Londres: Gaskell Press.
- Falloon, I. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55: 4-15.
- Falloon, I. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22: 271-283.
- Falloon, J., Boyd, J. y McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- Friedman, S. (ed.) (1995). *The reflecting team in action*. Nueva York: Guilford Press.
- Gergen, K. (1994). *Realities and relationships. Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. Londres: Sage.
- Gergen, K. y McNamee, S. (2000). From disordering discourse to transformative dialogue. En R. Neimeyer y J. Raskin (eds.), *Constructions of disorder*. Washington: American Psychological Association.
- Gleeson, J., Jackson, H., Stavely, H. y Burnett, P. (1999). Family intervention in early psychosis. En P. McGorry y H. Jackson (eds.), *The recognition and management of early psychosis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldstein, M. (1996). Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Clinical Psychopharmacology*, 11 (Suppl 18): 77-83.
- Goodman, L., Rosenberg, S., Mueser, K. y Drake, R. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: Prevalence, correlates, treatment and future research directions. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4): 685-696.
- Greenberg, R. (1999). Common psychosocial factors in psychiatric drug therapy. En M. Hubble, B. Duncan y S.D. Miller (eds.), *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. The voices in treatment meeting: A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. Tesis con resumen en inglés. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130.
- Held, B. (1995). *Back to reality*. Nueva York: Norton.
- Holma, J. y Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19(4): 463-477.
- Jackson, C. y Birchwood, M. (1996). Early intervention in psychosis: Opportunities for secondary prevention. *British Journal of Clinical Psychology*, 35: 487-502.
- Karon, B. (1999). The tragedy of schizophrenia. *The General Psychologist*, 32(1): 3-14.
- Karon, B. y Vandenbos, G. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia. The treatment of choice*. Nueva York: Jason Aronson.
- Keränen J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family-centred psychiatric treatment system. Con resumen en inglés. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93.

- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V. y Syvälahti, E. (2000). Two year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15: 312-20
- McFarlane, W., Link, B., Dushay, R., Matchal, J. y Crilly, J. (1995a). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34: 127-144.
- McFarlane, W., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Matchal, J. y Crilly, J. (1995b). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52(8): 679-687.
- McGorry, P. (1996). Psychoeducation in first-episode psychosis: A therapeutic process. *Psychiatry*, 58: 313-328
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. y Jackson, H. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22: 305-325.
- McGorry, P., Henry, L., Maude, D. y Phillips, L. (1998). Preventively orientated psychological intervention in early psychosis. En C. Perris y P. McGorry (eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice*. John Wiley and Sons.
- Neimeyer, R. A. y Raskin, J. D. (2001). Varieties of constructivism in psychotherapy. En K.S. Dobson (ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Nueva York: Guilford.
- Nightingale, A. (2000). *Genres in dialogue. Plato and the construct of philosophy*. Cambridge: University Press.
- Ogden, H. (1990). On the nature of schizophrenic conflict. *International Journal of Psychoanalysis*, 61: 513-533.
- Penn, P. y Frankfurt, M. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33: 217-231.
- Penn, P. (1998). Rape flashbacks: Constructing a new narrative. *Family Process*, 37, 299-310.
- Ricoeur, P. (1991). Life in quest of narrative. En D. Wood (ed.), *On Paul Ricoeur: Narrative and interpretation*. Londres: Routledge.
- Seikkula, J. (1991). Family-hospital boundary system in the social network. Con resumen en inglés. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 80.
- Seikkula, J. (1993). The aim of therapy is generating dialogue: Bakhtin and Vygotsky in family session. *Human Systems Journal*, 4: 33-48.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. y Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. En S. Friedman (ed.), *The reflective team in action*. Nueva York: Guilford Publications.
- Seikkula, J., Alakare, B. y Aaltonen, J. (2000). A two year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. [Traducido del ruso al inglés por los autores.] *Social and Clinical Psychiatry*, 10: 20-29.
- Seikkula, J., Alakare, B. y Aaltonen, J. (2001). Open Dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology* (en prensa).

- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J. y Rasinkangas, A. (2001). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenic patients. (En evaluación.)
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1978). *Paradox and Counterparadox*. Nueva York: Jason Aronson.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity and neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19: 3-12.
- Shotter, J. (1993a). *Conversational realities*. Constructing life through language. Londres: Sage.
- Shotter, J. (1993b). *Cultural politics of everyday life*. Buckingham: Open University Press.
- Shotter, J. (1996). Vico, Wittgenstein, and Bakhtin: "Practical trust" in dialogical communities. Trabajo presentado en la conferencia "Democracy and Trust", Georgetown, 7-9 de noviembre.
- Shotter, J. (1997). Life inside the dialogically structured mind: Bakhtin's and Voloshinov's account of mind as out in the world between us. En J. Rowan y M. Cooper (eds.), *The plural self: Polyphonic perspectives*. Londres: Sage.
- Smith, C. (1997). Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches. En C. Smith y D. Nylund (eds.), *Narrative therapies with children and adolescents*. Nueva York: Guilford Publications.
- Stern, S., Doolan, M., Staples, E., Szmukler, G. y Eisler, I. (1999). Disruption and reconstruction: Narrative insights into the experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness. *Family Process*, 38: 353-369.
- Trimble, D. (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter*, 7(1): 11-16.
- Van der Kolk, B. y Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4): 505-525.
- Volkov, H. (1974) *Tieteen kehdon ääressä*. Moscú: Kustannusliike Edistys.
- Voloshinov V. (1996). *Marxism and the philosophy of language*. Massachussetts: Harvard University Press, 6a. reimpr.
- Yung, A., Phillips, L., McGorry, P., Hallgren, M., McFarlane, C., Jackson, H., Francey, S. y Patton, G. (1998). Can we predict the onset of first episode psychosis in a high-risk group? *International Clinical Psychopharmacology*, 13 (Suppl 1): S23-S30.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 103-126.