

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Máster en psicología general sanitaria

Curso 2018-2019

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL PARA LA PSICOSIS: COMPARACIÓN ENTRE UN GRUPO DE PSICOSIS INCIPIENTE Y UN GRUPO MULTIFAMILIAR

Realizado por: Yolanda Parra Gómez

Dirigido por: Inés Aramburu Alegret

12 de Enero de 2019

Abstract

Psychosis is considered one of the most serious pathologies in mental health, because it generates the greatest suffering and psychological cost, both individually, family and socially. It is one of the main problems for public health care, so the group psychotherapeutic intervention, is a model of intervention appropriate to the care difficulties. The present work, has the purpose of studying the psychotherapeutic space that is offered in the Adult Mental Health Centers (CSMA) for the attention of the psychosis, with the interest of describing the adjustment of the treatments of each group to the pathology. Thus, is offered an analysis and comparison between the Group Psychotherapy of Incipient Psychosis and the Multifamily Psychotherapy applied to the treatment of families with psychotic experiences.

Keywords: Psychosis, group psychotherapy, incipient psychosis, multifamily, psychological treatment, psychotic experiences.

Resumen

La psicosis, es considerada una de las patologías más graves en salud mental, ya que genera el mayor sufrimiento y coste psicológico, tanto individual como familiar y social. Supone, uno de los principales problemas para la atención en la salud pública, de modo que, la intervención psicoterapéutica grupal, es un modelo de intervención idóneo ante las dificultades asistenciales. El presente trabajo, tiene el propósito de estudiar el espacio psicoterapéutico que se ofrece en los Centros de Salud Mental de Adultos (CSMA) para la atención de la psicosis, con el interés de describir el ajuste de los tratamientos de cada grupo a la patología. Así, se ofrece un análisis y comparación entre la Psicoterapia grupal de Psicosis Incipiente y la Psicoterapia Multifamiliar aplicada a familias con experiencias psicóticas.

Palabras claves: Psicosis, Psicoterapia grupal, Psicosis incipiente, Multifamiliar, Tratamiento psicológico, Experiencias psicóticas.

Índice

1. Contexto del caso y método	4
2. Introducción	4
3. Descripción de los grupos	10
3.1. Grupo de psicosis incipiente	10
3.2. Grupo Multifamiliar	11
4. Formulación del plan de tratamiento	12
4.1. Paciente seleccionado del Grupo de Psicosis Incipiente	12
4.2. Paciente seleccionado del Grupo Multifamiliar	13
5. Curso de la terapia	14
5.1. Curso del Grupo de Psicosis Incipiente	14
5.1.1. Prevención de recaídas	14
5.1.2. Comprensión de la psicosis y síntomas	16
5.1.3. Adquisición de conciencia de la enfermedad	17
5.1.4. Reducción de comorbilidad	18
5.1.5. Adherencia al tratamiento	19
5.1.6. Elaboración de experiencias traumáticas	21
5.1.7. Abordaje del funcionamiento y las relaciones familiares	23
5.1.8. Abordaje de la situación personal, laboral y social	24
5.1.9. Fomentar reflexión y mentalización	26
5.2. Curso del Grupo Multifamiliar	27
5.2.1. Concienciar sobre relaciones, roles y tipos de vinculación	27
5.2.2. Elaborar experiencias psicobiográficas	28
5.2.3. Entender el funcionamiento mental del hijo	29
5.2.4. Mejorar comunicación y relación familiar	30
5.2.5. Fomentar la colaboración y corresponsabilidad	31
5.2.6. Conectar con propios conflictos y dificultades	32
6. Discusión	33
7. Referencias	36

Contexto del caso y método

Con el objetivo de conocer y describir la atención psicoterapéutica grupal que se proporciona para atender la psicosis en los centros de salud mental pública, se han analizado las dos psicoterapias de grupo llevadas a cabo en el Centro de Salud Mental para Adultos (CSMA) de la Fundación Sant Pere Claver, del distrito de Montjuïc de la ciudad de Barcelona. El estudio, se ha realizado a partir de los dos grupos psicoterapéuticos de base psicodinámica, el Grupo de Psicosis Incipiente y el Grupo Multifamiliar, los cuales atienden al paciente desde modalidades de intervención distintas aunque se trate la misma patología. De este modo, en el presente trabajo se pretende mostrar las diferencias en los tratamientos, así como el progreso terapéutico de estos mediante un paciente de cada grupo.

Para la recogida de datos, se ha utilizado la transcripción de las sesiones semanales de las psicoterapias y para el análisis de la información, se ha realizado un análisis cualitativo del contenido con el programa informático Atlas-ti, de las sesiones llevadas a cabo desde enero hasta diciembre de 2018. Los datos recogidos, se han segmentado en cada uno de los grupos y, de estos, se ha generado categorías de análisis que corresponden a los objetivos de cada psicoterapia, con el propósito de mostrar el tratamiento y la evolución de los pacientes seleccionados mediante los cuales se puede observar y analizar el trabajo psicoterapéutico realizado. Para garantizar el anonimato de los pacientes y las familias, se han modificado algunos de los datos.

Introducción

Desde el punto de vista psicodinámico, se entiende que enfermedad y salud no son conceptos contrapuestos o excluyentes entre sí, puesto que, tanto el funcionamiento psicótico como el neurótico forman parte de la naturaleza humana, y por lo tanto, nadie está exento de la presencia de rasgos y conflictos neuróticos y psicóticos en su estructura de la personalidad y evolución de esta (Hernández, 2008).

La psicosis, se considera la aparición manifiesta de un funcionamiento mental primitivo que existe en todo tipo de personalidades (sanas y enfermas) y que, cuando resurge de forma consciente, puede parecer incomprensible porque su carácter arcaico lo hace extraño al funcionamiento mental consciente y racional. Este funcionamiento mental psicótico, no corresponde al nivel madurativo de la personalidad (self) y perturba de forma más o menos intensa el criterio de realidad del sujeto y su capacidad para captar la realidad y situarla en su contexto material, emocional, relacional y social, dotándola de significado. Cabe destacar, que mientras el estado psicótico supone, la invasión de la persona por este funcionamiento psicótico que se manifiesta en pensamiento y conducta, el carácter psicótico en cambio, se refiere al tipo de personalidad que presenta rasgos excéntricos, extraños e incluso perturbadores de la relación, que son incomprensibles y faltos de sentido. De este modo, se considera que el síntoma psicótico se puede expresar independientemente de si se presenta un estado mental psicótico o no. Se entiende así, que toda persona consta de un núcleo psicótico, que en condiciones normales, se encuentra aislado y alejado de las funciones más evolucionadas, conscientes y racionales de la personalidad. Cuando este núcleo se activa y se manifiesta, repercute en la conducta mental, la vida afectiva y racional, e invade la personalidad. Este núcleo, tiene disposición a activarse ante experiencias y situaciones traumáticas, aterradoras, de conflicto y sufrimiento. De modo que, desde la psicodinámica, el significado debe buscarse en las experiencias relacionales de objeto que se establece en la génesis y el desarrollo biográfico de las relaciones (Hernández, 2008).

Actualmente, la psicosis es una enfermedad que afecta entre el 0,7 y el 1% de la población mundial y, su curso, es generalmente crónico con un inicio temprano durante la adolescencia o estreno de la juventud del individuo (Apiquián, Fresán, García, Lóyzaga & Nicolini, 2006). De este modo, el primer episodio psicótico aparece en un momento vital decisivo donde se deben afrontar tareas evolutivas básicas como la construcción de la identidad, la consolidación en un grupo de iguales, la autoafirmación respecto a la familia de

origen, la iniciación en el mundo laboral o especialización académica, así como el desarrollo de intimidad emocional y sexual (Belloso, 2014). Supone, la alteración de la transición de la adolescencia a los primeros años de la etapa adulta (Espinosa, 2010) y, de este modo, es considerado uno de los principales problemas asociados a la incapacidad, ya que compromete seriamente el desarrollo fundamental de la persona y dificulta el funcionamiento general en todas sus áreas, tanto individual como social y familiar, pudiendo llegar a favorecer el estancamiento al final de la adolescencia, con el riesgo de situar al joven en una realidad de dependencia, además de en una situación de exclusión (Apiquián et al, 2006).

Los jóvenes tienen que integrar la realidad de la psicosis en un identidad ya en construcción, el eje fundamental que supone la identificación y relación con el grupo de iguales se ve dificultada por las connotaciones negativas, las dificultades de comprensión y el estigma social. Tal y como afirma la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2008), las personas con enfermedad mental tienen numerosas experiencias de rechazo, especialmente en el ámbito laboral, los amigos y la familia extensa. En esta edad, también se acostumbran a llevar a cabo conductas de riesgo, como el consumo de tóxicos, fundamentalmente alcohol y cannabis con la función de facilitador social, de modo que, el joven que intenta integrarse va a tropezar con la barrera que supone el consumo para su recuperación. Por otro lado, se produce un corte en el camino hacia la independencia y afirmación respecto a la familia, con la aparición del brote, el ingreso psiquiátrico y el proceso lento de recuperación posterior. Así mismo, la familia se encuentra ante la dificultad de equilibrar la protección necesaria en ese momento con la autonomía imprescindible para el desarrollo vital, de forma que juegan un papel importante el temor a las recaídas. Estas, no solo suponen el retorno al malestar, sino también al peligro, el estancamiento, la cronicidad, los reingresos, la pérdida de autonomía, la desvinculación social, laboral y el deterioro. De este modo, la intervención psicoterapéutica precoz en los trastornos psicóticos, supone un elemento indispensable para la mejor evolución posible de la patología (Belloso, 2014).

