

# Las emociones en la intervención del primer episodio psicótico

Carol Palma i Núria Farriols

*No hace mucho a menudo tenía ganas de llorar, eran pensamientos angustiantes que me conducían a un callejón sin salida, a cerrarme con llave, a negar la realidad y a edificarme una realidad a mi medida.*

*(O.N., febrero de 2005)*

## Introducción

**E**l presente artículo está dedicado a la psicoterapia de las emociones del paciente que sufre un primer episodio psicótico con una evolución posterior de esquizofrenia. El contenido se centra en la disfunción emocional de la esquizofrenia y en la importancia de ayudar al paciente a dar sentido a su experiencia psicótica como parte del abordaje psicológico en tratamientos eficaces.

Las experiencias psicopatológicas del primer episodio y la fase inicial pueden tener un impacto sobre la persona realmente perturbador e incluso producir trauma (McGorry *et al.*, 1991). Ciertamente, la persona que sufre un primer episodio suele ser más sensible a los tratamientos que en los episodios siguientes y en fases posteriores, a la vez que las recaídas también son más frecuentes durante los cinco primeros años (“período crítico”) (Birchwood, Fowler, & Jackson, 2000). Podemos decir que este período crítico nos permite un ámbito de actuación muy fértil para la intervención pero, a su vez, sumamente complejo debido a la cantidad de variables que se barajan durante el cataclismo (McGorry, 2005).

## La intervención psicológica dirigida a las emociones durante el período de recuperación del primer episodio y la fase inicial

En la actualidad, todos los expertos en el estudio de la esquizofrenia están de acuerdo en que la vivencia de la sintomatología positiva produce un malestar emocional intenso. Existen asimismo estudios que lo demuestran. Entre ellos, el equipo de Londres registró que de una cohorte de pacientes que sufrían delirios de persecución un 80% tenía depresión (Freeman *et al.*, 1998). Los mismos resultados fueron hallados por el grupo de Birmingham algunos años antes; 7 de cada 10 pacientes con sintomatología psicótica productiva estaban deprimidos (Birchwood & Chadwick, 1997).

Pero estos resultados no resultan sorprendentes cuando Bleuer ya apuntaba que los problemas afectivos forman parte del núcleo de la esquizofrenia, mientras que los delirios y las alucinaciones son sólo auxiliares al trastorno (Bleuer, 1950); de hecho, de las “cuatro A” (los trastornos de asociación, de afectividad, ambivalencia y autismo), tres están estrechamente vinculadas al afecto, y precisamente los *Grundsymptome* son los que se observan en todos los tipos de esquizofrenia (afectivas y no afectivas).

Desde los años 50, y sobre todo a partir de las aportaciones de Jaspers y de la distinción entre las psicosis afectivas y no afectivas (Jaspers, 1963), la psicosis y las emociones parecieron divorciarse para dar paso a una larga aventura de estudios sobre síntomas productivos, negativos, habilidades sociales, estudios sobre el *insight* y ensayos clínicos muy rigurosos con la finalidad de conocer las formas de la enfermedad y los procesos de mejora mediante terapias combinadas.

Sin embargo, hasta esta última década los expertos en la materia no han empezado a reubicar la importancia del plano afectivo en los procesos de recuperación con tratamientos basados en la evidencia. Se ha empezado a tratar el plano afectivo bajo la denominación de comorbilidad referida a la depresión, los sentimientos de desesperanza, la ideación suicida, la ansiedad social y los síntomas post-traumáticos. De hecho, durante los últimos cinco años la literatura ha empezado a tratar seriamente este aspecto profundizando en sus formas y en su tratamiento.

La disfunción emocional, en tanto que aspecto nuclear, evoluciona con la misma sensibilidad y rapidez que los síntomas durante la fase prodrómica e inicial de la esquizofrenia (Harrison *et al.*, 2001).

Pero el fenómeno en sí es complejo. No existe una única vía de explicación de la caracterización de los problemas emocionales en la psicosis; de modo que la comprensión de su patogénesis es extremadamente difícil, y quizás sea éste el motivo por el que existen pocos tratamientos eficaces disponibles en esta línea (Jackson & Iqbal, 2000; Lewis *et al.*, 2002).

El trastorno emocional, además del malestar que produce en las personas que lo padecen, tiene un impacto clínico sobre la evolución de la enfermedad, ya que incrementa la probabilidad de recaídas (Linzsen, Dingemans, & Lenior, 1994). Por dicho motivo, consideramos relevante detenernos a analizar qué directrices marca la literatura en los enfoques terapéuticos de este aspecto.

