

LOS ELEMENTOS CLAVES DE LA PRÁCTICA DIALÓGICO EN EL DIÁLOGO ABIERTO: CRITERIOS DE FIDELIDAD

Mary Olson, Ph.D.*

Jaakko Seikkula, Ph.D.#

Douglas Ziedonis, M.D., MPH*

* University of Massachusetts Medical School, USA

University of Jyväskylä, Finland

Una beca dada por la Fundación para Excelencia en el Cuidado de Salud Mental al Dr. Ziedonis de la Facultad Medicina de la Universidad de Massachusetts ha apoyado esta obra.

El propósito de este documento es apoyar el desarrollo de una práctica de Diálogo Abierto para equipos completos que participan en reuniones de Diálogo Abierto, para fines de supervisión y entrenamiento, y para ayudar en las investigaciones sistemáticas. Estos equipos también pueden usarse para la “auto-reflexión” de un profesional particular.

Los autores comparten los derechos de autor de esta obra. El material puede distribuirse en su conjunto con el permiso de los autores. Favor de comunicarse con Dr. Ziedonis si le interesa traducir esta obra a otro idioma.

Douglas.Ziedonis@umassmemorial.org

Esta obra debe citarse así:

Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.

2 de setiembre 2014
Versión 1.1

Introducción

“La Práctica Dialógica” surgió del “Diálogo Abierto” como un enfoque para ayudar a que personas y sus familias se sientan respetadas y que se hayan sido oídas y validadas. Comenzando en 1984, en el Hospital Keropudas en Tornio, Finlandia, el personal ya entrenado en la terapia de la familia decidieron cambiar la manera en que se manejaba la hospitalización de pacientes ingresados. Siguiendo el trabajo de la obra de Yrjö Alanen \ (1997), cambiaron su forma de responder a emergencias intensivas, haciendo reuniones de la red, en la que se reunían la persona afligida, su familia, y otros apoyos naturales, y cualquier profesional involucrado, antes de llegar a una decisión de hospitalización. Con esto nació una nueva práctica abierta que se evolucionó - en conjunto con la innovación clínica continúa, el cambio de organización, y la investigación - sobre lo que ha venido a conocerse como “El Diálogo Abierto”, lo que así llegó a definirse en 1995 (Aaltonen Seikkula, & Lehtinen, 2011; Seikkula et al 1995). Lo ‘abierto’ del Diálogo Abierto se refiere a la transparencia de los procesos de planear la terapia y llegar a decisiones, lo que ocurre con todos presentes. (No quiere decir que las familias se vean forzadas a hablar sobre asuntos sobre los que los terapeutas crean que deben ser abiertos). Desde el inicio, esta estrategia de la red era para toda situación de tratamiento. Por un período de diez años, la unidad en Tornio, con anterioridad para ingresados, se transformó en un sistema psiquiátrico comprensivo con continuidad de cuidado por lo largo del marco de la comunidad y ingresados y ambulatorios.

Así que la práctica del Dialogo Abierto tiene dos características fundamentales: (1), un sistema de tratamiento integrado y basado en la comunidad que entabla a las familias y las redes sociales desde el mismo inicio de que busquen ayuda; y (2), una “Practica Dialógico”, o sea una forma distinta de conversación dentro de la ‘reunión de tratamiento’. Este documento actual divide la Práctica Dialógica en doce elementos que reseñan el enfoque del terapeuta o de los terapeutas en la reunión de tratamiento a la persona, su red y todos que le ayudan.

La reunión de tratamiento constituye el contexto terapéutico clave del Diálogo Abierto, reuniendo a los profesionales y la red en una iniciativa colaboradora. Así, la Practica Dialógica se arraiga en el servicio psiquiátrico más amplio que comparte sus hipótesis, porque es preciso

tener los dos aspectos. El enfoque del Diálogo Abierto es integrante, dentro del cual se pueden agregar otras modalidades terapéuticas (Ziedonis, Fulwiler, Tonelli, 2014; Ziedonis et al., 2005; Ziedonis 2004) adaptadas a las necesidades de la persona y la familia, como parte de una 'red de tratamiento' flexible y que se evoluciona (Hald, 2013; Seikkula & Akil 2015).

Hay siete principios básicos de Diálogo Abierto, que forman los lineamientos fundamentales que el equipo finlandés propuso inicialmente (Seikkula et al., 1995). Los principios se encuentran en la tabla abajo:

TABLA 1 Los Siete Principios de Dialogo Abierto
AYUDA INMEDIATA
PERSPECTIVA DE RED SOCIAL
FLEXIBILIDAD Y MOBILIDAD
RESPONSABILIDAD
CONTINUIDAD PSICOLÓGICO
TOLERANCIA DE INCERTIDUMBRE
DIÁLOGO (& POLIFONÍA)

Relevantes así al Diálogo Abierto como forma de terapia como al sistema de cuidado, estos siete principios representan una colección amplia de valores, en las que se basan los doce elementos de Práctica Dialógica de fidelidad más finamente enfocados. Para fines de esta exposición sobre la Práctica Dialógica, los dos principios de 'diálogo (polifonía)' y 'tolerancia de incertidumbre recibirán atención especial como la fundación de la conversación terapéutica dentro de la reunión sobre tratamiento. Los otros cinco de los siete principios, que enfatizan las características organizativas del sistema, serán explicados en otro documento sobre el cambio organizativo y las características de fidelidad del sistema (Ziedonis, Seikkula, & Olson, en preparación). Este documento sobre cambio organizativo describirá las maneras diferentes en que los principios del Diálogo Abierto y la reunión de tratamiento han sido integrados a la práctica clínica, programas de tratamiento, agencias, y sistemas de cuidado.

En este documento actual sobre la Práctica Dialógica, no se tratan todos los siete principios básicos de Diálogo Abierto en pleno detalle; sin embargo, se encuentran elaborados en otros documentos fácilmente accesibles (Seikkula & Arnkil, 2006; Seikkula & Arnkil, 2014). La

exposición siguiente se enfocará en los doce elementos claves de fidelidad a Practica Dialógica que caracterizan el estilo terapéutico, interactivo de Diálogo Abierto en los encuentros de cara a cara dentro de la reunión de tratamiento.

PRÁCTICA DIALÓGICA: UNA BREVE RESEÑA

Estar en un diálogo transformador con la gente requiere la presencia, y la atención al momento vivo sin hipótesis preconcebidas ni agenda específica. El arte y la habilidad de Práctica Dialógica quiere decir que las comunicaciones de los terapeutas no son formuladas. EL Dialogo Abierto significa poder escuchar y adaptarse al contexto y lenguaje particulares de cada intercambio. Por esta razón, no es posible hacer aquí recomendaciones específicas de antemano para las sesiones ni para las fases invariables del proceso de tratamiento. De hecho, prescribir esta forma de estructura detallada podría trabajar en contra del proceso de Diálogo Abierto. Lo que provee las posibilidades de cambio positivo es la interacción singular entre el grupo singular de participantes participando en una conversación terapéutica que inevitablemente es idiosincrásica.

Al mismo tiempo, hay elementos sistemáticos de Práctica Dialógica. De esta manera, hay una paradoja. A la vez que es singular cada diálogo, hay elementos distintos, o acciones de conversación de parte de los terapeutas, que generan y promueven el flujo de diálogo y que, a su turno, ayudan a movilizar los recursos de la persona en en centro de la preocupación y de la red. Es esto lo que queremos decir con 'elementos claves'. Serán descritos y definidos abajo.

Práctica Dialógica se basa en una forma de interacción, en la que la característica básica es que cada participante se sienta que le oigan y le respondan. Enfatizar el escuchar y el responder conduce a la co-existencia de 'voces' o puntos de vista múltiples, separadas e igualmente válidas dentro de la reunión de tratamiento. Esta multiplicidad de voces dentro de las redes es lo que Bakhtin denomina 'la polifonía'. Dentro del contexto de una crisis tensa y severa, este proceso puede ser complejo, necesitando sensibilidad en animar las voces de los que mantienen silencio, los menos habladores, los vacilantes, los apabullados o difíciles de entender. Dentro de una 'conversación polifónica' hay espacio para

cada voz, reduciendo así el espacio entre los que supuestamente están 'enfermos' y los que están 'bien'. El intercambio de colaboración entre todas las distintas voces teje comprensiones nuevas, y más compartidas a las que cada uno contribuye un hilo importante. Esto resulta en una experiencia que Bakhtin describe como 'sin rango'.

Como se dijo arriba, al llamar 'dialógica' una secuencia, queremos decir que la secuencia tiene la potencial de que una persona se sienta oída, lo que es el inicio de cualquier cambio. Evaluar la calidad dialógica de una conversación quiere decir, ante todo, evaluar la receptividad de los terapeutas. Muchas veces uno de los primeros pasos es que uno de los terapeutas interactúa con la persona al centro de la crisis, de un modo cuidadoso, detallado y con intercambio mutuo entre los dos. El propósito es escuchar y, si es necesario, ayudar a encontrar las palabras para la angustia de la persona, encarnada en los sentidos, y evolucionar hacia un lenguaje común. Como se ilustra abajo, recibir aporte de la red facilita a que se ilumine la naturaleza de la crisis. El terapeuta dialógico invita a cada persona en la reunión a compartir su perspectiva y los varios asuntos que surgen durante la conversación. En vez de analizar las habilidades de los terapeutas en términos de la manera en que conducen una metodología estructurada de entrevistar, el criterio principal muchas veces es la manera personal en que responden los terapeutas a lo que pronuncian la persona y los demás presentes en la reunión.

Responder y Reflexionar

Hay dos habilidades fundamentales necesarias para que los profesionales clínicos hagan la Práctica Dialógica: la de responder y la de reflexionar (Rober, 2005). La habilidad de responder es un proceso de tres partes que se aplica a la manera en que todos los elementos de fidelidad se utilizan. Este proceso debe estar presente para que se llame dialógico el intercambio. En definir la calidad de la acción del terapeuta, uno debe mirar (1) lo vocalizado inicialmente por el cliente; (2) la reacción del terapeuta a la vocalización; y (3) la reacción a la reacción dada. ¿Cómo avanza la reacción del terapeuta la experiencia de cada participante en ser oído, entendido, y reconocido? ¿Cómo generan estos tres pasos que la interacción responda dialógicamente?