En el informe de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A. E. N., 2009), las tasas de recaída en el primer año tras un episodio son del 60 % sin seguir el tratamiento y hasta del 40 % siguiendo el tratamiento. Si atendemos a las tasas de reingreso (Malla, McLean & Norman, 2005), a los seis meses reingresan el 33 % de los pacientes. A los dos años, el 55 % y a los cinco años el 80 %. Esta situación, pone de manifiesto la importancia de la intervención psicoterapéutica precoz en los trastornos psicóticos. Un enfoque, que parte de la filosofía de alterar el curso de la enfermedad, interviniendo tempranamente en las primeras fases de esta e incluso previamente. Todo retraso en recibir el tratamiento adecuado se asociaría con una peor evolución y pronóstico (Pardo, 2007).

De esta forma, en la sanidad pública, se han configurado servicios compuestos por equipos interdisciplinarios, abarcando el tratamiento precoz de la psicosis en sus distintas fases y facetas (Belloso, 2014). Se han implementado tratamientos específicos para cada fase, entendiendo estos como tratamientos que van dirigidos a impedir la progresión hacia la psicosis en aquellas personas con síntomas prodrómicos, o bien, a promover la recuperación en aquellas otras personas que han experimentado recientemente su primer episodio (Vallina, Lemos & Fernández, 2006). La terapia de grupo, supone un elemento psicoterapéutico de gran valor, pues permite adecuar los recursos sanitarios a un mayor grupo de pacientes, les permite a estos llevar a cabo un tratamiento de forma regular, proporciona relaciones de apoyo, donde se pueden compartir experiencias similares y desarrollar tanto habilidades sociales, como de autoobservación y autoconocimiento, y de comprensión de la enfermedad así como de la propia psicobiografía.

Ante esta situación, en 2011 la Generalitat de Catalunya presenta el propósito de desarrollar un Programa de Atención Específica a Trastornos Psicóticos Incipientes (PAE-TPI). Se determina un Plan de Salud Mental para hacer frente a la problemática, y surgen terapias psicoterapéuticas grupales para el tratamiento de la psicosis incipiente como las que son estudiadas en el presente trabajo. Estos grupos atienden a dos colectivos poblacionales:

Estados mentales de alto riesgo (EMAR) y primeros episodios psicóticos (Generalitat de Catalunya, 2011).

De este modo, por un lado se implementa el Grupo de Psicosis Incipiente, que va dirigido a personas jóvenes, de edades comprendidas entre los 18 y 35 años que presentan estados mentales de riesgo a desarrollar un trastorno psicótico, personas que han sufrido primeros episodios psicóticos y se encuentran en recuperación o durante el periodo crítico de cinco años posteriores a un primer episodio psicótico. Es un tránsito difícil, pues un ochenta por ciento de los pacientes recaen en los primeros cinco años de la enfermedad ya que este es un período crítico (Birchwood et al., 1998; Malla et al., 2005). Es un período sensible no solo a las recaídas, sino a la aparición de respuestas desadaptativas de evitación o negación, consumo de tóxicos, persistencia de síntomas positivos residuales, retraimiento social y laboral, así como suicidio (Vallina, Alonso, Gutierrez, Fernandez, Garcia, Fernandez & Lemos, 2003). El grupo, yace como elemento psicoterapéutico que trabaja en proporcionar apoyo emocional ante las inquietantes experiencias subjetivas de la psicosis y ante el estigma. También, pretende desarrollar una alianza terapéutica, promover comprensión sobre la psicosis, participación activa en el tratamiento y adherencia a la medicación, abordando los complejos síntomas individuales y comorbilidades, reduciendo la resistencia al tratamiento, potenciando el afrontamiento y la adaptación, así como mejorando las relaciones interpersonales, promoviendo la recuperación laboral, previniendo las recaídas, reduciendo el riesgo de suicidio y consumo de drogas. En definitiva, interviniendo en la reducción del riesgo de transición desde estados de ultra riesgo a la psicosis (McGorry, 2004).

De este modo, es necesaria una atención biopsicosocial intensiva y de calidad, de forma continuada y activa durante los años críticos posteriores al inicio de la psicosis, desde programas especializados de atención temprana que incluyan además de farmacoterapia, psicoeducación, prevención de recaídas, apoyo y rehabilitación social y laboral, así como intervención con la familia. En esta línea, partiendo de la importancia del tratamiento con las

familias, se implementa la Terapia de Grupo Multifamiliar (GMF) del Dr. Jorge García Badaracco, psicoanalista que descubrió cómo sus pacientes psicóticos crónicos mejoran al realizar terapias de grupo con sus familiares. El grupo, tiene la función de prevenir y evitar una evolución negativa hacia la psicosis, y permitir una mayor comprensión de la enfermedad a las familias (Blanqué, 2015). El GMF permite a estas, la posibilidad de expresar sus conflictos junto a otros con problemas similares y poder contener los aspectos más regresivos del sufrimiento mental. También, ofrece aprendizajes diferentes para afrontar la vida familiar, atendiendo tanto la culpa de los familiares como la enfermedad del paciente identificado, entendiendo su funcionamiento como algo no tan distinto a lo que puede pasarle al resto de los familiares considerados como sanos (Mascaró, 2006). El grupo, proporciona un espacio de seguridad, donde poder exponer los recursos de cada persona que permite ver al joven problemático tanto con sus aspectos enfermos como sanos (Badaracco, 2000). Así, se desbloquean los recursos que quedaron inhibidos y se puede ver la enfermedad como un funcionamiento patológico propio de unas circunstancias determinadas (Blanqué, 2015). Se parte de entender la psicosis como una patología vincular y supone una nueva oportunidad para entender lo que nunca se ha comprendido. Se trabaja en ayudar a las familias a mejorar la comunicación entre sus miembros, a vivir experiencias que les brindan otras familias al compartir sus propias experiencias, a entender el funcionamiento mental de sus hijos, y de este modo, poder conectar con sus propios conflictos.

De este modo, en el presente trabajo se pretende elaborar una descripción y comparación entre los dos grupos psicoterapéuticos de atención a la psicosis, centrando el interés en las intervenciones que se realizan y forman parte del cambio de paradigma de “la enfermedad mental establecida” a “la enfermedad mental en sus fases iniciales”. Pues este cambio, permite poner el foco en las situaciones prodrómicas o de riesgo a padecer la enfermedad, y trabajar por la detección y tratamiento temprano, la reducción y prevención de los episodios y el tratamiento continuado durante la recuperación hacia la estabilización.

Descripción de los grupos

Grupo de psicosis incipiente

Los criterios de selección para incluir los pacientes en el grupo han sido: tener una orientación diagnóstica de sintomatología psicóticas sin presentar etiología orgánica, y estar en recuperación tras haber sufrido ingreso por brote psicótico, o por el contrario, tras la detección de los primeros síntomas. Se basan así, en la homogeneidad del diagnóstico y del momento evolutivo de la enfermedad y se indica al grupo a aquellos pacientes en los que se detectan recursos y capacidades para el beneficio de una psicoterapia.

El grupo está compuesto por 8 sujetos siendo 4 mujeres y 4 hombres, cuyas edades se comprenden entre los 24 y 36 años. Los miembros del grupo, presentan diagnósticos elaborados a partir del CIE10 (OMS, 1992) que corresponden con sintomatología psicótica, siendo estos: Trastorno de Personalidad Esquizoide, Trastorno Bipolar, Trastorno de Esquizofrenia Paranoide, Trastorno Esquizoafectivo de Tipo Maníaco y Trastorno Esquizoafectivo de Tipo Depresivo. La mitad de los pacientes han sufrido ingresos psiquiátricos a lo largo del curso de la enfermedad, mientras la otra mitad ha recibido atención y seguimiento clínico para atenuar la sintomatología y prescindir del ingreso.

La psicoterapia se lleva a cabo semanalmente desde octubre del 2017 con un proyecto de permanencia de dos años, pues es un grupo de estructura cerrada y se pretende finalizar en octubre de 2019 con los mismos pacientes que empezaron. La duración de las sesiones es una hora y estas son realizadas por dos psiquiatras y una psicóloga observadora. De este modo, el grupo establece los siguientes objetivos: prevención de recaídas, adherencia al tratamiento, adquisición de conciencia de enfermedad, comprensión sobre la psicosis y los síntomas, reducción de la comorbilidad (drogas), elaboración de experiencias traumáticas del ciclo vital, abordaje del funcionamiento familiar y de la situación personal, laboral y social, y fomento de reflexión y mentalización.

Grupo Multifamiliar (TMF)

Los criterios de selección han sido homogeneidad en el diagnóstico, siendo pacientes y familiares con experiencias psicóticas y, heterogeneidad en el momento evolutivo de la enfermedad. Se incluyen así, tanto paciente como su familia, considerando ésta como elemento indispensable para el trabajo psicoterapéutico. Se derivan aquellas familias con disponibilidad y recursos para beneficiarse del espacio grupal en familia, y en cuyos casos se identifica la importancia de elaborar un trabajo familiar, entendiendo que todos los miembros adquieren un papel trascendental para la enfermedad.