### *Enfoques psicológicos eficaces*

Generalmente, las vías de tratamiento psicológico para el primer

episodio psicótico bajo el modelo cognitivo-conductual que se han demostrado eficaces son las siguientes:

- La intervención psicoeducativa (McGorry, 1995)
- Intervenciones familiares (individuales y grupales) (Barrowclough & Tarrier, 1992)
- Intervenciones sobre los síntomas (Chadwick & Trower, 1996; Fowler, Garety, & Kuipers, 1998)
- Prevención de recaídas (Birchwood, 1992)
- Intervenciones sobre la identidad (Jackson *et al.*, 1998;
  - Henry, Edwards, Jackson, Hulbert, & McGorry, 2002; Perris, 1989; Davidson & Strauss, 1992)

Este último aspecto ha sido el más trabajado por el grupo australiano, y así fue descrito en su manual COPE (Henry *et al.*, 2002), donde uno de los ingredientes esenciales de la terapia es la adaptación del “sí mismo”.

La terapia COPE parte de la idea subyacente de que el primer episodio eclosiona en una franja de edad en la que la identidad está en pleno proceso de construcción y éste se ve interrumpido por una experiencia grave de trauma y pérdida, con las consecuencias directas sobre la autoestima que ello conlleva (Henry *et al.*, 2002; Henry, 2005).

Esta terapia ha constituido una piedra angular de los abordajes psicológicos para las fases iniciales de la esquizofrenia en los últimos años; de hecho, son muchos los programas desarrollados en todos los países que recogen este modelo de intervención. No obstante, no podemos obviar que las líneas de intervención están en constante y progresivo desarrollo, y que en consecuencia, la literatura nos ofrece continuamente nuevas ideas y paradigmas de reflexión e intervención a los que debemos prestar especial atención.

Durante los últimos meses, el equipo del *Early Intervention Services* de Birmingham está trabajando en esta línea con el objetivo de clarificar, conceptualizar y proponer nuevas formas de intervención sobre la disfunción emocional en las psicosis, en referencia a las vías de trastorno emocional en los pacientes que sufren esquizofrenia.

Este grupo distingue tres vías principales de disfunción emocional (Birchwood & Trower, 2003):

- El trastorno emocional intrínseco a la psicosis
- El trastorno emocional como reacción psicológica ante la psicosis
- El producto de la alteración del desarrollo resultado del trauma evolutivo

*a) El trastorno emocional intrínseco a la psicosis*

Este concepto hace referencia a la relación entre la depresión y la psicosis. En base a los estudios del grupo australiano podríamos decir que la depresión forma parte de la fase prodrómica de la esquizofrenia (Jackson, McGorry, & McKenzie, 1994), y además, según los estudios de esta fase inicial, sabemos que ésta tiende a disminuir cuando eclosionan los primeros síntomas positivos (Birchwood, Iqbal, Chadwick, & Trower, 2000). No obstante, no podemos obviar

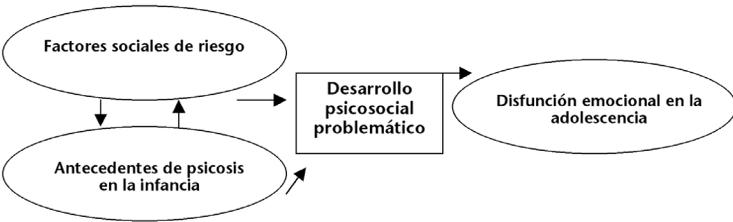
el alto porcentaje (50%) de depresiones post-psicóticas tras el primer episodio (Birchwood *et al.*, 2000).

*b) El trastorno emocional como reacción psicológica ante la psicosis*

Hace referencia a la psicosis como acontecimiento vital traumático y como reacción a la ruptura de las proyecciones que la persona tenía sobre sus roles futuros, metas y objetivos; es decir, las consecuencias directas sobre todo aquello que la persona, durante este período de construcción de la identidad, va proyectando y elaborando.

*c) El producto de la alteración del desarrollo resultado del trauma evolutivo*

Esta vía atañe a las alteraciones en el desarrollo evolutivo normal en la adolescencia que tienen un correlato en la psicosis de la persona adulta y que tiene una entrada de malestar emocional vinculada a esquemas disfuncionales respecto al “sí mismo” y a los demás (ver figura 1).



**Figura 1.** Adaptado de Birchwood, M., Iqbal, Z, Jackson, C. y Ardí, K. (2005). Terapia cognitiva y disfunción emocional en la psicosis temprana. In J. Gleeson y P. McGorry (Eds.), *Intervenciones psicológicas en las psicosis tempranas. Un manual de tratamiento* (pp. 369-398).