Otra habilidad básica de la Práctica Dialógica - la de reflexionar - es la capacidad de entablar una conversación que sea abierta, participativa, transparente y libre de jerga con la red y con los otros profesionales en la reunión. La habilidad de reflexionar se construye sobre la de responder.

Parentéticamente, 'reflexionar' es diferente de como este mismo término se usa en otras formas de terapia. Por ejemplo, en lo de hacer entrevistas motivadoras, 'reflexionar' se refiere a como el terapeuta escucha activamente lo que dice el cliente. En vez de eso, en la Práctica Dialógica, este término se refiere a la forma en que los profesionales hablan de sus propias ideas ante la familia. Hemos aprendido de otros que esto puede causar confusión, a que muchos terapeutas interesados en Práctica Dialógica también han sido entrenados en entrevista motivadoras.

Monólogo y Diálogo

La reunión de tratamiento del Diálogo Abierto incluye la comunicación así monológica como dialógica. Las secuencias en diálogo así llamadas 'monológicas' son necesarias para llegar a acuerdos prácticos, o para obtener nueva información que puede ayudar a tener una comprensión más completa de la situación. Comunicación monológica para nosotros quiere decir que hay secuencias en las que los terapeutas mismos introducen temas para la conversación. Tales secuencias so el recoger información, proveer consejos, planear tratamiento, o, dicho de otra manera, iniciar nuevos sujetos para discutir que no se construyeron en lo que el cliente u otro participante haya dicho antes (Seikkula, 2002). En la reunión de tratamiento de Diálogo Abierto, hasta la tercera parte (1/3) de la conversación puede ser monológica, para quedarse consecuente con el enfoque y la conducta de una reunión efectiva. El monólogo puede referirse a la naturaleza de comunicación, o dentro de la red social o entre los expertos y la red.

Dicho esto, hay una diferencia entre la comunicación monológica como se describe arriba, y lo que significa el término 'conversación monológica'. Este se refiere a la manera institucional de hablar, en la que hay un experto privilegiado, de arriba abajo, sino uno que escucha y

contribuye. En vez de mantener un diálogo entre los varios participantes, de los que todos se ven legítimos e iguales, un enfoque totalmente monológico va en contra de un proceso de mayor colaboración que puede conllevar a la creatividad y a nuevas ideas. Para explicar más a fondo este contraste, es provechoso referirse a la traducción hecha por John Shotter (2004) de conversación 'dialógica' contra 'monológica' a los términos más accesibles de 'pensar *con*' en vez de 'pensar *acerca*' (Hoffman, 2007). En nuestra experiencia clínica, la forma primera de pensar y practicar suele a abrir más posibilidades en las crisis psiquiátricas y a descongelar situaciones en sentido opuesto de ser crónicas.

En lo que sigue, describiremos cada uno de los elementos de fidelidad de la Práctica Dialógica en Diálogo Abierto y daremos ejemplos clínicos para ilustrarlos. Los ejemplos provienen de las sesiones terapéuticas del primer y segundo autor, trabajando junta y separadamente. Bien que cada sesión incorpora estos elementos, hemos optado por incluir ilustraciones de varias familias. La razón por esto es para dar sentido a las varias clases de problemas y situaciones que hemos abordado. También hay en el Glosario adicionales definiciones suplementales y ejemplos de conceptos importantes. Estos doce elementos de fidelidad no son separados, pero muchas veces se sobreponen y ocurren simultáneamente en la práctica actual.

TABLA 2: Los Doce Elementos Claves de Fidelidad a la Práctica Dialógica en el Diálogo Abierto
1. Dos (o más) Terapeutas en la Reunión de Equipo
2. Participación de la Familia y la Red
3. Usar Preguntas Abiertas
4. Responder a lo Vocalizado por el Cliente
5. Enfatizar el Momento Actual
6. Sonsacar Puntas de Vista Múltiples
7. El Uso de un Enfoque Relacional en el Diálogo
8. Responder a la Conversación sobre Problemas Comportamiento de una Manera Precisa y Atenta a los Significados
9. Enfatizar los Propios Cuentos y Palabras del Cliente, pero no los Síntomas
10. Conversación entre Profesionales (Reflexiones) en la Reuniones de Tratamiento
11. Ser Transparente
12. Tolerar la Incertidumbre

Los Doce Elementos Claves de la Fidelidad a la Práctica Dialógica

1. Dos (o más) Terapeutas

El Enfoque del Diálogo Abierto enfatiza la importancia de que se reúnan con la red social varios terapeutas como equipo. Debe haber por lo menos dos terapeutas en la reunión. El esfuerzo combinado es preciso para responder efectivamente a las crisis severas, y agudas y a condiciones crónicas psiquiátricas. Un terapeuta puede entrevistar al cliente o a los clientes, mientras el otro toma una posición de escuchar y reflexionar. O, pueda que los dos terapeutas hagan las preguntas y reflexiones. Así el 'proceso de reflexión' de Tom Anderson (1991) y como también la 'plática reflexiva' de Seikkula & Arnkil (2006) son formatos aceptables y serán descritos más minuciosamente bajo punto #10 abajo. Además, es importante diferenciar el Diálogo Abierto de la terapia electiva, externa, que es servicio de crisis. Durante la última década pasada, la Práctica Dialógica ha sido adoptada a la terapia más ordinaria de parejas y familias (Olson, 2012, Seikkula, 2014), en la cual es posible conducir el Diálogo Práctica como terapeuta único.

Es de notarse que estamos escribiendo un resumen de nuestra experiencia sobre la manera en la que un terapeuta único la Práctica Dialógica, al que haremos referencia aquí cuando se haya terminado.

2. La Participación de Miembros de la Familia y/o de la Red

El entablar con la red se inicia por teléfono cuando el profesional clínico le hace preguntas a la persona que que llame, tales como “¿Quién se preocupa de la situación o ha estado involucrado?” “¿Quién podría ayudar y participar en la primera reunión?” “¿Quién sería mejor que les hiciera la invitación - Usted o el equipo de tratamiento?” Estas preguntas facilitan la participación de la red y también ayudan a que se organice la reunión de una manera no jerárquica, o sea, con aporte del cliente o clientes.

Dando valor a la inclusión de familiares y otros miembros de la red social desde el mero inicio, ellos típicamente se hacen socios importantes en el proceso entero de tratamiento. Al mismo tiempo, hay flexibilidad basada en la voluntad de la persona al centro de tener a sus parientes presentes. El equipo puede reunirse separadamente con varios familiares y miembros de la red cuando no sean factibles reuniones en conjunto, como ocurre a menudo en casos de violencia o abuso.

Como describiremos abajo (bajo Elemento #6), reuniones sin familiares o miembros de la red

involucrados también puede ocurrir en las que el terapeuta hará preguntas que invitan a la persona a comentar sobre lo que piensa que diría el miembro ausente si estuviera presente.

3. El Uso de Preguntas Abiertas

La reunión de tratamiento en sí comienza con preguntas abiertas que hacen los profesionales. Después de presentarse todos, un inicio podría así formularse simplemente preguntando, “¿Quién quisiera comenzar?” O, “¿Cuál sería la forma mejor para comenzar?” Una vez establecida y de esperar este tipo de proceso colaborativo, se lleva adelante naturalmente en reuniones posteriores como un elemento dado por hecho. En la primerísima cita, es importante enfatizar las dos preguntas con las que de costumbre se comienza una reunión de Diálogo Abierto y que fueron sugeridas por Tom Anderson (1991). Ellas son: (1) “¿Cuál es la historia de la idea de venir aquí ahora?” Y, “¿Cómo quieren Uds. usar esta reunión?”

De esta manera, hay tres sub-categorías de preguntas abiertas a la que quisiéramos dirigirnos. Primero, hay la base de las ‘dos preguntas’ al mero inicio de la reunión; segunda, hay el uso de la segunda de esas preguntas en cada reunión, y tercera, la practica en desarrollo de preguntas abiertas por todo el proceso de tratamiento.

A. La Historia de la Idea de la Reunión?

“Cuál es la historia de la idea de la reunión? Esta pregunta generalmente ocurre solamente en la reunión inicial y ocurre al principio. Pero, según la naturaleza del ingreso, también puede ocurrir más adelante en la reunión inicial. Puede formularse de varias maneras y se hace al principio a todos los reunidos, y no a una sola persona. “¿Cómo tuvo Ud. la idea de tener esta reunión?” Alternativamente, es posible empezar con la pregunta, “¿Quién fue el primero que tuvo la idea de esta reunión?” Existe una gama de posibles preguntas posteriores diseñadas a involucrar a todos los presentes: “¿Cómo se dieron cuenta los demás sobre esta idea? ¿Qué pensó Ud. en cuanto a venir aquí ahora? ¿Quién fue el que más estuvo de acuerdo con la idea de contactar el equipo, y quién menos? ¿Qué quisiera Ud. lograr?”

Es importante que todos tengan chance de presentar sus ideas sobre la reunión. Al mismo tiempo, si a cualquier momento alguien no quiere hablar, es de igual importancia que no sea forzado a hablar.

