

NOTA DE PRENSA

Entrevista a Jaakko Seikkula, psicólogo clínico y terapeuta familiar sistémico

“La terapia de diálogo abierto se puede aplicar a todos los problemas de salud mental”

- Seikkula desarrolló a mediados de los ochenta la Terapia de Diálogo Abierto junto a sus colegas del Hospital Keropudas en Tornio, con muy buenos resultados en la recuperación de la psicosis.
- El profesor finlandés fue el ponente principal en el XI Congreso de Investigación y Desarrollo (I+D) de la terapia familiar celebrado en Sevilla entre el 10-12 de febrero, en el que participó la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

Logroño-Madrid, 22 de marzo de 2022.-

Jaakko Seikkula (Kalajoki, Finlandia, 1953) es profesor de psicoterapia de la Universidad de Jyväskylä y psicólogo con más de cuatro décadas de experiencia. Siguiendo la estela del pionero Yrjö Alanen, creador del “tratamiento adaptado a las necesidades”, el profesor Seikkula desarrolló a mediados de los ochenta la Terapia de Diálogo Abierto con sus colegas del Hospital Keropudas en Tornio. La aplicación del sistema en este centro sanitario con pacientes con psicosis ha cosechado algunos de los mejores resultados del mundo occidental en la recuperación de dicha patología.

-¿Cuál es el enfoque de su participación en este Congreso en Sevilla?

Me alegra mucho que la gente tenga interés en nuestra experiencia de décadas en el desarrollo de la práctica y la investigación sobre los diálogos abiertos. Es la primera vez que estoy en Sevilla, pero sí tengo una larga conexión, de 25 años, con universidades de Barcelona y también he hecho visitas a Madrid.

-¿Cuál es el principal mensaje que quiere trasladar con su ponencia?

Para mí es muy importante la relación de la práctica y la investigación. Ha sido parte clave de mi mensaje durante 40 años. Esa es mi preferencia: la de integrar el desarrollo de la práctica clínica y la investigación. Quiero motivar a los asistentes para iniciar prácticas más orientadas al diálogo.

-¿Cómo comienza a interesarse por la psicosis?

Siempre tuve un interés, incluso desde que era estudiante de psicología. Cuando comencé a trabajar me siguió interesando mucho y así fue como empezamos a trabajar con las familias. La pregunta de cómo tratamos los problemas psicóticos es un criterio de calidad de nuestros sistemas, porque estos problemas se suelen cronificar más que otros problemas de salud mental. Lo que más he investigado es el tratamiento de problemas psicóticos, pero los diálogos abiertos no solo es un sistema para la psicosis, sino para todos los problemas de salud mental.

-¿Es posible aplicar entonces la terapia de diálogos abiertos a otras patologías?

Se puede aplicar a todos los problemas, no solo problemas psicóticos. Tenemos mucha experiencia en ese sentido en contextos diferentes: algunos equipos que trabajan con alcohólicos, otros con personas mayores con problemas de demencia, o en colegios con jóvenes con problemas diferentes.

-¿Se le haría alguna variación a la intervención?

Una idea clave de diálogos abiertos es que integramos diferentes métodos terapéuticos y siempre podemos usar servicios de terapeuta ocupacional y otros según la necesidad de cada caso. Pero yo no pienso tanto en categorías de diagnósticos, el 80% o 90% del encuentro con pacientes psicóticos tiene los mismos principios que cuando encontramos otro tipo de pacientes, por ejemplo, los que están deprimidos.

-¿Considera que la psicosis es una enfermedad que tiene variabilidad en función del contexto?

Sí, pero yo no pienso que sea una enfermedad. Los resultados que hemos tenido nos indican que las conductas psicóticas son respuestas a crisis que la gente tiene, no una patología. Cuando lo abordamos así tenemos muchos más elementos para ayudar a la gente en sus crisis. La psicosis es una posibilidad para todos nosotros, no solo para una parte de las personas. Si nos ponen en esa situación de estrés enorme, sería posible una respuesta psicótica. Todo el mundo podría tener psicosis. Y si el sistema de tratamiento no es bueno, ese es el factor decisivo para que se cronifique. No es problema de la gente, sino del sistema.

-¿Cómo crearon la terapia del diálogo abierto?

Al principio, cuando empezamos este trabajo en un pequeño hospital psiquiátrico en Laponia, tuvimos interés en la práctica psicoterapéutica que incluye a las familias. No tuvimos éxito porque solo una parte mínima de los pacientes pueden incluir a sus familias en tratamientos. El paso decisivo ocurrió en 1984 cuando empezamos a organizar estos encuentros abiertos con todos los pacientes y sus familias, sin pensar que necesitábamos tener alguna indicación por terapia familiar. Tuvimos experiencias buenas, que fueron una motivación a continuar, pero también experiencias confusas. Esas nos demostraron que necesitábamos una formación sistemática del personal, así como investigar para entender mejor esta práctica. La formación continua y la investigación han sido las bases de nuestro camino durante 30 años.

