
PSICOPATOLOGÍA Y RECUPERACIÓN

MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE

Psiquiatra, jefe de los servicios de salud mental del distrito de Tetuán. Madrid.

Recepción: 12-03-12 / Aceptación: 01-09-13

RESUMEN

En los últimos veinte años ha ido emergiendo la perspectiva de la *recuperación personal* de quien ha sido diagnosticado de esquizofrenia u otro tipo de psicosis grave y persistente. Surge en el seno de la población afectada, usuaria de servicios de salud mental, en torno a la defensa de valores como la propia involucración (empoderamiento) en los procesos de tratamiento y rehabilitación, autoría y responsabilización en la construcción de su propia vida, y la esperanza en la posibilidad de recobrar un positivo sentido de la vida y calidad de la misma. Los hallazgos clínicos y epidemiológicos sobre evolución a largo plazo de la esquizofrenia son concordantes con esta perspectiva y definen la llamada recuperación clínica. Se revisan las implicaciones de esta

perspectiva de la recuperación en la psicopatología de las psicosis, y sobre la atención a proporcionar por los profesionales y por los servicios de salud mental y de rehabilitación psicosocial.

Palabras clave

Recuperación, psicopatología de psicosis, servicios de salud mental comunitaria, rehabilitación psicosocial.

ABSTRACT

In last twenty years has emerged the prospect of personal recovery who has been diagnosed with schizophrenia or other persistent psychosis. It emerge within the affected population, user of mental health services, around the defense of values such as self-involvement,

ment (empowerment) in the processes of treatment and rehabilitation, ownership and accountability in the construction of his own life, and hope in the possibility of recovering a positive sense of life and quality of it. The clinical and epidemiological studies on long-term outcome of schizophrenia are consistent with this view and define the so-called clinical recovery. We review the implications of this perspective of recovery in the psychopathology of the psychoses, and the care to be provided by professionals and mental health and psychosocial rehabilitation services.

Keywords

Recovery, psychopathology of psychosis, mental health services, psychosocial rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

La recuperación es un concepto con raíces en la más antigua tradición clínica y asistencial que ha emergido en los últimos años en el escenario de la salud mental con nuevos significados. Pues si en la tradición clínica, y en el lenguaje coloquial, *recuperación* ha venido siendo análogo a *curación*, en el sentido de cese de síntomas y discapacidades, recobrando el sujeto la funcionalidad previa, en su nueva acepción, la recuperación hace referencia al proceso de cambio en que está implicada la persona que ha venido estando afectada por trastorno mental más o menos grave e incapacitante, orientado hacia el desarrollo de una vida significativa, incluso a pesar de que puedan persistir síntomas y discapacidades derivadas

del trastorno mental. Este concepto de recuperación, vinculado al de involucreción protagonista de los afectados en su proceso de cambio (empoderamiento, autoría), surge a finales del siglo pasado¹⁻⁷ y tiende a expandirse y generalizarse en el comienzo del presente siglo⁸⁻¹³.

Hablamos de recuperación personal, como un proceso que va más allá de la recuperación clínica. Se entiende la necesidad de hacerlo así, ya que la recuperación meramente clínica no siempre se acompaña de una verdadera capacitación de la persona para realizar una vida con sentido y significado, ni de la capacidad, en su vida real cotidiana, de adoptar y de desempeñar papeles satisfactorios, desplegar roles significativos y socialmente valorados¹⁴. Así que *recuperación personal* y *clínica* no son equiparables; toda recuperación personal implica un cierto grado de mejoría clínica, obviamente; pero aunque esta no sea completa, desde la referencia de la recuperación personal, se trata de alentar el que la persona pueda seguir creciendo e interesándose por el desarrollo máximo de sus recursos y capacidades, a pesar incluso de las limitaciones que pudieran derivarse de la persistencia de ciertos síntomas o discapacidades.

Las características que definen por tanto la recuperación personal son:

1. Es un proceso. El sujeto «está en recuperación», no tanto como que haya conseguido tal grado o porcentaje de recuperación. Es un proceso abierto; definido por una serie de propósitos y valores, pero sin fecha de caducidad, por tiempo indefinido, y sin objetivos claramente predeterminados de antemano. El proceso de recuperación conecta

con la idea de crecimiento personal y por tanto con expectativas y enfoque sobre la propia vida que irán modificándose a lo largo del tiempo, en virtud de la experiencia, individual y compartida que vaya teniendo el sujeto.

2. Se refiere a la persona, no tanto como a la enfermedad. Es el conjunto de la persona quien está implicado en el proceso, al margen de que puedan persistir síntomas o efectos de merma de capacidad funcional. En línea con lo dicho en el párrafo anterior, conecta con las formulaciones de la psicología positiva, y requiere que el punto de mira de la intervención de los profesionales se oriente en dirección convergente con los avatares evolutivos de un sujeto cuya perspectiva vital estará, como la de todos nosotros, en constante «reconstrucción y construcción». De ahí que sean poco útiles, cuando no totalmente contraproducentes, muchos de los modelos clásicos de intervención arraigados en el profesionalismo a ultranza, que predeterminan la mirada del profesional de acuerdo a modelos psicopatológicos muy cerrados y deterministas, a los que se pretende que se adhiera el paciente para su «cura» o rehabilitación^{15, 16}. Y por lo mismo resultarán particularmente útiles los modelos más abiertos, que consideran las potencialidades del sujeto en proceso de cambio, desde la vivencia de «desastre, dolor, síntoma-discapacidad» hacia la salud, según las preferencias, necesidades y prioridades de cada cual. En este sentido son especialmente interesantes las aportaciones del constructivismo, las terapias narrativas, las terapias expresivas, muy abiertas a la creatividad (individual y grupal), próximas o directamente entroncadas en la

dimensión artística (el arte como dimensión de la persona, no tanto como alternativa profesional —que también podría suceder obviamente—) sean las artes plásticas, la música, la danza, o la escritura —con conexiones con la expresión y con la reflexión y la tarea intelectual— y las distintas oportunidades de lo que llamamos ocio creativo¹⁷. La dimensión creativa del ocio depende sobre todo de quien la practica y del contexto; entendemos por ello generalmente algún tipo de actividad creativa-expresiva, pero caben otras, como, por ejemplo, actividades culinarias, el cuidado de huertos urbanos o rurales, excursionismo, visitas culturales, gastronomía...

La actividad laboral, el trabajo, es considerado también una dimensión esencial. La tendencia es considerar la prioridad del trabajo en contexto laboral normalizado, en muchas ocasiones bajo el paraguas de los programas de trabajo con apoyo, que ha demostrado ser la opción más positiva¹⁸.

3. Responde a un modo de concebir valores, no tanto como a un conjunto de técnicas. En su origen, la recuperación personal era expresión de unos valores éticos, sociales, en torno a la autonomía, la involucración del interesado en los procesos de afrontamiento, cambios y progresos para pasar de una situación de «enfermedad» a otra de mejor salud, con sentimiento y percepción de autoría sobre los mismos, todo ello sobre un sentimiento básico de esperanza asociado a la convicción de que una vida mejor es posible. Se inscribe por lo tanto en la dimensión de que lo viene conociéndose como «medicina basada en valores», que no tiene por qué ser contraria a la «medicina basada en la

evidencia», pero responde claramente a formulaciones bien distintas, junto a las aportaciones recientes de la psicología positiva, como dijimos un poco más arriba.

La perspectiva de la recuperación conecta con la mejor tradición psicopatológica y clínica, así como con buena parte de la tradición humanista inscrita en la historia de los movimientos psiquiátricos y de la salud mental.

RECUPERACIÓN DE LA TRADICIÓN HUMANISTA DE LA PSIQUIATRÍA Y LA SALUD MENTAL

En lo que se refiere a la tradición humanista, no faltan quienes encuentran cierta conexión de significado entre algunos valores de la recuperación (en último término, confianza en las posibilidades de aprendizaje y cambio del sujeto, orientado por la búsqueda de valores y sentido y significado de la vida) con las formulaciones iniciales de la terapia moral y el «non restraint», en los albores del nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica, para la que «el régimen de vida» se convierte en el gran recurso terapéutico. Sabemos que la primavera de la terapia moral no duró mucho tiempo, pues pronto abocó a un rápido deterioro, a consecuencia tanto de la degradación de los valores que la alentaron (del respeto a la persona, a la coerción), y de la degradación de las condiciones de vida en las instituciones (plétora de los asilos), pero que en sus mejores momentos, la terapia moral produjo tantas altas de los ingresados como en los que se fueron dando mucho más tarde en plena desinstitucionalización. Fueron

tiempos en los que se hacían afirmaciones como que:

«... La higiene del alma es la única que debe influir sobre la mente de estos enfermos, más que todos los agentes físicos empleados hasta el momento.»

Daquin en
«La filosofía de la locura»
de 1779²⁰

Tiempos en lo que Pinel propugna el uso generalizado de la filosofía moral como método terapéutico propiciando conversaciones basadas en las máximas morales de los clásicos: Platón, Plutarco, Séneca, Tácito, Cicerón.

Más tarde, esta pedagogía liberadora fue girando hacia formas autoritarias, acordes con el clima institucional cada vez más despersonalizado imponiendo «el temor como medio de curación» y hacia institución «terapéutica» —control social mediante la exclusión y la «moralización integradora» (Esquirol, «Ley de Alienados», 1838)—, y haciendo acto de presencia autores como Leuret que llegó a propugnar la «intimidación de la locura». La posterior deriva hacia la institución total con todas sus consecuencias alienantes para los pacientes, en contra de los propósitos iniciales, es bien conocida, pues enlaza con el inicio de desinstitucionalización que pretende precisamente cancelar ese período y abrir otro alternativo centrado en la salud mental comunitaria.

La recuperación conecta también con otros buenos momentos, de humanismo y buena práctica, de la atención psiquiátrica en pleno siglo xx, como fueron los distintos movimientos de las comunidades terapéuticas, surgidas al calor de los mejores propósitos de crea-

ción de climas terapéuticos sanos, basados en una actitud de mutuo respeto, lazo social, democracia, participación y reciprocidad entre los profesionales (terapeutas) y los receptores de cuidados (los pacientes), cuyo hilo conductor conecta con las experiencias alternativas actuales, como la experiencia Soteria, que son tomadas como posibles paradigmas a ser tenidos en cuenta por el modelo de recuperación. En la experiencia Soteria (inicialmente fue en Nueva York, de la mano de Mosher, después en Berna y en otras ciudades de Suiza y Alemania, bajo el liderazgo de Ciompi²¹ con modificaciones sobre la experiencia inicial) se abordan las crisis psicóticas sin apenas recurrir a los fármacos, con un exquisito cuidado sobre el clima de convivencia, de la atención y el acompañamiento a la persona que está atravesando la experiencia psicótica. Existen una amplia variedad de experiencias comunitarias, ya en el contexto de servicios públicos, profesionalizados²², bien en otras escasamente profesionalizadas, con el propósito de propiciar la recuperación en régimen de comunidad «terapéutica», como es la experiencia de «Mental Health Village»²³, «Winshorse»²⁴ o el «crisis hostel»²⁵.

Finalmente, las aportaciones de nuevas corrientes profesionales, como la llamada postpsiquiatría o la psiquiatría crítica tienen muchos puntos de conexión con la perspectiva de la recuperación en lo que se refiere a la relevancia del sujeto, la biografía y el contexto como elementos cruciales para comprender las complejas dimensiones de las psicosis y para llevar a cabo intervenciones más acordes con las necesidades de la persona afectada por esa difícil experiencia^{26, 27}.