Según puede observarse, las vías de malestar emocional que identifica la literatura son múltiples y difícilmente abordables únicamente con la aplicación de la terapia cognitiva estándar; los pioneros en terapia cognitiva para trastornos psicóticos ya reconocen las limitaciones de la misma en el abordaje de las emociones (Birchwood, Iqbal, Jackson, & Hardy, 2005).

En un reciente trabajo de Birchwood y Trower (2006) se concluyen algunas de las aplicaciones demostradas útiles en el tratamiento de las emociones en la psicosis temprana, como, por ejemplo, el tratamien-

to de los síntomas depresivos asociados a los delirios de persecución, los síntomas afectivos derivados de dificultades en personas con alto riesgo de transición a la psicosis, la prevención de recaídas, la comorbilidad, la reducción del estrés y el trabajo con la autoestima.

La terapia cognitiva se ha demostrado eficaz para la reducción del estrés y la depresión asociadas a las voces (Trower *et al.*, 2004), para reducir la ansiedad y la depresión en personas con alto riesgo (Morrison *et al.*, 2004), en la prevención de recaídas (Gumley *et al.*, 2003), en la depresión y la ansiedad social comórbidas (Iqbal, Birchwood, Chadwick, & Trower, 2000) y en el aumento de la autoestima (Hall & Tarrier, 2003).

No obstante, en la actualidad, el modelo de intervención psicológica del grupo del Reino Unido no se fundamenta en el trabajo emocional durante la fase de recuperación del primer episodio. En realidad, muy pocos de los programas que se están llevando a cabo a nivel mundial realizan intervenciones en esta línea. En la actualidad están vigentes, aproximadamente, unos 76 programas de intervención temprana. Algunos de ellos dentro del sistema público de salud de la zona, otros como servicio independiente y especializado.

Muchos de estos programas han reproducido modelos de intervención temprana de los países pioneros (como Melbourne), mientras otros han adaptado los programas y los servicios a su comunidad y algunos han creado programas específicos y novedosos en muchos niveles de intervención de la persona que sufre una psicosis incipiente o un primer episodio de esquizofrenia. De entre éstos, destacan algunos que contemplan el trabajo con las emociones como un componente nuclear en el abordaje de la fase de recuperación del primer episodio psicótico.

La tabla 1 presenta los programas que han sido diseñados específicamente por los equipos de atención precoz, señalando aquellos que realizan una intervención explícita sobre las emociones. También se detallan los principales ingredientes de cada programa.

**Tabla 1** Programas y componentes de intervención temprana en la esquizofrenia

País	Programas	Estados Unidos											Programa específico	Componentes diferenciales de los programas específicos					
		Fase prodromica	Evaluación	Educación	Manejo síntomas	Farmacológico	Psicosocial	Investigación	Counseling	Grupos de familias	Primer episodio	Educación			Grupo de familias	TBC Individual	Investigación	Terapia de grupo	Terapia familiar
California	CAPPS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	
	PART	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	
	EDAPT	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Psicoeducación Rehabilitación cognitiva	
Connecticut	PRIME	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
Maine	PIER	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
Massachusetts	FEPP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PREP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Trabajo con la motivación y la autoestima Trabajo neurocognitivo Terapia familiar
	STEP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Todos los tratamientos son grupales
Michigan	STEP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva York	LSCR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Carolina del Norte	RAP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
	PRIME	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
	EAST	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Basado en las directrices del EPPIC y el manejo de la COPE para primeros episodios

País	Programas	Componentes diferenciales de los programas específicos																	
		Fase prodromica	Evaluación	Educación	Manejo síntomas	Farmacológico	Psicosocial	Investigación	Counseling	Grupos de familias	Primer episodio	Educación	Grupo de familias	TBC Individual	Investigación	Terapia de grupo	Terapia familiar	Programa específico	
Canadá	Ontario Otawa	x									x	x	x	x	x	x	x	-	-
	London-Ontario	x	x							x	x			x	x	x	x	PEPP	Integra módulos de intervención para el manejo de medicación, intervenciones psicosociales individuales, grupales y familiares, también individuales y grupales. Programas específicos para el fomento de actividades (RAP), habilidades sociales (COST), y psicoeducativas (YES)
	Quebec		x							x	x			x			x		
	Columbia Británica									x	x			x	x	x	x		
	Newfoundland									x	x			x	x	x	x		