El grupo está formado por 20 familias, entre las que hay pacientes y familiares. El grupo, está formado por 8 madres y 12 pacientes. Las edades de las madres se comprenden entre 56 y 72 años, y las de los pacientes se comprenden entre 33 y 50 años. Algunos de los pacientes cumplen ambos roles, pues además de ser padres de pacientes con psicosis, ellos mismos poseen un diagnóstico. Los diagnósticos elaborados a partir del CIE10 son: Psicosis Maníaco Depresiva de Tipo Mixto, Trastorno Obsesivo Compulsivo con Sintomatología Psicótica, Esquizofrenia Paranoide, Trastorno Depresivo, Trastorno Esquizoafectivo Mixto, Neurosis Anancástica, Trastorno Bipolar y Neurosis Compulsiva.

La psicoterapia se lleva a cabo semanalmente con una duración de una hora y media y, es realizado por una psicóloga PIR, un psiquiatra, una enfermera y una psicóloga observadora. Ningún terapeuta se repite en los dos grupos, la única figura que está presente en ambos es la psicóloga observadora. Es un grupo de estructura abierto, por lo que no tiene una fecha de finalización y se lleva realizando desde 2007 en el centro, con las pertinentes pausas de temporada vacacional. Se mantiene una constante revisión y actualización de las familias. Los objetivos se centran en el funcionamiento familiar, y son: adquirir conciencia sobre las relaciones y tipos de vinculación, elaborar experiencias psicobiográficas, entender el funcionamiento mental de los hijos, mejorar la comunicación y relación familiar, fomentar la colaboración y corresponsabilidad, y conectar con propios conflictos y dificultades.

Formulación del plan de tratamiento

Paciente seleccionado del Grupo de Psicosis Incipiente

Lucia, mujer de 27 años diagnosticada a los 22 años de Trastorno Esquizoafectivo de tipo maníaco, cuando sufrió por primera vez un brote psicótico que la llevó a un ingreso de 3 meses. En el momento del ingreso, Lucia se encontraba en un piso ocupado donde llevaba viviendo varios meses y en el que reconoció consumir de forma abusiva cannabis junto a sus compañeros. Anteriormente a los meses que llevaba viviendo en el piso, se había ido de la casa de sus padres sin informarles de su destino. Lucia, ha sufrido ingresos cada año desde los 22 años que fue diagnosticada, no ha podido vincularse a un centro de salud mental y ha dejado la medicación continuamente a causa de los efectos secundarios o por un interés de maternidad. Mantiene una relación distante con su familia, refiere no tener buena relación ni vínculo con sus padres, sobretodo con la madre, a la que describe como dependiente del alcohol desde que la paciente era niña. Hace referencias a una escolaridad y adolescencia complicada, marcada por el abuso escolar y la sensación de aislamiento. Actualmente, convive con su pareja y estudia de forma intermitente un ciclo superior de auxiliar de enfermería. En el inicio de la psicoterapia grupal, Lucia hace 4 meses que ha salido del último ingreso de 6 meses de duración y se encuentra en proceso de recuperación, no muestra aceptación ni comprensión de la patología, mantiene ideas de consumo y no acepta la medicación. Se le propone realizar la psicoterapia grupal ya que es una paciente que puede beneficiarse del espacio grupal y cumple con los criterios de inclusión. A lo largo que transcurre la psicoterapia, Lucia hace una gran evolución y muestra mayor consciencia de la enfermedad, la sintomatología y los efectos de la medicación. Esta, la tolera con dificultad y mantiene ideas de reducción de la dosis con el objetivo de poder quedarse embarazada. Consigue elaborar acontecimientos traumáticos y muestra una mayor capacidad de detención de los síntomas que le permiten hacerse más consciente de sus necesidades y momentos de vulnerabilidad, mantiene un seguimiento continuado con su psiquiatra de referencia.

Paciente seleccionado del Grupo Multifamiliar

Victoria, mujer de 55 años que acude al grupo como familiar de su hijo de 24 años diagnosticado de Trastorno Bipolar hace dos años. Está casada y tiene tres hijos, dos varones de 27 y 24 años y una mujer de 30 años. Convive con el marido y el hijo menor, y actualmente no trabaja, pero ejerció la profesión de costurera. La relación con sus padres fue siempre problemática, educada en una localidad muy humilde, refiere haber vivido como los propios animales que su familia criaba y nunca haberse sentido querida ni tenida en cuenta.

Se casó a los 25 años en cuanto conoció a su marido y quiso irse lejos de su familia de origen. Refiere recordar desde joven mucho estrés, agobio y necesidad de llevar todo adelante ella sola sin poder contar con nadie. Habla de sufrir un estado de ansiedad muy elevado todo el tiempo que al final culminó con una crisis maníaca. Estuvo ingresada durante un par de semanas y, posteriormente, empezó a realizar seguimiento en el centro de salud mental en el que hasta la actualidad se mantiene vinculada. No ha vuelto a sufrir ningún otro episodio y no recibe ningún tratamiento farmacológico. Lleva desde el primer brote con visitas psiquiátricas mensuales o trimestrales, y se considera capaz de detectar los síntomas y ponerse en contacto de inmediato con los profesionales. Ha mantenido desde el inicio de la enfermedad muy buena adherencia al tratamiento y a los profesionales de referencia.

Su hijo menor, de 24 años, fue diagnosticado de Bipolaridad hace 2 años pero no reconoce el diagnóstico, no quiere ser tratado por ningún profesional, ni recibir tratamiento farmacológico. Victoria, actualmente sufre mucha ansiedad y preocupación por este hijo, que se mantiene aislado, sin interés en realizar ninguna actividad ni ocupación y con el que tiene una relación distante e incluso agresiva, con amenazas y agresiones verbales. Se le proporciona la posibilidad de iniciar al grupo multifamiliar tanto por su situación familiar como por su estado personal de vulnerabilidad. A lo largo del año de psicoterapia, Victoria mantiene un carácter luchador y valora positivamente el espacio grupal, mantiene su adherencia al grupo y se observa una evolución muy positiva.

Curso de las terapias

Curso del Grupo de Psicosis Incipiente

Prevención de recaídas

El curso normal de la psicosis se define por su evolución hacia la cronicidad y la alternancia de periodos de remisión y recaídas. De este modo, uno de los principales objetivos que se establecen tras los primeros episodios psicóticos, es el desarrollo de herramientas que hagan al paciente capaz de identificar precozmente los síntomas prodrómicos que preceden las crisis (Godoy et al., 2016). Se trabaja en detectar síntomas clínicos negativos (ansiedad, depresión, anhedonia, déficits cognitivos o aislamiento) y síntomas positivos (delirios, alucinaciones, trastornos del habla o pensamiento desordenado), que se van agravando en términos de frecuencia, duración, intensidad y grado de interferencia en el funcionamiento cotidiano del paciente, conforme se aproxima el episodio de psicosis. De este modo, el grupo, puede facilitar su detección ya que es un espacio donde el paciente se siente capaz de compartirlo, ser escuchado y atendido no solo por los profesionales sino también por sus propios compañeros. En el siguiente fragmento extraído de la sesión 24 del Grupo de Psicosis Incipiente, Lucia explica al grupo su creciente incomodidad, aislamiento y preocupación.

- *Lucia: Os quería contar que desde hace varias semanas no me encuentro bien. No sé lo que me pasa, pero me preocupa.*
- *Psiquiatra 1: ¿Qué es lo que te notas, Lucia?*
- *Lucia: Me siento muy nerviosa, en alerta, pensando raro de los demás y prefiero estar sola, incluso me quedo en casa antes que salir con amigos o con mi pareja.*
- *Psiquiatra 2: ¿Y que puede haber influenciado o desencadenado esto?*
- *Lucia: No lo sé, quizá el ciclo que estoy haciendo de auxiliar de enfermería...*
- *Psiquiatra 2: A veces pasamos por situaciones complicadas que generan más estrés...*

- *Lucia: Lo que me pasa en el ciclo es que ahora debo empezar las prácticas y no me siento segura... Por los temblores que tengo de la medicación y mi baja autoestima... Me da la sensación de que se ríen de mi o me miran todo el tiempo...*
- *Paciente 2: A mí también me pasó una vez que me daba la sensación que un compañero conspiraba con los demás, contra mi... Hasta que un día pensé que podían ser cosas de mi cabeza y lo hablé con él, al final nos llevábamos súper bien.*
- *Psiquiatra 1: Estáis comentando cosas muy interesantes. Es importante darse cuenta de que uno se siente peor, pero también pensar en que ha podido acontecer eso y contrastar nuestras ideas con otras personas.*

Como se puede observar en el fragmento, es imprescindible la detección y descripción de los síntomas. Se pretende dotar de herramientas para la detección temprana de posibles recaídas futuras. Como se observa en el siguiente fragmento de la sesión 26, el grupo permite la puesta en común de las sensaciones y estrategias que adopta cada uno, así como una elaboración conjunta hacia la comprensión de la enfermedad y su sintomatología.

- *Lucia: Yo he tenido temporadas de no querer salir de casa. Muchas veces me levanto por la mañana, desayuno, me tomo la medicación y vuelvo a la cama. A veces entro en ese bucle y aún me siento peor por no haber aprovechado el día.*
- *Psiquiatra 2: Parece que sois capaces de detectar cuando os encontráis peor y eso es muy importante. Como decía Lucia, os preocupa y por lo tanto, ¿Os puede movilizar?*
- *Paciente 1: Yo cuando me siento más deprimido intento salir, ver amigos... Y también contárselo a mi psiquiatra, que es quien mejor me puede decir lo que me pasa.*
- *Lucia: También hay la duda siempre de si es por la enfermedad o una temporada mala que puede tener cualquiera. Contarlo a profesionales es mejor, pero da miedo.*
- *Paciente 2: Yo algo que hago es hablar con mi madre. Es con la única que tengo una relación cercana y cuando no tengo claro si estoy bien, le pregunto si me ve demasiado contenta o eufórica. Ella me ayuda y me apoya mucho.*

Comprensión de la psicosis y los síntomas

Entre los pacientes de psicosis incipiente, destaca la falta de conciencia de enfermedad así como de comprensión sobre la psicosis y los síntomas. Tal y como se observa en el siguiente fragmento extraído de la 7a sesión, Lucía tiene una concepción de la enfermedad marcada por el desconocimiento y el estigma que poco a poco puede ir elaborando.

