



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

PSICOTERAPIA Y RECUPERACIÓN DE UN EPISODIO DE ESQUIZOFRENIA:  
EXPERIENCIA SUBJETIVA DE PACIENTES Y TERAPEUTAS CHILENOS

por

MARIANELLA SOLEDAD ABARZÚA CUBILLOS

Tesis presentada a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de  
Chile, para optar al título de Doctora en Psicoterapia

Profesora guía: Mariane Krause Jacob

Profesor co-guía: Esteban Radiszcz Sotomayor

Comité de tesis: Guillermo De La Parra Cieciva

Derek Humphreys Manterola

Diciembre 2018

Santiago, Chile

©2018, Marianella Soledad Abarzúa Cubillos

©2018, Marianella Soledad Abarzúa Cubillos

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica que acredita al trabajo y a su autor.

## Resumen

La esquizofrenia es un trastorno de alta carga social, que se asocia a un importante sufrimiento tanto para quienes la padecen como para sus cuidadores. El interés por minimizar los costos sociales y subjetivos asociados ha motivado, a nivel global y local, el desarrollo de políticas públicas y programas de salud mental que subrayan la necesidad de tratamiento integral y oportuno. Por otra parte, los modelos clínicos actuales han ampliado el concepto de recuperación de la esquizofrenia, favoreciendo un énfasis en la dimensión subjetiva del proceso de recuperación y ya no solo en la remisión psicopatológica. En el contexto de las estrategias de tratamiento integral, dicho énfasis ha favorecido un renovado interés en la psicoterapia de la esquizofrenia, entendida como una intervención dirigida a abordar los profundos y complejos procesos psicológicos asociados a la recuperación de un episodio psicótico.

La presente tesis doctoral compendia seis artículos elaborados en el marco de un estudio cualitativo, centrado en la caracterización de la experiencia psicoterapéutica vivida durante el tratamiento de un episodio de esquizofrenia, que reconstruyó los aspectos relevantes del proceso terapéutico desde las perspectivas subjetivas de los participantes: pacientes y terapeutas. El objetivo general del estudio fue caracterizar la experiencia vivida en la psicoterapia, desde la perspectiva subjetiva de pacientes chilenos que recibieron psicoterapia durante el tratamiento integral de un episodio de esquizofrenia y sus terapeutas. En términos globales, la tesis brinda una descripción, anclada en la experiencia subjetiva de los participantes, de los aportes de la psicoterapia al proceso de recuperación de un episodio de esquizofrenia; visibilizando la contribución de la psicoterapia a sus estrategias de tratamiento integral.

## Índice

Introducción	4
Antecedentes teóricos y empíricos	7
Transformaciones de los modelos psicopatológicos de la esquizofrenia: del pesimismo de la <i>dementia praecox</i> a la esperanza de recuperación.	7
Tratamiento integral de un episodio de esquizofrenia.	10
Psicoterapia y esquizofrenia: una breve reseña histórica.	15
Psicoterapia de personas con esquizofrenia y relación terapéutica.	21
Orientaciones de estudios sobre esquizofrenia, experiencia subjetiva, psicoterapia y recuperación	21
Objetivos	25
Objetivo general.	25
Objetivos específicos.	25
Publicaciones	26
“Debo tener esquizofrenia tal vez”: experiencia subjetiva y construcción autobiográfica en un adolescente con primer episodio de esquizofrenia.	30
Subjective experience of diagnosis and treatment in two adolescents with first-episode schizophrenia.	43
Psychotherapy from the perspective of Chilean patients with schizophrenia.	54
Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients’ and therapists’ experiences in several clinical contexts.	55

“Having a place in the world”: psychotherapy, the therapeutic relationship, and recovery from an episode of schizophrenia.	56
Psychoanalyzing schizophrenia? Reflections on the gap between clinical practices and evidence-based recommendations.	82
Conclusiones y discusión	107
Referencias	112
Anexos	131

## 1. Introducción

La esquizofrenia es uno de los problemas de salud mental que más contribuye a la carga global de enfermedades: a nivel mundial, constituye una de las 10 principales causas de discapacidad (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser y Lieberman, 2005); en Chile, aporta un 1.87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad (Ministerio de Salud [MINSAL], 2009). En consecuencia, se trata de un trastorno de alta carga social, que se asocia a un importante sufrimiento tanto para quienes la padecen como para sus cuidadores (Barbato, 1998; Kennedy, Altar, Taylor, Degtiar y Hornberger, 2014; Knapp, Mangalore y Simon, 2004).

El interés por aminorar los costos sociales y subjetivos asociados a la esquizofrenia ha motivado, globalmente, el desarrollo de políticas públicas y programas de salud mental específicos; los que subrayan la necesidad de tratamiento integral, con énfasis en la intervención temprana (American Psychiatric Association [APA], 2006; Barbato, 1998; Dixon, Perkins y Calmes, 2009; Gaebel, Riesbeck y Wobrock, 2011). En Chile, el tratamiento de la esquizofrenia ha sido una prioridad de las políticas públicas de salud mental, énfasis declarado en el plan que organizó las actividades del área durante el decenio 2000-2010 (MINSAL, 2000) y ratificado en el contexto de la última gran reforma de salud, con la incorporación del primer episodio de esquizofrenia como el primer problema de salud mental con tratamiento garantizado por la Ley 19.966, que establece un Régimen General de Garantías en Salud (2004).

Si bien las tradiciones psicopatológicas clásicas han enfatizado una perspectiva pesimista sobre la posibilidad de recuperación en la esquizofrenia (Bleuler, 1911/1960; Frese, Knight y Saks, 2009; Kraepelin, 1919/2008), durante las últimas cuatro décadas el campo de la investigación clínica ha favorecido la instalación gradual de un nuevo escenario, donde la recuperación de un

episodio de esquizofrenia aparece como una meta terapéutica posible (Anthony, 1993; Jenkins y Carpenter-Song, 2008; Kolkiewicz, 2013; Silverstein y Bellak, 2008). Actualmente existe un amplio consenso sobre la relevancia del tratamiento integral y oportuno de la esquizofrenia, ya que incide críticamente en la recuperación, reduciendo el riesgo de recidivas y de discapacidad a largo plazo (Penn et al., 2005; Seikkula, Alakare y Aaltonen, 2001). Dicho tratamiento integral podrá combinar intervenciones farmacológicas, psicosociales y psicoterapéuticas, según las características y necesidades del paciente (Gleeson, Larsen y McGorry, 2003; McGorry, Killackey y Yung, 2007; Weiden, Buckley y Grody, 2007).

A su vez, este nuevo escenario clínico ha favorecido también una redefinición del concepto de recuperación de la esquizofrenia, otorgando un énfasis a la dimensión subjetiva del proceso de recuperación y ya no solo a la remisión psicopatológica (Lysaker, Glynn, Wilkniss y Silverstein, 2010; Penn et al., 2005; Salvatore et al., 2012). En el contexto de las estrategias de tratamiento integral de personas con esquizofrenia, dicho énfasis ha favorecido un renovado interés en la psicoterapia (Gleeson et al., 2003; Lysaker et al., 2010; Salvatore et al., 2012), entendida como una intervención dirigida a abordar los profundos y complejos procesos psicológicos asociados a la recuperación de un episodio psicótico.

La presente tesis doctoral compendia seis artículos elaborados en el marco de un estudio cualitativo, centrado en la caracterización de la experiencia psicoterapéutica vivida durante el tratamiento de un episodio de esquizofrenia<sup>1</sup>, que reconstruyó los aspectos relevantes del proceso terapéutico desde las perspectivas subjetivas de los participantes: pacientes y terapeutas<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Inicialmente, a propósito de las políticas de salud mental locales, el proyecto contemplaba un foco exclusivo en participantes que hubiesen recibido psicoterapia durante el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia (vale decir, adolescentes y/o jóvenes). Durante la realización del trabajo de campo se tornó complejo reclutar a participantes con estas particularidades psicopatológicas/etarias, lo que motivó la decisión metodológica de incorporar a pacientes con más de un episodio de esquizofrenia y que hubiesen realizado psicoterapia como parte de su tratamiento.