-¿En qué radica la eficacia de este tratamiento?

Diálogos abiertos tiene como premisa introducir la ayuda muy rápidamente. Nos encontramos con las familias cuando no tienen explicación al problema que está ocurriendo, solo angustia. Incluimos a las familias y también a otros miembros de su red social porque ellos también tienen preocupaciones y angustias y, a la vez, muchos recursos de ayuda. La idea del diálogo es muy importante, la idea es que todas las voces sean escuchadas. Con esta práctica hemos logrado evitar los efectos secundarios de la medicación, y esa es una parte muy importante de los éxitos que hemos tenido.

-¿Cuál es el papel de la medicación dentro del diálogo abierto?

Es un papel complementario. No debería ser la base del tratamiento. Ese es un error grande de la psiquiatría contemporánea, que cree que primero hay que dar el medicamento y luego ya pensamos en lo siguiente. De la manera en que yo trabajo, primero tenemos estos encuentros, en equipo, con los diferentes profesionales. Una parte de ese trabajo es pensar si necesitamos medicamentos o no. Siempre es complementario. Nunca hay medicina sí o sí. El concepto es pensar en las necesidades únicas de cada uno, no automáticamente empezar con medicamento.

-¿Cómo es la composición de sus equipos de trabajo?

Es interdisciplinar, todos ven juntos a los pacientes, no separados, lo cual ahorra enormemente tiempo y recursos. Tenemos enfermero, trabajador social, psicólogo, psiquiatra. Así podemos clarificar todo lo que necesitamos y también ese encuentro es muy terapéutico. La mayor parte de los equipos tienen un psicólogo y un enfermero, y el psiquiatra acude a veces, nunca puede participar en todos los encuentros, porque no tenemos tantos recursos. En el primer encuentro es donde hay más profesionales, porque necesitamos elegir los trabajadores que serán mejores para la crisis que tiene esa persona en concreto.

-¿Cree que se podrían aplicar sus métodos en el modelo sanitario español?

Tenemos algunos proyectos interesantes de formación en España: en Barcelona, Madrid y Mallorca. Aunque no conozco tanto el sistema de salud mental en España, me parece que también es posible en este sistema.

-¿Qué cambia cuando hay psicólogos en la atención primaria?

En Finlandia tenemos un debate de sociedad sobre que necesitamos más psicólogos y, por eso, ahora las universidades van a tener más plazas para estudiantes de psicología. Lo más importante es que en el servicio de crisis haya profesionales en la primera línea. Y para mí es muy importante que en este servicio de crisis participen los psicólogos y aprovechar lo que saben.

-¿Qué aconsejaría a los gobiernos para tratar el aumento de problemas de salud mental derivados de la pandemia del coronavirus?

Aumentar la flexibilidad de los servicios. Cuando pensamos en los jóvenes, en sus crisis de la pandemia, tenemos que buscar diferentes formas de conectar con ellos. Estar en primera línea,

tomar activamente contacto con ellos en las casas y los colegios. Generar conversaciones sobre los efectos de la pandemia, el aislamiento, esas experiencias compartidas.

-¿Y en el caso de las personas mayores?

La respuesta es casi la misma. Ser activos, ir a las casas. Esta pandemia tiene un elemento muy raro: todos nosotros tenemos la misma experiencia. Eso no ha ocurrido con otras crisis. Estamos seguros de que todos los jóvenes y de que todos los mayores tienen una experiencia similar de angustia y aislamiento, una enorme incertidumbre de lo que va a pasar, y esto es una posibilidad para el diálogo común que no hemos tenido en otras crisis.

Con la colaboración de la profesora de UNIR **María Pilar Berzosa Grande**.

SOBRE UNIR

UNIR es una Universidad cien por cien en línea que ofrece una educación superior de calidad a través de las tecnologías más innovadoras, siempre con el estudiante en el centro de su actividad. Imparte 39 grados oficiales, más de 100 postgrados y 3 programas de doctorado que tienen como objetivo acercar una educación integral y personalizada a los más de 55.000 estudiantes que trabajan en sus aulas presenciales-virtuales desde más de 100 países, especialmente en España y Latinoamérica. Su método de enseñanza, adecuado a las demandas del mercado laboral, hace de UNIR una auténtica palanca social que rompe barreras y ayuda a que cada uno, esté donde esté, cumpla sus sueños universitarios y de progreso.

.