

DIALOGO ABIERTO:
Voces de los clientes como recursos
Jaakko Seikkula

Seikkula, J. & Arnkil, TE: Diálogos abiertos y anticipaciones. Respetando a los demás en el momento presente.



REFERENCIAS

- **Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Keränen, J. & Lehtinen, K.** (2006). Cinco años de Experiencias de un primer episodio de psicosis no afectiva en el Enfoque de Diálogo Abierto: Principios del tratamiento, resultados de seguimiento y dos análisis de casos. *Investigación en Psicoterapia* , 17,
- **Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K.** (2011). El enfoque integral del diálogo abierto I: Desarrollando una cultura integral de un enfoque adaptado a las necesidades en un área de influencia de la salud pública psiquiátrica el Proyecto de Laponia Occidental. *Psicosis*, 3, 179-191
- **Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J.** (2011). El enfoque integral del diálogo abierto (II). Estabilidad a largo plazo de los resultados de psicosis aguda en comunidades de cuidado avanzado: El Proyecto de Laponia Occidental. *Psicosis*, 3, 192-204. DOI:10.1080/17522439.2011.595819
- **Whitaker, R.** (2010). Anatomía de una epidemia. Balas mágicas, medicamentos psiquiátricos, y la sorprendente aparición de la enfermedad mental in America. Nueva York, NY: Crown.

- “... la auténtica vida humana es la composición del diálogo abierto. La vida por su propia naturaleza es dialógica. Vivir significa participar en el diálogo: hacer preguntas, prestar atención, responder, estar de acuerdo, y así sucesivamente. ***En este diálogo una persona participa en su totalidad y con toda su vida: con sus ojos, labios, manos, alma, espíritu, con todo su cuerpo y hechos.*** Invierte todo su ser en el discurso, y este discurso entra en la trama dialógica de la vida humana, en el simposio mundial.” (M. Bakhtin, 1984)

La Psiquiatría en el cambio

- Los hallazgos de la investigación del Cerebro: La medicación neuroléptica puede estar relacionada con la contracción del cerebro (Andreasen, 2011)
- La medicación neuroléptica puede estar relacionada con la mortalidad (Joukamaa, 2006; 2014; 2016)
- Ensayos del placebo en la depresión: No existe un beneficio significativo de los antidepresivos en comparación con placebo en la depresión menor y moderada (Corrado y otros., 2011)

- Sin medicación o una dosis baja para los pacientes tuvieron un mejor resultado social en siete años (Wunderink y otros., 2013: Johnstone, et al.,1990)
- Terapia cognitiva efectiva en psicosis sin medicación neuroleptica (Morrison y otros.,2014)
- "Hablando de la cura" de la psicosis vuelve – 10 enfoques, el Diálogo Abierto (DA) es uno de ellos (Science, 3/2014)

“Los Meta-análisis de los ensayos FDA sugieren que los antidepresivos son solamente marginalmente eficaces en comparación a los placebos y documentar el profundo sesgo de publicación que infla sus aparentes eficacias.

El análisis STAR*D encontró que la efectividad de las terapias antidepresivas era probablemente aún más bajo que aquel modesto reportado por los autores del estudio con una tasa de deserción en aumento a través de cada fase de estudio.

Conclusiones: Los hallazgos revisados abogan por una ***revaloración de la norma actual recomendada para el cuidado de la depresión.***”

H. Edmund Pigott^a, Allan M. Leventhal^b, Gregory S. Alter^a, John J. Boren^b **Eficacia y Efectividad de los Antidepresivos: Estado Actual de la Investigación.**

Psychother Psychosom 2010;79:267-279

Medicación antisicótica

“Un seguimiento más prolongado correlacionado con volúmenes de tejido cerebral más pequeño y volúmenes de fluido cefalorraquídeo más grandes.

La mayor intensidad del tratamiento antisicótico estaba asociada con indicadores de reducción del tejido cerebral generalizado y específico luego de controlar los efectos de los otros 3 predictores. ***Más tratamiento antisicótico estaba asociado con volúmenes de materia gris más pequeños.***

La disminución progresiva del volumen de materia blanca era más evidente entre pacientes que recibieron más tratamiento antisicótico.

La severidad de la enfermedad tenía relativamente modestas correlaciones con la reducción del volumen de tejido, y el abuso de los medicamentos ilícitos/alcohol no tenían asociaciones significativas cuando se ajustaron los efectos de las otras variables.”