<sup>2</sup> El proyecto original contemplaba la inclusión de casos conformados por un/a terapeuta, un/a paciente y algún familiar que hubiese participado directa o indirectamente del proceso terapéutico. Ahora bien, por diversos reparos de los

El objetivo general del estudio fue caracterizar la experiencia vivida en la psicoterapia, desde la perspectiva subjetiva de pacientes chilenos que recibieron dicha intervención durante el tratamiento integral de un episodio de esquizofrenia y sus terapeutas.

La tesis presenta una descripción, anclada en la experiencia subjetiva de los participantes, de los aportes de la psicoterapia al proceso de recuperación de un episodio de esquizofrenia; visibilizando la contribución de la psicoterapia a sus estrategias de tratamiento integral. En tal sentido, la relevancia principal de esta tesis radica en su contribución a la investigación y a la práctica psicoterapéutica con personas con esquizofrenia, en base a experiencias de psicoterapia desarrolladas en el medio local, atendiendo al contexto que brindan las actuales políticas públicas de tratamiento de la esquizofrenia en Chile.

---

terapeutas y/o pacientes, sólo fue posible entrevistar a los padres de una de las participantes. Al tratarse de una única entrevista, no fue incluida en los análisis ni en las publicaciones derivadas de ellos.

## 2. Antecedentes teóricos y empíricos

En este apartado se exponen los principales antecedentes que orientaron el estudio. En primer lugar se abordan los modelos psicopatológicos de la esquizofrenia y sus transformaciones contemporáneas, que han enfatizado la importancia del tratamiento integral, relevando también ciertas particularidades de este. Más adelante se presenta una breve reseña de la psicoterapia aplicada al tratamiento de personas con esquizofrenia. Finalmente, se presenta una revisión de investigaciones sobre esquizofrenia, experiencia subjetiva, psicoterapia y recuperación; que permitirá precisar la relevancia y alcances del estudio.

### 2.1 Transformaciones de los modelos psicopatológicos de la esquizofrenia: del pesimismo de la *dementia praecox* a la esperanza de recuperación

Clásicamente, las tradiciones psicopatológicas han enfatizado una perspectiva pesimista sobre la posibilidad de recuperación en la esquizofrenia (Frese et al., 2009). En efecto, la descripción de Kraepelin (1919/2008) la caracteriza como una enfermedad mental que inevitablemente conduciría al deterioro, perspectiva expresada palmariamente en el concepto de *dementia praecox*. Aunque con ciertos matices, la descripción bleuleriana comparte el pesimismo sobre las posibilidades de recuperación, circunstancia apreciable en la noción de *defecto esquizofrénico*, rasgo clínico que sería distintivo del funcionamiento posterior a un episodio psicótico (Bleuler, 1911/1960). Por tanto, el tratamiento de un episodio de esquizofrenia se dirige a sujetos que, mientras luchan por su recuperación, están intentando asumir una condición caracterizada por la psiquiatría tradicional como potencialmente crónica y discapacitante.

Ahora bien, durante las últimas cuatro décadas el campo de la investigación clínica ha favorecido una transformación de los modelos psicopatológicos de la esquizofrenia, históricamente centrados en las nociones de deterioro y defecto (Braehler y Schwannauer, 2011; Gleeson et al., 2003; Silverstein y Bellak, 2008). Actualmente, existe una creciente conciencia de que la recuperación de un episodio de esquizofrenia es una meta terapéutica posible (Anthony, 1993; Jenkins y Carpenter-Song, 2008; Kolkiewicz, 2013; Silverstein y Bellak, 2008). Revisaremos brevemente algunos hitos que han favorecido el proceso de transformación de dichos marcos psicopatológicos.

En primer lugar, los resultados de los estudios de seguimiento de los años 70s y 80s mostraron que existía una gran heterogeneidad en la evolución clínica y social de las personas con esquizofrenia, y que los casos que evolucionaban hacia un mayor grado de deterioro clínico y social eran más bien excepcionales (Harding, Zubin y Strauss, 1987). Los diversos estudios de seguimiento realizados mostraron, consistentemente, que entre la mitad y dos tercios de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia experimentaban una recuperación total o parcial, apoyados por intervenciones farmacológicas y/o psicosociales (Gaebel y Pietzcker, 1987; Huber, Gross, Schuttler, Linz y Clemens, 1980; Myers, 2010; Silverstein y Bellak, 2008; Strauss, Hafez, Lieberman y Harding, 1985). En tal sentido, la evidencia clínica ha cuestionado la expectativa de un pronóstico sombrío indefectiblemente asociado al diagnóstico de esquizofrenia.

Proveniente también del campo de la investigación clínica, un segundo hito favorable a la transición hacia modelos psicopatológicos centrados en la noción de recuperación fue la llamada hipótesis del “período crítico” (Birchwood, Todd y Jackson, 1998). Este hallazgo reveló que el tratamiento recibido durante los 2 a 5 años posteriores al primer episodio psicótico resultaba determinante en su pronóstico. Estudios posteriores han coincidido, consistentemente, en que un

menor tiempo de psicosis no tratada durante el primer episodio se asocia con un mejor pronóstico (Alvarado, 2005; Marshall et al., 2005; MINSAL, 2009; Talbott, 2007; Vallina, Lemos y Fernández, 2006) y que el tratamiento oportuno reduce el riesgo de recidivas y de discapacidad a largo plazo (Penn et al., 2005; Seikkula et al., 2001).

De cualquier modo, sería parcial afirmar que los cambios en las concepciones sobre la capacidad de recuperación de las personas con esquizofrenia provienen exclusivamente del campo de la investigación clínica. En efecto, los movimientos de usuarios y familiares han jugado un rol muy relevante en la construcción de esta nueva perspectiva, enfatizando que los tratamientos ofrecidos a personas que sufren de trastornos psiquiátricos severos deben considerar sus propias necesidades y constituirse, ante todo, en herramientas para sus propios procesos de recuperación (Harding, Brown, May y Hayward, 2007; May, Hartley y Knight, 2003; May, 2004). Una traducción de los lineamientos que dicho enfoque imprime en la organización de los servicios de salud mental se expresa, por ejemplo, en el *National Consensus Statement on Mental Health Recovery and Systems Transformation* (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2004), declaración que establece diez principios de los procesos de recuperación: comprender que éstos no tienen una trayectoria lineal e implican avances y retrocesos, que deben tener una orientación individualizada y centrada en la persona, ser auto dirigidos, holísticos, basarse en las fortalezas del paciente, favorecer el apoyo mutuo entre pares, promover la esperanza, la responsabilidad, el empoderamiento y el respeto. El enfoque basado en la recuperación ha logrado traducirse en la organización de servicios de salud mental destinados a personas con esquizofrenia, particularmente en Estados Unidos (SAMHSA, 2004), Inglaterra (Kolkiewicz, 2013, Smith et al., 2002) y Australia (Ramon, Healey y Renouf, 2007).

Los antecedentes revisados permiten sostener que nos encontramos frente a un nuevo escenario terapéutico, en el que la recuperación de un episodio de esquizofrenia emerge como una meta terapéutica posible y la relevancia de la intervención oportuna e integral ha sido consistentemente fundamentada, tanto desde la investigación clínica como desde los movimientos sociales ligados a las organizaciones de usuarios de servicios de salud mental.

## **2.2 Tratamiento integral de un episodio de esquizofrenia**

Las transformaciones de los modelos psicopatológicos de la esquizofrenia y los énfasis de su tratamiento, sumados a la cuantificación de la alta discapacidad y carga social asociada, han incidido en que las diversas agencias y departamentos gubernamentales de salud mental hayan diseñado, desde hace cerca de dos décadas, políticas públicas específicas para su tratamiento. Cada vez con mayor fuerza, los programas de tratamiento enmarcados en dichas políticas sanitarias han establecido un énfasis en el tratamiento integral del episodio de esquizofrenia.