Esta clase de pregunta invita a que la gente hable en una voz pensativa. 'Pensativa' según nosotros quiere decir pedir a la gente a que hable sobre sus propios propósitos, intenciones y metas respecto a la decisión de buscar ayuda. Empezando de esta manera, la primera pregunta se dirige al contexto inmediato y es neutral en cuanto dar alguna definición al problema o síntoma. Así esto anima a la gente a describir la situación que precede la reunión y las personas importantes involucradas. A pesar de enfatizar la historia, la pregunta da entradas múltiples al momento actual. Anderson (1991) escribe, "La idea detrás de esta pregunta es llegar a un entendimiento sobre cuánto se comprometen los presentes a la idea de estar presente (p. 159)." Muchas veces, los varios participantes, al hacerles la pregunta, expresan puntos de vista diferentes sobre su compromiso por ser presentes, lo que es importante saber, sobre todo cuando la idea de terapia en sí puede implicar terreno disputado. Otras veces, esta pregunta puede identificar un recurso posible al identificar a personas que no están presentes pero que podrían ayudar. Esta pregunta no tiene un solo significado o efecto, y a veces ocurre algo totalmente no anticipado.

B. ¿Cómo les Gustaría Usar esta Reunión?

La segunda pregunta es "¿Cómo les gustaría usar esta reunión?" La pregunta puede formularse de varias maneras. Igual como la pregunta anterior, la segunda pregunta se dirige a todos los reunidos, y no a una sola persona. Al mismo tiempo, es importante dar a todos el chance de responder a esta pregunta.

Esta segunda pregunta se hace en la primera reunión y, con alguna variación, en todas las reuniones posteriores. Generalmente esta pregunta ocurre al comenzar la reunión. Hay veces que viene después, así que depende de que el terapeuta sea sensible a los matices de cómo se desarrolla cada reunión.

Esta pregunta se basa en el razonamiento que en la Práctica Dialógica, son los clientes y no los profesionales, quienes determinan principalmente el contexto de cada reunión. O sea, hablamos de lo que los clientes quieren hablar. Por esta razón, en cada reunión el terapeuta le pregunta al cliente que de qué quieren ellos hablar. Con el tiempo, con tales repeticiones, la segunda pregunta puede llegar a ser más implícita, en vez de expresada directamente.

Ejemplo de Caso de las Dos Preguntas: La Familia L.

La familia L. consistía en David, 59 años de edad, un paralegal, su esposa, Tracy, de 56 años, terapeuta ocupacional, y su hijo, Jack de 30, quien raramente hablaba y vivía con sus padres. Jack fue hospitalizado por la depresión por primera vez a la edad de 15. Ha recibido diagnosis múltiples por los años (psicosis NOS, desorden esquizo-afectiva y esquizofrenia) y había estado recibiendo servicios de salud mental hasta hace varios años. La primera reunión de Diálogo Abierto con esta familia se comenzó con dos terapeutas y los padres sentados en un círculo, a la vez que Jack optó por sentarse en una silla un poco afuera del arreglo, escuchando, al parecer, a veces, comunicando con presencias invisibles. Se cambiaron cortesías al comienzo y entonces uno de los terapeutas empezó, señalando el inicio de la conversación terapéutica:

Terapeuta #1: “Bueno, aquí estamos. ¿Debemos comenzar?”

Terapeuta #2: “Sí, comencemos”.

Los terapeutas se presentaron a Jack a preguntaron a los padres si estaba de acuerdo en ser referidos por sus nombres. Terapeuta 1 dijo, “Jack, ¿prefiere quedarse donde está, escuchando?” Su madre sugirió a Jack que se juntara con ellos, pero Terapeuta 1 indicó que no le importaba que Jack se quedara donde estaba, si esa era el lugar donde se sentía más cómodo. Entonces Terapeuta 1 hizo la primera pregunta:

Terapeuta 1: Bueno, ¿Hay una historia detrás de esta reunión? ¿Fue que Ud. me escribió? ¿O cómo fue? Alguien escribió . . .

David: Yo escribí . . .

Terapeuta 1: Así que Ud. me escribió. OK.

David: Les escribí a los dos (mirando al Terapeuta 2). Recibí las direcciones de email de sus universidades. De hecho, fue Tracy que preparó la primera carta. Fue una decisión mutua.

Tracy: Le dije que la puliera . . .

David: No anticipaba una respuesta directa.

Terapeuta: Ajá. No anticipaba una respuesta directa.

Entonces el padre elaboró que había estado buscando en el internet una alternativa a la clase de cuidado psiquiátrico que su hijo había abandonado unos años antes. Hubo descripciones largas de las experiencias negativas con profesionales. Jack se puso inquieto y comenzó a salir de la sala.

Terapeuta 1 (dirigiéndose a Jack que está parado a la puerta): ¿Cuándo supo por primera vez lo de venir acá?

El terapeuta hizo la pregunta de varias maneras, y los padres repiten la pregunta hasta que Jack contestó: "Hace tres días".

Unos minutos después el terapeuta hace la segunda pregunta:

Terapeuta 1 (mirando a Tracy): ¿Cómo piensa Ud. es mejor usar este tiempo aquí ahora?

Tracy. ¿Es difícil para nosotros saber lo mejor para Jack? Es en eso que más estamos pensando ahora. Es por eso que pensamos que esta clase de psico-tratamiento sería mejor. Que podría abrirle más a . . . (buscando palabra)

Terapeuta 2: ¿A la comunidad? (Una palabra que Tracy había usado antes).

Tracy: Sí, gracias, a la comunidad.

De estas dos preguntas los terapeutas saben que los dos, el padre y la madre, estaban comprometidos, en vez de estar indecisos, con la idea de hacer el Diálogo Abierto, y compartían la motivación para ayudar a su hijo. Había evidencia de que Jack no se oponía a la idea, ya que vino con ellos voluntariamente. Estas preguntas abrieron una ventana de que los padres juntos comprendían que era 'más de Jack', a quien el sistema de salud mental había definido como crónico y sin remedio. Este pasaje también sirve de muestra de hacer contacto con cada persona cerca del inicio de la reunión y de permitir que cada persona tenga voz en relación al tema de la conversación, concretamente, la naturaleza de la reunión.

Después de comenzar con las preguntas antes mencionadas, es importante durante toda la reunión tener en mente cómo formular las preguntas de una manera abierta, para que los clientes tomen la iniciativa de hablar acerca de lo que consideran importante, así como la manera en que les gustaría platicar sobre ello. Para los terapeutas, esto quiere decir que guían el proceso dialógico, sin determinar ni seleccionar los temas, sino por su modo de responder a lo vocalizado por los clientes. En la siguiente selección, y a través de este documento, se darán ejemplos de esta clase de indagación abierta, o sea, sin meta reestablecida.

4. Responder a lo Vocalizado por los Clientes

El terapeuta promueve el diálogo respondiendo a lo vocalizado por los clientes, comúnmente por medio de tres maneras que invitan una respuesta más a fondo. Esto incluye (A) el usar las mismas palabras del cliente; (B) el escuchar con sensibilidad; y (C) el mantener la afinación a lo expresado no verbalmente, incluyendo el silencio.

A. El Uso de las Palabras del Cliente

El profesional queda atento a lo que dice el cliente e integra las mismas palabras y frases a sus respuestas. El ejemplo arriba demuestra cómo hacen esto los terapeutas, escuchando atentamente a lo que dicen los clientes y repitiendo las mismas palabras del cliente al hacer preguntas o comentarios. Lo que ha dicho el cliente se incorpora - usando las mismas palabras - a las respuestas de los terapeutas. Aquí hay un fragmento de la familia L. de David, Tracy y Jack que ocurrió en la reunión inicial descrita arriba.

Ejemplo de Caso del Uso de las Palabras de los Clientes: La Familia L.

David: No anticipaba recibir una respuesta directa.

Terapeuta: Sí. No anticipaba una respuesta directa.

David: No anticipaba una respuesta. Yo sabía que había un programa de entrenamiento en el Diálogo Abierto. No creía que sería una posibilidad directa. Creía que tal vez me diría Ud. que en un momento en el futuro. Me fue sorpresa. Me hizo pensar que yo iba por el camino correcto.

B. Escuchar con Sensibilidad para Crear Espacio para Historias que no se Hayan Contado Todavía

La práctica de repetir palabras conduce naturalmente a 'escuchar con sensibilidad' o escuchar sin agenda específica. Escuchar con sensibilidad muchas veces crea una atmósfera en la que los clientes empiezan a contar historias personales que no han compartido con otros - o que comparten con dificultad - especialmente con profesionales. Hay evidencia de que las respuestas de los terapeutas son eficaces, por ejemplo, cuando se ha experimentado cambio durante una reunión hacia una atmósfera más tranquila. La conversación tiene pausas, silencios, y más exploración y reflexión sobre asuntos y preocupaciones en la fluctuación dialógica.

En la reunión con la familia L. de David, Tracy y Jack, los terapeutas escucharon con sensibilidad. Repitieron las palabras, o, con preguntas pequeñas, invitaron perspectivas alternativas y más esperanzadoras (juntamente con muchos 'Mhms'). En respuesta, los padres elaboraron sobre las cualidades de su hijo que les daban esperanza. Relataron varias historias cruciales e inesperadas que los terapeutas jamás podrían haber anticipado. Por ejemplo, los padres relataron como Jack había salvado la vida de una mujer en la comunidad de residencia donde vivía, informando al personal que ella estaba suicida. Esta historia positiva y otras,

contadas durante la sesión, caracterizaban a Jack como una persona capaz de ayudar y proteger a otros, y no solamente como una persona que el mismo necesitaba ayuda y protección. Al relatarse estas historias y ser escuchadas por los profesionales del Dialogo Abierto, se constituyó una identidad más positiva, y nuevas posibilidades se revisaron para la recuperación de Jack, que no se habían captado en sus diagnosis.

C. Afinación no Verbal, incluyendo los silencias

El terapeuta muestra afinación a las comunicaciones analógicas (no verbales). Es preciso prestar mucha atención a lo que se comunica por medio de los canales de base corporal, así como las palabras. Aquí hay un ejemplo de la reunión arriba cuando el terapeuta, a un momento más tarde de la reunión, vuelve a dirigirse a su primer encuentro con Jack:

Ejemplo de Caso de Responder a Comunicaciones Corporales: la Familia L.