- *Paciente 3: Pero tú, Lucía, ¿Qué diagnóstico tienes?*
- *Lucía: No me gusta hablar de esto...tampoco lo tengo claro... No estoy de acuerdo, no quiero tenerme que medicar...Nos tratan como locos y yo creo que locos son los que matan, violan... Nosotros luchamos para no sentirnos un parásito de la sociedad.*
- *Psiquiatra 1: Es una imagen curiosa, un parásito, ¿Tú te sientes así?*
- *Lucía: Yo cobro la paga por discapacidad y a veces te sientes como un parásito porque no aportas nada, solo eres una enfermedad. Además, creo que la he superado, la parte esquizoafectiva sí, pero la bipolar no. Me encantaría volver atrás, todos los errores que he cometido, peleas con mis padres, que me echaran de casa, vivir en una casa ocupa, consumir drogas, una mala vida, una pareja que traficaba y yo lo tenía muy a mano... Creo que si pudiese volver atrás no haría todo eso y quizá no tendría el grado de discapacidad ni la enfermedad. No se, también hay más causas, genética...*
- *Psiquiatra 1: Está muy bien a lo que tú apuntas, y es importante diferenciar las circunstancias vitales, de la vulnerabilidad o predisposición que uno no ha escogido.*
- *Lucía: Si, yo en la adolescencia ya me sentía rara, cuando nos mudamos de piso y más cosas que pasaron... Me sentía extraña, pero mis padres me decían “tu calla que tienes mucho cuento”. Ya estaba mal a los 14 años y a los 19 todo se hizo una bola y petó (Tiene más temblor en las piernas). No se, por decir algo... (se ríe tímidamente).*
- *Psiquiatra 1: ¿Crees que esto es por decir algo? No, es algo muy importante.*
- *Lucía: Si, es muy importante para mí, es una parte de mi vida que realmente me puede ayudar a entender porque soy así.*

Adquisición de conciencia de enfermedad

La juventud es un momento vital donde se deben afrontar tareas evolutivas básicas, como la construcción de la identidad, la consolidación en un grupo, la autoafirmación respecto a la familia, la iniciación en el mundo laboral o especialización académica, así como el desarrollo de intimidad emocional y sexual (Belloso, 2014). Supone, la alteración de la transición de la adolescencia a los primeros años de la etapa adulta (Espinosa, 2010). Y por lo tanto, constituye una tarea muy complicada integrar la enfermedad en esta identidad en creación y en la autoconcepción de uno mismo. En las primeras sesiones se observa en Lucía la falta de conciencia y comprensión de la enfermedad, pero a lo largo del tratamiento se puede apreciar su elaboración y evolución del pensamiento.

- *(Sesión 2) No me gusta tomar medicación, no entiendo porque la debo tomar si ahora ya estoy bien. Antes fumaba y me iba bien, la medicación solo da efectos secundarios.*
- *(Sesión 4) Quiero ser madre y creo que es el momento, ya hace un tiempo que quiero, antes del último episodio ya quería porque había conseguido bajar bastante la medicación, pero luego deje la medicación de golpe y me vino el último brote...*
- *(Sesión 7) Es muy injusto que nos encierren a nosotros en los psiquiátricos durante meses y luego haya gente que realmente es enferma que no la ponen ni presa.*
- *(Sesión 10) Al final todo lo centro en lo que piensan los demás, desconfío, me doy cuenta que incluso si voy a comer con la familia de mi pareja pienso en lo que estarán pensando si me ven tomando tantas pastillas... Muchas ideas que no sirven de nada.*
- *(Sesión 16) Al principio yo también me centraba mucho en lo que pensarán de mí, pero ahora estoy intentando no hacerlo, me he dado cuenta de que no me hacía bien. Pienso en porque me ha tocado vivir a mí esto, pero lo tengo que aceptar.*
- *(Sesión 25) Los porros ya lejos... Y la medicación me la tomo, que yo siempre me he quejado de ella (se ríe). Pero es verdad que me va bien... La necesito, aunque espero que no sea para siempre, por lo menos para poder quedarme embarazada.*

Reducción de comorbilidad

Entre las conductas de riesgo, destaca el consumo de tóxicos, fundamentalmente alcohol y cannabis con la función de facilitador social. Esto, supone que el joven que intenta integrarse en el círculo va a tropezar con la barrera que supone el consumo para su recuperación. La reducción de conductas de riesgo, especialmente del consumo de drogas supone un elemento indispensable como puede observarse en el siguiente fragmento de la 3ª sesión.

- *Lucia: Me siento muy mal, la medicación me causa muchos efectos secundarios.*
- *Psiquiatra 1: Parece que siempre es la química, siempre es culpa de la medicación.*
- *Lucia: Yo fumaba cannabis y estaba bien, ahora encima de no poder fumar me tengo que tomar la medicación que tiene efectos secundarios y no estoy bien. Si fuese por mí volvería a fumar, pero sé que no lo tengo que hacer porque por ello me dio el brote.*
- *Psiquiatra 2: Además de los porros, ya llevabas un tiempo mal, no solo es cuestión de la química que además, no te hacía bien si sufriste el brote consumiendo.*
- *Paciente 1: Claro es que eso no puede ser (se ríe). Te tienes que olvidar de las drogas. Yo también he consumido antes pero al final estas mejor sin ellas.*
- *Lucia: Pero es que no entiendo porque tengo que tomar la medicación si ahora ya estoy bien, no estoy en un brote...*

A lo largo de las sesiones se observa la evolución y toma de conciencia sobre el consumo. Durante la 10ª sesión, Lucia explica que además tiene el objetivo de dejar el tabaco, “estoy un poco nerviosa pero de momento estoy muy orgullosa, me pongo parches para hacerlo poco a poco y tengo el objetivo de dejarlo del todo en dos meses”. En la 15ª sesión, también comentó “ya no fumo tanto y tampoco tomo café, era algo que me alteraba mucho... Y solo me falta eso. Como somos enfermos nos pensamos que todo es culpa y responsabilidad de las pastillas, pero hay más cosas”. Durante la 20ª sesión comentaba: “Mi experiencia tras dejar la medicación es acabar mal. Además siempre coincidía con que volvía a consumir porros y eso me afectaba mucho... Me ponía celosa, agresiva, con ataques de histeria... Al

final llamaban a la ambulancia y vuelta a empezar”. En la 25ª sesión, cuando se incorporaba una nueva paciente que explicaba su ingreso tras el consumo de cannabis, Lucia respondía: *“Yo también fumaba, y ya sé que ha sido un desencadenante de mis crisis, nada más levantarme ya estaba fumando y eso me hacía pensar mucho, tener paranoias. Has tomado una buena decisión en dejarlo y será difícil, pero ya has hecho un paso”*.

Adherencia al tratamiento

Las tasas de recaída en el primer año tras un episodio son del 60 % sin seguir el tratamiento, mientras si atendemos a las tasas de reingreso a los seis meses reingresan el 33 % de los pacientes, a los dos años, el 55 % y a los cinco años el 80 % (Malla, McLean, & Norman, 2005). Esta situación, pone de manifiesto la importancia de la intervención precoz y la necesidad de trabajar en la adherencia al tratamiento. Entre las variables que influyen en la decisión de los pacientes de abandonar el tratamiento destaca: información insuficiente, alianza terapéutica pobre y falta de comprensión de la enfermedad (Cirini, 2002). El caso de Lucia, muestra las dificultades para vincularse tanto al centro, como a los profesionales y la psicoterapia grupal. A lo largo de las sesiones se puede ver su evolución y oscilaciones hasta el abandono de la psicoterapia. Durante la 2ª sesión Lucia reconoce *“No entiendo porque me tengo que tomar la medicación si ya estoy bien”* y pasadas unas sesiones insiste *“No me gusta tener que tomar la medicación, no lo entiendo. Me la tomo porque mi pareja me dice que si no me dejará... Me controla él la medicación para que me la tome”*. La función de la medicación y la efectividad de la psicoterapia grupal son temas recurrente que plantea Lucia *“Yo creo que lo que necesito es ir a un psicólogo a explicar mis traumas, aquí tampoco lo puedo explicar con los compañeros delante”*. Durante esta 9ª sesión los psiquiatras le plantean la constante suspicacia que se percibe en ella sobre las dosis de medicación que se le recetan y su desconfianza con la doctora, la medicación, el grupo, así como las figuras de los psiquiatras. Se refuerza que pueda exponer con libertad y transparencia este tema si le

preocupa con el objetivo de poder comprenderlo. Durante la 5ª sesión uno de los terapeutas comenta la importancia de compartir experiencias en el grupo para conocer otros puntos de vista y vivencias, Lucía refiere *“yo creo que depende de lo que comentas te puede ir bien, pero si son cosas muy íntimas, hablar de uno mismo se puede volver en tu contra, puede suponer remover la herida y es incomodo sentir un grupo que te mira y no sabes lo que piensa”*. En este contexto, el grupo adquirió un papel trascendental y estos reaccionaron comentando los beneficios que tenía para ellos compartir sus experiencias con los demás. Sin embargo, no se observó una adecuada adherencia de Lucía al grupo y a lo largo de las sesiones empezó a faltar con frecuencia hasta la 30ª sesión, tras 10 meses de tratamiento en la que anunciaba su abandono.