Actualmente existen diversas guías clínicas que sistematizan el extenso campo de la investigación en esta área, formulando recomendaciones para el tratamiento del episodio de esquizofrenia en base al mejor conocimiento disponible, tanto a nivel global (APA, 2006; Dixon et al., 2009; Dixon et al., 2011; Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson, y Dixon, 2010; Lehman y Steinwachs, 1998; Lehman et al., 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2014; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, 2005) como en Chile (MINSAL, 2009). Todas ellas coinciden en la necesidad de un tratamiento integral y oportuno, el que podrá combinar diversas intervenciones farmacológicas, psicosociales y/o psicoterapéuticas,

de acuerdo con las características y necesidades clínicas específicas de cada paciente (Gleeson et al., 2003; McGorry et al., 2007; Weiden et al., 2007).

Si bien es posible establecer énfasis diferenciales en las diversas guías clínicas de tratamiento de la esquizofrenia -relativos, por ejemplo, a la secuencia en la indicación de intervenciones, a la relevancia dada a la comunidad y a las variables culturales en el tratamiento, a las orientaciones conceptuales de las intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas recomendadas, al igual que al papel asignado a la participación efectiva de usuarios y familiares en el desarrollo y prestación de servicios de salud mental-; es igualmente posible señalar ciertos consensos clínicos, ampliamente aceptados:

- Priorizar la detección temprana y el tratamiento integral de los casos, desde el primer episodio de esquizofrenia.
- Asegurar la continuidad del tratamiento integral, desde el primer episodio (periodo crítico).
- Los medicamentos antipsicóticos son la piedra angular del tratamiento, deben ser utilizados de manera cautelosa y prevaleciendo el uso de antipsicóticos de última generación, dado su menor riesgo de producir efectos secundarios graves.
- Todos los pacientes y sus familias deberían acceder a intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas integrales, basadas en la evidencia disponible, a cargo de profesionales de salud mental debidamente capacitados.
- El tratamiento óptimo requiere un enfoque de equipo multidisciplinario, con profesionales especializados en salud mental a cargo de la organización de servicios, en coordinación con los equipos de salud general (APA, 2006; Gaebel et al., 2011; Kreyenbuhl et al., 2010; MINSAL, 2009; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical

Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, 2005).

Por otra parte, el énfasis en la intervención temprana ha favorecido el desarrollo de investigaciones con personas en tratamiento por un primer episodio de esquizofrenia, visibilizando ciertas necesidades clínicas específicas de este subgrupo de pacientes, pertinentes a nuestro problema de investigación.

Si bien el consenso clínico actual es, en lo fundamental, concluyente en declarar que los fármacos antipsicóticos son la piedra angular del tratamiento, la investigación sobre el uso de terapias biológicas en el primer episodio de esquizofrenia ha arrojado una serie de hallazgos que parecen entrar en conflicto con tal aseveración: se trata de un grupo clínico cuyas tasas de adherencia a la medicación son notoriamente más bajas que entre los pacientes con mayores periodos de evolución (Kreyenbuhl et al., 2011; Weiden et al., 2007) y, además, entre ellos aparecen con mayor frecuencia los fenómenos de respuesta lenta y/o de resistencia al tratamiento farmacológico, incluso cuando hay suficiente adherencia (Gleeson et al., 2003). Al mismo tiempo, presentan en mayor medida fenómenos clínicos como la depresión, la desmoralización y la autoestigmatización, los que no logran ser abordados por la farmacoterapia e inciden directamente en conductas de aislamiento social e interrupción de metas educacionales y sociales, afectando negativamente el pronóstico (Braehler y Schwannauer, 2011; Gleeson et al., 2003). Incluso, Faber, Smid, Van Gool, Wiersma y Van Den Bosch (2012) subrayan que, luego de la remisión del primer episodio psicótico, la suspensión guiada de antipsicóticos de segunda generación podría mejorar el funcionamiento neurocognitivo, específicamente en el ámbito de la velocidad de procesamiento. Por tanto, los pacientes en tratamiento por un primer episodio de esquizofrenia muestran

necesidades clínicas que exceden largamente el alcance de los tratamientos farmacológicos clásicos y, en tal sentido, refuerzan la necesidad de (re)considerar el rol de la psicoterapia como una intervención terapéutica útil y provechosa en este campo.

Además, como fue señalado, el nuevo escenario clínico ha favorecido una ampliación del concepto de recuperación de un episodio psicótico, situando un énfasis en la dimensión subjetiva del proceso (Lysaker et al., 2010; Penn et al., 2005; Salvatore et al., 2012). Hoy existe un creciente consenso sobre la necesidad de ampliar la definición del concepto: más allá de la recuperación entendida como remisión psicopatológica (criterio clínico) o como el desarrollo de relaciones y roles sociales significativos (criterio social), existiría un proceso de recuperación psicológica, vinculado específicamente con el logro de una comprensión de las experiencias psicóticas y la recuperación de un cierto sentido de continuidad biográfica (Braehler y Schwannauer, 2011; Davidson y Strauss, 1992; Horowitz, 2002; Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire y Lecomte, 2010; May, 2004; Palma, 2007).

De hecho, el modo en que las personas elaboran su experiencia psicótica -o el “estilo de recuperación”- ha sido vinculado con el resultado a largo plazo (McGlashan, 1987) y, específicamente en el primer episodio de esquizofrenia, evitar el procesamiento del impacto emocional posterior al episodio ha sido vinculado a un peor resultado sintomático y a una peor calidad de vida (Thompson, McGorry y Harrigan, 2003). A tal punto ha cobrado relevancia la dimensión psicológica o subjetiva del proceso de recuperación, que una serie de estudios de seguimiento en pacientes con esquizofrenia indican que se trata de un aspecto fuertemente asociado con el logro de una mejor calidad de vida, por sobre los indicadores psicopatológicos (Albert et al., 2011; Karow, Naber, Lambert y Moritz, 2012; Kukla, Lysaker y Roe, 2014; May,

2004; Roe, Mashiach-Eizenberg y Lysaker, 2011): es decir, resultaría más relevante la experiencia subjetiva de sentirse recuperado que la presencia de síntomas clínicamente relevantes.

Por otra parte, el estudio de la identidad narrativa en personas con esquizofrenia ha mostrado que presentarían dificultades para organizar y extraer significados de sus experiencias pasadas, lo que implicaría obstáculos para construir narrativas personales coherentes (Raffard et al., 2010) e identidades estables (Boulanger, Dethier, Gendre y Blairy, 2013). Específicamente con relación al primer episodio de esquizofrenia, diversos estudios han sugerido que la capacidad de adaptación positiva a la experiencia de la psicosis estaría estrechamente conectada con la posibilidad de reembarcarse en la trayectoria biográfica. Por tanto, restablecer un sentido estable de sí mismo constituiría el núcleo del proceso de recuperación (Davidson y Strauss, 1992; Harder, 2006, 2007, 2014).

Para los fines de este proyecto, resulta relevante subrayar que tanto los hallazgos de la investigación sobre tratamientos biológicos como las transformaciones de los modelos psicopatológicos de la esquizofrenia han posibilitado una reflexión clínica, que ha resituado la relevancia de la psicoterapia como componente de las estrategias de tratamiento integral de un episodio de esquizofrenia. En este contexto, la psicoterapia es entendida como una intervención dirigida a abordar los profundos y complejos procesos psicológicos asociados a la recuperación de un episodio de esquizofrenia, adentrándose en el terreno de la comprensión de la experiencia psicótica, el esfuerzo de recuperación de una cierta continuidad autobiográfica y un sentido estable de sí mismo. Así comprendida, podemos plantear que la psicoterapia se centra en el abordaje de la dimensión subjetiva del proceso de recuperación de un episodio psicótico.

A continuación presentaremos una breve reseña histórica de la psicoterapia en el tratamiento de la esquizofrenia, con el fin de puntualizar algunos alcances que el escenario clínico actual ha implicado para la intervención psicoterapéutica durante un episodio psicótico.