¿POR QUÉ Y CÓMO SURGE, Y SE VA CONSTRUYENDO ESTE NUEVO CONCEPTO-MODELO-PARADIGMA DE RECUPERACIÓN?

La *recuperación personal* surge como movimiento social, caracterizado por el énfasis en ciertos valores (autonomía, involucración personal, esperanza) frente a las actitudes y prácticas más tradicionales de depositar toda la expectativa, confianza y responsabilidad en la tecno-ciencia y el profesionalismo a ultranza. Probablemente la siguiente afirmación de Elizabeth Baxter (psiquiatra que tuvo psicosis grave) de que «una razón crucial para que la gente con trastorno mental grave se recupere es que encontró alguien que creyó en él o en ella y en su recuperación»²⁸ sintetiza muy bien el espíritu de este modelo, que hace de la interacción positiva con el otro y de la esperanza, ejes en torno a los que desarrollarse.

Esta nueva visión de la recuperación ha ido cuajando en nuestra cultura asistencial merced a la confluencia de muy distintos aspectos como son:

1. El progresivo prestigio del movimiento de usuarios, ex-usuarios y «supervivientes», que cuentan con una organización europea (ENUSP^a) y otra a nivel mundial (WNUSP) con visión crítica de la psiquiatría tradicional, con relevante influencia en foros e instituciones en los que se dirimen aspectos sustanciales sobre cuestiones de salud mental^{29, 30}.

^a European Network of Users and Survivors of Psychiatry.

2. Algunas experiencias asistenciales «centradas en el sujeto», como son el caso de la experiencia Soteria (en Nueva York, en Berna)²¹, la de «Diálogo abierto» (en Laponia)²², la del «Tratamiento centrado en las necesidades» (inicialmente en Turku, y después en el conjunto de Finlandia)³¹, con gran influencia en países nórdicos, y tomado como referencia entre nosotros por Tizón como «tratamiento adaptado a las necesidad del paciente y su familia en la comunidad»³².

3. Desarrollo de redes que recopilan experiencias, divulgan y propician colaboración entre «expertos en primera persona» y los profesionales (ej.: red escocesa de relatos de experiencia de recuperación³³, o la red internacional de «escuchadores de voces»³⁴).

4. El apoyo decidido de personas e instituciones de prestigio social (ej.: las declaraciones de Rosalyn Carter en 2003, en la Fundación para la Salud Mental) o los gobiernos y administraciones públicas (Nueva Zelanda, R.U., Canadá, Australia, EE.UU.³⁵⁻³⁹).

5. La pujanza del «movimiento por la vida independiente» de las personas con diversidad que insisten en que se acabó lo de «*todo para nosotros pero sin nosotros*»⁴⁰.

6. Insuficiencias y «toxicidad» de una «psiquiatría centrada en el fármaco», con profesionales que a menudo se desentienden de la subjetividad y de la dimensión personal —más allá de la enfermedad y los síntomas— de «sus pacientes», o que siguen gran parte de su formación y de su orientación profesio-

sional al dictado de la industria farmacéutica⁴¹.

7. Errores e insuficiencias de muchas prácticas rutinarias de rehabilitación⁴², entre las que señalamos:

- a) Rehabilitación tardía, escindida y superespecializada.
- b) Gran brecha en traslación de la investigación a la práctica.
- c) No participación de usuarios.
- d) Des-subjetivada, a-narrativa.
- e) Cerrada sobre sí misma, y produciendo en ocasiones efectos distintos a los pretendidos —enrolamiento clínico, des-enrolamiento social⁴³—, frente a lo que debiera ser su propósito a modo de brújula de su desarrollo, el de «abrir espacios»⁴⁴.

8. Los relatos en primera persona.

Este ha sido uno de los motores de la emergencia y desarrollo del concepto de recuperación. Adelantándose muchos años a este concepto ya surgieron hace tiempo algunas publicaciones «en primera persona» de la experiencia de recuperación de la psicosis, siendo emblemáticos títulos como «Nunca te prometí un jardín de rosas» de Joanna Geenberg, 1964⁴⁵ en el que la autora relata de forma de ficción novelada (posteriormente llevada al cine), la experiencia de su análisis con Frieda Fromm-Reichman (Dra. Fried en la novela), la psicoanalista que desafió la limitación freudiana de analizar la psicosis, y que junto con su ex-paciente y posterior marido durante un tiempo, Eric Fromm, protagonizó buena parte de la dimensión más creativa del psicoanálisis del siglo xx⁴⁶. Otros títulos

contribuyeron a popularizar algunas tesis antipsiquiátricas en los años sesenta como fueron «Diario de una esquizofrénica» (también en versión cinematográfica), en el que se implicó el propio Ronald Laing, o «Viaje a través de la locura» escrito por la paciente y su psiquiatra (Mary Barnes y Joe Berkle), y unos años más tarde, «Una mente inquieta», relato autobiográfico de una psiquiatra, Jamison, sobre su experiencia como paciente bipolar⁴⁷; y más recientemente «Una mente prodigiosa»⁴⁸, sobre la biografía y la experiencia psicótica del que fuera premio Nobel de Economía, Johan Nash llevada al cine como «Una mente maravillosa».

También entre nosotros ha ido surgiendo en los últimos años una producción muy interesante sobre la propia experiencia de psicosis, que van teniendo amplia difusión y aceptación generalizada, como son «Las voces del laberinto»⁴⁹, «El libro de radio Nicosia»⁵⁰, «Esquizofrenia. Locura o realidad»⁵¹, «Diario de una enfermedad mental (esquizofrenia)»⁵², o «Entre 2 mundos. Más allá de los trastornos mentales»⁵³, entre los más conocidos. Todos ellos como expresión de la voz, la palabra, la versión personal de quienes han tenido experiencia de psicosis.

En plena época DSM, de la tipificación de los trastornos mentales más graves, las descripciones personales de la experiencia psicótica se ubican en lo que podría ser el abismo entre las descripciones profesionales objetivas de la locura, y las expresiones de primera mano por parte de quienes han vivido tales experiencias; pues, como es obvio, el conocimiento que se obtiene desde dentro de una experiencia es diferente del que se obtiene desde fuera, ya que algunos aspectos de la experien-

cia solo son accesibles a la persona que la haya vivido, pues, como ya advirtió Santayana, en 1948:

«El médico conoce un aspecto de la locura: recoge sus síntomas, sus causas y su cura; pero, a su manera, el loco la conoce mucho mejor. El terror y la gloria de la ilusión que, en definitiva, son la propia locura, solo están abiertos al loco o a algún espíritu afín tan propenso a la locura como él mismo»⁵⁴.

Las narraciones en primera persona son una fuente de material importante que nos ayuda a reorientar nuestro pensamiento y superar el miope y desfasado punto de vista del déficit⁵⁵, además de que, de acuerdo con May⁵⁶, «las descripciones significativas de la psicosis que nos permiten conectar con los demás y tomar decisiones sobre nuestra vida son un componente esencial de cualquier proceso de recuperación».

El movimiento de recuperación está estrechamente vinculado al interés creciente por las descripciones en primera persona, que ocupa así un lugar central en los esfuerzos dedicados a comprender la locura⁵⁷ y, coinciden con otros autores en que las descripciones en primera persona se han convertido en la historia de la fundación del movimiento de recuperación⁵⁸.

A toda esta variopinta colección de relatos en primera persona, se han sumado, como aportación muy relevante, los relatos que viene de la mano de profesionales, psiquiatras, psicólogos clínicos y otros profesionales de salud mental que han tenido también experiencia personal de sufrimiento psicótico y que se ha decidido hacerlo público, profundizar e informar sobre su experiencia, e informan sobre los ingre-

dientes que para cada uno de ellos fueron claves para la recuperación. Me parece importante señalar que expresan convicciones muy distintas sobre la naturaleza de su problema (psicosis) y reconocen también recursos muy distintos que se activaron para la recuperación, desde los más convencionales, hasta los más informales y alternativos, pasando por experiencias de espiritualidad; lo importante en el sentir general fue el tomar el camino más acorde con cada persona, de acuerdo al momento de la vida en que se encontraba⁵⁹.

Podemos encontrar aportaciones similares también en congresos en lo que cada vez es más frecuente que usuarios de servicios de tratamiento y rehabilitación, y profesionales, compartan espacios de exposición y debate, en libros dirigidos al público en general, como hemos dicho antes y, por supuesto, en internet. Como decimos, en algunos casos, estas contribuciones han ido mucho más allá de la función testimonial y antiestigma, de por sí suficientemente importantes, y han contribuido a abrir o a impulsar nuevas perspectivas psicopatológicas, como es el caso de Patricia Deegan⁶⁰ o Virginia Laffond⁶¹ y sus trabajos sobre el duelo y el afrontamiento de la situación de enfermedad.

Patricia Deegan, una psicóloga, con experiencia personal de psicosis, que ha hecho aportaciones tan importantes a la construcción de los procesos de recuperación, especialmente desde la óptica del afrontamiento del duelo, realizó también un estudio cualitativo, analizando entrevistas a 29 personas con experiencia de psicosis, buscando los puntos fuertes que fueron más importantes para superar la psicosis, y contribuyendo así a ilustrar esa otra fuente de creciente interés en la actualidad, que es la

resiliencia, la cualidad que permite a algunas personas recuperarse tras una experiencia tan fuerte como la psicosis. De ese estudios concluye que la gente con desórdenes psiquiátricos demuestra la capacidad de resiliencia al tomar decisiones y hacer elecciones de forma consciente, creando conexiones afectivas y emocionales significativas, formando relaciones con los demás, buscando soporte y apoyo en los demás, manteniendo la confianza en la determinación personal y focalizando la energía hacia la construcción de una vida estable y significativa.

Podemos concluir este apartado sobre la recuperación personal con la definición que ofreció Anthony en 1993, como profesional avezado en la rehabilitación, del grupo de Boston, muy interesado desde el principio en esta nueva perspectiva. Lo define como:

«Un proceso único, profundamente personal de modificación de la actitud, los valores, los sentimientos, los objetivos, las habilidades y/o las funciones de uno mismo. Es una forma de experimentar una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la vida conforme uno crece, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental»⁴.

LA RECUPERACIÓN CLÍNICA

Junto a esta idea de la recuperación personal como proceso fundado en valores, ha ido cuajando también, de forma paralela, la noción de recupera-

ción clínica, como cese de síntomas y normalización funcional (psicosocial, adaptativa, calidad de vida). La recuperación clínica, se establece y refuerza a consecuencia de los hallazgos clínicos y epidemiológicos, y por los esfuerzos en pro de operativizar el término, trasladarlo a la práctica, y hacerlo susceptible de investigación^{62, 63}. En la formulación de la recuperación clínica, han tenido una importancia crucial las revisiones catamnésicas, que ofrecen datos sobre la evolución a largo plazo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, y de la actualización de perspectivas psicopatológicas centradas en la subjetividad, que habían ido decayendo a lo largo de años de predominancia de una psiquiatría centrada en síntomas objetivables y en exceso confiada en los fármacos. La versión clínica actual de la recuperación supone el desafío de ensamblar los distintos avances apreciados en distintas dimensiones (social, subjetiva, intersubjetiva y el estadiaje clínico y las variantes evolutivas).