País	Programas	Componentes diferenciales de los programas específicos																
		Fase prodromica	Evaluación	Educación	Manejo síntomas	Farmacológico	Psicosocial	Investigación	Counseling	Grupos de familias	Primer episodio	Educación	Grupo de familias	TBC Individual	Investigación	Terapia de grupo	Terapia familiar	Programa específico
<b>Australia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nueva Gales del Sur</li> <li>Victoria</li> <li>Australia del Sur</li> </ul>	YUPI	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	COPE
	EP																	
	EPIC																	
	EPIC EPIC FEPP																	
<b>Nueva Zelanda</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Christchurch</li> </ul>	EIPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>UK e Irlanda</b> Dublin	DELTA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
Birmingham	EIS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CBT
Londres	STEP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CBT
Lambeth	LEO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	CBT
																		Terapia Cognitiva para el manejo del primer episodio y t trabajo en el periodo crítico <ul style="list-style-type: none"> <li>Alianza terapéutica</li> <li>Foco en la intervención psicológica y en el mantenimiento de roles</li> <li>Trabajo con la autoestima</li> </ul>



País	Programas	Componentes diferenciales de los programas específicos																	
		Fase prodrómica	Evaluación	Educación	Manejo síntomas	Farmacológico	Psicosocial	Investigación	Counseling	Grupos de familias	Primer episodio	Educación	Grupo de familias	TBC Individual	Investigación	Terapia de grupo	Terapia familiar	Programa específico	
Brasil	- Sao Paulo ASAS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
Francia	- Paris PREPSI	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-
Noruega	- Roskilde Stravanger	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	TIPS	Programa TIPS para el abordaje del paciente durante la fase prodrómica. Incluye psicoterapia de apoyo y abordaje familiar en grupos de familias, terapia familiar individual y workshops educativos para las familias.
		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	TIPS	Programa TIPS para el abordaje del paciente durante la fase prodrómica. Incluye psicoterapia de apoyo y abordaje familiar en grupos de familias, terapia familiar individual y workshops educativos para las familias.
Noruega	- Turku DEEP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DIÁLOGOS ABERTOS	Abordaje específico para primeros episodios. Basado en la terapia de Diálogo Abierto. Pone el énfasis en la importancia de la flexibilidad, la responsabilidad, la continuidad del trabajo psicológico y en ayudar al paciente a tolerar la incertidumbre.
		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	DIÁLOGOS ABERTOS	Abordaje específico para primeros episodios. Basado en la terapia de Diálogo Abierto. Pone el énfasis en la importancia de la flexibilidad, la responsabilidad, la continuidad del trabajo psicológico y en ayudar al paciente a tolerar la incertidumbre.

País	Programas	Componentes diferenciales de los programas específicos																
		Fase prodrómica	Evaluación	Educación	Manejo síntomas	Farmacológico	Psicosocial	Investigación	Counseling	Grupos de familias	Primer episodio	Educación	Grupo de familias	TIC Individual	Investigación	Terapia de grupo	Terapia familiar	Programa específico
España	● Torrelavega Programa Intervención Temprana Estudio de terapia grupal	x	-	x	x	x	x	x	-	x	x	-	x	x	-	x	x	-
		x	-	x	x	x	x	x	-	x	x	-	x	x	-	x	x	-
	● Barcelona(Mataró)	-	-	x	x	x	x	x	-	x	x	-	x	x	-	x	x	-

Adaptación de los protocolos de intervención COPE Y STOOP

Focalizada en la psicoeducación, la adherencia al tratamiento, el manejo del estresor y el trabajo con el estigma y la patología comórbida

Terapia psicológica adaptada al abordaje integrado del primer episodio y la fase inicial. Focalizada en el tratamiento de las emociones reactivas al impacto de la enfermedad, además del abordaje de los síntomas, las recaídas, la adherencia al tratamiento y el abordaje de la familia

Como puede observarse en la tabla 1, no todos los programas de intervención temprana realizan una intervención en la fase prodrómica, así como no todos realizan intervención en el primer episodio y la fase posterior. Algunos de ellos están consolidados y están en funcionamiento desde hace más de una década; otros, por su parte, se iniciaron durante los últimos cinco años y forman parte de iniciativas de servicios, acerca de los cuales disponemos aún de pocos datos.

Por otro lado, podemos observar cómo algunas de estas iniciativas han sugerido nuevas formas de intervenir, probablemente inspiradas en los protocolos de intervención pioneros, pero quizá sugiriendo nuevas líneas o ingredientes. Buen ejemplo de ello son las intervenciones psicológicas del programa HEART en Alemania, o del programa PEPP en Canadá, la COPE en Australia o la terapia cognitiva desarrollada por el EIS en Gran Bretaña.