- *Lucía: Os quería contar que voy a dejar de venir al grupo. Me gustaría ir a un psicólogo privado y este espacio no siento que me ayude ni puedo explicar cómodamente lo que me pasa. Las cosas privadas nunca las he querido contar.*
- *Psiquiatra 1: El grupo es un espacio donde poder hablar libremente sobre lo que nos pasa. Como sabéis, todo lo que se comenta no sale de aquí y tenemos este espacio para poder dar una asistencia semanal a todo aquello que queráis trabajar.*
- *Lucía: Si, pero para mí no es lo mismo. Siempre he tenido problemas para expresar mis emociones, soy muy tímida y tengo muy baja autoestima. Primero pensaba que tenía fobia social, luego depresión y al final es la bipolaridad.*
- *Psiquiatra 2: Una cosa es ser tímido o tener dificultades para expresarse, y otra cosa es un diagnóstico. Son cosas distintas, que en cualquier caso tienen cabida para ser habladas aquí y sobretodo para poderlas comprender adecuadamente.*
- *Lucía: Llevo desde que tuve el primer brote tomando medicaciones, teniendo a diferentes médicos y cada año he tenido brotes de todos modos. Últimamente me siento incómoda y el otro día que (Paciente 4) se puso a llorar me sentí mal...*
- *Psiquiatra 2: Por lo que dices, ¿Lo que comentó (Paciente 4) te removió?*

- *Lucia: Si, me hizo pensar en mí, me sentí identificada y me fui mal a casa.*
- *Psiquiatra 1: Antes comentabas que tienes interés en hacer un tratamiento donde hablar abiertamente sobre tus emociones, pero, sin embargo, cuando se presenta esa situación en el grupo tienes problemas para expresarlo y también para escucharlo. Es tu decisión marchar del grupo si es lo que crees que es mejor para ti. Nosotros te podemos ofrecer que puedas volver sin problema.*

El incumplimiento y abandono del tratamiento es la primera razón de las recidivas que contribuyen en gran medida al “síndrome de la puerta giratoria”, fenómeno que, tal y como Lucia expone, supone el abandono constante de los tratamientos tras las crisis que le hacen precipitarse de nuevo a otra, ya que se mantiene en una postura de negación de la enfermedad y rechazo y desvinculación al tratamiento. Entre las variables que relacionan el abandono con el paciente, destaca un pobre insight, severidad de los síntomas y abuso de drogas, mientras entre los factores relacionados con la medicación, encontramos los efectos secundarios y las dosis excesivamente altas, y entre los factores relacionados con el terapeuta destacaría una alianza terapéutica pobre o que no se llega a establecer (Cirini 2002). En esta línea, la alianza terapéutica supone un elemento indispensable para el cumplimiento del tratamiento y podríamos considerar que en el caso de Lucia no se ha llegado a establecer.

Elaboración de experiencias traumáticas

El papel de las experiencias traumáticas tempranas se ha considerado un factor predisponente importante de gran variedad de alteraciones psicopáticas, entre ellas la psicosis. Se han relacionado con un peor curso y evolución, mayor sintomatología psicótica y número de brotes, más ideas de suicidio, un proceso de recuperación más lento y mayor estigma internalizante (Ordóñez, 2015). Las experiencias traumáticas infantiles, ocurren en la infancia y la adolescencia, y se caracterizan por estar fuera del control del niño, por alterar su desarrollo y causarle estrés y sufrimiento (Bernstein et al., 2003). El impacto depende del tipo

de experiencia traumática, su gravedad y frecuencia, las características individuales del menor, las estrategias de afrontamiento y la actitud de los padres (Ordóñez, 2015). Lucía expuso durante la sesión 20, las experiencias que sufrió durante su infancia que han marcado su crecimiento. *“Desde pequeña no estaba bien, sufría acoso escolar desde los 5 años, a los 8 recuerdo tener que cuidar yo a mi madre, y cuando nos mudamos de piso lo pasé fatal, ya ni hablar con la separación de mis padres. Me sentía débil, con ideas extrañas... Y a los 16 tuve mi primera depresión después de que me dejara mi primer novio. A veces me siento estúpida de haber desarrollado la enfermedad por ese chico, pero supongo que no fue solo eso”*.

También, se ha determinado que las víctimas de experiencias traumáticas infantiles tienen mayor probabilidad de sufrir experiencias traumáticas en la vida adulta. De este modo, se entiende que las experiencias traumáticas acontecidas durante la infancia, pueden influenciar en el desarrollo de la persona, haciéndola más vulnerable a situaciones y sucesos de riesgo. Tanto estas nuevas situaciones traumáticas, como las sucedidas durante la infancia, pueden dar lugar al desarrollo de sintomatología psicótica, que a su vez, puede poner a la persona en situaciones de riesgo fruto de la propia sintomatología o como consecuencia de esta, por ejemplo hospitalizaciones. Durante la sesión 26, Lucía hizo una intervención muy interesante:

- *Psiquiatra 1: Perdonad el retraso, he tramitado un ingreso y han surgido problemas.*
- *Lucía: Una pregunta que no tiene nada que ver, en las puertas del ascensor es como si hubiese una mano. ¿Es de alguna persona que al ingresarla, se ha puesto agresiva?*
- *Psiquiatra 1: Estaba antes que el CSMA estuviese aquí, puede ser de los albañiles. Os comentaba el ingreso que he tramitado antes, ¿Ha podido despertar inquietudes?*
- *Lucía: Yo en cada ingreso he estado muy agresiva... La última vez me dejaron en observación 24 horas y no paraba de gritar, saltar en la cama, hablar a la cámara... Pero claro, que querían si estaba aburrida. Estuve todo ese tiempo sin dormir y al final entraron a pincharme. Los ingresos para mí han sido muy duros, me han roto y parado la vida cada año que los he tenido desde que me diagnosticaron a los 22 años.*

Abordaje del funcionamiento y las relaciones familiares

Desde el modelo psicodinámico, podemos entender a partir de la teoría del apego y de las relaciones familiares, que la desorganización del apego puede explicar las vías patogénicas que llevan desde las experiencias traumáticas infantiles a los trastornos psiquiátricos. El ser humano tiene la necesidad de sentir lo que Bowlby denominó como “la base segura”. Se trata de una relación recíproca que se establece entre niño y cuidador, una vinculación afectiva intensa, duradera y de carácter singular, siendo el objeto de protección y autorregulación. Durante la sesión 17ª el grupo estuvo abordando sus relaciones familiares y experiencias en la infancia, como se puede ver en el siguiente fragmento de Lucia:

- *Lucia: En mi caso, mi madre era alcohólica desde que era joven, y yo desde pequeña no podía contar con ella, me lo tenía que solucionar todo yo. Si le pedía ayuda me sentía mal por no ser autónoma.*
- *Paciente 5: Pero eras pequeña, es normal que pidieras ayuda.*
- *Lucia: Ya, pero desde pequeña no podía explicar nada a mis padres, se molestaban y pocas veces aunque me pegaran en el colegio lo decía. No salía de mí explicar nada. Mi madre siempre borracha y mi padre que la pegaba....*
- *Psiquiatra 1: La familia es un elemento importantísimo para nuestro crecimiento, y con lo que explicáis, podemos ver diferentes experiencias en las que quizá todos habéis sentido cierta impotencia en la relación.*
- *Lucia: Yo me sentía débil. Me recuerdo a mi misma a los 8 años vaciándole a mi madre las botellas de alcohol que había por casa y escondiéndolas en la lavadora o donde pudiese. Son muchas cosas que hicieron que en cuando pude me fui de casa. Y no fue la mejor decisión porque yo estaba en pleno brote y me fui a una casa ocupa... Pero necesitaba salir de allí. Ahora casi nunca hablo con ellos, con mi madre alguna vez por teléfono, se preocupa por mi enfermedad, pero nada más... Es complicado.*

El apego constituye la primera experiencia emocional de naturaleza relacional que funciona como prototipo para las relaciones íntimas durante todo el proceso de desarrollo. De este modo, la relación y estructura implícita que se crea, produce expectativas sobre uno mismo y los demás, regulando las respuestas cognitivas, conductuales y afectivas de las interacciones personales y las relaciones que se establecen durante la infancia, adolescencia y edad adulta. En la 23ª sesión, Lucía era capaz de valorar como le había influido su infancia y relación familiar en su crecimiento, autoconcepto y relación con los otros: *“A mí me cuesta mucho confiar en los demás, siempre pienso que tienen malas intenciones. Por ejemplo en clase no me relaciono con nadie y si me miran pienso que es porque se ríen de mí o me critican. Sé que soy yo que pienso así por inseguridad, porque siempre pienso lo peor de mí misma y tengo muy baja autoestima. Y me he dado cuenta de que soy así desde pequeña, que con mis padres nunca me sentí cuidada... Y duele decirlo pero tampoco querida. También el bullying me afectó mucho para relacionarme y a día de hoy, si no fuese por mi pareja y un par de amigas que conservo no creo que me relacionase con muchas personas...”*

Abordaje de la situación personal, laboral y social

Uno de los objetivos en los que se percibe más evolución en el caso de Lucía, es en su cambio y avance personal, laboral y social. Una evolución individual que mediante la comprensión de los propios conflictos y dificultades, hace posible la activación hacia actividades individuales de autoconocimiento y autocuidado personales, laborales y sociales. De este modo, se parte de fomentar el aumento de la satisfacción vital y la esperanza a pesar de las limitaciones causadas por la enfermedad. Y se considera, que la forma en que la persona hace referencia a los estresores juega un papel crucial en su desarrollo, comprensión, optimismo y autogestión (Ordóñez, 2015). A lo largo de las sesiones, se percibe esta evolución en los cambios que lleva a cabo Lucía, no para volver a puntos de funcionamiento previo, sino para adquirir habilidades que le permitan avanzar.