Terapeuta1 (dirigiéndose a Jack): Cuando me encontré con Ud. por primera vez en la recepción, y le estreché la mano. Me dijo, 'No, no aprieto las manos . . .'
¿Me puede ayudar un poquito . . . por qué no aprieto las manos?

Jack: No tenía ganas de tocarle.

Terapeuta 1: O, no quería tocar.

Jack: No.

En el ejemplo arriba, este intercambio produjo de Jack una preferencia claramente verbalizada, en contraste con expresar su voz en la reunión principalmente por medio de gestos, como sentarse fuera del círculo o saliendo de la sala cuando surgían cuestiones sensibles. Al mismo tiempo, aunque tales comportamientos analógicos (no verbales) pueden verse como síntomas, se respetan como comunicaciones importantes dentro de la reunión.

De esta manera, los terapeutas se dan cuenta de los gestos y movimientos de los clientes, su respiración, cambio en su tono de voz, modulación vocal, expresiones de la cara, y el ritmo en que hablan cambios en ese ritmo. Si la pregunta del terapeuta provoca una pausa en la respiración de cliente, esto es significativo. Puede indicar que la pregunta fue demasiado difícil o retadora, y, por lo tanto, bloqueaba la posibilidad de que surgieran nuevos significados.

Permitir que haya silencios en la conversación terapéutica puede ser otra forma de afinación

terapéutica, ya que el silencio muchas veces ofrece un prelude creador a historias no relatadas y que salgan nuevas voces. El período permisible de silencio no puede cuantificarse, pero tiene que sentirse desde el interior de contexto compartido. Tales índices son imprescindibles para que los terapeutas se den cuenta y sepan cómo responder a lo vocalizado por el cliente, con la esperanza de comprender al máximo su significado.

5. Enfatizar el Momento Actual

El profesional enfatiza el momento actual de la reunión. Hay dos partes a esto, relacionadas entre sí: (A) responder a las reacciones inmediatas que ocurren en la conversación; y (B) dar espacio a las emociones que surgen.

A. Responder a Reacciones Inmediatas

Esto quiere decir una preferencia para responder a las reacciones inmediatas del cliente en el momento actual de las interacciones terapéuticas, en vez de lo que ellos relatan de lo ocurrido afuera de la sala de terapia. Un ejemplo sencillo de esto en la reunión descrita arriba de Jack y su familia es el intercambio de estrecharse las manos.

B. Permitir que Surjan Emociones

Una dimensión más compleja de enfatizar el momento actual se desarrolla si hablar de un asunto delicado le conmueve al cliente. Al surgir emociones como tristeza, enojo, alegría, la tarea del terapeuta es dejar espacio a salvo para ellas, pero sin dar una interpretación inmediata a tales reacciones emocionales. Aquí hay un ejemplo de esto último:

La Pareja V.: Enfatizar el Momento Actual Cuando están Presentes las Emociones

Margaret era una mujer de 25 años que ha estado recibiendo beneficios de incapacidad por depresión. Ella y su esposo Henry llegaban a la segunda sesión de terapia de pareja. La primera sesión se había enfocado en el síntoma de Margaret de depresión severa. El principio de la segunda sesión parecía algo caótica y tensa. El terapeuta se acordaba de la manera en que Margaret y Henry, que estaban unos 5 minutos tardes, entraron al edificio. Parecía que hubo una conmoción, y Henry tuvo que persuadir a Margaret, que parecía bastante molesta y agitada, a entrar a la oficina. El terapeuta le preguntó a Henry cómo estaba 'Bastante bien', contestó. El terapeuta se volvió hacia la esposa:

T1: 'Y Margaret, ¿cómo está Usted?'

M: 'Bueno, yo me siento diferente. No quería venir aquí ahora. Generalmente no estoy como esto . . .'

T1: No quería venir aquí ahora. ¿Por alguna razón específica?'

M: Creo que simplemente he estado trabajando demasiado, y estoy cansada.

T1: Mhm.

Parecía contener la respuesta de Margaret tres declaraciones desconectados. La respuesta del terapeuta - '¿No quería venir aquí ahora?'- respondió a una cosa que Margaret había dicho, pero no a las otras dos. No fue comentario sobre la emoción demostrada, pero fue dirigida a la preocupación más activa del momento actual, 'el no querer venir', lo que fue una invitación a estar en diálogo.

6. Sonsacar Puntos de Vista Múltiples: Polifonía

El Diálogo Abierto no busca el consenso, sino la yuxtaposición y el intercambio creador de voces y puntos de vista múltiples, aun si están en tensión entre personas o dentro de la persona. Hay dos dimensiones a la multiplicidad de puntos de vista y de voces, o polifonía: (A) exterior y (B) interior. En la polifonía exterior, el terapeuta envuelve a todos en la conversación, estimulando a que se oigan y se respeten todas las voces, a la vez que el terapeuta, integrando lenguaje incongruente y manejando diálogo en lugar de monólogo. En la polifonía interior el terapeuta escucha a cada persona y le anima a hablar de su propio punto de vista y experiencias de maneras complejas.

A. Polifonía Exterior

Se debe escuchar a todos y darles la posibilidad de hablar, no solamente a la persona a quien se identifica con problemas o síntomas. Al experimentando, o 'viviendo dentro de,' la polifonía de voces dentro la reunión, una multiplicidad de voces, el profesional debe estar sensible a todos los presentes y oír de todos acerca de los temas importantes bajo discusión. En el primer ejemplo de la familiar de David, Tracy y Jack, así como también el segundo ejemplo de la pareja, Margaret y Henry, los terapeutas se aseguraron de que a cada persona se le diera el chance de hablar. Con la familia de Jack, se entretejió las voces diferentes a un entendimiento

común de su aislamiento colectivo, no simplemente enfocando al dilema de Jack. Aquí hay otro ejemplo de la terapia de Margaret y Henry.

Ejemplo de Caso de Polifonía Exterior de la Pareja V.

En la segunda sesión, Margaret y Henry progresaron de un estado de agitación y conflicto en alza al surgimiento de una interacción más constructiva que terminó con la discusión abierta de sus diferencias. Como describimos, Margaret empezó la sesión en un estado trastornado y agitado. Dijo temprano en la sesión que su esposo nunca estaba en casa. El terapeuta respondió repitiendo las palabras de ella con una entonación de voz y manera directa igual a la intensidad emocional de ella: “¿Qué quiere decir ‘nunca’?” Después de este comentario, hubo un cambio palpable. En vez de seguir mostrando un sentido creciente de miseria, Margaret empezó a hablar con más respeto al terapeuta, como si de repente sintiera que había posibilidad de que se oyera su voz en la sesión. Henry también cambió después del comentario del terapeuta y comenzó a expresarse más claramente en una voz resuelta desacordando con la de su esposa. Antes de este intercambio, los comentarios de Henry eran casi incomprensibles. Al seguir el terapeuta a entablar cada pareja de una manera receptiva, se surgió un diálogo, no sólo entre el terapeuta y cada pareja, sino entre la pareja misma. Por primera vez comenzaron a hablar de posiciones distintas de ‘yo’, dirigiéndose a la pareja como ‘tu’. Podían mantener la claridad de su propia perspectiva separada y escuchar y oír la perspectiva de la otra persona. Aunque no estaban de acuerdo al inicio, sin embargo, empezaron a negociar hacia crear con el tiempo una nueva solución a su conflicto central.

De esta manera, una parte pequeña de una conversación reconstituyó un contexto completo como dialógico que sustentaba la polifonía.

Otra dimensión clave del principio de polifonía es la habilidad del profesional de integrar lenguaje de otros profesionales y miembros de la red social si es incongruente de forma discordante con la forma dialógica de trabajar. No ocurren tales comentarios incongruentes en cada sesión, pero manejar tales comentarios es un elemento tan importante para sostener una conversación polifónica, que lo incluimos aquí. Aquí hay un ejemplo de una tercera familia, la Familia P.:

Ejemplo de Caso: Integrando Comentarios Incongruentes: La Familia P.

La Familia P. buscaba ayuda para su hijo Christopher de 25 años, que tuvo un episodio psicótico grave hace varios años durante su último año de universidad. Su padre, John, de 60 años, y su madre, Sheila, de 56, quienes estaban en medio de un divorcio difícil cuando Christopher tuvo esta crisis, seguían separados y batallándose. Sheila era maestra con empleo estable, pero Juan era carpintero desempleado. Durante la psicosis de Christopher, sus padres hicieron que fuera hospitalizado involuntariamente en un hospital privado universitario donde el

tratamiento fue principalmente psico-farmacológico. Desde entonces le ha sido difícil mantener empleo estable y vivía en casa de su madre. Christopher seguía resentido y enojado por la hospitalización involuntaria y el tratamiento que recibió allí.

En una reunión de la red, asistió por primera vez el médico de la familia de cuidados primarios desde hacía mucho tiempo. Él seguía siendo el médico de Juan, el padre, y su aliado de confianza, pero Sheila y Christopher ya no lo veían como el médico de ellos. Los tres - Sheila, John, y Christopher - estaban presentes en esta reunión. Al mismo principio de la reunión dijo el médico abruptamente: "Se necesitan tres cosas en una situación como esta: medicamentos, terapia cognitivo-conductual, y terapia de familia". Christopher se sonrojó de repente, con los hombros encogidos, y visiblemente consternado. El profesional de Diálogo Abierto sabía que este joven había tenido una experiencia muy negativa con los medicamentos mientras estuvo en el hospital y que se creía mejor sin tomarlos. Al mismo tiempo sus padres estaban en desacuerdo total entre sí en cuanto a la cuestión de medicamentos. El profesional respondió al médico preguntando: "¿Me puede decir algo más sobre cómo llegó a esta conclusión?" El médico dudó y reflexionó. Entonces se dirigió al joven, percibiendo, al parecer, su inquietud: "Disculpe, creo que fue error de mi parte comenzar con estas tres cosas". Más tarde en la reunión el terapeuta volvió las ideas de un terapeuta cognitivo-conductual y medicamentos y platicó sobre estas recomendaciones con la participación de todos.