### **2.3 Psicoterapia y esquizofrenia: una breve reseña histórica**

Si bien uno de los primeros antecedentes relativos a la aplicación de métodos psicoterapéuticos a pacientes con esquizofrenia fue la experiencia de Bleuler en la clínica Burghölzli de Zurich, tentativa fuertemente permeada por el aún naciente psicoanálisis freudiano y las derivaciones jungianas (García, 2008; Palmai y Blackwell, 1966), el psicoanálisis ortodoxo fue más bien cauto sobre sus expectativas de aplicación en el abordaje terapéutico de la esquizofrenia (Freud, 1913/1999, 1917/1999, 1940/1999). Más allá de los reparos de su fundador, diversas experiencias de psicoterapia psicoanalítica tuvieron lugar a partir del periodo 1950 – 1960, encontrando precursores ejemplos en los trabajos de Federn (1952/1984), Sullivan (1956), Fromm – Reichmann (1958), Rosenfeld (1965/2000), Searles (1966/1994) y Bion (1967/1990). Pese a los énfasis diferenciales de cada autor, es posible caracterizar la aproximación psicoanalítica a la psicoterapia de la esquizofrenia por su interés en comprender al paciente en la singularidad de su contexto biográfico y la expectativa de historizar sus experiencias psicóticas, valorando la relación transferencial como el componente central de la psicoterapia y el motor del proceso de recuperación (García, 2008; Malmberg, Fenton y Rathbone, 2012).

Otro de los enfoques que desarrolló aportes relevantes a la psicoterapia de la esquizofrenia fue el cognitivo conductual, a partir de la aplicación del modelo en el tratamiento de un paciente con esquizofrenia delirante (Beck, 1952). Los focos de trabajo en este modelo psicoterapéutico

son el desarrollo de alternativas cognitivas más realistas a los pensamientos delirantes y alucinaciones, el abordaje de la sintomatología negativa (incentivando la realización de actividades gratificantes), la búsqueda de un mejor afrontamiento de la enfermedad y una mayor adherencia al tratamiento farmacológico (García, 2008; Jones, Hacker, Cormac, Meaden y Irving, 2012).

La perspectiva humanista también realizó importantes contribuciones a la psicoterapia de la esquizofrenia. En un artículo clásico, Rogers (1975) señaló que el constructo de empatía tiene un gran rendimiento en dichas psicoterapias, enfatizando la centralidad de la comprensión empática como un recurso para disolver, aunque sea transitoriamente, la sensación de alienación en la que viven las personas con esquizofrenia: al menos por un momento, pueden sentirse conectadas y formar parte del mundo. En palabras del propio Rogers, parafraseando a Jung, “el esquizofrénico deja de ser esquizofrénico cuando conoce a alguien con quien se siente comprendido” (1975, p. 9).

A objeto de esquematizar el complejo mapa de prácticas psicoterapéuticas destinadas al tratamiento de personas con esquizofrenia, la revisión comprensiva realizada por Fenton (2000) propone que las psicoterapias desarrolladas durante el periodo 1920 – 1960 pueden clasificarse de acuerdo a dos grandes orientaciones: por una parte, se encuentran las psicoterapias *intensivas*, intervenciones que apuntan a una investigación biográfica más profunda y están orientadas por comprensiones psicodinámicas o psicoanalíticas de la esquizofrenia. A su vez, encontramos las psicoterapias *de apoyo*, intervenciones de objetivos más focalizados, relacionados con el adecuado manejo de la esquizofrenia en tanto enfermedad crónica, en concordancia con su orientación en comprensiones biológico-farmacológicas y/o cognitivo conductuales.

Aproximadamente entre 1960 y 1975 tuvieron lugar los primeros ensayos clínicos randomizados sobre psicoterapia de pacientes con esquizofrenia, orientados fundamentalmente a

comparar tratamientos farmacológicos con psicoterapéuticos, tanto intensivos como de apoyo (p. ej. Grinspoon, Ewalt y Shader, 1968; Hogarty y Goldberg, 1973; Karon y Van den Bos, 1972; May y Tuma, 1964; Messier, Finnerty, Botvin y Grinspoon, 1969). Los estudios incluyeron diversos grupos de comparación: psicoterapia como único tratamiento, fármacos como único tratamiento, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en forma combinada. De acuerdo con Fenton (2000), esta época dejó las siguientes conclusiones para el desarrollo de la psicoterapia de esquizofrenia: ningún tipo de psicoterapia mostró eficacia como tratamiento único, y los estudios sobre psicoterapia psicoanalítica que incluyeron seguimiento no mostraron ventajas claras de la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico, en comparación al tratamiento farmacológico como única intervención.

Ahora bien, los ensayos clínicos randomizados realizados en esta primera época presentaron debilidades metodológicas importantes, que han sido señaladas por diversos investigadores (Dyrud y Holzman, 1973; Fenton, 2000; Malmberg et al., 2012): importante variabilidad en las características clínicas de los pacientes reclutados y en la experiencia de los psicoterapeutas participantes, especificación y/o superposición de los tipos de tratamiento recibido, entre otras. Tales debilidades metodológicas han favorecido la construcción de auténticos estereotipos sobre la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia (p. ej., la supuesta ineficacia de la psicoterapia en general, o de la psicoterapia psicoanalítica en específico), los que han sido debatidos por estudios posteriores.

Un hito relevante en el desarrollo de la investigación en psicoterapia de la esquizofrenia fue el *Estudio de Psicoterapia de Boston* (Gunderson et al., 1984; Stanton et al., 1984), un nuevo ensayo clínico randomizado de mayor solidez metodológica que los anteriores, que comparó la eficacia de dos modalidades terapéuticas (psicoterapia individual expresiva orientada al insight

con psicoterapia de apoyo y adaptación a la realidad), incluyendo tratamiento farmacológico para ambos grupos. En adición al tratamiento farmacológico, ambas psicoterapias demostraron eficacia, resultando comparables en su impacto positivo sobre los síntomas psicóticos. Los resultados sugirieron que, pese a las diferencias conceptuales subyacentes a los modelos psicoterapéuticos, ambos grupos de terapeutas tendían a la convergencia en las técnicas empleadas (incorporando p. ej. elementos de apoyo) y que el logro de una alianza terapéutica positiva se asociaba a una mejor adherencia al tratamiento y a un mejor pronóstico.

En opinión de Fenton (2000), las conclusiones del *Estudio de Psicoterapia de Boston* favorecieron un importante resurgimiento de la psicoterapia individual en el tratamiento de la esquizofrenia. Diversos modelos psicoterapéuticos comenzaron a desarrollarse, algunos de ellos abogando por una mayor flexibilidad en los énfasis terapéuticos, en atención a la importante heterogeneidad de las manifestaciones y necesidades clínicas de los pacientes con esquizofrenia (p. ej., *Need-adapted treatment*, Alanen, 2003; *Flexible psychotherapy*, Fenton, 2000).

Los modelos psicoterapéuticos contemporáneos de la esquizofrenia han tendido al establecimiento de focos, bien en potenciar las habilidades de enfrentamiento de la enfermedad, reforzar el manejo sintomático y la adherencia al tratamiento -en una suerte de nueva versión de las terapias de apoyo cognitivo conductuales clásicas, p. ej.: *Acceptance and commitment therapy* (Bach y Hayes, 2002), *Cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE)* (Jackson et al., 2005), *Compliance therapy* (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt y David, 1996), *Graduated Recovery Intervention Program for First Episode Psychosis [GRIP]* (Waldheter et al., 2008)-; o bien en favorecer la reconstrucción biográfica y la comprensión de las experiencias psicóticas del paciente afectado de esquizofrenia, en concordancia con las psicoterapias intensivas

de orientación psicodinámica y psicoanalítica (Aulagnier, 1989/1991; Benedetti, 1980/1996; Davoine, 2012; Harder, Koester, Valbak y Rosenbaum, 2014).