- *Sesión 15: Se tiene que aceptar la enfermedad, y la fragilidad. Uno quiere recuperarse y seguir adelante, pero el estado anímico es muy importante. En la recuperación pasamos por diferentes fases, yo hace unos meses no quería salir de casa, me mantenía aislada... y es un proceso que aun me cuesta. Ahora quiero no ser tan desconfiada, relacionarme y buscar maneras de llevar mejor la enfermedad.*
- *Sesión 21: Yo tengo mucha inseguridad y evito el transporte público porque me genera mucha ansiedad. Ahora he empezado a coger el bus, el metro no me atrevo. Voy paso a paso, y en el bus no siento tanto miedo, ves la calle, no es tan apretado...*
- *Sesión 24: La semana pasada tenía que hacer un ejercicio en el grado de enfermería que consistía en gravarme explicando una práctica. Lo estuve pensando mucho y lo hablé con la doctora, hace muy poco que he tenido el último ingreso y no estoy preparada para estas situaciones de estrés. En poco tiempo empezarán las prácticas y yo no me veo atendiendo a nadie, he decidido parar los estudios y dedicarme un tiempo para cuidarme a mi misma y volver cuando me sienta mejor.*
- *Sesión 26: He empezado a leer el libro que nos recomendó el otro día (Paciente 5), me está gustando mucho porque habla de la influencia que tiene como afrontamos las cosas y la responsabilidad que tenemos en como nos tratamos a nosotros mismos. También, hago ejercicios de autoayuda y de respiración en casa, me va bien.*
- *Sesión 28: Esta semana fui a un taller de expresividad que va un amigo mío y llevaba tiempo pensando en ir, pero no me atrevía por la exposición al grupo. Al ir con un amigo me sentí mejor, y me lo pasé muy bien, nos hacían movernos, bailar y todo el mundo estaba centrado en lo suyo, poco a poco me fui soltando.*
- *Sesión 29: Este sábado he ido a la coral de una amiga mía, la fui a ver y me gustó, así que al siguiente ensayo me apunté. Fueron muy agradables y me dijeron que fuese más veces. Yo siempre me he preocupado mucho por lo que pensarán y dirán de mí, y estas cosas me ayudan de alguna manera a expresarme de formas diferentes.*

Fomentar reflexión y mentalización

La meta de la recuperación, es un proceso que continua para siempre hacia el crecimiento y por lo tanto, supone la adquisición de habilidades y formas de afrontamiento que el paciente pueda utilizar a lo largo de su vida, así como desarrollar formas de reflexionar consciente, hacia el progreso y la responsabilidad. La mentalización, supone dotar al paciente de la capacidad de percibir e interpretar la conducta y, comprender las acciones tanto de los demás como uno mismo (Bleiberg, 2013). Para el paciente psicótico, que tiene tantas dificultades para discernir aquello real de lo que es fruto de su mente, mentalizar le proporcionan la capacidad de adquirir consciencia de los estados mentales presentes en uno mismo y en otras personas. Dota de coherencia y organización tanto a la conducta como al pensamiento y permite diferenciarse a uno mismo de los demás. A continuación, se presenta una pieza de la sesión 22 donde se trabaja:

- *Lucia: El otro día me sentí mal con una amiga porque le estaba contando una cosa que me había pasado y se puso a cambiar de tema, no me hizo ni caso.*
- *Psiquiatra 2: Podríamos pensar en la reacción de tu amiga, ya que si reaccionó así podría ser por otra causa, no por ignorarte o no preocuparse. ¿Qué pensáis?*
- *Paciente 2: Quizá le incomodó que estuvieras mal, a mí me pasa, no sé reaccionar.*
- *Psiquiatra 2: ¿Qué crees que pudo sentir su amiga entonces?*
- *Paciente 2: Yo creo que quizá no supo reaccionar y prefirió cambiar de tema.*
- *Lucia: La verdad es que lo que hizo fue hacer una broma, una cosa que nos hace reír.*
- *Paciente 3: Quizá lo hizo para eso, hacerte reír y que no te encerraras en lo malo.*
- *Psiquiatra 1: Es importante lo que está pasando en el grupo, estamos intentando resolver el conflicto entendiendo como os habéis podido sentir las dos. ¿Cómo te sientes, Lucia, al plantearte otras opciones que pueden explicar lo que pasó?*
- *Lucia: Hombre pues me deja pensativa, porque yo me sentí muy mal y no he vuelto a hablar con ella, aunque el otro día me escribió...*

Curso del Grupo Multifamiliar (GMF)

Concienciar sobre las relaciones, roles y tipos de vinculación

Entendemos las relaciones humanas como interdependencias que favorecen el desarrollo de la personalidad (normógenas) y otras que los interfieren (patógenas), de modo que, tanto las situaciones de campo vincular como otras circunstancias individuales, familiares y socioculturales, inciden en la vida de las personas y contribuyen a mantenerlas atrapadas (Mascaró, 2012). Entendiendo, que lo vincular constituye el núcleo de estas interdependencias, las relaciones familiares, los tipos de vinculación y los roles que se establecen, adquieren un papel imprescindible para la comprensión de las dinámicas familiares y su influencia en la patología de los hijos. A continuación, en el siguiente fragmento extraído de la sesión 14 se observa este proceso de toma de consciencia.

- *Victoria: Yo quería comentar que se está cronificando la relación con mi hijo. Él no hace nada y desde hace un tiempo tienen momentos en que se altera, se enfada y me toca aguantar sus gritos. Sé que está enfermo, pero me pone negra que se ponga así.*
- *Paciente 2: Pero esto no lo hace por la enfermedad.*
- *Psiquiatra: Estaría bien pensar en lo que le pasa, poderlo entender.*
- *Victoria: Yo intento que hablemos pero el no quiere, me da las culpas de todo y punto.*
- *Psiquiatra: Y, ¿Usted se queda con esa culpa? Porque dice que aguanta sus gritos. ¿Somos responsables de lo que aceptamos en la relación con el otro, o no?*
- *Paciente 2: Es que no le tendría que aguantar, es intolerable su actitud.*
- *Victoria: Pero, ¿cómo le pongo límites? Yo me siento fatal, agotada.*
- *Enfermera: Entonces debemos poder pensar en lo que estamos aceptando e ir pensando en como cambiar la situación, ya que como comentas a ti te afecta.*
- *Victoria: La última vez que me fui de viaje, cuando volví me encontré la cocina y su habitación hechas un asco. Su hermano se limpió lo suyo ya que él no hacía nada.*
- *Paciente 3: ¿Y se lo limpiaste todo tú?*

- *Victoria: ¡Sino no se puede vivir! La cocina es un sitio común, yo también la uso.*
- *Paciente 4: Es muy listo, no lo hace por la enfermedad, es por la relación que tenéis.*
- *Victoria: Puede ser... A su hermano le hace más caso que a mí.*
- *Paciente 4: Así solo haces que dependa de ti, que nunca llegue a ser autónomo. Yo tengo 40 años y mi madre aún me lo hace todo con la excusa de que estoy enfermo.*
- *Psicóloga: Fijaros, Victoria se sitúa en la figura de madre y (Paciente 4) en la de hijo, esto nos ayuda a comprender como se sienten nuestros familiares.*

El grupo multifamiliar, al estar formado por los pacientes y familias, permite la comprensión de los sucesos desde los dos roles, generando así, una mayor aproximación y empatía hacia el otro, sus sentimientos, pensamientos y conducta. Victoria en la sesión 20ª comentaba *“Ahora viéndolo con perspectiva y escuchando vuestros puntos de vista entiendo que yo he alimentado en mi hijo ese pasotismo y desgana, al consentirlo y sobreprotegerlo”*.

Elaborar experiencias psicobiográficas

Para la toma de consciencia de las familias, es indispensable poder elaborar las propias experiencias familiares vividas anteriormente, que han sido fundamentales tanto en el desarrollo de las relaciones familiares, como en la patología del hijo. La elaboración, hará posible además, la aproximación de las familias a sus hijos y el interés por desarrollar nuevas vías de relación y comunicación. En el siguiente fragmento de la sesión 25ª, se puede ver la elaboración que hace Victoria de su propio crecimiento y la influencia que ha tenido en su desarrollo pero también en el de su hijo. *“Yo crecí en un pueblo pequeño, mi familia era de campo y como era la hermana mayor me educaron para seguir el camino de mis padres. Me hacían cuidar a los animales y me privaron de la educación básica. A mi hermana le enseñaron a leer y a escribir, pero a mi me lo privaron todo. Siempre hice lo que querían pero llegó un punto en que no pude más. Cuando conocí a mi marido me largué y cree mi propia familia. Tenía tanta presión por llevar dinero a casa, que solo pensaba en trabajar. Ni*

dormía, si algo me salía mal no se lo decía a mi jefa, y me iba a comprar yo los materiales con mi propio sueldo. Tenía tanta presión que al final tuve el brote y me ingresaron. Como no va a marcar a mi hijo ese ingreso y mi forma de ser tan ansiosa... Ya no es solo una cosa genética, es todo lo que he sufrido yo y lo que él también ha pasado”.