En cuanto al tratamiento de las emociones encontramos que de los setenta y seis programas específicos de intervención temprana registrados, únicamente cuatro de ellos contemplan el tratamiento de las emociones, tras el primer episodio, como un componente nuclear del abordaje. Destacamos el programa PREP de Massachussets por su intervención sobre la motivación del paciente y la autoestima; el programa COPE de Australia por la elaboración de una manual de estrategias para el abordaje de la afectación a la identidad del paciente psicótico; el programa alemán HEART, que destina buena parte de su intervención al tratamiento de las emociones reactivas; y por último el programa PIPE de Barcelona, que contempla el trabajo con las emociones como la base del tratamiento que tendrá consecuencias directas sobre la sintomatología y las recaídas durante el período crítico.

Estos programas parten del supuesto de que existen procesos psicológicos de gran complejidad que acaecen en el transcurso de la aceptación del trastorno y que son de difícil manejo, tanto para el paciente como para el equipo, y que tienen que ver con la reconstrucción de la identidad, el sentido que la persona da a la experiencia psicótica y el juego de equilibrios tan preciso que debe realizar para mantener una calidad de vida digna.

En esta línea, son pocos los autores que apuntan orientaciones terapéuticas para trabajar aspectos tan profundos de la experiencia psicótica. En el apartado que sigue se resumen las principales directrices.

## El sentido de la experiencia psicótica

El proceso de dar sentido a la experiencia psicótica está estrechamente relacionado con el proceso de recuperación psicológico. Rufus May<sup>1</sup> distingue entre tres tipos de recuperación, y dicha distinción es importante de cara a las orientaciones terapéuticas. Según May, la primera recuperación es la clínica, definida por la disminución de los síntomas. Otro aspecto de la recuperación es el social, enmarcado en el desarrollo de relaciones y roles sociales significativos, actividades laborales o formativas. Y, finalmente, la recuperación psicológica, que tiene que ver con la comprensión y el manejo de las experiencias psicóticas (May, 2005).

La última recuperación referenciada se inicia con la conciencia de enfermedad y, consecuentemente, con el sentimiento de pérdida de identidad en tanto que la persona ahora es diferente de los demás (Palma, Ferrer, Farriols y Cebrià, 2006).

May (2005) distingue algunos componentes esenciales para que la persona pueda realizar este proceso tan complejo: la importancia de las personas de apoyo, la esperanza, desarrollar un relato coherente de la experiencia y construir una identidad personal y social positiva.

### *a) Núcleo significativo de apoyo*

La presencia de las personas significativas durante el proceso de recuperación es crucial para la persona que ha sufrido un episodio psicótico. May remarca la importancia de que las personas significativas mantengan una distancia óptima; un equilibrio entre dejar espacio y dar apoyo a los sentimientos de autoeficacia de la persona y confianza auténtica sobre sus potencialidades.

Ciertamente, encontrar este apoyo es especialmente difícil, porque muchas veces la familia se encuentra perdida ante una eclosión de las

<sup>1</sup> Rufus May es psicólogo clínico y actualmente trabaja en los Servicios Asistenciales de Salud Mental en la Bradford (Inglaterra) en el marco de los tratamientos psicosociales para pacientes psicóticos. A los 18 años le diagnosticaron esquizofrenia, y en la actualidad tiene varias publicaciones donde apunta directrices para ayudar a los pacientes con esquizofrenia a recuperar la identidad social.

dimensiones de un episodio psicótico. Hay que tener presente que el impacto del episodio no concierne únicamente al paciente, sino que también la familia se ve afectada y también pasa por un proceso de adaptación, durante el cual muchas veces no sabe cómo comportarse o cómo buscar ese equilibrio que, según Rufus May, es tan importante en el proceso de recuperación. Por este motivo, las intervenciones familiares en cualquier modalidad han resultado eficaces directamente en la mejora del paciente (Nugter, Dingemans, Van der Does, Linzsen, & Gersons, 1997; Haddock *et al.*, 1999; Feldmann, Hornung, Buchkremer, & Arolt, 2001; Addington, McCleery, & Addington, 2005).

#### *b) Esperanza*

Según los expertos, infundir esperanza en la persona que está en las fases iniciales de la enfermedad es uno de los componentes esenciales de la intervención (Henry *et al.*, 2002). Es importante tener presente que la persona que ha sufrido un episodio psicótico (Henry, 2005) está haciendo un gran esfuerzo por compensar la alteración a nivel cognitivo, pero también la alteración emocional causada por la perturbación que suponen los síntomas, que afectan a su autoestima, a su identidad y a su estilo de vida.