Beng-Choon Ho, Nancy C. Andreasen, Steven Ziebell, Ronald Pierson, Vincent Magnotta

Tratamiento Antisicótico a Largo Plazo y Volúmenes Cerebrales *Un Estudio longitudinal de la Esquizofrenia del Primer Episodio Longitudinal Psiquiatría Gen Arch. 2011;68(2):128-137*

Nancy Andreasen en el New York Times

- “P. CUALES SON LAS IMPLICANCIAS POLÍTICAS DE ESTE HALLAZGO?
- R. Implicancia 1: que estos medicamentos tienen que ser utilizados en las menores dosis posibles, lo cual no pasa ahora frecuentemente. Existe una presión económica enorme para medicar a los pacientes muy rápidamente y quitarlos el hospital inmediatamente. Implicancia 2: Necesitamos encontrar otros medicamentos que funcionen en otros sistemas y partes del cerebro. Implicancia 3: Cualquier medicación que utilizamos necesita combinarse con más tratamientos orientados a la no medicación, como terapias cognitivas sociales.” http://www.nytimes.com/2008/09/16/health/research/16conv.html?_r=0

“Necesitamos re-pensar nuestras prácticas”

- Tom Insel: Nuevo procedimiento de medicacion necesitado.
- **[Antisicóticos: Mirando a lo largo](#)**
- Por [Thomas Insel](#). 28 de Agosto, 2013
- <http://www.nimh.nih.gov/about/director/index.shtml>

Robin Murray: Errores Que Cometí En Mi Carrera De Investigación [Mistakes I Have Made in My Research Career] /21.12.2016

Schizophrenia Bulletin

- “En las decadas despues de 1976, invertí mas tiempo y energía de lo que me gustaría recordar, en tratar de encontrar qué causaba los cambios cerebrales en esquizofrenia. Lastimosamente, no me di cuenta que los efectos de factores de riesgo como eventos obstetricos adversos, en la estructura y funciones cerebrales, los cuales pueden verse facilmente en en las muestras de no-esquizofrenicos, 11 están oscurecidos en personas con esquizofrenia ya establecida, por los efectos de antisicoticos y otros factores no específicos. “
- [“In the decades following 1976, I spent more time and energy than I like to recall, trying to find what caused the brain changes in schizophrenia. Sadly, I did not realize that the effects of risk factors such as adverse obstetric events, on brain structure and function, which can be readily seen in nonschizophrenic samples, are obscured in people with established schizophrenia by the effects on antipsychotics and other nonspecific factors”]

Tres hipótesis

- " La Psicosis" Como una categoría no existe
- Los síntomas psicóticos no son síntomas de una enfermedad -
estrategia para que nuestra mente encapsuladas sobreviva a
experiencias extrañas
- La conducta psicótica de muchos años es tal vez más bien un
resultado del pobre tratamiento en dos aspectos
 - todo el tratamiento empieza muy tarde
 - la comprensión del problema que no es adecuada lleva una
respuesta incorrecta

Desafíos para el tratamiento de problemas psicóticos

- Los pacientes se convierten en no escuchados - Ni el paciente ni los miembros de la familia
- Mayor énfasis en el tratamiento de pacientes hospitalizados – pacientes inclinados a la conducta psicótica de otros (J. Cullberg)
- Mayor énfasis en la medicación – aumenta el riesgo de muerte prematura
- Mayor énfasis en poner patologías a los problemas – no se ven los recursos

Se responde a la conducta psicótica

- Más usual de lo que hemos pensado – no sólo pacientes - “la psicosis pertenece a la vida”
- Las alucinaciones incluyen eventos reales en la vida de una – víctima de incidentes traumáticos – no como una razón
- El conocimiento encapsulado – no consiente en lugar de inconsciente – experiencias que aún no tienen palabras
- Escuchar cuidadosamente para entender - garantizar [que todas las voces son escuchadas](#)

Que es el Diálogo Abierto?

- Guías para la práctica clínica
- Análisis sistemático de la propia práctica.
En Tornio desde 1988: El sistema psiquiátrico más científicamente estudiado?
- Capacitación psicoterapéutica sistemática para todo el personal.
En Tornio 1986: Alto nivel educativo del personal?