Cabe subrayar que, al interior de las perspectivas psicoterapéuticas basadas en modelos cognitivo conductuales, diversos clínicos e investigadores han indicado que resulta necesario expandir las aproximaciones clásicas, a fin de abordar más sistemáticamente los aspectos subjetivos del proceso de recuperación y favorecer una comprensión de la sintomatología psicótica anclada en la biografía del paciente (Lysaker et al., 2010; Morrison, 2009; Palma, 2007; J. Salvo, comunicación personal, 29 de mayo de 2014). En tal sentido, resulta posible plantear que el trabajo de reconstrucción biográfica en la psicoterapia de la esquizofrenia ha devenido, gradualmente, en una suerte de foco transversal a diversas aproximaciones teóricas.

## **2.4 Psicoterapia de personas con esquizofrenia y relación terapéutica**

Si bien el valor de la relación terapéutica fue enfatizado desde las primeras experiencias de psicoterapia con pacientes con esquizofrenia (Federn, 1952/1984; Sullivan, 1956; Fromm – Reichmann, 1958), las investigaciones sobre este grupo de consultantes son, comparativamente, menores a las efectuadas con otros pacientes adultos (Frank y Gunderson, 1990; Goldsmith, Lewis, Dunn y Bentall, 2015). Los estudios realizados han señalado que la alianza terapéutica es un factor clave para la adherencia al tratamiento (farmacológico y/o psicoterapéutico) y la recuperación de los pacientes con esquizofrenia (Misdrahi, Petit, Blanc, Bayle y Llorca, 2011), asociándose con mejores resultados terapéuticos (Kvrgic, Cavelti, Beck, Rüsich y Vauth, 2013) y con la disminución del uso de medicamentos (Frank y Gunderson, 1990). Más aún, la ausencia de una relación terapéutica positiva está asociada a peores resultados terapéuticos: esto es, mayor severidad

sintomática y peor calidad de vida (Penn et al., 2004). Estos hallazgos han sido fuertemente respaldados por el estudio de Goldsmith et al. (2015) sobre pacientes con psicosis temprana, que afirma que una buena alianza terapéutica no sólo se asocia con sino que *causa* la recuperación, del mismo modo que una alianza terapéutica pobre tiene un efecto negativo sobre los resultados terapéuticos.

Diversos autores han señalado las dificultades de los terapeutas para establecer una relación terapéutica positiva con los pacientes con esquizofrenia, desafío que clásicamente ha sido atribuido a las manifestaciones clínicas asociadas al trastorno (Easter, Pollock, Pope, Wisdom y Smith, 2015; Kvrjic et al., 2013), tales como la severidad sintomática (Johansen, Iversen, Melle y Hestad, 2013), las alteraciones del pensamiento (Calveti et al., 2016) y el bajo insight del paciente respecto de sus síntomas (Easter et al., 2015). Más recientemente, se ha explorado la incidencia negativa de la auto estigmatización, así como el efecto positivo de la orientación al *recovery* de parte de los terapeutas (Kvrjic et al., 2013).

De cualquier modo, se ha prestado escasa atención a las necesidades relacionales que pudieran estar en juego en el tratamiento de personas con esquizofrenia (Penn et al., 2004). La dimensión relacional de la alianza resulta crucial en la conformación de una relación terapéutica positiva (Easter et al., 2015), destacando la valoración dada por los pacientes a hablar, a sentirse compartiendo un suelo común con el terapeuta y a tener oportunidades de incidir en la planificación del tratamiento; así como a la disponibilidad y flexibilidad del terapeuta. Para Fenton (2000), se trata en último término de la capacidad del terapeuta para sintonizar con las necesidades clínicas del paciente, necesidad humana fundamental que ha sido escasamente abordada desde la investigación (Penn et al., 2004).

Los estudios tendientes a comprender las definiciones que los pacientes con esquizofrenia hacen sobre la relación terapéutica y sus vínculos con el cambio terapéutico han sido insuficientes. Si bien resaltan el vínculo entre relación terapéutica y resultados, no son explícitos en señalar qué aspectos de la relación sostienen esta asociación. Dado esto, resulta importante comprender los factores que facilitan u obstaculizan el establecimiento de la relación terapéutica (Kvrgic et al., 2013), aspecto ligado al tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia que aún requiere de mayor exploración y subraya la necesidad de un abordaje a través de métodos cualitativos que, desde una perspectiva orientada al descubrimiento, podrán dar luz sobre los elementos, mecanismos y procesos asociados al cambio terapéutico o recuperación (Krause y Altimir, 2016).

## **2.5 Orientaciones de estudios sobre esquizofrenia, experiencia subjetiva, psicoterapia y recuperación**

A nivel global, autores vinculados al campo de la investigación sobre esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos severos han subrayado, en las últimas tres décadas, el hecho de que clínicos e investigadores en salud mental frecuentemente han olvidado o evitado muchos aspectos de los relatos de pacientes acerca de sus experiencias de la esquizofrenia (Estroff, 1989; Flanagan, Davidson y Strauss, 2010; Roe y Lachman, 2005; Strauss, 1989), en favor de un énfasis en la medición de variables operacionalizadas, la cuantificación y el testeo riguroso de hipótesis (Lieberman, 1989).

En el caso de la esquizofrenia, el estudio de la subjetividad constituye un fenómeno clave, de considerables implicancias para su comprensión, estudio, tratamiento y pronóstico (Estroff, 1989; Strauss, 1989; Yip, 2004). Concordantemente, Horowitz (2011) señala que el estudio de los

aspectos subjetivos asociados a la experiencia de la esquizofrenia ha ido cobrando una creciente relevancia en la investigación, luego de haber sido abandonados durante el apogeo de la “revolución biológica” en psiquiatría. Yip (2004) ha subrayado la relevancia de la experiencia subjetiva en el tratamiento de las psicosis, proponiendo que se trata de un concepto que puede ser abordado a partir de un marco teórico fenomenológico, psicoanalítico o humanista.

Desde un punto de vista conceptual, Roe y Lachman (2005) han subrayado que la literatura sobre experiencia subjetiva en trastornos mentales severos se ha centrado en tres grandes temáticas: las respuestas y actitudes del sujeto ante su enfermedad, el grado y naturaleza del insight o conciencia de enfermedad, y la experiencia de la enfermedad en tanto evento traumático. Para los fines del presente estudio, entenderemos como experiencia subjetiva la forma en que el sujeto interactúa con la experiencia psicótica y construye sus propios modos de enfrentamiento (Strauss, 1989), en una “lucha espontánea” (Yip, 2004) que acontece en los procesos de tratamiento y rehabilitación.

Ejemplos de esta creciente tendencia en investigación son, por ejemplo, los estudios sobre la experiencia subjetiva de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y sus transformaciones a lo largo del curso de la enfermedad (Corin, 1998), sobre la conciencia de enfermedad como un componente de las identidades que los individuos establecen con posterioridad al diagnóstico de esquizofrenia (Williams, 2008) y sobre las experiencias y conceptualizaciones asociadas con la depresión posterior al primer episodio psicótico (Sandhu, Ives, Birchwood y Upthegrove, 2013). Del mismo modo, una serie de estudios han investigado las narrativas de recuperación, tanto desde la perspectiva de pacientes (Koenig, Castillo, Blanchet y Bouleau, 2011; Larsen, 2004; Thornhill, Clare y May, 2004) como incorporando la perspectiva de pacientes, familiares y profesionales de salud (Karow et al., 2012; Noiseux y Ricard, 2008).