En terapia, el tema de la esperanza es particularmente de difícil manejo, ya que ésta puede suponer un motor de recuperación pero, a su vez, si no existe un ajuste realista, puede convertirse en un cúmulo de esperanzas de recuperación frustradas que dificultarán la adaptación (Palma *et al.*, 2006).

#### *b) Desarrollo de un relato coherente de la experiencia*

Según Ridway (2001), no es necesario adoptar un modelo de enfermedad para poder elaborar un proceso de afrontamiento; sin embargo, la persona debe encontrar una forma que le permita comprender y superar las dificultades para no quedarse en los primeros mecanismos que suelen ser de negación (Deegan, 1994) o evitación (Palma *et al.*, 2006). Ello parte de la idea de que no todos los pacientes llegan a la comprensión de la enfermedad por los mismos mecanismos, sino que se puede elaborar una comprensión organizada y coherente de las experiencias psicóticas y de los estados emocionales por diferentes vías.

El objetivo terapéutico de este aspecto es ayudar al paciente a desarrollar por sí mismo su propia comprensión coherente, de la manera más constructiva posible y ayudándole a no instalarse en los primeros

mecanismos de afrontamiento que, aunque necesarios, resultan poco útiles a largo plazo (Palma *et al.*, 2006).

Esta visión es ligeramente distinta a las directrices de la COPE, que favorecen dicha comprensión de una forma más dirigida utilizando el marco psicoeducativo e informativo para ayudar al paciente a adaptarse a la enfermedad (Henry *et al.*, 2002). Desde este punto de vista, se presenta al paciente un modelo de trastorno que incorpora una explicación de la etiología y el modelo de vulnerabilidad-estrés para que éste pueda desarrollar mejor dicha comprensión.

*c) La construcción de una identidad personal y social positiva*

En la actualidad no caben muchas dudas en torno a la idea de que tras un primer episodio psicótico se produce una ruptura en la identidad. El primer episodio se produce en una etapa en la que la persona se encuentra en plena realización de ciertas tareas evolutivas propias de este período vital (Erikson, 1968).

Lisa Henry (2005) afirma que la experiencia psicótica amenaza directamente el núcleo del “sí mismo” o de la identidad del adolescente, produciendo cambios severos en el autoconcepto y en las propias expectativas de futuro. De hecho, en general, muchas de las expectativas sobre el futuro anteriormente establecidas han de ser probablemente reformuladas, con la consecuencia de que se producen múltiples pérdidas. El proceso natural es que estas pérdidas se aúnen en un proceso de duelo complejo, necesario para la reestructuración positiva de la identidad.

En un estudio reciente de caso único se observó, mediante técnicas cualitativas, la forma de los procesos de duelo de una persona en la fase inicial de la esquizofrenia; de hecho, se observan diferencias notables entre los procesos de duelo naturales y los que son experimentados a partir de esta enfermedad (Palma *et al.*, 2006).

La mayoría de procesos de duelo se inician en base a una pérdida principal que va acompañada de otras secundarias, de manera que en primer lugar la persona es consciente de la principal, y progresivamente se va dando cuenta de las secundarias (Rando, 1984). En la esquizofrenia el proceso puede ser inverso. La persona primero comienza a darse cuenta de las pérdidas secundarias (memoria, concentración, autonomía, etcétera) y posteriormente de la pérdida principal, hasta

que se hace presente la idea de que ya no es el mismo que era, de que ha perdido la identidad.

Otra de las particularidades del proceso de recuperación emocional en la esquizofrenia es que tanto la pérdida principal como las secundarias son ambiguas. En muchas ocasiones se están barajando pérdidas no cerradas que podrían generar esperanzas de recuperación frustradas que dificulten el afrontamiento (Boss, 2001).

En cuanto a las implicaciones terapéuticas, se considera imprescindible el acompañamiento y el apoyo a los sentimientos de autoeficacia del paciente (Henry *et al.*, 2002), así como el ayudarlo a realizar un ajuste de esperanzas de recuperación realistas y facilitar la reconstrucción de una nueva identidad basada en el mantenimiento o conservación de los aspectos más estructurales del paciente.

Sin duda, la redefinición de la persona debe encontrar vínculos con la identidad perdida, puesto que éstos aportan el grado de seguridad necesaria para completar el proceso de duelo. Si no, la confusión y la inseguridad van a representar un obstáculo en este proceso.