En su versión más cientifista, susceptible de objetivación y capaz de proporcionar conclusiones generalizables, se caracteriza por:

- Es un resultado (frente a la recuperación personal, que es definida como un proceso).
- Es observable. La recuperación se define de forma invariable en los distintos individuos. Busca parámetros de aplicación generalizada, si bien cada vez más está abierta a los estudios cualitativos que, desde la hermenéutica, ofrece otro tipo de validación científica, complementaria a la paramétrica.

- Es medida por el clínico experto, no por el paciente (también aquí, se están dando pasos para trabajar en la investigación que aúne resultados según perspectiva del clínico y perspectiva del paciente).

La experiencia de los últimos 30 años de práctica de «tratamiento integral de la esquizofrenia»⁶⁴, con criterios de rigor científico (psiquiatría basada en la evidencia) (EBP), o, más propiamente dicho, «basada en pruebas»), demuestra su compatibilidad con los valores de la recuperación que conecta con la «psiquiatría basada en valores» (VBP), y en general, con la medicina basada en valores (VBM).

La versión de recuperación clínica se ha fundamentado en gran parte en los resultados de revisiones catamnésicas de evolución a largo plazo (20-30 años) de amplios grupos de población de pacientes, que de forma bastante rotunda informaban de resultados más que aceptables a largo plazo en distintos aspectos de recuperación clínica (reducción muy significativa o desaparición de síntomas) y de adaptación psicosocial, proporcionándonos una visión de la esquizofrenia muy distinta de aquella perspectiva kraepeliniana que la adscribía indefectiblemente al defecto no recuperable. Estos resultados han sido replicados en estudios más recientes, como son los realizados por Courtenay Harding en 2005⁷⁰ y Richard Bental en 2006: revisando estudios longitudinales se encuentran de nuevo seguimientos catamnésicos de 20-30 años, donde más del 50 % mejoran el curso de su enfermedad y/o se recuperan; y que la tendencia a la recuperación parece aumentar según se van haciendo mayores, lo que sugiere

TABLA I
**Estudios catamnésicos sobre población con diagnóstico de esquizofrenia
o psicosis crónica**

Autor (grupo)	Lugar del estudio	Año	N.º población	Años de seguimiento	% de recuperación o mejoría significativa
Huber	Bonn	1975	502	22	57
Ciampi	Lausanne	1976	289	37	53
Bleuler	Zurich	1978	208	23	53-68
Harding	Vermont	1987	269	32	62-68
Harrison	Multicéntrico (18 centros)	2001	776	15 y 25	56
Harding	Multicéntrico (revisa 10 estudios)	2005	—	20-30	50-65
Bental	Multicéntrico	2006	—		50

que los aconteceres de la vida adulta pueden propiciar caminos de recuperación. Resumimos en la tabla I las publicaciones más relevantes sobre aspectos epidemiológicos cuantitativos de catamnesis de pacientes con esquizofrenia o TMG. Por otra parte, la revisión «cualitativa» de Gaenellos⁷² sobre los escritos en primera persona publicados en el Schizophrenia Bulletin entre 1990 y 2003 nos hablan también de las oportunidades de reintegración (de los ingredientes de la personalidad y del self) y del desarrollo de resiliencia tras las experiencias de fragmentación y desintegración que acompañan la psicosis.

De estas revisiones catamnésicas se deducen argumentos para redefinir una clínica de la esquizofrenia, bastante distinta de la que estaba predominando: más abierta a la biografía, a la subjetividad y la intersubjetividad. Estos son algunos de los efectos de esta reformulación clínica a que dan lugar:

- a) El curso de los síntomas muestra un patrón muy heterogéneo, siendo acaso lo más consistente la existencia de fluctuaciones (en la intensidad y en la presentación clínica) en los primeros años, y una disminución de la virulencia posteriormente, de modo que cabe pensar en una interacción del desarrollo adulto con el curso de los síntomas.
- b) Los predictores a largo plazo clásicos (género, edad de comienzo, perfil de los síntomas, tipo de comienzo) se debilitan con el tiempo, de modo que solo muestran cierta consistencia ciertos tipos de síntomas negativos, siempre tan difíciles de interpretar.
- c) En muchos de los estudios se restauraba la función social, habiendo alta correlación con la mejora en el funcionamiento psicológico.
- d) Respecto a las habilidades laborales, e incorporación a mundo laboral, el

mejor predictor es la experiencia laboral pasada y el funcionamiento social previo, más que el diagnóstico y los síntomas.

- e) No es posible concluir de forma taxativa sobre los efectos de los psicofármacos a largo plazo, más allá de su contribución en muchos casos a la prevención de recaídas en los primeros años; en algunos pacientes no parecen aportar ingredientes facilitadores de la recuperación; está por estudiar la indicación de «anti-psicóticos» a largo plazo.
- f) La plasticidad neurobiológica sigue estando presente en edades avanzadas.
- g) Existen muchos senderos para mejorar y recuperarse. Además de los clásicos (calidez, valentía, optimismo, persistencia) es muy importante el poder de las relaciones humanas y la esperanza, así como la importancia de factores como la «aceptación» y los ingredientes de la resiliencia, hoy tan escasamente conocidos.

Los diez principios de la recuperación propuestos por SAMHSA^b que, aunque deba profundizarse en lo que cada uno de ellos pueda dar de sí, su significado y su importancia se deducen de su mera enunciación:

1. Autodirigida.
2. Individualizada y centrada en la persona.
3. Promueve la involucración de la persona afectada, su empoderamiento.

^b Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

4. Es holística, en su planteamiento y ejecución.
5. No es lineal.
6. Está basada en fortalezas.
7. Apoyada en la presencia y colaboración de los «pares».
8. Basada en el respeto a las preferencias y peculiaridades de cada cual.
9. Que supone un ejercicio de responsabilidad, individual y compartida.
10. Que considera y valora la esperanza como un potente motor de la recuperación.

Y en lo que se refiere a los criterios para estimar y evaluar la recuperación clínica, aún cuando no hay criterios de validez universal, estos dos son algunos de los que gozan de mayor consistencia:

A) *Según Torgalsboen (1999)*⁷³

1. Teniendo criterios de esquizofrenia anteriormente, en el momento actual no cumple criterios para ese diagnóstico.
2. Vive fuera del hospital desde hace más de cinco años.
3. Presenta funcionamiento psicosocial en rango normal (ej.: más de 65 en el GAF).
4. No toma medicación antipsicótica o lo hace a baja dosis (menos de la mitad de «dosis diaria definida»).

B) *Según criterios propuestos por Liberman y Kopelowicz (2002)*⁷⁴

1. Total remisión de síntomas.
2. Trabaja o sigue programas de formación a tiempo completo o parcial.

3. Vive independientemente, sin supervisión de cuidadores formales o informales.
4. Tiene amigos con quienes compartir actividades.
5. Se mantienen estos parámetros a lo largo de dos años.

RECUPERACIÓN Y TRADICIÓN PSICOPATOLÓGICA CENTRADA EN EL SUJETO

Así como en su día se impuso la distinción entre síntomas y discapacidad, que dio pie a distinguir programas y servicios de tratamiento y de rehabilitación^c, a día de hoy importa tener en cuenta otro tipo de diferenciaciones para un abordaje centrado en la recuperación, siendo especialmente importante distinguir el trastorno de la respuesta subjetiva, y distinguir el abordaje centrado en la enfermedad (tratamiento y rehabilitación) del centrado en la promoción de la salud y el bienestar (mental, social, de la vida) del sujeto. No estamos proponiendo estas distinciones para promover otro tipo de servicios diferenciados, sino más bien para considerar los ingredientes que deben tener unos servicios orientados a recuperación.

En la clínica, se intersectan los síntomas y la respuesta personal a los mismos. A menudo, esta respuesta per-

sonal se aprecia inicialmente a través de la dimensión emocional de la vivencia (desde la inquietud por el desconcierto, a la perplejidad, al terror, o el ánimo beatífico; o los cambios entre unos y otros estados de ánimo, según las características de la experiencia global, la calificación que de ella haga el sujeto, el contraste o la confrontación con el entorno, que generalmente será de alarma y de rechazo, etc.), como se ha afirmado, con respecto a la importancia de la reacción de duelo, al señalar que «muchas conductas vinculadas a la esquizofrenia han sido falsamente interpretadas como psicopatológicas o como falta de motivación, mientras que la teoría del duelo les atribuye un contexto significativo de reacción a la pérdida»⁷⁵.

En cierto modo podemos verlo como una forma de profundizar en la original versión de Bleuler, al distinguir síntomas primarios (¿«endógenos»?) de síntomas secundarios, que representarían ya una forma de respuesta a los primarios. El campo de la respuesta subjetiva incluye desde la génesis de los síntomas secundarios de Bleuler (que incluye los más característicos de la psicosis, alucinaciones y delirios) hasta lo que podríamos llamar organización sintomática terciaria (es decir, una segunda organización de la respuesta personal —tercera línea de síntomas— que incluirían: duelo y trauma, además de los intentos de reconstrucción de la identidad personal y social —que implica reformulación del sí mismo, de las creencias, de las relaciones interpersonales...—).

Desde la perspectiva de la recuperación, la psicosis es vista como una respuesta adaptativa y comprensible a las experiencias vitales de las personas

^c Lo que supuso la oportunidad de un desarrollo potente de servicios de rehabilitación, junto al inconveniente de que en muchos casos estos servicios no mantuvieron buena conexión con los servicios generales de salud mental comunitaria y de psicoterapia y demás tratamientos.

afectadas, que no son meras esponjas receptoras de sucesos y síntomas, sino esencialmente sujetos buscadores de sentido y significado de sus experiencias (incluidas las sintomáticas) y sus vidas. En este contexto, la dimensión emocional aparece, al igual que cuando abordamos otro tipo de problemas de salud mental, como imprescindible para aproximarnos al núcleo vivencial de la persona y al conjunto de los significados que conectan con las experiencias vividas; el profesional tendrá que estar especialmente atento y preparado para conectar e intervenir a este respecto.

Como puntos de referencia de la aproximación psicopatológica a la recuperación, tenemos en cuenta los siguientes aspectos:

1. Lo nuclear y más relevante en cualquier aproximación psicopatológica al proceso de recuperación de la psicosis es el rescate del sujeto por la psicopatología «centrada en la persona», frente a las perspectivas centradas en el cerebro y el fármaco, o la psicología clínica meramente funcionalista. Desde esta óptica, tanto las escuelas antes citadas como las que trabajan desde la óptica del «self»^{76, 77}, que entienden la psicosis como «un colapso del self», y que conduce a una psicopatología y clínica de la psicosis donde tiene cabida la dimensión personal y relacional (óptica de las narrativas, cognitivismo social y constructivismo, ópticas desde el psicoanálisis y psicoterapias dinámicas intersubjetivas e interpersonales, compatibles a su vez con las nuevas propuestas integradoras derivadas de la teoría del apego, y de la visión de la esquizofrenia como un trastorno de la cognición social).

El interés del clínico es captar lo nuclear de la experiencia psicótica y de la respuesta subjetiva del individuo y del entorno significativo. Una de las aportaciones recientes más interesantes al respecto es la realizada por Geekie y Read⁵⁷, de la Universidad de Auckland, en Nueva Zelanda, mediante estudio cualitativo de relatos de experiencias psicóticas, desde el punto de vista de la teoría de los constructos de Kelly: encuentra que los relatos sobre las experiencias de psicosis se pueden agrupar en dos constructos bipolares, de acuerdo con esa formulación constructivista, que son: fragmentación-integración, y validación-invalidación; junto a otra dimensión, la espiritualidad, que no se adecua fácilmente a esa dimensión bipolar.