Orígenes del diálogo abierto

- Iniciado en Laponia Occidental Finlandesa desde comienzos de 1980
- Enfoque Adaptado a la Necesidad – Yrjö Alanen
- Integrando la terapia familiar sistémica y la psicoterapia psicodinámica
- Reunión de tratamiento 1984
- Análisis sistemático del enfoque desde 1988 – “investigación de la acción social”
- Capacitación de la terapia familiar sistémica para todo el personal – desde 1989

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES PARA LA ORGANIZACIÓN DE DIÁLOGOS ABIERTOS EN LAS REDES SOCIALES

- AYUDA INMEDIATA
- PERSPECTIVA DE LA RED SOCIAL
- FLEXIBILIDAD Y MOVILIDAD
- RESPONSABILIDAD
- CONTINUIDAD PSICOLÓGICA
- TOLERANCIA DE LA INCERTIDUMBRE
- DIALOGISMO

AYUDA INMEDIATA

- Primera reunión en 24 horas
- Servicio de crisis por 24 horas
- Todos participan desde el principio
- Se discuten las historias psicóticas en diálogos abiertos con todos presentes
- El paciente llega a algo en lo "aún no se ha dicho"

PERSPECTIVA DE LA RED SOCIAL

- Aquellos que definen el problema deberían ser incluidos dentro del proceso de tratamiento
- Una discusión conjunta y una decisión sobre quien conoce acerca del problema, quien podría ayudar y quién debería ser invitado a la reunión de tratamiento
- Familia, parientes, amigos, compañeros de trabajo y otras autoridades

FLEXIBILIDAD Y MOVILIDAD

- La respuesta adaptada a la necesidad para encajar en las necesidades especiales y de cambio de cada paciente y de su red social
- El lugar para la reunión se decide conjuntamente
- De las instituciones a los hogares, a los lugares de trabajo, a las escuelas, a los centros clínicos, etc.

RESPONSABILIDAD

- El primero en ser contactado es responsable de organizar la primera reunión
- El equipo se encarga de todo el proceso sin tomar en cuenta el lugar del tratamiento
- Todos los temas son discutidos abiertamente entre el doctor a cargo y el equipo

CONTINUIDAD PSICOLÓGICA

- Se forma un equipo integrado, incluyendo tanto al personal de los ambulatorios como de los hospitalizados
- Las reuniones tanto como sean necesarias
- Las reuniones por un largo periodo como sean necesarias
- El mismo equipo tanto en el hospital como en forma ambulatoria
- En la siguiente crisis el núcleo del mismo equipo
- No hacer referencia a otro lugar

TOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE

- Construir un escenario para un proceso lo suficientemente seguro
- Promover los recursos psicológicos del paciente y de aquellos más cercanos a él/ella
- Prevenir decisiones y planes de tratamiento prematuro
- Definir abierto

DIALOGISMO

- El énfasis en generar diálogo - no principalmente en la promoción de cambios en el paciente con la familia
- Palabras nuevas e idioma conjunto para las experiencias, las cuales aún no tienen palabras o lenguaje
- Escuchar lo que dicen las personas no lo que ellos quieren decir

REUNIONES DE DIÁLOGO ABIERTO: Todos participan desde el principio

- Todos participan desde el principio en la reunión
- Todas las cosas asociadas con analizar los problemas, planificar el tratamiento y tomar decisiones se discuten abiertamente y se deciden cuando todos están presentes

Variaciones: Equipo Crucial en Tromso

- Dr. Magnus Hald y Annrita Gjertzen
- Equipo crucial en relación con el pabellón de cuidados intermedios
- Buena fortaleza (n=15/70 000), Trabajo desde las 8 A.M. hasta las 8 P.M. todos los días, guardia nocturna en el pabellón
- Todos los contactos a la psiquiatría aguda a través del equipo
- Procesos reflexivos como la forma de diálogos - uno entrevista, el/los otro(s) escucha(n) y luego comenta(n)
- Capacitación de dos años para el personal (" Relación y Red de Educación")

Variaciones: Unidad Psiquiátrica de Niños y Adolescentes en Gällivare, Suecia

- Dra. Eva Kjellberg
- Sirve para un área grande con 200.000 habitantes
- Casi conectado a la atención social
- Luego de la referencia la primera reunión siempre con la familia, la autoridad que refiere y otros actores relevantes
- La necesidad de un mayor tratamiento disminuye rápidamente cuando la red se moviliza
- Los procesos reflexivos como la forma de diálogo
- Capacitación de dos años