La razón por la que las recomendaciones del médico no eran compatibles con el acercamiento dialógico es que él comenzó la reunión de una posición monológica de pericia de arriba abajo que provocaba molestia, en lugar de animar a que se escuche de forma colaboradora, que permitiera que todos tuvieran voz.

B. Entablar la Polifonía Interna Múltiple, o Voces, del Cliente

El terapeuta escucha y entabla las perspectivas y voces múltiples del cliente. Puedan ser puntos de vista o voces quizás en conflicto expresados por la misma persona. El ejemplo arriba del médico de cuidados primarios es realmente un ejemplo de tener acceso a un 'polifonía interna'. Primero, el médico habló en su capacidad de experto bien informado, en la que sin querer él produjo una ruptura de empatía con Christopher. Entonces reparó la ruptura expresando su sensibilidad a la molestia de Christopher. De esta manera, el médico mismo habló en más de una voz: primero, como experto usando conocimiento general, y segundo, como profesional empático respondiendo a la interacción del momento. Esta forma de movimiento es clave en la Práctica Dialógica.

Al entrevistar a los clientes, los terapeutas dialógicos preguntan sobre miembros ausentes.

Esta es otra manera de evocar la expresión de polifonía interno. La pregunta común es: “¿Si X estuviera aquí, que diría sobre los temas ya discutidos?” Este es un ejemplo de una pregunta hipotética. La idea de tal pregunta es que el cliente - o los clientes - se imagine una conversación con una persona importante y relevante en su vida quien no pudo estar presente en la reunión. De esta manera, las voces de importantes otros se hacen parte de la conversación externa, y el diálogo interno del cliente se hace el sujeto de nuevo estudio y reflexión. A veces, la pregunta en sí provoca un cambio en el dilema presentado por el cliente en relación a la otra persona ausente. Un ejemplo dramático, que viene de la familia L., no ocurrió en la primera reunión, sino más adelante en el proceso de tratamiento.

Ejemplo de Caso de Entablar a Miembros Ausentes: La Familia L.: Polifonía Interna y el Entablar de Miembros Ausentes como Voces del Diálogo Interno

Este ejemplo viene de la familia L., antes descrita: David, Tracy y su hijo de 22 años, Jack. Durante el transcurso de tratamiento se murió de repente Tracy. David lloraba la muerte de ella y estaba desalentado. Al momento de luto más profundo, él se preguntaba si Tracy podría estar viva todavía, si él se hubiera preocupado por conseguirle atención médica para ella, en vez de enfocar tanto en conseguir esta nueva forma de tratamiento de salud mental para Jack. En una reunión el Terapeuta 2 preguntó: “Si Tracy estuviera aquí ahora, ¿qué diría respecto a la decisión de dedicarse Ud. a conseguir ayuda para Jack?” David lo pensó y dijo que Tracy estaba feliz de que habían pasado el último año de su vida asistiendo como familia a estas reuniones. Ella le dijo a David que su oncólogo había dicho que era probable que ella de hecho estuvo con vida más tiempo para asegurar que Jack estuviera en un lugar mejor antes de ella dejar el mundo. Jack estaba presente cuando David habló de la percepción de Tracy que Jack estaba mejorándose, que tenía futuro, y que fue probable que eso contribuyó a prolongar la vida de Tracy en vez de apurar su muerte.

7. Crear un Enfoque Relacional en el Diálogo

Al entrevistar a los clientes, a los terapeutas dialógicos les interesa trabajar con temas y asuntos dentro de un marco relacional. Por ejemplo, cuando un miembro de la familia está enojado, criticando al profesional, no se interpreta como manifestación de ‘trastorno de personalidad’, sino como la reacción de la persona a una relación actual y una interacción específica con ese profesional, convirtiendo así su enojo a una sola voz dentro de la conversación polifónica.

Preguntas relacionales son una rama de esta manera relacional de pensar y se hacen con el fin de hacer más clara la situación. Esto se logra, por ejemplo, haciendo preguntas que son dirigidas a más de una persona, que definen las relaciones dentro de la familia, y que expresan un interés en el contexto relacionado con el problema o el síntoma. En la reunión con la familia de Jack, que discutimos antes, uno de los terapeutas pidió a los padres de Jack que definieran el porcentaje de tiempo que pasaban cuidando a Jack, en comparación con enfocar la relación entre los dos ellos, y sus propias vidas. La pregunta es relacional en el sentido de que invita a varios participantes a una discusión en la cual las relaciones pueden ser más claramente definidas y diferenciadas en vez de ser más confundidas.

En el Diálogo Abierto hay una variedad de preguntas relacionamente orientadas que se derivan de estilos de indagación enfocados en sistemas, y soluciones, narrativos, y psicodinámicos. Por ejemplo, podemos hacer el tipo de preguntas supuestamente 'circulares', que inventaron por primera vez el equipo sistémico de Milan. (Boscolo, Ceechin, Hoffman, & Penn, 1987). Tales preguntas recalcan una diferencia o se dirigen a relaciones dentro de la familia. (Véase Capítulo X: Diálogo Abierto y Terapia Familiar para una discusión más a fondo).

En el Diálogo Abierto, no hacemos estas preguntas, u otras, como parte de una metodología estructurada de entrevistar, ni de una secuencia de preguntas planeadas por anticipado que tienen el efecto de crear una intervención. Tales métodos estructurados suelen constituir secuencias monológicas, y no interacciones dialógicamente estructuradas. Al contrario, en la Práctica Dialógica, las preguntas se hacen como respuestas que, es de esperar, resuenan con las oportunidades singulares dentro de la conversación, y así se usan de una manera creadora, compasiva, y moderada para abrir nuevas sendas para la voz y la expresión. Hemos acuñado la frase 'preguntar relacionamente' para significar esta indagación dialógica.

Ejemplo de Caso de Usar una Pregunta Circular: la Familia H.

Un ejemplo del uso de una pregunta circular viene de otra familia que consistía en el padre, Mike, un ejecutivo de negocios, y Anna, una consultora, y sus dos hijos: Carla, de 18 años, y Jose de 16. Carla fue hospitalizada después de decir en confianza a su hermano que un grillo le decía que saltara del porche del tercer piso afuera de su dormitorio. El psiquiatra del hospital dijo a la familia que su hija tenía un desequilibrio químico en e cerebro. Recibió tratamiento con niveles altos

de medicamento. El medicamento erradicó su 'voz psicótica', y Carla sigue bajo el cuidado de un psiquiatra para ambulatorios. El abuelo materno pensaba que la familia debía investigar terapia de Diálogo Abierto.

En este ejemplo, los terapeutas se reunían por segunda vez con la familia. El padre comenzó presentando la idea de un 'desequilibrio químico' y pareciera estar muy irritado al tener que participar en reuniones de familia, sobre todo las que parecían tratarse de 'proceso' en lugar de 'pasos concretos'. Después de escuchar y reconocer empunto de vista del padre, el terapeuta hizo una pregunta a la familia, una pregunta diferente, o sea, circular, en cuanto al acuerdo versus desacuerdo, "¿Quién más está de acuerdo con Padre en cuanto a las reuniones de familia?" Respondió Joe, "Bueno, hay otras cosas que yo podría estar haciendo". Carla respondió que estaba de acuerdo que tener un desequilibrio químico y necesitaba medicamento, pero agregó que la primera reunión de familia hizo que 'se sintiera menos aislada'. La madre contestó,

"No estoy de acuerdo con Mike. Yo pienso que cuando pienso en nosotros cuatro juntos, puedo entender por qué Carla oye voces. Creo que sus voces son el producto de todos nosotros juntos . . . En realidad, no lo puedo explicar, pero creo que tenemos que reunirnos como familia y discutir cualquier asunto que salgan. Hay muchas cosas de que no hablamos, que debemos hablar, no sólo para ayudar a Carla, sino a todos nosotros. Sí, eso es lo que en realidad pienso."

Carla, que está sentada al lado de su madre, le tomó la mano, entrelazando sus dedos dentro de los de su madre, y le dió una sonrisa. De esta manera, la pregunta sobre la reunión misma permitió que la voz de la madre se oyera dentro de una familia en la que la perspectiva del padre, aliada con el discurso psiquiátrico dominante, había cobrado demasiada importancia. La relación entre padre y madre se definió más claramente cuando el conflicto entre ellos se habló abiertamente. En parte por razón de esta conversación, se formó un equipo de tratamiento en el que un psiquiatra nuevo participaba con frecuencia con los terapeutas de Diálogo Abierto. La familia vio buen progreso con este arreglo, sobre todo Carla, que comenzó a recuperarse. Volvió a la escuela y comenzó a reducir poco a poco su régimen de medicamentos psico-trópicos. Después de unos 18 meses de reuniones en esta configuración, los padres de Carla pidieron cambiar a terapia de pareja. Carla seguía viendo al terapeuta individual, a la vez de seguir adelante con su propia vida, tener su primer novio y volver a escuela.