La dimensión fragmentación-integración la analizan con referencia al yo actual, al yo a lo largo del tiempo (continuidad del yo), al mundo interpersonal y al mundo material (accesible a los sentidos). Y de forma análoga, la validación-invalidación la analizan respecto al yo y al mundo interpersonal.

La experiencia de fragmentación se asocia con una pérdida de armonía (en la experiencia individual del yo, de los demás —mundo interpersonal— y del mundo material), mientras que la integración suele asociarse con una sensación de bienestar.

Por lo que se refiere a la espiritualidad, definen esta como «la tendencia a considerar la experiencia de la psicosis o alguno de sus aspectos, en términos de un marco de significado amplio relacionado con la forma de ver su relación con el universo que tiene cada individuo...». Es decir, la tendencia a situar la experiencia psicótica en un contexto

metafísico en el que refleja algo que tiene significado existencial o moral para el individuo (ej.: con el propósito de la vida o la naturaleza del bien o del mal...).

2. En lo que respecta a la respuesta subjetiva, podemos entenderla como una forma particular, flexible y compleja del «afrentamiento», distinguiendo:

- a) La actitud básica de aceptación-integración, o negación de lo vivido (ya sea etiquetado como enfermedad, o bien como experiencia *sui generis*).
- b) Junto al trabajo que ha de hacer el afectado por la experiencia de psicosis para la reconstrucción de su identidad.
- c) En conexión con el duelo.
- d) La respuesta ante el carácter traumático de lo vivido (se expone con más detalle en el apartado *La respuesta subjetiva* de la página 303).

3. También es esencial la reconsideración de las fases que caracterizan el padecimiento de la psicosis, distinguiendo los requisitos a observar en las fases premórbida y prodrómica (no solo para aprovechar las oportunidades de intervención específica en esas fases, sino para una comprensión del sujeto una vez desencadenada la psicosis), en la de «crisis», y en períodos más avanzados, «según va pasando el tiempo».

4. Otra línea de trabajo de suma importancia es la relevancia que cobra,

en la perspectiva de la recuperación, lo que tradicionalmente hemos llamado los «puntos fuertes» de la persona, que siguen existiendo aunque esté afectada por psicosis. Conecta directamente con el también relativamente nuevo concepto de resiliencia^{15; 78-80}, junto a otras aportaciones de la llamada «psicología positiva»^{81, 82}, y con la perspectiva de desarrollo de programas de promoción de la salud mental, y mejor aún de la promoción del bienestar, de los que pueden beneficiarse personas con enfermedad mental grave.

De ahí la importancia de algunos de estos programas, como los de promoción de salud mental para personas con trastorno mental grave en Canadá⁸³, o los talleres de apoyo a la recuperación atendiendo al desarrollo del sentido del humor⁸⁴, además de terapias expresivas, potenciadoras de la creatividad y, por supuesto, el trabajo con apoyo y la ocupación (ocio creativo y construcción de roles sociales significativos).

5. Siguiendo en la dimensión terapéutica, en los últimos años han venido aportándose nuevas propuestas, en la línea de las terapias narrativas, que resultan muy próximas y compatibles con la perspectiva de la recuperación personal, pues son procesos de terapia en los que la subjetividad y la perspectiva personal del propio afectado juegan un papel muy relevante y protagónico, en su apuesta irrenunciable hacia la búsqueda de sentido y significado de lo vivido (desde lo más sano hasta lo más sintomático, incluyendo los aspectos de respuesta subjetiva a la psicosis, reconstrucción de la identidad, duelo y trauma); en todo

caso, siempre estarán «a mano» multiplicidad de significados por conectar^{22, 85-89}.

6. La importancia de reconsiderar la tradicional visión categórica de los trastornos graves, considerando la pertinencia de las perspectivas dimensionales.

Ni los complejos períodos de aproximación a la psicosis, ni de transición a psicosis, ni los posteriores avatares evolutivos —siempre en liza la subjetividad psicótica y la sana— en continua transacción con la realidad —se pueden comprender desde la tradicional versión categórica del «todo o nada», frecuentemente asociada a la versión jaspersiana de «proceso», que sitúa a la psicosis como actividad mental «no comprensible».

7. En mi opinión se da una confluencia afortunada entre la nueva visión de la esquizofrenia, y de las psicosis en general, que se deriva de la experiencia de intervención temprana, y de la perspectiva de la recuperación. De modo que todo parece apuntar hacia un nuevo modelo clínico —nuevo paradigma, se atreven a sugerir otros—, en el que las variables personales renacen con fuerza frente a las centradas meramente en los supuestos de la «enfermedad»: la tradicional concepción de «proceso» como ruptura radical biográfica, con su halo de incomprendibilidad con las situaciones precedentes, da paso a una perspectiva de continuidad, que supone la existencia de secuencia de acontecimientos precedentes susceptibles de ser reconocidas y de intervenir sobre ellos.

8. Finalmente se hacen necesarias algunas consideraciones en torno a las «intersecciones y fronteras» de este concepto emergente de recuperación y los modelos tradicionales de rehabilitación. En la visión más común, la *rehabilitación* es vista como un concurso sinérgico de servicios y de técnicas ofrecidas a las personas con dis-habilidad a fin de que aprendan a adaptarse a los ambientes que viven, favoreciendo el aumento de su funcionamiento, y la *recuperación*, como un proceso que tiene relación con la experiencia subjetiva y vivida por el individuo a medida que acepta y, al mismo tiempo, supera las restricciones vinculadas a la dis-habilidad⁹⁰; así, «la *rehabilitación* se refiere a la interfaz con el mundo, y la *recuperación* a la interfaz con el sí mismo, siendo un proceso cumplido sobre todo a nivel interpersonal».

En último término, a día de hoy, son conceptos y dimensiones llamadas a converger en las mismas prácticas si, como afirma Ciompi, consideramos el trabajo rehabilitador como un trabajo de aprendizaje que sigue dos direcciones: una, la del trabajo sobre las habilidades, las competencias y los recursos del sujeto, en la cotidianidad de la vida comunitaria; otra, aquella del trabajo sobre el mundo interno, para desarrollar la atribución de sentido y la comprensión por parte del sujeto de lo que sucede, y de acuerdo también con la propuesta de Tari de que «para que la rehabilitación sea posible, es necesario que el aprendizaje de normas vaya acompañado de un incremento en la integración psíquica (coherencia, afectos, deseos), solo posible si estamos atentos a las vivencias que acompañan dicho aprendizaje»⁹¹.

**¿QUÉ HEMOS APRENDIDO
Y QUÉ DEBEMOS TENER EN
CUENTA EN LA BIOGRAFÍA
DE LAS PERSONAS
CON DIAGNÓSTICO DE
ESQUIZOFRENIA,
CONSIDERADAS EN SUS
DISTINTOS MOMENTOS
EVOLUTIVOS^d?
DESDE LA VULNERABILIDAD
HASTA LA VUELTA
A LA NORMALIDAD
DE CADA CUAL**

Será un recorrido necesariamente muy esquemático, en el que intento señalar los aspectos biográficos, relaciones-interpersonales que cobran máxima relevancia en la perspectiva de recuperación.

Del período premórbido

Es un largo período, de infancia/adolescencia, en que se van incubando tanto algunos factores considerados de vulnerabilidad-predisposición como de resiliencia y protección frente a la eventualidad de la psicosis.

Lo más importante de este período son las condiciones de crianza, la calidad de las relaciones interpersonales mediante las que se van configurando las modalidades de apego seguro, o por el contrario, las de inseguridad o desorganización, tan importantes para afrontar posteriores circunstancias de riesgo para la estabilidad y consistencia de la persona. Hemos de tener en cuenta que un apego mal resuelto, mal configura-

do, es un posible factor de vulnerabilidad a psicosis; también, si se quiere, representa una falla en los factores de protección. Quizás merezca la pena recordar al respecto la reflexión de Bolwi, cuando afirmaba que:

«cuando se conocen las experiencias reales que han vivido durante el transcurso de la niñez y es posible tomarlas en consideración, con frecuencia ello permite ver los miedos patológicos de los pacientes adultos bajo una luz radicalmente nueva. Así, por ejemplo, los síntomas paranoides que habían sido considerados como endógenos e imaginarios, se ve entonces que son respuestas inteligibles, aunque distorsionadas, a unos hechos históricos»⁹².

Entre las relaciones interpersonales, destacan las circunstancias de convivencia familiar (las oportunidades de identificación sobre los aspectos más positivos de las figuras significativas de referencia, el aprendizaje e internalización de mecanismos de afrontamiento, el desarrollo de la infraestructura de la empatía y de la mentalización, además de la habilidad para establecer lazos sociales entre iguales). Entre las oportunidades, el desarrollo de resiliencia, cualidad que también puede ser atribuida a las familias, además de a sujetos individuales⁹³.

Efectivamente, hablamos también de resiliencia familiar. La resiliencia familiar alude, en primer lugar, a modo de premisa, a ser reconocidos, todos y cada uno de sus miembros como sujetos de esa pequeña tribu que llamamos grupo familiar, con su microcultura—valores, normas, tradiciones, mitos y prejuicios propios de cada familia—.

^d Cada vez más, la esquizofrenia se considera como un trastorno con problemas y necesidades muy distintas según el estadio y su momento evolutivo.

Requiere que el sujeto se sienta receptor de un apoyo emocional específico y se sienta impregnado por «relatos que evidencien percepciones del mundo y significados compartidos alrededor de situaciones adversas, donde los protagonistas pueden salir dignificados, y por capacidades para evaluar lo nuevo como posibilidad de aprendizaje, de suscitar control en lo que aparentemente no lo tiene y de experimentar esperanza cuando a veces esta aparece opaca»⁹⁴.

A destacar a su vez, entre los aspectos biográficos que pueden significar vulnerabilidad, la posibilidad de que el niño o la niña sean víctimas de abuso, físico, emocional o sexual. Cada vez disponemos de más estudios que vinculan la exposición a circunstancias de abuso en la infancia y psicosis en edades posteriores (aumento de incidencia, y peor respuesta a tratamiento —sobre todo si no se abordan las memorias traumáticas—).

De la revisión de la ya extensa bibliografía disponible al respecto, se deduce que los abusos sexuales, la estancia en orfanato, la huida del hogar o la carencia de hogar, y el ser víctima de agresiones, son predicadores significativos de psicosis; y entre todos ellos, el haber sido víctima de abusos sexuales es el factor de riesgo más significativo⁹⁵⁻⁹⁷.

Por último, entre las circunstancias biográficas, importa también destacar la posible exposición del niño a experiencia de duelo en la familia, que será un referente muy importante para comprender mejor las respuestas individuales y familiares que se den ante el duelo relacionado con los efectos de la psicosis.

Del primer período crítico, y los avatares de la «transición a la psicosis»

Los estudios sobre factores de riesgo a la psicosis y caracterización del primer período prodrómico nos informan de la frecuencia con la que se dan entre la población adolescente muchos de los síntomas identificados como prodrómicos, y que solo una proporción menor de quienes lo presentan harán la «transición a la psicosis». Uno de los efectos de estos estudios ha sido el intentar definir la estimación del riesgo de viraje a psicosis en virtud de características biográficas, familiares, o hábitos, como el consumo de sustancias psicoactivas, para buscar actuaciones que pudieran ser eficaces en la prevención de esa transición a psicosis, y así se ha definido el EMAR (estado mental de alto riesgo³³) que facilita esas intervenciones preventivas selectivas. Otro de los efectos importantes de los estudios sobre las características del primer episodio prodrómico es intentar responder a la pregunta de cómo se efectúa este difícil tránsito a la psicosis, y también al interrogante que se deriva de que, afortunadamente, la mayor parte de los adolescentes y jóvenes que en algún momento presentan «síntomas prodrómicos» no efectúan la transición a psicosis, abriendo así ventanas a interesarnos por los posibles factores de protección y resiliencia.