La investigación desarrollada desde la psicología y las ciencias sociales en países hispanoparlantes parece haber prestado poca atención a las experiencias subjetivas de pacientes en procesos de tratamiento y rehabilitación (Duque y Aristizabal, 2018; Saavedra, 2009), pese a tratarse de un ámbito muy valioso para los profesionales de salud mental. En Chile, los estudios clínicos previos sobre esquizofrenia y primer episodio de esquizofrenia se han concentrado en la evaluación de intervenciones psicoeducativas (Gutiérrez-Maldonado y Caqueo-Úrizar, 2007; Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Úrizar y Ferrer-García, 2009; Loubat, 2012), en la evaluación de estrategias de afrontamiento parental y adhesión al tratamiento en el primer brote psicótico (Loubat y Cuturrufo, 2007) y en el estudio de la calidad de vida en pacientes, cuidadores y carga del cuidado (Caqueo-Úrizar y Gutiérrez-Maldonado, 2006; Caqueo-Úrizar, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García y Fernández-Dávila, 2012; Caqueo-Úrizar, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García, Morales y Fernández-Dávila, 2013; Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Úrizar y Kavanagh, 2005). Sólo algunos estudios nacionales han abordado las manifestaciones clínicas y subjetivas propias del primer episodio de esquizofrenia, con énfasis en sus implicancias psicoterapéuticas (Abarzúa, 2013; Abarzúa, Silva, Navarro y Krause, 2016; Abarzúa, Venegas e Hidalgo, 2016<sup>3</sup>; Altimir, Capella, Núñez, Abarzúa y Krause, 2016; Irrázaval, 2013; Irrázaval y Sharim, 2014; Krause, Abarzúa, Silva, Navarro González y Altimir, 2016).

La escasez de estudios previos en el área, junto con la existencia de una política pública que garantiza el acceso a tratamiento integral desde el primer episodio de esquizofrenia, incluyendo la psicoterapia, impulsan a profundizar la investigación en el contexto local. Un dato relevante, proveniente de los estudios sobre acceso a servicios de salud mental: en Chile, un 98%

---

<sup>3</sup> De acuerdo con la revisión realizada al momento de su publicación, se trataría del primer estudio que aborda la experiencia subjetiva asociada a los procesos de diagnóstico y tratamiento de adolescentes con un primer episodio de esquizofrenia, incorporando las perspectivas de pacientes, familiares y terapeutas.

de los pacientes en tratamiento por un primer episodio de esquizofrenia en el sistema público de salud reciben tratamiento farmacológico, en circunstancias que solo un 36% accede a psicoterapia individual (Markkula, Alvarado y Minoletti, 2011), pese a que la *Guía Clínica de Tratamiento del Primer Episodio de Esquizofrenia* (MINSAL, 2009) contempla la psicoterapia individual como un tratamiento indicado para todos los pacientes. Si bien estas cifras han sido habitualmente atribuidas a la escasa especialización y entrenamiento profesional de los equipos de salud mental (MINSAL, 2006), cabe preguntarse si revelan un obstáculo de orden exclusivamente técnico o si, junto con esta dimensión técnica, existen también obstáculos *ideológicos* para la implementación de intervenciones psicoterapéuticas en el primer episodio de esquizofrenia, anclados en las perspectivas psicopatológicas tradicionales sobre dicho trastorno, ya superadas por la investigación.

En tal sentido, se espera que los resultados del presente estudio, centrado en la comprensión de la experiencia vivida durante la psicoterapia de un episodio de esquizofrenia, aporten no sólo a la comprensión de los aspectos relevantes del proceso terapéutico desde las voces y elaboraciones de los propios participantes; sino también a avanzar en la validación social de la psicoterapia de la esquizofrenia, entendida como una intervención necesaria y pertinente a su tratamiento integral.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Caracterizar la experiencia vivida en la psicoterapia de un episodio de esquizofrenia, desde la perspectiva subjetiva de pacientes chilenos que hayan recibido psicoterapia durante el tratamiento integral del episodio y sus terapeutas.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Establecer convergencias y divergencias entre las comprensiones sobre la experiencia subjetiva vivida en la psicoterapia de un episodio de esquizofrenia, desde la perspectiva de pacientes y terapeutas.
2. Identificar los criterios utilizados por pacientes y terapeutas para describir y evaluar la experiencia psicoterapéutica de un episodio de esquizofrenia.
3. Determinar las comprensiones sobre el papel que desempeña la psicoterapia en el contexto de los programas de tratamiento integral de la esquizofrenia, desde la perspectiva de pacientes y terapeutas.

#### 4. Publicaciones

En este apartado se expondrán los artículos desarrollados durante el curso de la presente investigación doctoral. En la medida que esta tesis supone la continuación de un estudio previo (Abarzúa, 2010), los dos primeros artículos corresponden a nuevos análisis de datos producidos durante la primera investigación. A partir del tercer y hasta el sexto manuscrito, se trata de artículos que abordan diversos aspectos desarrollados durante la tesis doctoral.

El primer artículo, *“Debo tener esquizofrenia tal vez”: experiencia subjetiva y construcción autobiográfica en un adolescente con primer episodio de esquizofrenia* (Abarzúa, 2013), corresponde a un estudio de caso único centrado en la experiencia del diagnóstico y tratamiento de un primer episodio de esquizofrenia, y los modos en que dicha experiencia participa de la construcción de un relato autobiográfico. La metodología utilizada fue el análisis de discurso y los resultados muestran que la experiencia del primer episodio psicótico implica complejas elaboraciones subjetivas, que se engarzan con los procesos de reconstrucción autobiográfica propios de la adolescencia.

El segundo artículo, *Subjective experience of diagnosis and treatment in two adolescents with first-episode schizophrenia* (Abarzúa, Venegas e Hidalgo, 2016), corresponde a un estudio de casos múltiples que reconstruye aspectos del proceso de diagnóstico y tratamiento del primer episodio de esquizofrenia, contrastando dos casos que incorporaron la perspectiva del paciente, un miembro de su familia y su terapeuta. Los análisis de contenido realizados se basaron en la teoría fundamentada. Los resultados muestran un fenómeno central en cada uno de los casos, definido respectivamente como apropiación y resistencia a la apropiación del primer episodio de esquizofrenia. Desde el relato de los participantes, la apropiación del primer episodio de

esquizofrenia parece depender de la (re)construcción de perspectivas de futuro que preserven la posibilidad de desarrollar y/o adaptar expectativas y potencialidades previas al episodio, resultado que subraya la relevancia de desarrollar intervenciones que alienten posibilidades más esperanzadoras para quienes enfrentan un primer episodio psicótico y sus familias.

En tercer lugar se encuentra *Psychotherapy from the perspective of Chilean patients with schizophrenia* (Abarzúa, Krause, Silva y Navarro-González, 2016), estudio de casos múltiples que subraya cuán escasamente considerada ha sido la visión de los pacientes con esquizofrenia sobre su experiencia subjetiva de la psicoterapia, profundizando en aspectos vinculados con la recuperación. Nuevamente, los análisis de contenido se orientaron según la teoría fundamentada. Los resultados destacan ciertas particularidades del establecimiento de la relación terapéutica con personas con esquizofrenia. Asimismo, muestran que el proceso de cambio psicoterapéutico de dichos pacientes puede ser entendido como una progresiva reconstrucción y re inserción del *self* en la continuidad biográfica.

En cuarto lugar, *Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients and therapists experiences in several clinical contexts* (Altimir, Capella, Núñez, Abarzúa y Krause, 2017), estudio de casos múltiples que, reconociendo la escasez de investigaciones centradas en la comprensión de la relación terapéutica desde la perspectiva de los participantes, profundiza en las caracterizaciones de la relación terapéutica en tres casos clínicos: un niño de 7 años con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, una mujer de 29 años con diagnóstico de trastorno de personalidad y un hombre de 22 años con diagnóstico de esquizofrenia. Los resultados muestran dos dimensiones de la relación terapéutica: una técnica, de carácter asimétrico, definida por los roles que cada participante adopta en el marco de la psicoterapia –entendida como relación de cuidado–; y otra afectiva, que emerge apuntalada en la

dimensión técnica y es vivida por los participantes como un intercambio más simétrico, donde destacan el compromiso del terapeuta con el paciente (la “preocupación real”), la flexibilidad del terapeuta y la construcción gradual de la confianza.