8. Responder a Discurso o Comportamiento sobre Problema de Forma Significativa

En la Práctica Dialógica hay un énfasis en 'el discurso que normaliza', a diferencia de catalogar problemas como patológicos, donde a menudo se comienzan las cosas. El terapeuta trata de percibir los aspectos significativos y 'lógicos' en la respuesta de cada persona. Lo que esto quiere decir en la práctica es que el terapeuta se esmera en comentar y responder a lo que se

dijo de tal manera que los síntomas o el comportamiento problemático tengan sentido o que sean respuestas 'naturales' a una situación difícil. Moviendo así hacia normalizar el discurso, la gente se afirma, enfatizando como el comportamiento problemático tiene significado dentro del contexto particular, en vez de ser 'erróneo' o 'loco'. El hablar normalizante tiene afinidad con la técnica de terapia sistémico de Milan de 'connotación positiva o lógica', aunque esta técnica se da como intervención en la forma de una explicación a la familia. 'El hablar normalizante' es un proceso mucho más sutil de entender y responder que se teje al intercambio de conversación en ambas direcciones. También puede ocurrir por medio de encontrar resultados singulares, o excepciones, en 'cuentos cargados de problemas'. (Olson, 2006; White, 2007). (Favor de ver también Capítulo X que compara Diálogo Abierto con terapia familiar y da más descripción a la diferencia entre el hablar normalizante y tales intervenciones de terapia familiar como 'marcar de nuevo' y 'connotación positiva o lógica'. Por ejemplo, en los extractos anteriores de la familia L. y la pareja V., un discurso normalizante tomó el lugar del patológico en el surgimiento de colaboración de la reunión. La primera sesión descrita arriba dejó que se evolucionara un discurso arraigada en la experiencia de Jack y su familia en una historia de aislamiento y alejamiento de sus familias de origen, un contexto normalizado en que sus experiencias llegaron a ser más comprensibles. Similarmente, en la sesión con Margaret y Henry, los sentidos de Margaret llegaron a conectarse por medio del discurso al contexto normalizado de una pareja joven estando 'entre dos familias', con enfoque particular en el dilema de fidelidad del esposo en relación a su madre.

9. Enfatizar las Palabras e Historias Propias del Cliente - y no los Síntomas

La Práctica Dialógica invita a que se relate lo que está pasando en la vida de una persona, sus experiencias, pensamientos, y sentimientos, en vez de reportar sobre los síntomas. Relatar historias puede ocurrir fácilmente o puede necesitar una búsqueda más intencionada para lenguaje. Aperturas en la forma de una palabra o frase puede ser la clave a asociaciones de mucha relevancia a la situación del problema. El terapeuta se enfoca en estas palabras que puedan dar acceso a una narrativa del sufrimiento de la persona. Esto es parte del proceso más grande de evolucionar un lenguaje común, y una historia más grande.

De esta manera, pueden entenderse síntomas severos como la encarnación de dilemas inmencionables e inexpresables. Con frecuencia tienen raíces en experiencias terribles, muchas veces traumáticas que resisten lenguaje ordinario y la capacidad ordinaria de expresar experiencias en términos narrativos. La persona que presenta los síntomas más severos pueda tener también el menor acceso a lenguaje. Pueda que se dedique más tiempo a intercambios con la persona más gravemente sintomática, cuya voz pueda ser la más incoherente, y, así, la más débil. Además, en reuniones que ocurren durante algunas crisis, las cuestiones más difíciles, y por lo tanto las más importantes suelen notarse por una sola palabra clave que dice la persona, en lugar de expresarse como un relato completo. Esta clase de vocalización pueda sonarse extraño, pueda repetirse y darse vueltas, y ser re-expresada hasta evolucionarse una expresión más mutua. La meta es llegar a entendimientos compartidos que den voz a la experiencia de la persona, haciéndola más entendible y así, fomentando nuevas posibilidades para todos. Muchas veces esto quiere decir enfocar en los detalles pequeños de la descripción que da la persona sobre lo que pasó, o lo que de hecho pasa en la sala mientras la persona relata su cuento.

Ejemplo de Caso de Enfatizar Cuentos, y no Síntomas, la Familia P.

Este ejemplo viene del trabajo con Christopher, de 25 años. Antes describimos este tratamiento en relación a la reunión de red con el médico de la familia. Hacía tres años que Christopher había sufrido una crisis. Los terapeutas estaban reunidos con sus padres, John y Sheila, que se habían divorciado, y con Christopher, que tuvo un episodio psicótico en la universidad del que no se había recuperado por completo. Le fue difícil funcionar después de eso y estaba viviendo con su madre. Terapeuta 1 se juntaba a esta terapia como consultor.

Terapeuta 1: Bueno . . . ¿Dónde debemos comenzar? (Mirando a Christopher)
Tengo entendido que esta no es su primera reunión, pero quizás nos puede decir algo. ¿Cómo entiende Ud. de qué es todo esto?

Christopher: Claro. Bueno, por unos cinco años, hace cinco años he sentido una suerte de embrollo en la cabeza, um, nada más había creído que era la depresión, um pero, algo de, um, me costaba enfocar, después de regresar de un semestre en el extranjero (otro país afuera), yo estaba todo bien por toda la vida, sabe, antes de eso, um, entonces fui a hacer el tercer año fuera, el

semestre de otoño, de universidad, tengo veinticinco años, sí, y estuve cuatro años en la universidad, um, después de regresar comencé a tener problemas, algo de depresión, nada más enfocar en clases, sólo estaba infeliz en general, con mi estado mental, um, muchos pensamientos dando vueltas, la mejor manera de describirla era como algo borroso, pensamiento borroso, así que, um, o sea, um, eso ha estado pasando por los últimos cinco años, así que, um, sí, um . . .

Terapeuta 1: - ¿Dijo que estaba infeliz?

Christopher: Sí, infeliz . . .'

El terapeuta preguntó a los dos padres como entendían la situación. Cada uno tenía perspectivas diferentes. (Esto también es ejemplo de polifonía externo). La madre describió como ella vivía con Christopher y observaba el 'miedo' que él tenía a la vida. Entendía ella que 'el código de silencio' en la familia cuando estaba madurándose había causado la situación actual. 'Código de silencio' significaba para ella los problemas de la familia que raramente se discutían abiertamente. El padre no estaba de acuerdo y dijo que los problemas de Christopher provenían de sus dificultades como niño, incluyendo un problema desde hace mucho tiempo de no poder interpretar 'la comunicación social'. Christopher se opuso al punto de vista de su padre. El terapeuta volvió entonces a Christopher y le pidió que hablara más de cómo él entendía su propia situación. 'Estar con el corazón roto', contestó Christopher. 'Estar con el corazón roto', fue la frase de Christopher. El terapeuta repitió la frase. La respuesta del terapeuta invitó a Christopher a relatar la historia de haberse enamorado de una muchacha durante el semestre afuera y de tener que dejarla al regresar los EE.UU. Creía que esta experiencia era la base de todo lo demás que había pasado para que se pusiera, en las palabras de su madre, 'paralizado' en vida. Las voces y puntos de vista separados de cada uno de los participantes de la familia se quedaban polifónicamente distintos en la discusión, y no había una sola perspectiva a la que los terapeutas dieran privilegio sobre otra. Dicho esto, los terapeutas sin embargo pasaron gran parte de la sesión ayudando a Christopher a elaborar la historia de 'tener el corazón roto'.

10. Conversación entre Profesionales en la Reunión de Tratamiento: El Proceso de Reflexionar, hacer decisiones de tratamiento, y pedir comentarios

En cada reunión, la conversación de los profesionales entre sí debe enfatizarse. Al hacer esto, se les aconseja que se miren y hablen, cada uno al otro y no a la familia u otro participante.

Hay tres partes en conversar ante la familia. Las primeras dos son intercambiables; pero la tercera siempre viene después del diálogo de los profesionales. Primero, hay el proceso de reflexionar, en que los terapeutas hacen reflexiones centradas en sus propias

ideas/imágenes/asociaciones, estando presentes el cliente y la familia. Segundo, los terapeutas conversan con los otros profesionales durante la reunión de planear el tratamiento, analizar el problema, y platicar abiertamente sobre las recomendaciones para medicación y hospitalización. Y, tercero, la familia comenta sobre lo que dicen los profesionales. Es decir, después de las reflexiones, uno de los terapeutas invita a la familia y otros miembros de la red a que respondan a lo que oyeron.

A. & B. Reflexiones como ideas/imágenes/asociaciones y la Planificación.

'Discursos reflexivos' entre profesionales en una reunión de tratamiento y ante la familia fue innovación de Tom Andersen en 1991. Otra versión es 'el hablar reflexivo' de Seikkula & Arnkil (2006). Los dos tipos de reflexión son formatos aceptables en la Práctica Dialógica durante reuniones de equipo. El proceso de reflexionar (o hablar) ocurre entre profesionales en la presencia de la familia. Inicialmente Andersen propuso variaciones de hablar y escuchar en conversación terapéutica con un 'equipo de reflexión' (generalmente 3 profesionales) sentados aparte, aunque en la misma sala que la familia, o detrás de una pantalla de sentido único. Haciendo este proceso más intercalado y espontáneo, Tom Andersen y el equipo finlandés con el tiempo comenzaron a aplicar la idea del proceso de reflexión de una manera menos estructurada como parte del flujo en desarrollo de la reunión.

Como se ha indicado, el hablar entre profesionales se deriva de reflexionar sobre las ideas, imágenes, sentimientos y asociaciones que han surgido en sus propias mentes y corazones al escuchar cómo se planea el tratamiento. El propósito es crear un lugar donde los terapeutas pueden escucharse a si mismos y así tener acceso a su propio diálogo interno. También permite que los clientes escuchen sin la presión de responder a lo que dicen los profesionales. Siguiendo a Tom Andersen (1991), los ayudantes no usan jerga, sino lenguaje ordinario, y deben ser especulativo en base a los temas introducidos por la familia. Esto se llama 'hablar como escuchador, en vez de como autor' (Lyotard, citado en Seikkula y Olson, 2003).

Ejemplo de Caso de Conversación de Reflexionar entre Profesionales: La Familia L.

Volviendo otra vez a la primera reunión con la familia L. de David, Tracy y Jack, descrita al principio, los profesionales tuvieron conversación ante la familia, en la que primero se dirigieron a reflexiones y después tocaron asuntos relacionados con tratamiento. Terapeuta 1 empezó el diálogo preguntando a la familia, “¿Está bien que yo consulte con mi colega?” Los padres dijeron que estaba bien. Terapeuta 2 comenzó reflexionando en lo que ella había oído y todas las cosas positivas que los padres habían dicho de Jack y usando las mismas palabras de ellos: ‘sensible’, ‘cariñoso’, ‘brillante’, ‘protector’, etcétera. También repitió fragmentos de las historias positivas. Terapeuta 1 siguió, diciendo que le gustaba como Jack había participado en la reunión, quedándose un poco afuera y escuchando. A seguir Terapeuta 1 se dirigió a las cuestiones de tratamiento y observó que los padres parecían ‘mezclados’, en cuanto a tratar de encontrar un programa residencial para Jack o hacer Diálogo Abierto. Este comentario causó una conversación más larga entre los terapeutas que conectó reflexión adicional sobre las relaciones entre los miembros de la familia con decisiones prácticas. Jack y sus padres decidieron que todos quisieran reunirse otra vez con estos terapeutas.