Estos aspectos, que son tan importantes para cualquier planteamiento preventivo o de intervención temprana, lo son también para la recuperación porque nos aportan claves sobre aspectos muy particulares en los movimientos de aproximación o distancia hacia la psicosis en cada caso particular, y puede ilus-

trar y ayudar a entender muchos aspectos del «viaje» hacia la recuperación.

Cuando tras un período crítico compatible con un estado premórbido el sujeto no hace la transición a psicosis podemos suponer que pudo disponer de la acción de los factores de protección, dependientes de sí mismo y de su entorno. De entre todos ellos parece de crucial importancia el que justo en esos momentos de desconcierto-inseguridad perceptiva y emocional, e irracionalidad a flor de piel, pueda disponer de un interlocutor que ejerza funciones de «monitor» en la traducción-interpretación de la realidad externa para «saber a qué atenerse», además de representar la oportunidad de mantener una relación que tenga cierta dosis al menos de reciprocidad, estructura relacional clave en la construcción de la identidad a lo que estará problemáticamente entregado el sujeto en riesgo de o en el inicio de psicosis, y que le ayude en la difícil tarea de co-construcción de significados, susceptibles de ser compartidos —puestos en común, formando parte del «sentido común»— con los demás⁹⁸.

De la crisis psicótica. Los episodios psicóticos

Una aproximación dinámica intersubjetiva permite definir la crisis psicótica como de *colapso del self*. Nos referimos al self como aquella dimensión del psiquismo que permite la propia representación de sí mismo, que se actualiza en cada momento en que el sujeto ejerce la subjetividad: en cada activación emocional (con implicaciones en la mismidad, en la intersubjetividad, la relación con el otro y el mundo externo), en la actividad cog-

nitiva —percepción, pensamiento—, en las actitudes y en las conductas. Los efectos de esta forma de definir la psicosis como colapso del self, se acompaña de una incapacidad para discriminar correctamente los contenidos del mundo interno y del mundo externo, y significa entre otras cosas, incapacidad o merma importante de la capacidad de producción de significados —ejercicio que constantemente efectuamos, atribuyendo significados a la intencionalidad y a la conducta (verbal, gestual) propia y ajena—, con el consiguiente desconcierto e intensa vivencia de ansiedad. De este modo el sujeto psicótico ha perdido la natural fluidez de atribución de significados a la experiencia emocional e intencionalidad propia y ajena, y se siente sumido en el desconcierto ansioso. La situación progresa hacia la psicotización al identificar como procedente del exterior algunos contenidos internos, a consecuencia del deficitario funcionamiento de la barrera perceptiva en su función de filtro para discriminar la procedencia del estímulo.

En relación con ello, el sujeto en situación de psicosis experimenta una afectación de la vivencia del otro y de vínculo intersubjetivo. El vínculo con el «otro» aparece como eventualidad tan deseada como temida.

También se verán afectados el clima y las relaciones familiares. Sabiendo la importancia de las relaciones y el clima familiar como elemento importante en el balance vulnerabilidad-protección frente a la psicosis, una vez desencadenada esta, encontraremos problemas en este contexto relacional que requerirán nuestra atención terapéutica-rehabilitadora. Especialmente importante es considerar: carga fami-

liar (carga subjetiva y carga objetiva), nivel de expresividad emocional (AEE o BEE), escisiones, simbiosis o parámetros de «comunicación desviada»⁹⁹.

Tras un episodio, podrán venir otros (recaídas, recidivas): se van a caracterizar por la progresión de síntomas no psicóticos crecientes, pasando por el aumento del estrés emocional, la desregulación afectiva, la fragmentación psicológica y la sensación de pérdida de control hasta culminar en la evolución hacia la psicosis, los primeros síntomas del nuevo episodio más frecuentemente señalados son temor, ansiedad, problemas de sueño, irritabilidad, tensión, depresión y retracción social.

En cualquier caso, parece existir un período clave para el diagnóstico a largo plazo. Tras los primeros años de inestabilidad evolutiva y riesgo de intensificación de deterioro inicial (es difícil precisar cuánto de deterioro de funciones ejecutivas u otras funciones neuropsicológicas, cuánto de deterioro del vínculo, o incluso de ambas cuestiones a la vez, si considerados los aspectos integrales de teoría de la mente y los aspectos evolutivos de las estructuras de empatía), se observa una tendencia a la estabilización («meseta») en torno a los cinco años del comienzo de los primeros síntomas psicóticos.

Se insiste en la importancia de intensificar los esfuerzos terapéuticos en ese tiempo (*segundo período crítico*). Queda por resolver cuánto de condicionamiento neurobiológico (¿dónde están los límites de la plasticidad?) y cuánto de «elasticidad» de las oportunidades de re-aprendizaje hacia formas nuevas de vida de la persona, acercándose a la vida adulta, tras la catástrofe vital-relacional que suele significar la psicosis.

La respuesta subjetiva

El eje triangular para la reconstrucción: identidad, trauma y duelo.

«El efecto de experiencias impactantes y opresivas (o de acontecimientos vitales demoledores, tales como una dolencia psicótica) da origen a un mecanismo defensivo interno que fuerza al sujeto a «rebajarse» y someterse a los demás, particularmente en el caso de que todas las salidas parezcan estar bloqueadas. Dicho mecanismo puede acompañarse de cogniciones “auto-destructivas” conducentes a sentimientos de inferioridad y culpabilidad»¹⁰⁰.

Aspecto central del proceso de adaptación a la discapacidad es la elaboración del duelo por la salud perdida.

«La recuperación parece ser una experiencia humana universal: la elaboración de acontecimientos comunes de duelo, como perder una persona querida, divorciarse, fracasar en el plano laboral o escolar, no es diferente de aquellas pérdidas asociadas a la enfermedad mental»⁷⁵.

Valgan estos comentarios, que sintetizan el punto de vista de los autores que más han profundizado en el estudio de la respuesta subjetiva a la psicosis, con especial atención al duelo, la depresión postpsicótica y el estrés posttraumático asociado a la psicosis, para introducir nuestra aproximación a la «psicopatología de la recuperación» o, hablando con más propiedad, la subjetividad, intersubjetividad y respuesta subjetiva a la psicosis.

La aparición de la psicosis es en sí misma un factor estresante, potencialmente traumático, ante el que reacciona

el conjunto de la persona, por lo que el sujeto podrá experimentar síntomas expresivos de su sufrimiento y sus temores, así como de los intentos por «sobrevivir».

Desde el inicio de la psicosis, el paciente iniciará también, improvisando, con sus propios andamiajes, la llamada «respuesta subjetiva a la psicosis» que no es sino la peculiar forma de manejarse con esa particular circunstancia, absolutamente nueva para él o para ella. Ahí es donde operan las variables de personalidad y de recursos previos, de modo que esa respuesta subjetiva tiene en la práctica efectos muy importantes que habrá de tener en mente quien se ocupe de atender la persona con esquizofrenia.

La respuesta subjetiva contribuye al cuadro clínico, a construir la esquizofrenia, tal y como se manifestará en esa persona. Una de las razones de la gran heterogeneidad clínica y de la consiguiente dificultad para definir fenotipos de esquizofrenia es precisamente que el cuadro clínico que atendemos no es la expresión directa de supuestas anomalías primarias, sino una vez procesadas por la persona peculiar. Atendemos la «enfermedad», y además, los resultados del afrontamiento a la misma, que es tarea personal e interpersonal, pues no es posible sustraerse del entorno, donde están «los otros» y los elementos del contexto relacional (ej.: clima familiar o clima convivencial, llámese alta o baja emoción expresada), o comunicación desviada o estructuras familiares escindidas o simbióticas, ingredientes a los que no va a ser ajena la clínica de las psicosis ni la evolución de la misma.

De acuerdo con la capacidad de simbolización del paciente, de la riqueza

de sus instrumentos verbales, la experiencia será más o menos inefable o comunicable, lo que nos dará idea de la «desproporción antropológica» de la experiencia psicótica, en ese caso concreto.

Ya desde las clásicas aportaciones de Mayer Gros hasta la actualización y concreción posterior por McGlassan¹⁰³ sabemos que la *respuesta adaptativa global a la situación de enfermedad* oscila entre dos opciones bien distintas:

- a) El *sellado*, cuando el sujeto quiere obviar la importancia y las significaciones particulares de haber sufrido un trastorno mental, que intentará archivar como un aspecto anecdótico, marginal en su vida, o
- b) la *integración*, cuando intenta comprender y asumir los aspectos más relevantes de los significados personales asociados a la vivencia de lo anómalo o de lo insólito del padecimiento.

Hipotéticamente lo deseable es que el sujeto pueda ir integrando la experiencia de psicosis en el conjunto general de su vida, y esa será una de las tareas en la que los profesionales podremos también brindar nuestra ayuda. Pero no hemos de olvidar que no se puede forzar este proceso y que, en muchas ocasiones, durante ciertos períodos, cuando la persona no dispone de herramientas (cognitivas, emocionales, relacionales) para afrontar los efectos, a veces devastadores, que la psicosis ha tenido en su vida, puede ser necesaria cierta dosis de negación, de modo que el profesional ha de saber acompañar este proceso y esperar a que surjan los momentos y las circunstancias adecuadas para iniciar la integración.

En ocasiones, sobre todo cuando el paciente no ha tenido oportunidad de beneficiarse de ese oportuno y cauto acompañamiento, el sujeto queda «atrapado» en la identidad de enfermo, o en un duelo rumiativo, que está en el fondo de tantas evoluciones hacia la cronicidad; cronicidad que se podrá abordar mejor desde esta perspectiva de atrapamiento incapacitante de la elaboración del duelo que como mera persistencia de síntomas o discapacidades.

Un aspecto de especial importancia es considerar que, sobre todo una vez que va cediendo el episodio agudo, no toda la persona está afectada por un funcionamiento psicótico. Coexisten la dimensión psicótica y la dimensión preservada de la emergencia psicótica, la parte «sana», que le permite disponer de capacidad para elaborar conflictos y aceptar los sentimientos y emociones depresivos. Esta parte no psicótica es aquella parte de la persona afectada de psicosis capaz de tolerar y elaborar los duelos⁷⁵. Esta parte no psicótica no puede ser vista como una entidad estática, de dimensiones constantes, sino que crece y decrece continuamente, en continuo equilibrio inestable con la parte psicótica, por lo que muchos autores consideran la situación del paciente a lo largo de muchos períodos como un «combate» entre una parte que no desea realizar el duelo y la parte sana que acepta la realidad de la enfermedad y lucha por realizarlo.

Ese tipo de respuesta marca la modalidad de cierre de la fase aguda y el paso a la fase de estabilización: la manera en que el sujeto se va a instalar en una posible cronicidad.

La experiencia psicótica afecta de lleno a la línea de flotación de la identidad, en su dimensión intra e intersub-

jetiva y social, con efectos distintos en los momentos iniciales y en su evolución a largo plazo, que se verá seriamente influida por cómo el sujeto haya ido resolviendo los otros aspectos del impacto de la psicosis sobre la persona, como son la elaboración del duelo (por la salud y la identidad previa perdida o desbaratada) y la reorganización del yo tras el colapso inicial y los efectos a largo plazo de la experiencia traumática que haya significado la psicosis.