El quinto artículo, *“Having a place in the world”: psychotherapy, the therapeutic relationship, and recovery from an episode of schizophrenia* (Abarzúa, Radiszcz y Krause, 2018), recoge las transformaciones contemporáneas de los modelos sobre esquizofrenia que, a propósito del énfasis en el proceso de recuperación psicológica, han resituado los aportes de la psicoterapia en el tratamiento integral de un episodio psicótico. Por otra parte, aunque las investigaciones sobre psicoterapia de pacientes con esquizofrenia han señalado que la alianza terapéutica es un factor clave para la adherencia al tratamiento y la recuperación, los estudios tendientes a reconstruir el establecimiento y consolidación de la relación terapéutica son escasos y no profundizan en los aspectos que sostienen tal asociación. En tal sentido, el artículo presenta los resultados de un estudio de casos múltiples, basado en la teoría fundamentada, que ahondó en el establecimiento y consolidación de la relación terapéutica desde la perspectiva de pacientes que han vivido un episodio de esquizofrenia y sus terapeutas. Los resultados buscan nutrir la comprensión de las particularidades de la relación terapéutica en dichas psicoterapias, discutiendo sobre su contribución al proceso de recuperación.

Finalmente, se anexa el manuscrito *Psychoanalyzing schizophrenia? Reflections on the gap between clinical practices and evidence-based recommendations* (Abarzúa, Reyes y Radiszcz, 2018). Este artículo corresponde a una suerte de *desborde* de la tesis, esto es, reflexiones que exceden el marco de la investigación realizada y permiten abrir preguntas más generales, relacionadas con los métodos de investigación en psicoterapia. Específicamente, retoma la discusión sobre los tratamientos basados en la evidencia y la producción de guías clínicas, a través

de un examen de la desestimación y exclusión del psicoanálisis como tratamiento posible -y reconocido por la comunidad científica- para la esquizofrenia. Las conclusiones muestran que la exclusión del psicoanálisis no se condice con una constatación válida y empíricamente basada de su ineficacia y, más bien, deriva de una revisión parcial de la evidencia clínica disponible. Finalmente, el artículo sugiere alternativas metodológicas para una evaluación realista de este modelo terapéutico.

**“Debo tener esquizofrenia tal vez”: experiencia subjetiva y construcción autobiográfica en un adolescente con primer episodio de esquizofrenia.**

# “Debo tener esquizofrenia tal vez”: experiencia subjetiva y construcción autobiográfica en un adolescente con primer episodio de esquizofrenia

## “I must have schizophrenia maybe”: Subjective experience and autobiographical construction in an adolescent with first episode schizophrenia

Marianella Abarzúa

*Universidad de Chile, Santiago, Chile Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile*

### Resumen

En Chile, desde el año 2000, los trastornos psiquiátricos severos han sido una de las siete prioridades programáticas de las políticas públicas de salud mental. El énfasis fue reforzado en 2005, incluyendo el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Este problema de salud mental, de alta relevancia epidemiológica y clínica, acontece habitualmente durante la adolescencia: tiempo de activos procesos de construcción de identidad e historia subjetiva, a los que se suma la experiencia del primer episodio psicótico y su recuperación. El primer episodio de esquizofrenia, ampliamente investigado por la psicología clínica y las ciencias sociales, ha sido insuficientemente abordado desde la perspectiva de las experiencias subjetivas de pacientes en procesos de tratamiento. El objetivo de este estudio fue analizar las experiencias subjetivas asociadas al diagnóstico y tratamiento de un primer episodio de esquizofrenia, a fin de interpretar sus modos de participación en la construcción de un relato autobiográfico. Se trató de un estudio cualitativo interpretativo de caso único, cuyo participante fue un adolescente de 17 años, egresado de un hospital de día para adolescentes de la Región Metropolitana. Fue entrevistado en profundidad y el corpus resultante fue estudiado desde el análisis de discurso, incorporando aportes de la hermenéutica de Ricoeur.

### Abstract

In Chile, since 2000, severe psychiatric disorders have been one of the seven programmatic priorities of public mental health policies. This priority was emphasized in 2005, including the treatment of First Episode Schizophrenia in the Regime of Explicit Health Guarantees. This mental health problem, highly relevant in epidemiological and clinical terms, usually occurs during adolescence: a period of active processes of identity construction and subjective history and, added to this, the experience of a first psychotic episode and subsequent recovery. First episode schizophrenia, widely researched in the field of clinical psychology and social sciences, has been insufficiently addressed from the perspective of subjective experiences of patients in treatment. The aim of the study was to analyze the subjective experiences associated with the diagnosis and treatment of first episode schizophrenia, in order to interpret the way these experiences participated in the construction of an autobiographical narrative. This was an interpretive qualitative single case study of a 17-year-old male participant, discharged from a day hospital for adolescents in the Metropolitan region. He was interviewed in-depth and the resulting corpus was studied based on discourse analysis, incorporating the input from the hermeneutics of Ricoeur.

Los resultados del estudio sugieren que el adolescente que vive un primer episodio psicótico se enfrenta a complejas experiencias subjetivas sobre su diagnóstico y tratamiento, que se elaboran discursivamente en el contexto de los procesos de reconstrucción autobiográfica.

**Palabras clave:** esquizofrenia, adolescencia, recuperación, autobiografía, subjetividad.

The results suggest that the adolescent who experienced his first psychotic episode faces complex subjective experiences about diagnosis and treatment, which are discursively elaborated within the context of autobiographical reconstruction processes.

**Keywords:** schizophrenia, adolescence, recovery, autobiography, subjectivity.

---

La preparación de este artículo fue financiada en parte por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile, Beca de Doctorado Nacional Folio 21120766.

Contacto: M. Abarzúa. Departamento de Psicología, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago, Chile. mabarzuac@u.uchile.cl

*Cómo citar este artículo:*

Abarzúa, M. (2013). "Debo tener esquizofrenia tal vez": experiencia subjetiva y construcción autobiográfica en un adolescente con primer episodio de esquizofrenia. *Revista de Psicología*, 22(2), 75-86. doi: 10.5354/0719-0581.2013.30855

## Introducción

### Primer episodio de esquizofrenia y políticas públicas de salud mental en Chile

La esquizofrenia, a nivel mundial, exhibe una prevalencia de vida que oscila entre un 0.3% y un 2.0%, con una media aproximada de 0.7% y un riesgo relativo hombre-mujer de 1.4%. La tasa de incidencia es de aproximadamente 15.2 por 100000 habitantes al año. En Chile, su prevalencia es de 1.4 a 4.6 personas por cada mil habitantes y su incidencia anual de 12 casos por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2009). Asimismo, cabe señalar que la esquizofrenia es uno de los problemas de salud mental que más contribuye a la carga global de enfermedades, aportando un 1.9% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile (Ministerio de Salud, 2009). Dichos datos refuerzan la relevancia e interés de desarrollar políticas públicas y programas de salud mental específicamente destinados a esta población, focalizados en sus particularidades, necesidades y características, consenso ampliamente aceptado a nivel mundial (Gleeson, Larsen y McGorry, 2003; McGorry, Killackey y Yung, 2007; Weiden, Buckley y Grody, 2007). En nuestro país, los trastornos psiquiátricos severos han constituido una de las prioridades programáticas declaradas en las políticas de salud mental. Este énfasis ha sido plasmado, por ejemplo, en el “Plan de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria” (Ministerio de Salud, 2000), documento regulador de las políticas públicas del área durante el decenio 2000-2010. Durante el 2005, en el contexto de la última gran reforma de salud, el Estado de Chile reforzó dicho énfasis y estableció la incorporación del primer episodio de esquizofrenia como el primer problema de salud mental con tratamiento garantizado por la Ley 19966, del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud.

Tal como ha sido ampliamente reseñado en la literatura psicopatológica, el primer episodio psicótico acontece típicamente durante la adolescencia o el inicio de la vida adulta. Su tratamiento se dirige a sujetos que, mientras luchan por su recuperación, están intentando asumir una condición concebida por la psiquiatría tradicional como potencialmente crónica y discapacitante.