C. Los Comentarios de la Familia sobre Reflexiones

Después de dar los terapeutas sus reflexiones, la familia debe tener un lugar para opinar sobre esa discusión. Pidiendo a la familia a comentar sobre lo que hablan los profesionales les da una voz sobre su propio futuro. Así que Terapeuta 2 preguntó a la familia: “Me pregunto si tienen Uds. algo que decir sobre nuestros comentarios. ¿Cuál fue su impresión? ¿Con qué estaban de acuerdo? ¿Hay algo de que no estuvieron de acuerdo?”

Respondió Tracy: “Creo que Ud. dió en el clavo. Él (Jack) preocupándose por nosotros. No me di cuenta de lo positivo que sentíamos acerca de Jack. (Jack se ríe). Pero es verdad”. Los dos, Jack y Tracy se miraron y se rieron. David respondió a la palabra ‘mezclado’ que Terapeuta 1 usó antes, y habló con los terapeutas sobre varias opciones.

11. Ser Transparente

Todo lo que se hable de tratamiento se comparte con todos los participantes. Cada persona en la reunión de la red tiene derecho a saber todas las discusiones e información compartida. Esto quiere decir que toda discusión sobre hospitalización, medicación, y alternativas de tratamiento ocurre estando presentes todos. Muchas veces la transparencia ocurre como

aspecto de las reflexiones. Como se vio arriba en la sesión con la familia L., decisiones sobre tratamiento al principio se tratan como parte del diálogo entre terapeutas. Por ejemplo, como ya se indicó, el terapeuta reflexionó sobre lo que él vio como varias opciones para planear el tratamiento, abriendo sus ideas para la discusión, en lugar de recomendarlas como experto.

Ejemplo de Case de Transparencia: la Familia L.:

Terapeuta 1: “Me parecía algo como que los padres [David y Tracy] están muy mezclados en su opinión sobre lo que hacer . . . mezclados en las nuevas ideas de venir aquí y posiblemente tener reuniones dialógicas, etcétera. Al mismo tiempo, todo es un poco incierto. ¿Hasta qué punto es una decisión para los padres, hasta qué punto es una decisión de Jack mismo hará? Así que parece que hay cuestiones grandes a la misma vez que quizás crean algo de confusión.

Este comentario, que también demuestra el último elemento de tolerar la incertidumbre, suscitó una reacción del padre que llevó a una discusión con los padres para clarificar sus posiciones, que ellos definieron de ‘no mezcladas’. Al contrario, así el padre y la madre, como Jack mismo optaron por tener reuniones dialógicas y entonces sopesar en el futuro las otras alternativas.

Al terminar la primera reunión, y muchas veces, las siguientes, los terapeutas dialógicos entablan a los participantes a planear la estructura de la próxima reunión. Habrá preguntas abiertas, tales como “¿Cuándo quieren reunirse de nuevo? ¿Tienen alguna idea de cuándo? ¿Saben quién podría venir la próxima vez? Si parece que la familia duda, los terapeutas pueden preguntar, “¿Prefieren meditarlo y llamarnos?” Por supuesto si los miembros y la frecuencia de las reuniones se han fijado, pueda que no sean necesarias estas preguntas.

12. Tolerar la Incertidumbre

Tolerar la incertidumbre es uno de los siete principios básicos de Diálogo Abierto y una de los elementos claves de Práctica Dialógica. Tolerar la incertidumbre es imprescindible en el diálogo. Viene siendo así un elemento específico y un elemento que define los otros elementos. En Diálogo Abierto, hay una orientación fundamental de crear un entendimiento orgánico de la crisis con todos contribuyendo (polifonía). Esto se fundamenta en la presunción, así como en la experiencia nuestra, de que cada crisis tiene facturas singulares. Decisiones apresuradas y conclusiones rápidas sobre la naturaleza de la crisis, la diagnosis, la medicación, y la organización de terapia deben evitarse. Ademas, no recetamos soluciones preparadas de

antemano, como intervenciones de terapia específicas y planeadas por anticipado, a la familia o al individuo en crisis.

La idea fundamental que los profesionales deben tener en mente respecto a crisis es portarse de una manera que aumenta la seguridad entre la familia y el resto de la red social. Entre prácticas específicas relacionadas con esto, es importante hacer contacto con cada persona temprano en la reunión y así, reconocer y legitimar su participación. Tal reconocimiento reduce la ansiedad y aumenta la conexión y así, un sentido de seguridad. La disponibilidad de reuniones inmediatas con el equipo y la frecuencia de reuniones durante una crisis también facilita que la red tolere la incertidumbre de la crisis mientras el conjunto trabaja hacia su propio entendimiento de lo que atemoriza y angustia a la gente. Tal comprensión compartida puede inspirar nuevas formas de agencia.

En el mismo espíritu, el punto de empezar de una reunión dialógica es que la perspectiva de cada participante es importante y se acepta sin condiciones. Esto quiere decir que los terapeutas se abstienen de expresar opinión alguna de lo que nuestros clientes deben pensar o sentir, aparte de lo que lo expresado por ellos. Tampoco sugerimos que sabemos mejor que los mismos que hablan lo que quieren decir con lo vocalizado. Esta posición terapéutica representa un cambio fundamental para muchos profesionales porque nos acostumbramos tanto a pensar que debemos interpretar el problema e idear una intervención que contrarreste los síntomas, provocando cambios en la persona o la familia.

Ejemplo de Caso de Tolerar la Incertidumbre

Helen, una mujer de 46 años, y su esposo, Ben, tuvieron su primera reunión con un equipo de Diálogo Abierto en su casa durante una crisis aguda en la que Helen experimentaba su segundo episodio psicótico. El equipo consistía en un psiquiatra, una enfermera, y un terapeuta. Dijo Helen:

“Esto ha sido muy diferente comparado con mi primera psicosis hace un año. Entonces, nosotros - mi familia - nos reunimos con un médico cuyo interés principal fue entrevistar a mis familiares sobre lo loca que yo estaba. Fue como si yo no estuviera allí. Ahora es totalmente diferente. Estoy aquí y me respetan. Más que todo me gusta que el médico habla con mi esposo y me doy cuenta de cuanto me respeta mi esposo”.

Ella había estado hospitalizada en una unidad psiquiátrica tradicional en año anterior. Hubo una reunión de familia en este hospital, pero parece que el propósito principal de la reunión fue encontrar la diagnosis correcta. Las preguntas del doctor se dirigían en recoger información diagnóstica, en lugar de escucharla y hacer una conexión. Esta experiencia había sido inquietante para la paciente ('como si no estuviera ya allí'). Ella elaboró sobre la diferencia entre lo que había pasado antes y la experiencia de Diálogo Abierto. La entrevista psiquiátrica del año pasado la había hecho sentir sin el poder de definir su propia vida y hacer sus propias decisiones de tratamiento. Las reuniones más recientes con el equipo dejaron que se oyera su voz y que se sintiera aceptada.

Por otro lado, el psiquiatra del equipo, para quién esta forma de trabajar era nueva, dijo, a veces, que tenía mucha duda de lo que ocurría durante este proceso - si es que ocurriera algo. Es esta circunstancia, era el profesional para quien la incertidumbre era más intensa, porque el proceso de tratamiento ya no procedía según los pasos concretos y planeados que mayormente el experto receta y controla.

Si de hecho ocurre un cambio en el proceso de Diálogo Abierto, pueda atribuirse al proceso de entablar el punto de vista de cada uno dentro de la reunión. Es del terapeuta la responsabilidad de manejar la reunión de tal forma que sea creado un espacio en que cada uno se sienta seguro para expresarse, de las maneras arriba delineadas. Finalmente, los terapeutas no simplemente facilitan la polifonía, borrando sus propias voces. Ellos también expresan sus perspectivas, pero en forma de reflexiones que se intercambian en la presencia de la familia. La red oye como hablan de sus ideas, y puede comentar sobre ellas y criticarlas - en vez de que sean 'verdades' impuestas desde arriba.

En resumidas cuentas, en un diálogo productivo los profesionales participan de una forma humana con sentimiento y compasión, cumpliendo con sus papeles profesionales con un elemento de cordialidad personal. Esto promueve una conexión terapéutica y se evita estar muy distante o de dar la impresión a los clientes de que los están escudriñando o deshumanizando.

MANEJAR LA REUNIÓN DE TRATAMIENTO: EL CONTEXTO DEL DIÁLOGO ABIERTO Y LA PRÁCTICA DIALÓGICA

En el Diálogo Abierto, la reunión de tratamiento es el contexto para la Práctica Dialógica
Una reunión de tratamiento debe ocurrir como respuesta inmediata dentro de 24 horas del

contacto inicial de alguien que busca ayuda con una crisis. Antes de hacerse cualquier decisión sobre hospitalización o terapia, en esta reunión se juntan la persona gravemente afligida y todas las demás personas importantes, incluyendo otros profesionales, miembros de la familia, y cualquier otra persona íntimamente relacionada. Es la responsabilidad del profesional que recibió la primera llamada organizar la reunión, con la participación del cliente (o clientes).