Variaciones: Equipos de Tratamiento en el Hogar en Alemania

- Dr. Volkmar Aderhold y Nils Greve
- Servicios ambulatorios para pacientes agudos en las unidades psiquiátricas (La población puede ser por ejemplo de 200.000 a 300.000)(N= 22 Equipos al momento)
- Práctica manejada por seguros - acuerdos específicos con compañías de seguro de un periodo de proyecto - se inicia la evaluación
- Dos años de capacitación

Variaciones - tres proyectos en los Estados Unidos

- Escuela de Medicina Umass: Fidelidad del Diálogo Abierto
- Nueva York: Proyecto paracaídas - 5 equipos
- Abogada Framingham Massachusetts

1:GARANTIZANDO LA HISTORIA CONJUNTA

- Todos participan desde el principio de la reunión
- Todas las cosas asociadas con analizar los problemas, planificar el tratamiento y tomar decisiones se discuten abiertamente y se deciden cuando todos están presentes
- Ningún tema ni forma de diálogo se planifica por adelantado

2: GENERANDO NUEVAS PALABRAS Y LENGUAJE

- El objetivo principal en las reuniones no es una intervención que cambie a la familia o al paciente
- El objetivo es construir un nuevo lenguaje conjunto para aquellas experiencias, las cuales aún no tienen palabras

3: estructura por el contexto

- La reunión puede ser conducida por un terapeuta o por todo el equipo
- La tarea para el(os) facilitador(es) es (1) abrir la reunión con preguntas abiertas; (2) garantizar que las voces sean escuchadas; (3) establecer un lugar para el diálogo entre los profesionales; (4) concluir la reunión con la definición de la reunión.

4: VOLVIÉNDOSE TRANSPARENTE

- Los profesionales discuten abiertamente de sus propias observaciones mientras la red está presente
- No existe un equipo reflexivo específico, pero la conversación reflexiva se lleva a cabo para cambiar posiciones de entrevista a tener un diálogo
 - - mira a tus colegas - no a tus clientes
 - - positivo, comentarios orientados al recurso
 - - en forma de una pregunta – “Me pregunto si ...”
 - - al final preguntar comentarios a los clientes
- Las reflexiones son para que yo entienda más - no una intervención terapéutica

REUNIONES DE DIÁLOGO ABIERTO: Cómo estructurar

- La reunión puede ser conducida por un terapeuta o el equipo entero puede participar en la entrevista
- La tarea para el(os) facilitador(es) es abrir la reunión con preguntas abiertas; para garantizar que [cada voz sea escuchada](#); establecer un lugar para el diálogo entre los profesionales; concluir la reunión con la definición de lo que hemos hecho.

REUNIONES DE DIÁLOGO ABIERTO: LOS PROFESIONALES DISCUTEN ENTRE ELLOS ABIERTAMENTE

- Los profesionales discuten abiertamente de sus propias observaciones mientras la red está presente
- No existe un equipo reflexivo específico, pero la conversación reflexiva se lleva a cabo para cambiar posiciones de entrevista a tener un diálogo

Sesiones familiares como sintonía rítmica

- Implícito – “ cerebro derecho a cerebro derecho” o más preciso: “ cuerpo a cuerpo”
- En general, los pacientes responden más a *cómo* el terapeuta dice algo a *qué* es lo que el terapeuta dice. Los pacientes asisten principalmente a (a) la prosodia – el timbre y el ritmo de la voz – y también a (b) la postura del cuerpo, (c) gesto y, (d) expresión facial. (Quilman, 2011)

Estudios hasta ahora

- La sincronización de los movimientos del cuerpo incrementa la alianza y el buen resultado (Ramseyer & Tschacher, 2011)
- Las expresiones faciales afectan en secuencias de 15 segundos a dos minutos
- Sonreír como una regulación del afecto tanto en la terapia individual (Rone y otros, 2008) como la de pareja – tríada terapéutica (Benecke, Bänninger-Huber y otros, 2005)
- Las revelaciones terapéuticas pueden estar relacionadas a los cambios ANS