Por efectos de la fragmentación de la percepción del sí mismo y de las dificultades y distorsiones en el proceso de introspección e insight.

Como efecto del desconcierto derivado de la experiencia psicótica, veremos que el sujeto puede recurrir a intentos de reorganización de esa identidad de forma delirante, lo que se observa de forma patente cuando construye delirios de genealogía, o de filiación; o puede quedar la identidad atrapada en la ambivalencia, sobre su pertenencia familiar o sobre su identidad sexual.

Un aspecto que el sujeto siempre tendrá que afrontar antes o después es su condición de enfermo, los efectos derivados de ser reconocido como «enfermo mental», lo que implica decirse a sí mismo: «me veo como una persona con enfermedad mental», «otros se refieren a mí, y yo me relaciono con los otros, como una persona con enfermedad mental», a veces con apelativos poco reconfortantes (como un *fantasma*, como un *monstruo*, como un *robot*). En todo caso, en el transcurso evolutivo podemos apreciar la persistencia de lo esquizofrénico como una situación problemática del self.

La resolución de este aspecto se acaba, como pronto vamos a ver, con el procesamiento y/o resolución del due-

lo y a su vez con las iniciativas, ya sean autodirigidas o compartidas con los profesionales u otros sobre la construcción y/o reconstrucción de un mundo de relaciones y de roles sociales significativos.

La elaboración del duelo ocupa un lugar central en el conjunto de la respuesta subjetiva, y puede constituir un eje sobre el que desarrollar el proceso de recuperación^{60, 61, 75, 104}. La perspectiva del duelo ante la vivencia y situación de enfermedad (rol de enfermo/discapacitado) está surgiendo como concepto emergente en la psicopatología de la recuperación. Efectivamente, la experiencia de psicosis, más allá del episodio agudo, está plagada de pérdidas, ante las que el sujeto suele sentirse tremendamente solo para afrontarlas, toda vez que, por efecto de la propia psicosis, y muy a menudo también como expresión de la propia vulnerabilidad a psicosis (redes sociales en precario, bien por la poca extensión o por la toxicidad de las relaciones en esas redes), no suele disponer de apoyos emocionales eficaces para hacerle frente; por el contrario, se sentirá muy a menudo rodeado de un clima de incompreensión, rechazo, estigma, discriminación, carencia de relaciones de intimidad y carencia de interlocutores con los que compartir significados, reciprocidad y resonancia emocional compartida.

Siguiendo a Tari, Deegan, Lafond y otros autores, podemos caracterizar el duelo de la persona afectada por psicosis como parcial, acumulativo, recurrente, múltiple, compartido, y con la presencia más o menos tardía de un posible segundo duelo, cuando se propone el retorno a la salud. Otra complicación añadida es que el duelo significa para cualquier sujeto una exigencia de acti-

vación de funciones del yo del que la persona afectada por psicosis está particularmente carenciada (en su autoestima, mediante internalización de imagen desvalorizada de sí mismo, de su pasado, de su futuro, de su mundo interpersonal). Por último, el paciente psicótico acusará también la falta de reconocimiento por los otros de que atraviesa esa situación de duelo, de forma bien distinta a quienes afrontan los duelos por otros problemas (infarto, cáncer, o cualquier otra enfermedad más o menos crónica y limitante).

Las pérdidas afectan a múltiples dimensiones del mundo interno, del relacional y social, a alguno o varios roles más o menos importantes para el sujeto, y a sus expectativas, truncadas por la emergencia de la psicosis. Consideramos^{6, 104, 105}:

1. Pérdidas relacionadas con el sentido del self, del sí mismo, que se ve reemplazado por una identidad como «enfermo mental», y a dimensiones asociadas como la autoestima y el autoconcepto, junto con otros aspectos directamente intrincados con los más nucleares del yo tras la vivencia de enfermedad, como son:

- La pérdida de confianza en los efectos de su propia actividad mental. Como parte de la recuperación del episodio psicótico, con la crítica de la actividad delirante —que implica todo un difícil trabajo de reconstrucción de su mundo credencial y narrativo (la versión que uno se da de sí mismo, de las relaciones con los demás, de la dirección y del sentido de la propia vida, de su pasado y de sus proyectos de futuro)—, el sujeto va siendo consciente de que «su cabeza le ha jugado una mala pasada»,

de que esto puede volver a ocurrir. En ese caso, ¿cómo saber cuándo una percepción o una creencia tienen carácter psicótico, cuándo es anómala —efecto de «la enfermedad»—, y cuándo es fruto de la actividad mental normal y, por lo tanto, creíble?

- La pérdida de su «prestigio» social (entre los amigos, la familia, el vecindario), en el contexto de lo que llamamos autoestigma, como absorción inconsciente del estigma social sobre la propia autoimagen y autoestima.
- La pérdida de autonomía, con la adopción (o al menos la invitación social a que adopte) un rol de persona dependiente.

2. Pérdida de poder, relacionado con lo anterior, destacando la pérdida de sentido de «autoría»-protagonismo y agencia en la toma de decisiones, en la construcción de proyectos.

3. Pérdida de significados, asociado a la carencia de retroalimentación de sus acciones por parte de los demás, importante en la medida en que haya ido perdiendo ejercicio de, o acceso a, roles sociales significativos, con el dolor añadido al ver cómo sus pares, sus compañeros de generación van accediendo a esos roles (como estudiantes, trabajadores, miembros de una pareja, o construcción de vida propia más o menos autónoma...).

4. Muy a menudo, pérdida de expectativas favorables sobre su futuro, pérdida de esperanza.

5. Pérdida de relaciones, con cambios sustanciales en la red social. Muy

a menudo, como ya dijimos, esas redes eran un tanto precarias, como efecto de la vulnerabilidad psicosocial, y no se trata tanto de una experiencia inmediata de pérdida, sino que se lo acentúa la situación de desligamiento interpersonal-social del sujeto, con pérdida de «expectativas de normalización» (de «ser como los demás», que tiene amigos, novia o novio, compañeros de trabajo...).

6. Pérdidas materiales, de ingresos y autonomía económica, a veces de residencia u otras circunstancias.

Veremos que, aun sin entrar en muchos detalles, todo proceso de recuperación ha de considerar la respuesta de la persona ante esta colección de pérdidas; y la acción de los demás que pretendan ofrecer una ayuda, incluidos los profesionales, ha de tener en cuenta estas circunstancias, precisamente para ayudar al sujeto a contrarrestarlas y construir alternativas realistas, compatibles con la propia versión personal del interesado.

Reacción a la pérdida

Con semejanzas en los aspectos formales con otras reacciones de duelo, existen necesarias diferencias en muchos contenidos y matices del proceso. Previsiblemente atravesará las mismas fases que sabemos del proceso del duelo en general: negación-tristeza-ira-miedo-aceptación, si bien no se trata de un proceso lineal e irreversible, sino más bien de un discurrir tambaleante, con posibilidad de avances, retrocesos y acabalgamientos entre fases. Consideremos algunos aspectos particulares, con algunas indicaciones

a modo de guía muy sintética para la intervención:

1. La primera respuesta que cabe esperar es la negación. Desde una visión constructiva en el contexto de duelo normal, la negación actúa como una válvula de seguridad, como un elemento que absorbe el golpe. Ayuda a preservar el sentido del self y del mundo, y ayuda a integrar la información sobre la experiencia de la enfermedad. Muchos pacientes tienen dificultades para superar esta fase, y persisten en la negación, o de forma parcial, minimizando todo lo posible la existencia de problemas en lo emocional y mental, con tendencia a rechazar ayuda de tratamiento, a «no darse por enterado», y a no implicarse en ningún proyecto compartido con profesionales, de terapia-rehabilitación.

El profesional ha de ser suficientemente maduro para saber esperar, respetar los tiempos, el ritmo y los modos en que para cada paciente sea posible acercarse a reconocer su problemática realidad personal; siempre vinculándolo a opciones verosímiles de cambio hacia su normalización y recuperación.

2. Al imponerse la realidad de la situación y no poder mantener la negación o minimización de los problemas y las pérdidas, surgen la tristeza, ira, miedo... Pueden ser consideradas también experiencias sanas y normales, aunque a menudo son motivo de inquietud para pacientes y familia, al verlo como un riesgo de pérdida de control, que a su vez genera nuevas demandas y puede ser objeto de más tratamiento, con lo que se corrobora y refuerza la situación de enfermedad.

Sin embargo, la expresión de estos sentimientos puede operar a favor de la progresión de la terapia ya que, por un lado, ayudan a construir la alianza terapéutica; y además, potencian la comprensión del proceso al identificar y verbalizar las emociones que surgen en el proceso.

3. El avance del proceso de duelo conduce normalmente, antes o después, a la aceptación. Esto significará el afrontamiento de las realidades generadas por la presencia del «trastorno», de las dificultades reales en el funcionamiento psicosocial, y a su vez el inicio y práctica de habilidades de manejo de forma que se pueda lograr y mantener la recuperación.

La aceptación no implica la adopción de actitudes de sumisión ni de resignación pasiva ante los problemas, sino más bien el punto de arranque de una posible asunción de responsabilidad sobre su propia vida, e implicación en los procesos de recuperación.

Elementos esenciales en esta fase de aceptación son:

- a) Atender al insight, a la toma de conciencia de su realidad subjetiva y sociorelacional, lo que significa búsqueda de información sobre el padecimiento, afrontamiento de los síntomas, formulación de preguntas a los profesionales.
- b) Actividad, es decir, lograr un funcionamiento ocupacional adecuado para sostener la recuperación.
- c) Afirmación (de sí mismo, de sus proyectos), sobre una consideración positiva de los logros y de los distintos parámetros e ingredientes de su situación personal global.

Los aspectos traumáticos de las psicosis

También el aspecto traumático ha pasado muy desapercibido por la psicopatología hasta hace relativamente poco tiempo. La importancia del trauma asociado a la psicosis tiene dos perspectivas distintas, aunque complementarias:

1. Las experiencias traumáticas en la infancia (diversas formas de abusos, u otras eventualidades), de lo que nos hemos ocupado al hablar del período premórbido.

2. El trauma asociado a la psicosis, que incluye dos posibilidades:

- a) El trauma derivado de la angustia psicótica, y de los síntomas asociados —delirantes-alucinatorios— cuando son vividos con verdadero terror: la experiencia psicótica puede ser vivida con tonos emocionales muy variados, entre el humor beatífico de ciertas vivencias de carácter místico, y el humor aterrado asociado a vivencias amenazantes, de persecución o aniquilación. Una vez cedido el episodio agudo, el sujeto puede seguir afectado por el recuerdo de la experiencia psicótica, a veces a modo de recuerdos intrusivos angustiantes que remedan un síndrome de estrés postraumático; a veces la persona afectada tiene verdadero miedo a que reaparezcan los síntomas.
- b) El trauma derivado de las intervenciones sobre la persona afectada, por mor de las turbulencias emocionales y conductuales (intervención de la policía, traslados forzosos, in-

gresos involuntarios, contenciones mecánicas, aislamiento...). Al igual que en el caso anterior, también a este respecto pueden reactualizarse las vivencias más traumáticas de forma intrusiva y con formato de síndrome de estrés postraumático, que deberá ser tenido en cuenta por el clínico, por el terapeuta, para integrarlo en el plan de tratamiento.