La reunión toma lugar en un foro abierto con todos los participantes sentados en círculo. Los miembros del equipo que han iniciado la reunión tienen la responsabilidad de fomentar el diálogo. El equipo puede decidir de antemano quién dirigirá la entrevista y qué papel jugará el resto del equipo. Si los del equipo tienen experiencia, suelen empezar sin plan previo respecto a quién inicie las preguntas. Todos los miembros del equipo pueden participar en entrevistar. Las primeras 'dos preguntas' antes mencionadas invitan a la red a hablar sobre los asuntos más urgentes para ellos en la actualidad. El equipo no planea los temas de la reunión de antemano. Desde el inicio los terapeutas escuchan con cuidado y sonsacan todas las voces, palabras e historias de la manera que delineamos en este documento. Si la persona al centro de la preocupación no quiere participar en la reunión o de repente se corre de la sala de reunión, se habla con los familiares a ver si se continúa o no la reunión. Si la familia quiere seguir, uno de los profesionales informa a la persona que puede regresar, si quiere.

Cada uno de los presentes tiene el derecho de comentar cuando quiera. Se recomienda que todos respeten y se dirijan a la tónica del diálogo, a menos que propongan claramente una alternativa. Para los profesionales, esto quiere decir que pueden responder, o preguntando más a fondo sobre el tema bajo discusión, o estimulando diálogo de reflexión entre ellos, con el esfuerzo de ser abierto y comunicativo. Los terapeutas hablan el uno con el otro - y se miran - usando vocabulario que no asigna patología, y tratando de no criticar a los miembros de la familia, y entablando un intercambio dialógico el uno con el otro. Cada reunión debe dejar al menos algún tiempo para las reflexiones de los profesionales entre sí, porque este formato es fundamental para generar nuevas palabras para la crisis, así como un proceso abierto y compartido que fomenta un sentido de confianza y seguridad. También es preciso que los miembros de la red tengan la oportunidad de comentar sobre lo que hayan dicho los

profesionales.

Cualquier decisión sobre medicación y hospitalización se hace con todos contribuyendo. La discusión de cuestiones relacionadas con medicación y hospitalización suele ocurrir después de que los miembros de la familia hayan tenido chance de expresar sus preocupaciones más urgentes. Después de considerar los asuntos importantes para la reunión, un miembro del equipo suele sugerir que se aplaze la reunión. Sin embargo, es importante clausurar la reunión con referencia a las mismas palabras del cliente, y preguntando, por ejemplo: “A ver si podemos tomar unos pasos para terminar esta reunión. Pero antes de hacer esto, ¿hay algo más que debemos discutir?” Al hacer esto los clientes tienen control sobre la decisión de terminar la sesión. Al fin de la reunión, conviene hacer un resumen breve de los temas de la reunión, sobre todo si se han hecho o no decisiones, y, de ser así, cuáles fueron. También es importante formular la estructura de la próxima reunión si no quedan claros los detalles, por ejemplo hablar de quiénes asistirán y cuándo tomará lugar. La duración de la reunión puede variarse, pero noventa minutos suele ser suficiente.

RESUMEN

El Diálogo Abierto es, a la vez, es un sistema de tratamiento basado en la comunidad y una forma de conversación terapéutica que ocurre dentro de ese sistema, específicamente dentro de la reunión de tratamiento. Estas dos capas de Diálogo Abierto son guiadas por siete principios, de los que ‘diálogo (polifonía)’ y ‘tolerancia de incertidumbre’ son las dos coordinadas fundamentales de conversación terapéutica, o Práctica Dialógica. La Práctica Dialógica en Diálogo Abierto es lo mismo para crisis agudas, así como las supuestas situaciones ‘crónicas, repetidas desde hace mucho tiempo.

Este documento se enfocó en definir la Práctica Dialógica identificando y describiendo doce elementos claves. En la reunión de tratamiento, el objeto principal es que los terapeutas fomenten un diálogo en que se oiga y se respete la voz de cada uno. El punto de partida es el lenguaje que usa la familia para describir su situación. La actitud del terapeuta es diferente de la de la psicoterapia tradicional, en la que el terapeuta hace intervenciones y no revela asuntos

personales. Mientras muchas escuelas de terapia familiar concentran en forma específicas de hacer entrevistas, el terapeuta dialógico se enfoca más en escuchar y responder a lo que le haya conmovido.

Es en estos momentos de 'estar vivo' en el Diálogo Abierto cuando el que habla o escucha ha sido conmovido por algo nuevo en el intercambio que presenta la posibilidad de transformación. En la discusión previa, hemos dado ejemplos de estos 'Momentos Llamativos' (véase también, Shotter & Katz, 2007). Por ejemplo, cuando Christopher usó la frase 'tener el corazón roto', los dos - él y el terapeuta quedaron visiblemente conmovidos. Indagando más, se produjo un cambio profundo de perspectiva basada en relatar una historia de lo que le pasó que colocó su experiencia dentro de un contexto. Puede haber revelaciones repentinas y movimientos positivos hacia la auto-curación e integridad asociados con este proceso que pueden hacer profundas conexiones increíbles. Parece que esta posibilidad de transformarse depende de una actitud terapéutica de mantenerse presente e involucrado, afinado a diálogo interno de uno mismo y sensible al diálogo externo compartido, respondiendo vocalización por vocalización mientras el intercambio se desarrolla. Por esta razón, los profesionales mantienen su conocimiento y pericia ligeramente como parte de su repertorio de poder responder. Roger Lowe (2005) contrasta este enfoque de 'Momentos Llamativos' al enfoque de 'Métodos Estructurados', que se refiere a esas secuencias uni-direccionales y paso a paso, guiadas por teorías e hipótesis externas.

La Práctica Dialógica de Diálogo Abierto da énfasis a 'estar con' en lugar de 'hacer a'. Hay una investigación abierta que enfatiza el momento actual. Las palabras e historias del cliente se consideran valiosos y se atienden juntamente con sus silencios y toda la gama de gestos, emociones y lo expresado por el cuerpo. Los terapeutas responden a las expresiones de los clientes repitiendo las palabras y escuchando cuidadosamente, y tratan de comprender sin imponer sobre estos jerga, interpretación y conclusiones apresuradas. Si es difícil entender a alguien, se buscan palabras que den expresión más lúcida a lo que quizás estén tratando de decir. La presunción es que la situación tiene significado y que todos están luchando para que tenga sentido. Nuevas posibilidades, creadas conjuntamente surgen a la vez que nuevas palabras y cuentos entran en el discurso común. La reunión crea el contexto para cambio,

generando el intercambio entre las múltiples voces, todas las que tienen valor e importancia. Lenguaje y comprensión en común pueden desenmarañar la confusión y ambigüedad y producir un sentido mayor de orientación y agencia.

PEDIMOS QUE UD., LECTOR, CONTRIBUYA SUS COMENTARIOS

Es de notar, que, para seguir clarificando, puliendo y poniendo al día los 12 elementos claves de fidelidad a la Práctica Dialógica discutidos en este documento esperamos que los lectores nos envíen comentarios sobre si este texto recopila su experiencia de hacer el Diálogo Abierto y la Práctica Dialógica, si le ayuda a reflexionar sobre su trabajo, si es útil para hacer entrenamiento y supervisión y si le ayuda en hacer investigación. Vemos el texto como un documento vivo. Estudios futuros sobre la fiabilidad y validez de “Elementos Claves de Práctica Dialógica en Diálogo Abierto: Criterios de Fidelidad” se necesitan y los habrá próximamente. Favor de enviarnos correo electrónico a Dialogic.Practice@umassmed.edu. Gracias – Mary, Jaakko, and Doug September 2, 2014

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestra gratitud a las familias de que hemos aprendido tanto. Les agradecemos el permiso de describir ejemplos de nuestro trabajo conjunto. Hemos cambiado estos ejemplos para proteger la confidencialidad y quitar cualquier información que identifique. También queremos agradecer los comentarios invaluable de nuestros colegas: Jukka Aaltonen, Volkmar Aderhold, Magnus Hald, Lynn Hoffman, Peter Rober, Markku Sutela, y el grupo de investigación de la Facultad de Medicina de UMass, entre ellos Daniel Breuslin, Nancy Bryatt, Robert Clyman, Jon Delman, Daniel Fisher, Christopher Gordon, Stephanie Rodrigues, y Makenzie Tonelli.

REFERENCIAS

Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area in Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179-191.

Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac.

Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues and dialogues*. New York: Norton.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.

Hald, M. (2013). The treatment web. *Presentation at the International Meeting for the Treatment of Psychosis Network*. Tromso: Norway.

Hoffman, L. (2007). The art of "witness." In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.

Lowe, R. (2005). Structured methods and striking moments: Using question sequences in "living" ways. *Family Process*, 44, 65-75.

Olson, M. (2006). Family and network therapy for a system of care: A pedagogy of hope. In A. Lightburn & P. Sessions, *Handbook of community-based practice*. New York, NY: Oxford University Press.

Olson, M., Laitila, A., Rober, P., & Seikkula, J. (2012). The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: Dialogical investigation of change from the therapists' point of view. *Family Process*, 51, 420-435.

Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy. *Family Process* 44, 479-497.

Seikkula, J. (2002). Open dialogue with good and poor outcomes for psychotic crises. Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy* 28: 263-274.

Seikkula, Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman, *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*. New York, NY: The Guilford Press.

Seikkula, J. & Arnkil, T. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.

Seikkula, J. & Arnkil, T. (2014). *Open dialogues and anticipations: Respecting the otherness in the present moment*. Helsinki: THL publications.

Seikkula, J. & Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis. Its poetics and micropolitics. *Family Process* 43, 4103-418.

Shotter, J. (2004). *On the edge of social constructionism. "Witness-thinking" versus "aboutness-thinking"*. London: KCC Foundation Publications.

Shotter J, & Katz, A. (2007). "Reflecting talk," inner talk," and "outer talk:" Tom Andersen's way of being. In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.

Ziedonis, D.M. (2004) Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS Spectrum* 9(12):892-904, 925.

Ziedonis, D.M., Smelson, D.A., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.I., Henry, R.J., Montoya, I., Parks, J., Weiss, R.D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatric Practice* 11(5):315-39.

Ziedonis, D.M., Fulwiler, C, Tonelli, M. (2014). Integrating mindfulness into your daily routine. *Vital signs, A publication of the Massachusetts medical society.* 19:2, 6.