Es importante ayudar al paciente a desarrollar un autoconcepto que no esté únicamente basado en el trastorno que presenta (Schaub, 2004). Además, la reconstrucción de éste debe basarse en la generación de constructos identitarios claros, delimitados y precisos que faciliten la auto-identificación de la persona (Palma *et al.*, 2006).

Como puede observarse en las aportaciones de la literatura, en psicoterapia el trabajo con las emociones es de una alta complejidad y heterogeneidad. De hecho, ello podría representar un problema en la observación y comparación del efecto de las psicoterapias, ya que en cada relación terapéutica y en cada vínculo se van a barajar aspectos determinantes que dependen, no sólo del paciente, sino también del terapeuta y del contexto. No obstante, nos encontramos en un momento de oro en cuanto al avance de las psicoterapias de las emociones, como así podemos observar en las aportaciones recientes de los pioneros de la intervención precoz.

Ciertamente, este punto de la historia de la psicoterapia tiene unos precedentes claros en la psicología de orientación dinámica (Bleuer, 1950; Fromm-Riechmann, 1978; Conrad, 1958; Sechehaye, 1958) y en

los estudios de comorbilidad en la esquizofrenia, que han supuesto la base para las reflexiones y orientaciones que en la actualidad se están poniendo en marcha. Sin embargo, no se han encontrado muchos trabajos recientes que traten explícitamente el tema de las emociones en el proceso psicoterapéutico, cuando en realidad es uno de los factores nucleares de la recuperación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDINGTON, J., MCCLEERY, A. & ADDINGTON, D. (2005). "Three-year outcome of family work in an early psychosis program", *Schizophrenia Research*, 79, 107-116.
- BARROWCLOUGH, C. & TARRIER, N. (1992). *Families of Schizophrenic Patients: Cognitive Behavioural Intervention*. London: Chapman & Hall.
- BIRCHWOOD, M. (1992). "Early intervention in schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies", *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 257-278.
- BIRCHWOOD, M. & CHADWICK, P. (1997). "The omnipotence of voices, III. Testing the validity of the cognitive model", *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- BIRCHWOOD, M., FOWLER, D. & JACKSON, C. (2000). *Early intervention in psychosis. A guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons.
- BIRCHWOOD, M., IQBAL, Z., CHADWICK, P. & TROWER, P. (2000). "Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis, I: Ontogeny of post-psychotic depression", *British Journal of Psychiatry*, 177, 516-521.
- BIRCHWOOD, M., IQBAL, Z., JACKSON, C., & HARDY, K. (2005). *Terapia cognitiva y disfunción emocional en la psicosis temprana*. En J. Gleeson & P. McGorry (Eds.), *Intervenciones psicológicas en las psicosis tempranas. Un manual de tratamiento* (pp. 369-398). Bilbao: Desclee de Brower.
- BIRCHWOOD, M. & TROWER, P. (2003). "Pathways to emotional dysfunction in first episode psychosis", *British Journal of Psychiatry*, 182, 173-175.
- BLEUER, E. (1950). *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Horme.
- BOSS, P. (2001). *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Gedisa.

- CHADWICK, P. & TROWER, P. (1996). "Cognitive therapy for punishment paranoia: a single case experiment", *Behaviour Research Therapy*, 34, 351-356.
- CONRAD, K. (1958). *La esquizofrenia incipiente*. (1 ed.) San Sebastián: Triacastela.
- DAVIDSON, L. & STRAUSS, J. S. (1992). "Sense of self in recovery from severe mental illness", *British Journal of Medical Psychology*, 65 ( 2), 131-145.
- DEEGAN, P. (1994). Recovery: "The lived experience of rehabilitation". En W.A.Anthony & L. Spaniol (Eds.), *Readings in Psychiatric Rehabilitation* (pp. 149-162). Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.
- ERIKSON, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- FELDMANN, R., HORNUNG, W. P., BUCHKREMER, G. & AROLT, V. (2001). "The influence of familial loading on the course of schizophrenic symptoms and success of psychoeducational therapy", *Psychopathology*, 34, 192-197.
- FOWLER, D., GARETY, P., & KUIPERS, E. (1998). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester: UK: Wiley.
- FREEMAN, D., GARETY, P., FOWLER, D., KUIPERS, E., DUNN, G., BEBBINGTON, P. et al. (1998). "The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions", *British Journal of Clinical Psychology*, 37 (4), 415-430.
- FROMM-RIECHMANN, F. (1978). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los trastornos maniaco-depresivos*. (3 ed.) Buenos Aires: Horne.
- GUMLEY, A., O'GRADY, M., MCNAY, L., REILLY, J., POWER, K., & NORRIE, J. (2003). "Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy", *Psychological Medicine*, 33, 419-431.
- HADDOCK, G., TARRIER, N., MORRISON, A. P., HOPKINS, R., DRAKE, R. & LEWIS, S. (1999). "A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis", *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 34, 254-258.
- HALL, P. & TARRIER, N. (2003). "The cognitive behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study", *Behaviour Research Therapy*, 41, 317-332.