Los síntomas de estrés postraumático se presenta con frecuencia variable (se ha documentado que entre el 11 y el 67 % de personas que tuvieron psicosis presentan recuerdos intrusivos traumáticos¹⁰⁶). En ocasiones es difícil diferenciar la reaparición de síntomas psicóticos y la emergencia de síntomas intrusivos, por similitud fenomenológica (en ambos casos, son intrusivos, indeseados y fuera del control inmediato de la persona).

Las experiencias emocionalmente más estresantes son las que suponían «pérdida de control», tales como reclusión forzosa, el sentirse controlado por fuerzas externas, alucinaciones visuales y la inserción del pensamiento.

LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN LA PERSPECTIVA DE LA RECUPERACIÓN

La recuperación personal implica la mejor atención clínica, «según criterios de eficacia, basada en pruebas», pero va más allá: la recuperación personal significa el recobrar, o en muchos casos acceder por primera vez, al protagonismo sobre la propia vida, de acuerdo con los valores y significaciones que le otorga, junto el acceso al desempeño de roles sociales significativos.

En esta dimensión, el papel del profesional no es ya tanto el tratar una enfermedad sino apoyar los esfuerzos del individuo por rescatar y resignificar su vida.

Su mejor representación no es la de un proceso de avance lineal, sino más bien en espiral, ya que se puede pasar varias veces por la misma cuestión, pero cada vez con un nuevo ángulo de visión, nuevo enfoque, en un continuo proceso de construcción compleja de la subjetividad, las relaciones interpersonales y las distintas oportunidades de lazo social.

A su vez, lo representaremos mejor como un mapa con opciones de itinerarios diversos, a merced de las elecciones personales, que como una ruta fija de obligado recorrido.

Un buen texto para conducir la recuperación desde una perspectiva cognitivo-relacional es el de Gumley y Schwannauer quienes proponen que la vuelta a la normalidad, adquisición y mantenimiento del bienestar, después de pasar por una psicosis clínica, se consigue abordando las creencias negativas respecto de la psicosis, mejorando el funcionamiento interpersonal, la conciencia introspectiva y la capacidad de autorreflexión además de aumentar el compromiso y la implicación general con los servicios asistenciales. Los cambios en los síntomas psicóticos *per se* serían objetivos secundarios. Para volver a la normalidad, lo que reviste la máxima importancia es el sentido personal específico asociado a las experiencias psicóticas, sentido que pone de manifiesto el significado del padecimiento emocional e interpersonal.

Por su parte, Slade señala cuatro tareas nodales de la recuperación, que son las siguientes:

- a) Desarrollar una identidad positiva.
- b) Elaborar la enfermedad mental.
- c) Autogestión de la enfermedad.
- d) Desarrollo de roles sociales valorados.

Sin poder entrar a considerar en detalle cada una de estas tareas, señalamos algunos de los ingredientes más relevantes de las mismas.



Desarrollar una identidad positiva consiste en desarrollar la habilidad para diferenciar el yo del diagnóstico y de la experiencia de enfermedad, lo que está asociado con resultados positivos a largo plazo¹⁰⁷⁻¹⁰⁸. Es decir, que el sujeto se decida a vivir desarrollando su potencial, vinculado a un sentido del self con perspectiva de futuro y con esperanza en ello, de modo que la «enfermedad» pase a ser un elemento más de su vida, de lo que tenga que ocuparse, pero no el centro de la misma, ni mucho menos, su identidad principal.

En este proceso, el yo ideal, los distintos aspectos del mismo, es un motivador clave para la acción y el cambio.

Las relaciones son un aspecto central en el desarrollo de la identidad ya que fomentan el cambio al trasladar el foco de atención hacia las identidades deseadas más que hacia las identidades temidas. Las relaciones externas que son de vital importancia para una persona pueden ser mucho menos importantes para otra, por lo que no es posible crear un listado de roles sociales valorados que tenga aplicación universal. En cualquier caso, hay cuatro tipos de relaciones que aparecen muy a menudo en las historias de recuperación:

1. Relaciones con un ser superior (espiritualidad).

TABLA II
Intervención profesional pro-recuperación

Psicoterapia	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> - Mundo interno - Vivencias. - Acceso a experiencia y elaboración de significado de las emociones, y a la construcción de narrativas comunicables. - Contenidos: <ul style="list-style-type: none"> • Significados. • Representaciones de sí mismo y del «otro». • Identidad. • Intencionalidad. - Verbal-conversacional. - Terapeuta: calma, contiene ansiedad, desconcierto, soledad. - Proporciona: «presencia»... acceso a conversación + reciprocidad + aceptación + «monitorizar» para co-construir y compartir significados («sentido común»), proporciona opciones alternativas ante carencias o daños provenientes de su entorno (ej.: irracionalidad, intrusismo, descalificaciones), o calma (contrarresta activación/reactividad emocional alta). 	<ul style="list-style-type: none"> - Mundo externo - conducta operativa. - Aspectos formales - instrumentales. - Funciones - infraestructura cognitiva. - Función pedagógica (incluida pedagogía colaborativa)... entrenamiento. - El profesional: informa, enseña, muestra, entrena, apoya... proporciona ingredientes «yoicos» de los que el paciente está deficitario. - Ocupación, ocio, trabajo, creatividad (relevancia del trabajo con apoyo, y el ocio creativo).
<p>Psicoterapia y rehabilitación Recuperación</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Alianza terapéutica. - Vínculos. - Roles sociales significativos. - Adaptación a la situación de enfermedad (respuesta subjetiva/conducta de enfermedad). - Promover la esperanza. - Reconocer y potenciar los puntos fuertes. - Centrado en necesidades. - Promoción de la salud mental. - Vulnerabilidad resiliencia. - Frente a autoestigma → autoestima. 

2. Relaciones de proximidad.
3. Relaciones con usuarios de servicios de salud mental en grupos de apoyo mutuo.
4. Relaciones con algún profesional específico de estos servicios de salud mental.

El profesional actúa más como mentor o como monitor personal («coach»)

Las relaciones terapéuticas óptimas se asemejan a las propias del apego seguro, en el sentido de que el terapeuta hace las veces de una base segura con vistas a la búsqueda de proximidad, de que el terapeuta interviene para apoyar a la persona en la resolución del estrés emocional dentro del contexto de una actitud interpersonal cálida, amable, acogedora y tranquilizadora. Adicionalmente, la relación es recíproca, y se caracteriza por la colaboración y la reflexión dentro de un contexto de seguridad.

El desarrollo de un vínculo terapéutico colaborador se basa en el desarrollo de una reciprocidad entre la persona que busca ayuda y la que ofrece el tratamiento. Así pues, la propia actitud vincular de la persona encargada del tratamiento podría ser relevante con vistas al desarrollo de la reciprocidad y de la vinculación. Estudios de Dozier muestran que las actitudes vinculares de los pacientes se interrelacionan con las actitudes vinculares de los propios clínicos, de modo que la organización vincular de los clínicos parece revestir cierta importancia de cara a la reciprocidad. Los clínicos seguros atienden y responden a las necesidades subyacentes de los pacientes, mientras que los clínicos más inseguros responden a las

necesidades más evidentes y manifestadas más abiertamente¹⁰⁹.

Los profesionales deben ofrecer las intervenciones que han demostrado eficacia e integrar, junto al tratamiento farmacológico en los períodos en que es necesario, ayuda psicoterapéutica y de rehabilitación (tabla II).

Finalmente, importa comentar que, más allá de la relación interpersonal entre terapeuta y persona en recuperación, cobra especial importancia la colaboración entre grupos de profesionales y de pacientes, o personas en recuperación, de lo que ya tenemos importantes experiencias en España, como son la experiencia del proyecto Emilia —un proyecto europeo en el que han participado usuarios y profesionales de Barcelona¹¹⁰—, y el proyecto alentado por FAISEM en Andalucía, junto con la asociación «En primera persona» los servicios de salud mental, propiciando aspectos de capacitación-empoderamiento de usuarios en recuperación, con el propósito de propiciar su implicación en tareas de formación de profesionales y de colaborar en la ayuda mutua de forma muy cualificada. Es decir, que también entre nosotros, la nueva era de la recuperación también ha comenzado y ya está en marcha. Trabajemos en pro de su mejor porvenir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chamberlin J. On Our Own. Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System. New York, McGraw-Hill; 1977.
2. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988;11: 11-19.

3. Davidson L, Strauss J. Sense of self in recovery from severe mental illness. *Medical Journal of Medical Psychology* 1992;65:131-145.
4. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993;2: 17-24.
5. Fisher DV. Health care reform based on a empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital and Community Psychiatry* 1994;45:913-915.
6. Spaniol L, Koelher M (eds). *The experience of Recovery*. Boston MA, Center for Psychiatric Rehabilitation; 1994.
7. Deegan P. Recovery as a journey of the hearth. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1996;19:91-97.
8. Jacobson N. Experiencing recovery: a dimensional analysis of recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001;24(3):248-256.
9. Liberman LP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st Century. *International Review of Psychiatry* 2002;14: 242-255.
10. Andresen R, Oades I, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards a empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003;37:586-594.
11. Stastny P, Lehman P (eds). *Alternatives Beyond Psychiatry*. Berlín, Peter Lehman Publishing; 2007.
12. Shafer G, Broadman J, Slade M. Making recovery a reality. Briefing Paper. London, Sainsbury Centre form Mental Health; 2008.
13. Slade M. *Personal Recovery and Mental Illness. A personal Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge, Cambridge University Press; 2009.
14. Vázquez Valverde C, Nieto Moreno M. Rehabilitación en salud mental: viejos problemas y nuevas soluciones. En Pastor A, Blanco A, Navarro D. *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid, Ed. Síntesis; 2010: 59-75.
15. Chico del Río M. Resiliencia en personas con trastorno mental grave. ¿Es posible? En Hernández Monsalve M, Nieto Degregori P. *Psicoterapia rehabilitación de pacientes con psicosis*. Madrid, Ed. Ciclo Grupo 5; 2011: 113-126.
16. López Álvarez M. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales. *La experiencia de Andalucía Norte de salud mental*. 2010; 36: 11-23.
17. Gorbeña Etxebarria S. *Modelos de intervención en ocio terapéutico*. Bilbao, Universidad de Deusto; 2000.
18. Fundación Salto
www.fundacion-salto.org
19. Huertas R. *El siglo de la clínica*. Madrid, CSIC; 2004.
20. Read J, Mosher LR, Bentall P. *Modelos de locura*. Barcelona, Herder; 2007.
21. Ciompi L, Hofmaun H. Soteria Berna. Un entorno terapéutico innovador en la esquizofrenia aguda fundamentado en el abordaje afectivo-lógico. *World Psychiatry (edición española)* 2008;2;3:140-146.

22. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Aarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research* 2006;16(2): 214-228.
23. Mental Health Village of America: A program of Mental Health America of Los Angeles. www.mhva.squarespace.com; o www.mhvillage.com
24. Herrick M, DiGiacomo AM, Welsh S. The Windhorse Project. En: Stastny P, Lehman P. *Alternatives beyond Psychiatry*. Berlín, Peter Lehmann Publishing; 2007: 168-179.
25. Dumont J, Jones K. The crisis hostel: findings from a consumer/survivor-defined alternative to psychiatric hospitalization. En Stastny P, Lehman P. *Alternatives beyond Psychiatry*. Berlín, Peter Lehmann Publishing; 2007: 179-187.
26. Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry. A new direction for mental health. *BMJ* 2001;322:724-7.
27. Backen P. Beyonds models, beyond paradigms: The radical interpretation of recovery. En Stastny P, Lehman P (eds). *Alternatives Beyond Psychiatry*. Berlín, Peter Lehman Publishing; 2007: 400-402.
28. Baxter EA, Diehl S. Emotional stages: consumers and family members recovering from the trauma of mental illness: *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998;21:349-355.
29. May R. Reclaiming mad experience: Establishing unusual belief groups and evolving minds public meetings. En Stastny P, Lehman P. Berlín, *Alternatives beyond psychiatry*; 2007: 117-127.
30. Lehman P, Jespersion M. Self-help, difference in opinion and user control in age of internet. En Stastny P, Lehman P. *Alternatives beyond psychiatry*. Berlín, Meter Lehman Publishing; 2007: 364-380.
31. Alanen YO. La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente. Madrid. Fundación para la investigación de la esquizofrenia y otras psicosis; 2003.
32. Tizón. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2009; 29(103): 7-33.
33. Scottish Recovery Network. Routes to recovery. Collected wisdom from the SRN Narrative Research Project. Glasgow, Scottish Recovery Network; 2007.
34. Rome M, Escher A. *Accepting voices*. Londres. MIND 1993 (trad. esp.: *Dando sentido a las voces*. Madrid, Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2005).
35. President's New Freedom Commission on Mental Health. *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*, Executive Summary. Pub SMA-03-382 Rockville, Maryland USA Department of Health and Human Services; 2003.
36. Mental Health Commission *Blueprint for mental health services in New Zealand*. Wellington NZ, Mental Health Commission; 1998.

37. Department of Health. The Journey to Recovery – The Government's vision for mental health care. Londres, Department of Health; 2001.
38. Mental Health Commission. A vision for a recovery model in Irish mental health services. Dublin, Mental Health Commission; 2005.
39. Kirby M. Mental Health in Canada: out of the shadows forever. Canadian Medical Association Journal 2008; 178: 1320-1322.
40. www.forovidaindependiente.org
41. Bental RP. Medicalizar la mente ¿sirven para algo los tratamientos psiquiátricos? Barcelona, Herder; 2011.
42. Hernández Monsalve M. Perspectivas de futuro. En: Pastor A, Blanco A, Navarro D. Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid, Ed. Síntesis; 2009: 713-734.
43. Muñiz Giner E. Enrolamiento clínico, desenrolamiento social. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental; otoño 2007: 10-16.
44. Venturini E. En realidad el verdadero problema no es cerrar, sino abrir. El caso de Imola. I Congreso «La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales». Madrid, IMSERSO; 2005: 9-13.
45. Geenberg J. I Never promise you a rose garden. New American Library. Nueva York 1964 (cinematográfica con versión en español: Nunca te prometí un jardín de rosas. 1977, dirigida por Anthony Page).
46. Pedroza Flores R. Nunca te prometí un jardín de rosas: formación del imaginario social desde la enseñanza psicoanalítica de Frieda-Fromm Reichman. Revista electrónica de Psicología Iztacala 2010;13(1):121-137.
47. Jamison. Una mente inquieta. Barcelona, Tusquets; 1996.
48. Nasar S. Una mente prodigiosa. Barcelona, Random House Mondadori; 1998.
49. Ruiz Garzón R. Las voces del laberinto. Historias reales sobre esquizofrenia. Barcelona, Tandom House Mondadori, Plaza y Janes; 2005.
50. Radio Nicosia. El libro de Radio Nicosia. Barcelona, Gedisa; 2005.
51. Torrentallé Rocaspana M. Esquizofrenia. Locura o realidad. Maçaners Abadia; 2007.
52. Ramos Bernal. A Diário de una enfermedad mental (esquizofrenia). Alicante, Ed. Club Universitario; 2009.
53. González Marqués M. Entre 2 mundos. Más allá de los trastornos mentales. Barcelona, Ed. Miret; 2012.
54. Santayana G. Dialogues in limbo. Nueva York, Charles Scribner's Sons; 1948.
55. Ridgway P. Restoring psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. Psychiatric Rehabilitation Journal 2001;24: 335-343.
56. May R. Dar sentido a la experiencia psicótica. En Gleeson J (ed). Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Bilbao, Desclée de Bouver; 2005.

57. Geekie J, Read J. El sentido de la locura. Barcelona, Ed. Herder; 2012.
58. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in psychiatric treatment* 2004; 10:37-48.
59. Frese FJ, Knight EL, Saks E. Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin* 2009;35,2:370-380.
60. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1988; XI (4):11-19.
61. Laffond V. Grieving mental illness: A Guide for patients and their caregivers. Toronto, University of Toronto Press; 1994.
62. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Action Plan for Systems Transformation. Rockville, US Department of Health and Human Services; 2005.
63. National Institute for Mental health in England. Emerging Best practices for Mental Health Recovery. Londres, NIMHE; 2004.
64. Alanen YO, González de Chávez M, Silver ALS, Martindale B. Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. Madrid, Fundación para el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis; 2008.
65. Harding CM. Course types in schizophrenia: an analysis of European and American studies. *Schizophrenia Bull* 1988;14:633-643.
66. Ciompi L, Muler C. The life-course and aging of schizophrenics: A long-term follow-up study into old age. Berlín, Springer; 1976.
67. Bleuler M. The schizophrenic disorders. New Haven CT, Yale University Press; 1978.
68. Huber G, Gross G, Schuttler R. A long term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course and prognosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1975;52:49-57.
69. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J et al. Recovery from psychotic illness; a 15-and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:506-517.
70. Harding. Changes in schizophrenia across time: paradoxes, patterns and predictors. En: Davinson L, Harding C, Spaniol L. Recovery from severe mental illness: Research evidence and implications for the practice. Vol 1. Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation; 2005.
71. Bentall RP. Madness explained: Why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it a «complaint-oriented» approach to understanding mental illness. *Medical Hypothesis* 2006;66:220-233.
72. Geanellos R. Adversity as opportunity: living with schizophrenia and developing a resilient self. *International Journal of Mental Health Nursing* 2005;14:7-15.
73. Torgalsboen AK. Full recovery from schizophrenia: the pronostic role of premorbid adjustment, symptoms and first admission, precipitating events and gender. *Psychiatric Research* 1999;88:143-152.
74. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovering from schizophrenia: a cha-

- llenge from 21st Century. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:242-255.
75. Tari García A, Ferrer Dufol C. Duelo y recuperación. En: Hernández Monsalve M, Nieto Degregori. *Psicoterapia y rehabilitación*. Madrid, Ed. Grupo 5; 2011: 127-150.
 76. Castilla del Pino C. *El delirio, un error necesario*. Oviedo, Nobel; 1998.
 77. Hermnans H, Dimagio G (Eds). *The dialogical self in psychotherapy*. Nueva York, Brunner-Routledge; 2004.
 78. Tizón J. Resiliencia y contención en pacientes con esquizofrenia. *Archivos de Psiquiatría* 2006;69(2): 81-84.
 79. Linares J, Villarino L. Esquizofrenia y eco-resiliencia. *Revista de Terapia Sistémica. REDES*. Septiembre 2008.
 80. Rojas Marcos. *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Barcelona, Espasa; 2010.
 81. Seligman MEP. *La auténtica felicidad*. Barcelona, Ed. B; 2002.
 82. Pérez D, Vázquez C, Bosco S, Gasparre A, Iraurgi I. Crecimiento post-estrés y post-trauma: posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los eventos traumáticos. En: Pérez D, Martín Beristain C, González JL, Basabe N, de la Rivera J. *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid, Fundamentos; 2011: 311-391.
 83. Pape B, Galipeault GP. *Promotion for people with mental illness. A discussion paper*. Canada, Mental Health Promotion Unit for Health; 2002.
 84. Chico del Río M. *Aplicación terapéutica del humor en personas con enfermedad mental grave: Grupo de mejora del sentido del humor*. En: Hernández Monsalve M, Nieto Degregori P. *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis*. Madrid, Ed. Grupo 5; 151-170.
 85. White M. *Maps of narrative practice*. Nueva York, Norton; 2007.
 86. Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in self-experience. A comparison of 6 perspectives. *Schizophrenia Bulletin* 2010; 36,2:331-340.
 87. Rhodes J, Jakes S. *Narrative CBT for Psychosis*. Nueva York, Routledge; 2009.
 88. Roe D, Davidson L. Self and narrative in schizophrenia: time to autor a new history. *J Med Ethics. Medical Humanities* 2005;31:84-94.
 89. France CM, Uhlin BD. Narrative as an outcome domain in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2006;79:53-67.
 90. Carroza. *Principi de Riabilitazione Psichiatrica*. Ed. Franco Angeli; 2006.
 91. Tari A. *Notas sobre el trabajo grupal en los dispositivos de rehabilitación*. *Revista Área 3. Número especial Congreso internacional. Actualidad del grupo operativo: 1886-6530*.
 92. Bowlby J. *Attachement and loss. Vol 3: Separation, anger and anxiety*. Londres, Hogart Press; 1973.
 93. Muñoz E. *Reconocerse en el otro*. En Hernández Monsalve M, Nieto

- Degregory P. Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis. Madrid, Ed. Ciclo Grupo 5; 2011: 79-11.
94. Builes Correa MV, Bedoya Hernández M. La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37(3).
 95. Morrison A, Fame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Psychiatry* 2003; 42:331-353.
 96. Read J, Agar K, Argyle N, Anderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictor of hallucinations, delusions and thought disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research And Practice* 2003;76: 1-22.
 97. Bebington PE, Bhugrah D, Bhugrah T, Singleton N, Farrelli M, Jenkins R et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry* 2004;185:230-226.
 98. Culberg J. Factores de protección. En Culberg J. *Psicosis. Fundación para la investigación de la esquizofrenia y otras psicosis*. Madrid, 2006: 123-130.
 99. Alanen Y. Los orígenes de la esquizofrenia: un intento de síntesis. Estudios sobre predisposición a la esquizofrenia: el rol de los factores psicosociales. En Alanen Y: *La esquizofrenia. Sus orígenes y tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Fundación para la investigación de la esquizofrenia y otras psicosis; 2003: 56-71.
 100. Birchwood M, Meaden A, Trower P, Gilbert P, Plaiastow J. The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine* 2000;30:337-344.
 101. Gumley A, Schwannauer. *Volver a la normalidad después de un episodio psicótico*. Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer; 2008.
 102. Anthony WA, Cohen MR, Farkas MD, Gagne C. *Psychiatric Rehabilitation* (2 ed.). Boston, Boston University, Centre for Psychiatric Rehabilitation; 2002.
 103. McGlashan Th, Levy ST, Carpenter WD. Integration and sealing over: Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1975;32: 1269-1272.
 104. Andreasen R, Oadfes L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards a empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003;37:586-594.
 105. Spaniol L, Wewiorski N, Gagne C, Anthony W. The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:327-336.
 106. Gumley A, Schwannauer. *Volver a la normalidad después de un episodio psicótico*. Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer; 2008: 109.
 107. Strauss JS. The person with schizophrenia as a person II: Approaches

- to the subjective and the complex. *British Journal of Psychiatry* 1994; 164(23):103-107.
108. Tait, Birchwood, Tower. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry* 2003;182:123-128.
109. Dozier M, Lomax L. Clinicians and caregivers: role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62:793-800.
110. Palomar E, Izquierdo R, Leahy E, Masferrer C, Flores P. El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2010; (30)105:109-123.