Entender el funcionamiento mental del hijo

El GMF, propicia la emergencia de aspectos que quedaron ocultos y que corresponden a lo que García Badaracco llamó “virtualidad sana”, concepto que hace referencia a una forma distinta de mirar al hijo enfermo y parte de la confianza en la potencialidad de crecimiento y redesarrollo de las experiencias traumáticas a través de nuevos recursos del yo. De este modo, no solo aparecen los aspectos más patológicos sino que también aparecen aspectos sanos que quedaron detenidos en su crecimiento y su desarrollo. La potencialidad de curación está presente en todo ser humano a través de las capacidades que quedaron interferidas en su desarrollo y que necesitan reencontrar su camino (Mascaró, 2012).

- *Victoria: Mi hijo se pone agresivo conmigo, pero con el resto de gente yo le veo bien.*
- *Paciente 4: Por algo será...*
- *Victoria: Ya ves, ¡Como si yo hubiese hecho algo para merecer que me trate así!*
- *Paciente 4: Quizá le tratas de una forma que no le gusta, él se enfada y por eso reacciona así, no lo justifico. Pero es lo que me pasaba a mi de joven, que mi madre siempre me ha tratado como un niño, me lo ha hecho todo y al final no podía ni verla.*
- *Enfermera: Quizá, ¿Te hubiese gustado que tu madre te tratase de forma diferente? ¿Cuando nos sobreprotegen nos desprotegen?*
- *Paciente 4: Exacto, yo ahora no sé hacer nada solo, ni pelar una cebolla.*
- *Psiquiatra: Tenemos que poder confiar en la autonomía y las capacidades del otro, sino lo estamos incapacitando, ¿y el mensaje que recibe es muy duro, no?*
- *Victoria: Ya... es verdad que si se lo hago todo le estoy diciendo que no lo sabe hacer.*

Mejorar comunicación y relación familiar

La enfermedad mental es una construcción defensiva que se crea para neutralizar el sufrimiento psíquico que ha sido producto de interdependencias patológicas durante los primeros momentos del desarrollo. Esta construcción, que se perpetúa en los vínculos significativos y la comunicación, pone en evidencia la situación de atrapamiento en la que se encuentran los vinculados y la necesidad de resolver dichas situaciones (Mascaró, 2012). De este modo, es indispensable generar nuevas formas de relación y comunicación, como se observa en el siguiente fragmento de la sesión 27ª:

- *Victoria: El otro día mi marido tuvo un accidente... No se lo voy a decir a mi hijo.*
- *Paciente 4: ¿Y si se entera luego?*
- *Enfermera: ¿Qué quieres plantear (Paciente 4)?*
- *Paciente 4: Que si se entera luego sé puede enfadar y te culpara de no contárselo.*
- *Victoria: No quiero preocuparle tontamente porque se que se va a preocupar mucho.*
- *Enfermera: Creo que lo que plantea (Paciente 4), es que le gusta estar informado y luego ya decidir que hace con esa información. Si no, ya estas decidiendo por él.*
- *Familiar 1: Es verdad lo que plantea, yo una vez no le comenté una cosa a mi hijo porque estaba de viaje y cuando volvió y se enteró se enfadó mucho conmigo.*
- *Psicóloga: ¿Cómo nos sienta lo que pasa y no nos enteramos?*
- *Paciente 2: A mí me sentaría muy mal la verdad.*
- *Psicóloga: ¿Intentando proteger, puede que a veces desprotejamos?*
- *Paciente 3: Y también nos incapacitan, ya nos sentimos suficiente mal como para que la propia familia te haga sentir que no sirves para nada.*
- *Psiquiatra: ¿Qué pasará la próxima vez que el hijo llame preguntando si ha pasado algo y le digamos “todo está bien”, se lo creerá o podrá haber perdido la confianza? ¿Porque no confiamos en las capacidades del hijo para contárselo? Confiando en que reaccione adecuadamente y sin alarmarse desproporcionadamente.*

La semana después durante la sesión 28ª, Victoria quiso comentar al grupo su cambio de opinión y cómo finalmente quiso explicarle a su hijo lo que le había sucedido al padre:

“Después de la sesión del otro día me quedé pensando en lo que hablamos, y decidí contarle a mi hijo el accidente de su padre. Reaccionó incluso mejor de lo que pensaba, me dijo que si tenía que ayudar en algo que se lo comentara, y me preguntó como estaba yo. Me quedé alucinada, algo tan simple como que me preguntara “¿Tú como estás?” me hizo tan feliz”.

Fomentar colaboración y corresponsabilidad

El funcionamiento psíquico se desarrolla en tres ámbitos: el intrasubjetivo, espacio del sujeto y sus deseos; el intersubjetivo, espacio de sus relaciones vinculares, y el transubjetivo, espacio de su campo social y cultural. Este concepto de la mente, permite comprender el devenir del individuo desde tres perspectivas: la individual, la familiar y la social. De este modo, se considera que las relaciones vinculares patológicas impiden el desarrollo de los recursos del yo, lo que dificulta la adquisición de una identidad propia y una autonomía que le permita enfrentar las contingencias de la vida (Badaracco, 2000). Así, para el tratamiento de la psicosis, tal y como se observa en el siguiente tramo de la sesión 32ª, es indispensable trabajar en base a la corresponsabilidad y colaboración, no identificando al hijo como enfermo, sino haciendo consciente a la familia de su papel en la enfermedad y en la recuperación:

“A lo largo de estos meses en el grupo, noto que me ha ayudado mucho. El otro día hicimos la comunión de mi nieta y fue todo muy bien. Mi hija le pidió ayuda a su hermano para motivarlo y sacarlo de casa. Se portó de maravilla, ayudó muchísimo y daba gusto verle con sus sobrinas. Hubo un momento en que estaba nervioso porque no sabía arreglar una cosa del equipo de música y le fui a dar ánimos. ¡Quién me ha visto y quien me ve! Yo necesitaba venir a este grupo y lo recomiendo para los que empezáis, cuando llegas crees que quien necesita ayuda es tu hijo pero a la larga ves cómo influye tu forma de ser, de afrontar los problemas y de hablar con él. Ahora quiero acercarme a él más, y de otra manera.”

Conectar con propios conflictos y dificultades

El clima emocional que se establece favorece que cada miembro del grupo pueda desarrollar capacidades tanto en la esfera del sentimiento como del pensamiento, generando así una potencialidad de cambio significativa. La experiencia vivencial, se constituye como aspecto esencial que abre camino hacia la complejidad. De este modo, se pueden llegar a observar las interdependencias patológicas y patogénicas que tienen efecto de atrapamiento y no dejan lugar para pensar. Es indispensable para las familias, poder hacerse conscientes de sus propios conflictos y dificultades, de manera que puedan conectar así con las dificultades del hijo y de este modo, no identificar a éste como enfermo, sino partir de una concepción más compleja donde salud y enfermedad forman parte de todas las personas, y puedan identificarlas en ellos mismos (Mascaró, 2012). En el siguiente fragmento de la sesión 24ª, varios miembros del grupo son capaces de comentar sus propias dificultades y conflictos.

- *Familiar 1: Últimamente estoy bajo de ánimo porque tengo problemas con mi marido, me dice que deje de fumar pero no hay manera, no lo consigo. Estoy enganchada.*
- *Familiar 2: A mí también me cuesta resolver problemas en casa, no sé poner límites.*
- *Familiar 3: A mí me gustaría resolver mi problema de obesidad pero no hay manera.*
- *Enfermera: Me parece muy interesante lo que estáis comentando, ya que en el grupo muchas veces comentamos como vuestros hijos se pasan el día en casa, no quieren tratamiento, consumen drogas, algunos tiene obesidad... Y precisamente, son los mismos problemas de los que hoy podéis estar hablando e identificando en vosotros mismos. ¿Eso nos puede hacer entender mejor como se sienten ellos?*
- *Familiar 4: Pues sí, toda la razón. Yo reconozco que tomo dos litros de bebidas azucaradas al día... Me da hasta vergüenza decirlo... El médico me ha dicho cincuenta veces que me estoy fastidiando el organismo, pero yo no lo dejo.*
- *Paciente 2: Tenemos conflictos internos muy arraigados, todos nosotros. No solo por estar enfermos, son problemas que sufre cualquiera y que son difíciles de afrontar.*

El grupo permite desdibujar la concepción dicotómica de salud y enfermedad. Permitiendo a los pacientes elaborar un pensamiento más complejo que concibe enfermedad y salud no como conceptos contrapuestos o excluyentes entre sí, sino como partes que forman parte de la naturaleza humana. De este modo, se constituye un clima emocional y empático, en el que nadie está exento de la presencia de rasgos y conflictos neuróticos y psicóticos en su estructura de la personalidad, hecho que hace posible una mayor comprensión por parte de las familias del sufrimiento mental, el estigma y aislamiento que sufren los hijos. Y a estos, les permite acercarse a sus familias y elaborar nuevas formas de relación, comunicación y vinculación.