Psicosis y personalización

- Movimiento - afectos - emociones
- En la psicosis más esencial: psicológica así como también comunicativa en la esfera de movimientos personalizados y afectos - menos palabras por emociones relacionadas a pensamientos
- El terapeuta viviendo fácilmente el mismo tipo de afectos corporales sintiendo algo sin palabras - semejanza con los sentimientos/afectos del paciente

Seguimiento de 5 años del Diálogo Abierto en la Psicosis aguda

(Investigación psicoterapéutica de Seikkula y otros, marzo de 2006: 16(2),214-228)

- 01.04.1992 – 31.03.1997 en Laponia Occidental, 72.000 habitantes
- Empezando como una parte del Tratamiento Integrado Nacional Finlandés de la Psicosis Aguda - proyecto del tratamiento Adaptado a la Necesidad
- Estudio naturalista - no un ensayo al azar
- Objetivo 1: Incrementar el tratamiento fuera del hospital en ambientes hogareños
- Objetivo 2: Incrementar el conocimiento del lugar de la medicación - no iniciar la medicación neuroléptico al comienzo del tratamiento sino enfocarse en tratamientos psicosociales activos
- N = 80 al comienzo; n=80 a los 2 años; n= 76 a los 5 años
- Entrevistas de seguimiento en los foros de aprendizaje

La práctica dialógica es efectiva

Diálogos Abiertos en Tornio – Seguimiento de 5 años 1992- 1997 (Seikkula y otros, 2006):

- - 35 % utilizaba medicamentos antipsicóticos
- - 81 % sin síntomas psicóticos restantes
- - 81% regresaron a su empleo de tiempo completo

COMPARACIÓN DE LOS SEGUIMIENTOS DE 5 AÑOS EN LAPONIA OCCIDENTAL Y ESTOCOLMO

| | ODAP en Laponia Occ 1992-1997 N = 72 | Estocolmo* 1991-1992 N=71 |
|--|--|---------------------------------|
| Diagnóstico: | | |
| Esquizofrenia | 59 % | 54 % |
| Otras psicosis no afectivas | 41 % | 46 % |
| Edades medias | | |
| femenino | 26.5 | 30 |
| masculino | 27.5 | 29 |
| Días de hospitalización media | 31 | 110 |
| Neurofármacos usados | 33 % | 93 % |
| - en proceso | 17 % | 75 % |
| GAF en f-u | 66 | 55 |
| Permiso por incapacidad o permiso por enfermedad | 19 % | 62 % |

- *Svedberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). Primer episodio de psicosis no afectiva en una población urbana total: seguimiento de 5 años. Psiquiatría Social, 36:332-337.

Resultados estables 2003 – 2005 (Aaltonen y otros, 2011 y Seikkula y otros, 2011):

- - DUP disminuido a tres semanas
- - como 1/3 utiliza medicamentos antipsicóticos
- - 84 % regresó a su empleo de tiempo completo
- - unos cuantos pacientes nuevos de esquizofrenia: la incidencia anual bajó de 33 (1985) a 2-3/100.000 (2005)

20 year follow-up of Open Dialogue in Western Lapland (Tomi Bergström et al, 2017)

- 65/ 99 were living all their life in Open Dialogue treatment area in Western Lapland
- More severe problems compared to those moved away
- 26% neuroleptic at start; 34% at the follow-up
- Mean 5 years, variation 2 to 8 years

Por qué la práctica dialógica es tan efectiva?

1. Respuesta inmediata – haciendo uso de los elementos emotivos y afectivos de la crisis
2. Red social incluida en todo y por lo tanto polifónica en dos aspectos: tanto horizontal como vertical
3. Enfoque en el diálogo en la reunión: que todas las voces sean escuchadas y por lo tanto trabajen juntas
4. Evitar la medicación que altere el sistema nervioso central – medicación antipsicótica relacionada al encogimiento del cerebro (Andreassen y otros, 2011) y disminuye los recursos psicológicos (Wunderink, 2013)

“el amor es la fuerza de la vida, el alma, la idea. No existe relación dialógica sin amor, así como tampoco existe el amor en aislamiento. El amor es dialógico.”

“Love is the life force, the soul, the idea. There is no dialogical relation without love, just as there is no love in isolation. Love is dialogic.”

Patterson, D. (1988) Literature and spirit: Essay on Bakhtin and his contemporaries, 142)