- HARRISON, G., HOPPER, K., CRAIG, T., LASKA, E., SIEGEL, C., WANDERLING, J. et al. (2001). "Recovery from psychotic illness: a 15-and-20 year international follow-up study", *British Journal of Psychiatry*, 178, 506-517.
- HENRY, L. (2005). "Intervención psicológica en la recuperación de la psicosis temprana: psicoterapia de orientación cognitiva". En J.Gleeson & P. McGorry (Eds.), *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- HENRY, L., EDWARDS, J., JACKSON, H., HULBERT, C., & MCGORRY, P. (2002). *Cognitively Oriented Psychotherapy for First-episode Psychosis (COPE): A practitioner's Manual*. [4]. Melbourne, EPPIC.
- IQBAL, Z., BIRCHWOOD, M., CHADWICK, P., & TROWER, P. (2000). "Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis, 2: Testing the validity of a social ranking model", *British Journal of Psychiatry*, 177, 522-528.
- JACKSON, C. & IQBAL, Z. (2000). "Psychological adjustment to early psychosis". En M. Birchwood, D. Fowler, & C. Jackson (Eds.), *Early intervention in psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.
- JACKSON, H., MCGORRY, P., EDWARDS, J., HULBERT, C., HENRY, L. & FRANCEY, S. (1998). "Cognitively-oriented psychotherapy for early psychosis (COPE). Preliminary results", *British Journal of Psychiatry, Suppl 172*, 93-100.
- JACKSON, H. J., MCGORRY, P., & MCKENZIE, D. (1994). "The reliability of DSM-III prodromal symptoms in first-episode psychotic patients", *Acta psychiatrica Scandinavica*, 90, 375-378.
- JASPERS, K. (1963). *General Psychopathology*. Manchester: Manchester University Press.
- LEWIS, S., TARRIER, N., HADDOCK, G., BENTALL, R., KINDERMAN, P. & KINGDON, D. (2002). "Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes", *British Journal of Psychiatry, Suppl*, 43, s91-s97.
- LINZSEN, D. H., DINGEMANS, P. M., & LENIOR, M. E. (1994). "Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders", *Archives of General Psychiatry*, 88, 243-247.
- MAY, R. (2005). "Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación". En J.Gleeson & P. McGorry (Eds.), *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento* (pp. 425-452). Bilbao: Desclee de Brouwer.

- MCGORRY, P. (1995). "Psychoeducation in first-episode psychosis: A theoretical process", *Psychiatry*, 58, 344.
- MCGORRY, P. (2005). "Un resumen de los antecedentes y del alcance de las intervenciones psicológicas en psicosis temprana". En J. Gleeson & P. McGorry (Eds.), *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- MCGORRY, P., CHANEN, A., MCCARTHY, E., VAN RIEL, R., MCKENZIE, D., & SINGH, B. (1991). "Post-traumatic stress disorder following recent onset psychosis: An unrecognised post-psychotic syndrome", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 253-258.
- MORRISON, A. P., FRENCH, P., WALFORD, L., LEWIS, S. W., KILCOMMONS, A., GREEN, J. *et al.* (2004). "Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial", *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.
- NUGTER, A., DINGEMANS, P., VAN DER DOES, J., LINZSEN, D., & GERSONS, B. (1997). "Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia", *Psychiatry Research*, 72, 23-31.
- PALMA, C., FERRER, M., FARRIOLS, N. & CEBRIÀ, J. (2006). "La recuperación en la psicosis temprana: los procesos de duelo y el sentido de la experiencia psicótica", *Anales de Psiquiatría*, 33 (6). (En prensa).
- PERRIS, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. Londres: Guildford Press.
- SCHAUB, A. (2004). "Terapia cognitivo-conductual orientada al afrontamiento en la esquizofrenia: un nuevo tratamiento para uso clínico y científico". En C. Perris & P. McGorry (Eds.), *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- SECHEHAYE, M. (1958). *La Realización Simbólica. Exposición de un Nuevo Método Psicoterápico. Diario de una Esquizofrénica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- TROWER, P., BIRCHWOOD, M., MEADEN, A., BYRNE, S., NELSON, A., & ROSS, K. (2004). "Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial", *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320.



# Activitat