Discusión

La evaluación de estos grupos surge con el objetivo de describir la atención psicoterapéutica grupal que se proporciona para atender la psicosis en los centros de salud mental pública, evaluando el curso de las dos psicoterapias de grupo para la atención del paciente con experiencias psicóticas, llevadas a cabo en un Centro de Salud Mental para Adultos (CSMA). Ha sido interesante analizar como se adapta el servicio público de atención mental a la complejidad que supone la psicosis, ya que siendo una de las patologías más predominantes y graves, supone grandes retos tanto a los profesionales como al sistema sanitario. El estudio ha puesto de manifiesto como una de las mejores indicaciones para el tratamiento de la psicosis es el grupo psicoterapéutico, pues a pesar de los recortes y limitaciones económicas, proporciona al paciente un espacio de seguimiento semanal, donde además puede conocer experiencias similares a las suyas, generar nuevas formas de relación y adquirir habilidades para el afrontamiento de la enfermedad.

Por otro lado, el análisis llevado a cabo, ha puesto de manifiesto la importancia de trabajar la psicosis temprana o incipiente. Entendiendo que la psicosis es una patología que se desarrolla generalmente desde la adolescencia o inicio de la juventud, es imprescindible

detectarla e intervenir de forma temprana, acompañando así al paciente en una de los momentos vitales más decisivos en su desarrollo, pues es el momento de consolidación en un grupo de iguales, construcción de la identidad, autoafirmación respecto a la familia de origen, especialización académica o laboral y desarrollo de la intimidad emocional y social. Tal y como se ha podido ver en el caso de Lucia, la psicosis supone una alteración de la transición de la adolescencia a las primeras etapas de la vida adulta, pudiendo llegar a generar una ruptura en el propio desarrollo normal de la persona y sus relaciones familiares y sociales. Lucia expone sus dificultades para integrar la realidad de la psicosis en su identidad, ya anteriormente en construcción, y pueden verse sus conflictos para tomar conciencia de la enfermedad así como comprender la sintomatología. El eje fundamental que supone la identificación y relación con el grupo de iguales, se ve dificultada por las connotaciones negativas de la enfermedad, las dificultades de comprensión y el estigma social, que incluso la propia paciente mantiene. Lucia experimenta numerosas experiencias de rechazo ya desde la infancia ante un entorno hostil tanto familiar como escolar, que le hace aumentar su aislamiento y retraimiento hacia unos modelos de relación y vinculación inseguros y patológicos. Por otro lado, las conductas de riesgo que se llevan a cabo durante esta etapa, también son fundamentales para entender tanto la aparición de los primeros síntomas y crisis psicótica, como las dificultades a lo largo del proceso terapéutico. La paciente, expone de forma franca desde el inicio de la psicoterapia, su negativa al tratamiento farmacológico a causa de los efectos secundarios y su continuado interés por el consumo de cannabis, pues en él obtiene los beneficios de facilitador social, inhibidor y relajante, que no solo le permiten integrarse en el círculo de amigos, sino que además disminuyen su preocupación y ansiedad. El consumo, supone una barrera y retraso para la recuperación, que con frecuencia viene acompañado de nuevos ingresos y disminución de la autonomía.

La familia, adquiere un papel importante en el cuidado del hijo con experiencias psicóticas, pues se encuentra ante la dificultad de equilibrar la protección necesaria en ese

momento con la autonomía imprescindible para el desarrollo vital. De este modo, tal y como se ha podido observar en el caso de Victoria, la terapia multifamiliar parte de comprender la patología como vincular y pone de manifiesto la importancia de las relaciones patógenas que se establece en la familia. A lo largo del tratamiento de Victoria, vemos una evolución hacia una mayor comprensión del funcionamiento mental del hijo, así como toma de conciencia sobre las relaciones, formas de comunicación e interdependencias que se crean. Victoria, es capaz de reconocer sus dificultades para poner límites, para confiar en las capacidades del hijo y crear nuevas formas de relación y colaboración. En el trabajo con las familias, adquiere un papel indispensable la toma de consciencia de las propias dificultades y conflictos, como forma de desdibujar en el hijo el concepto de enfermedad, hacia una concepción más compleja e integrada donde salud y enfermedad forman parte de la naturaleza de las personas, y por lo tanto, puedan identificarlas en ellos mismos. Así, el trabajo con las familias no solo supone una nueva y ventajosa forma de acercarse al hijo con experiencias psicóticas, y mantenerlo vinculado al centro. También, es una forma de comprender la patología atendiendo no solo la dimensión individual y subjetiva del paciente, sino teniendo en cuenta las relaciones objetales indispensables para el desarrollo patológico y su mantenimiento.

La comparación entre los grupos, pone de manifiesto dos formas de intervención que parten de la misma base teórica psicoanalítica pero se acercan y atienden al paciente psicótico desde diferentes puntos de partida. Mientras el grupo de Psicosis Incipiente, se centra en el individuo y trabaja en la comprensión de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas, el grupo Multifamiliar en cambio, pone el foco sobre las relaciones, los roles y tipos de vinculación que se establecen, con el objetivo de aproximar más a las familias a la comprensión del hijo y fomentar una posición colaborativa. Esto, pone de manifiesto la importancia de adecuar la asistencia a las necesidades de los pacientes y personalizar los tratamientos. A partir de los pacientes seleccionados y presentados, se puede ver la necesidad de adecuar las intervenciones, objetivos y prácticas psicoterapéuticas a sus

circunstancias específicas y personales, y dejando paralelamente en segundo plano la orientación diagnóstica. A pesar de que los casos elegidos tienen el mismo diagnóstico, las formas de intervención deben ser significativamente distintas para ajustarse a los pacientes. Estas formas de intervención grupal tan diferentes, permiten dotar de significado, comprensión y herramientas de afrontamiento tanto a los pacientes como a sus familias, teniendo en cuenta la necesidad de estar ajustadas a las necesidades, historias vitales y fuentes de patología.

Los objetivos psicoterapéuticos establecidos para cada grupo, han sido evaluados mediante los casos expuestos, de modo que se ha podido mostrar la evolución a lo largo de los tratamientos. Sin embargo, cabe destacar las limitaciones del estudio. Por un lado, sería interesante para futuros trabajos, poder evaluar a partir de cuestionarios pre y post la eficacia de los tratamientos. Y, por otro lado, al poder tener acceso a un material tan rico a partir de las transcripciones literales de las sesiones, sería de especial interés, analizar la construcción de la alianza terapéutica, que no se ha podido evaluar en profundidad, pero que tan importante es para la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

Referencias

- Apiquián, R., Fresán, A., García, M., Lóyzaga, C., & Nicolini, H. (2006). Impacto de la duración de la psicosis tratada en pacientes con primer episodio psicótico. Estudio de seguimiento a un año. *Academia Nacional de Medicina de México*, 142(2), 113-120.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2008). Cuaderno técnico 8: Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Madrid. Recuperado de: www.aen.es/web/docs/consensoprevencion_08
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). *Cuaderno técnico 10: Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis*. Madrid. Recuperado de: <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>

- Belloso, J. J. (2014). Intervención psicoterapéutica en primeros episodios psicóticos: Un programa de tratamiento en una Unidad de Transición. *Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 5(2), 161-179.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Birchwood, M., Tood, P. & Jackson, C. (1998) Early intervention in psychosis: The critical period hypothesis. *Brit J Psychiat* 172(33), 28-63.
- Blanqué, J. (2015). El grupo multifamiliar aplicado al tratamiento de familias con experiencias psicóticas. *Temas de psicoanálisis* (10).
- Cirini, R. (2002). La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 29(4), 232-238.
- Espinosa, H. (2010). Las tareas de la adolescencia: Una lectura de la adolescencia normal. *Clínica e Investigación Relacional*, 4, 620-647.
- García Badaracco, J. (2000), Psicoanálisis multifamiliar, Buenos Aires, Paidós. Psicología profunda.
- Generalitat de Catalunya (2011). Guia de desenvolupament del programa d'atenció específica a les persones amb trastorns psicòtics incipients del Pla director de salut mental i addiccions. Recuperado de:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/guia_pae_tpi_salutmental_2011.pdf
- Godoy, J. F., Caballero, M., Godoy, D., Vázquez, M. L., & Muela, J. A. (2016). Prevención de recaídas en la esquizofrenia: Propuesta de un programa de intervención durante la fase prodrómica. *ReiDoCrea*, 5(7), 56-68.
- Hernández, V. (2008). *La psicosis: Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*. Barcelona, España: Paidós.

- Malla, A. K., McLean, T. S. & Norman, R. (2005) Intervención psicoterapéutica grupal en la recuperación del primer episodio de psicosis. *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. 219-252.
- Mascaró, N. (2006), La constitución de un grupo multifamiliar en una Institución pública. *Avances en salud Mental Relacional. Revista internacional online*, 5(2).
- McGorry, P.D. (2004). An overview of the background and scope for psychological interventions in early psychosis. *Psychological interventions in early psychosis. A treatment handbook*, 1-22. Chichester, UK: Wiley.
- O.M.S. (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Ordóñez, N. (2015). *Experiencias traumáticas tempranas y procesos de recuperación en los trastornos psicóticos* (Tesis doctoral). Universidad de Oviedo.
- Pardo, V. (2007). Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista Psiquiátrica de Uruguay*, 71(1), 83-98.
- Vallina, O., Alonso, A., Gutierrez, A., Fernandez, J.A., Garcia, P., Fernandez, P., & Lemos, S. (2003). Aplicación de un programa de intervención temprana en Psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Revista Internacional Online. Avances en salud mental relacional*, 2(2).
- Vallina, O., Lemos, S., & Fernandez, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla*. 24(1-3), 185-221.