Sin embargo, el campo de la investigación clínica ha instalado un nuevo escenario respecto del primer episodio de esquizofrenia. Por una parte, la hipótesis del “período crítico” (Birchwood, Todd y Jackson, 1998) ha indicado que el tratamiento durante los 2 a 5 años posteriores al primer episodio psicótico resulta determinante en su pronóstico, es decir, un menor tiempo de psicosis no tratada durante el primer episodio se asocia con un mejor pronóstico (Alvarado, 2005;

Baldor, Jerez, Rullas y González, 2008; Ministerio de Salud, 2009; Vallina, Lemos y Fernández, 2006). Por otra parte, los resultados de los estudios longitudinales de seguimiento de los años ochenta y noventa, así como los movimientos de usuarios y familiares de personas con esquizofrenia, han colaborado a la construcción de perspectivas más esperanzadoras sobre su evolución y pronóstico (Myers, 2010). Este nuevo escenario clínico ha favorecido también una ampliación del concepto de recuperación de un episodio psicótico: desde un énfasis centrado en criterios clínicos (disminución de los síntomas) y sociales (desarrollo de relaciones y roles sociales significativos), conceptualizaciones como la de May (2005, citado en Palma, 2007) consideran que existiría una recuperación psicológica, vinculada específicamente con la comprensión y el proceso de dar sentido a la experiencia psicótica.

En tal sentido, el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia constituye un escenario pleno de incidencias en los énfasis y focos de la intervención clínica, aspecto aún insuficientemente investigado a nivel internacional y nacional (Weiden, Buckley y Grody, 2007).

Estudios previos han explorado la experiencia subjetiva de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y sus transformaciones a lo largo del curso de la enfermedad (Corin, 1998), o el papel de la conciencia de enfermedad como un componente de las identidades que los individuos establecen con posterioridad al diagnóstico de esquizofrenia (Williams, 2008). Sin ir más lejos, propuestas terapéuticas actuales dirigidas a la recuperación del primer episodio de esquizofrenia, han puesto el foco de la intervención terapéutica en el concepto de sí mismo y de identidad personal, con el objetivo de evitar el fenómeno de “inmersión en la enfermedad” (*illness engulfment*, traducido por autora), donde la identidad personal se pierde y es reemplazada por un sentido de sí definido exclusivamente por la enfermedad (McCay et al., 2006).

Aun así, y especialmente al revisar la investigación desarrollada en países hispanoparlantes, coincidimos con Saavedra (2009) en constatar la escasa atención dada por las ciencias sociales y la psicología a los relatos de pacientes en procesos de tratamiento y rehabilitación. Estos antecedentes subrayan el estudio de las experiencias subjetivas y relatos de personas con esquizofrenia como un fértil ámbito de investigación clínica.

Volviendo al contexto nacional, el programa de tratamiento del primer episodio de esquizofrenia implica ciertas prácticas y procedimientos específicos: toda persona que presente sintomatología sugerente de esquizofrenia ingresará a un programa de intervenciones diagnósticas protocolizadas. En caso de confirmarse el diagnóstico, iniciará un tratamiento que contempla intervenciones farmacológicas y psicossocia-

les, cuyos lineamientos y énfasis generales están establecidos en la “Guía Clínica de Primer Episodio de Esquizofrenia”, actualmente en su segunda versión (Ministerio de Salud, 2009). En lo sustancial, dicha guía refuerza la importancia del tratamiento ambulatorio en dispositivos terapéuticos insertos en la comunidad, evitando la hospitalización completa mientras sea posible. Se buscará el consenso con el usuario y la familia para las decisiones relativas al plan terapéutico, estimulando la participación activa del primero en su recuperación (Ministerio de Salud, 2009).

Si bien ha transcurrido menos de una década desde la promulgación de la ley que garantiza el tratamiento del primer episodio de esquizofrenia, resulta posible afirmar que el recorrido de su implementación (experiencia por cierto siempre local) ha avanzado un trecho suficiente como para formular algunas interrogantes. En particular, la investigación dirigida a rescatar las experiencias subjetivas y relatos asociados a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos del primer episodio psicótico, brinda una posibilidad de reconstruir sus efectos a nivel subjetivo y, en consecuencia, de favorecer una retroalimentación sobre las prácticas diagnósticas y terapéuticas. Es pertinente subrayar que dichas prácticas tienen lugar con adolescentes y jóvenes que, por su propia condición etaria y social, se encuentran viviendo activos procesos psíquicos relativos a la construcción de su propia identidad, trabajo al que se suma la experiencia de la enfermedad mental.

El objetivo del estudio fue analizar las experiencias subjetivas asociadas al diagnóstico y tratamiento de un primer episodio de esquizofrenia. Específicamente, interpretar los modos en que dichas experiencias subjetivas participan de la construcción de un relato autobiográfico.

Se trató de un estudio cualitativo de caso único. El caso estudiado correspondió a un adolescente de 17 años, egresado de un hospital de día para adolescentes de la Región Metropolitana. Metodológicamente, el estudio se enmarca en una perspectiva interpretativa orientada desde el análisis de discurso, incorporando aportes de la hermenéutica de Ricoeur. La relevancia del estudio se dirige en dos direcciones principales: primero, nuestro país se encuentra desarrollando una política pública de salud mental que recoge la evidencia internacional respecto al carácter crítico de la intervención temprana en el primer episodio de esquizofrenia. En ese sentido, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud ha establecido un contexto que instala a un sujeto inédito como destinatario de la práctica diagnóstica y terapéutica: el adolescente que experimenta, por primera vez, las dificultades psicopatológicas y sociales asociadas a una psicosis. Él, al mismo tiempo que soporta esta realidad clínica, se encuentra en el laborioso

proceso de construir, de manera mínimamente estable, para sí mismo y para otros, un discurso que dé cuenta de quién es; discurso que solo podrá sostenerse a condición de incorporar también quién ha sido y quién, potencialmente, será en el futuro. Por tanto, estudiar las experiencias subjetivas asociadas al diagnóstico y tratamiento del primer episodio de esquizofrenia y su participación en el proceso de construcción autobiográfica en la adolescencia aborda un problema relevante por su novedad, comprendiendo alcances conceptuales (respecto del sujeto adolescente) y sociales (acerca de las políticas públicas de salud mental).

En segundo lugar, el estudio buscó también dar voz a un sujeto históricamente silenciado y excluido en su participación social: el sujeto con esquizofrenia. La tradición psiquiátrica clásica ha enfatizado como fenómenos centrales de las psicosis el empobrecimiento del lenguaje y la comunicación (Insúa, 1974; Sullivan, 1968). Posteriormente, estudios sobre el discurso en la esquizofrenia (Chaika y Lambe, 1985, 1986) han subrayado que este presentaría desviaciones en diversos niveles lingüísticos, incluyendo la pragmática, aspecto que complejizaría su interpretación. Ahora bien, Chaika y Lambe (1986) también indican que muchas personas con esquizofrenia no presentan, necesariamente, tales alteraciones del discurso. En tal sentido, podemos compartir la apreciación de Díaz (2010) respecto al peso de una tradición psiquiátrica basada en la lingüística formalista, que ha redundado en la exclusión social de un hablante tradicionalmente desposeído de voz, cuya reintroducción al espacio del discurso resulta social y políticamente relevante.

### Marco Teórico

El marco teórico del estudio revisó aportes psicoanalíticos sobre la concepción de adolescencia y los procesos de construcción autobiográfica, propios de este tiempo subjetivo. Asimismo, se recabaron aportes psicoanalíticos sobre aspectos fundamentales de la experiencia psicótica, específicamente los referidos al modo en que el sujeto con psicosis articula las dimensiones temporales del presente-pasado-futuro en la construcción y reconstrucción de su propia autobiografía.

### Adolescencia, construcción autobiográfica y temporalidad

El psicoanálisis, clásicamente, ha abordado el estudio de la adolescencia enfatizando el concepto de identidad: el logro fundamental de este tiempo subjetivo sería el establecimiento de una nueva identidad, luego del abandono de la identidad infantil. Sería este proceso el que motiva que el adolescente atraviese por desequilibrios e inestabilidad extremos, situaciones absolutamente necesarias para él, ya que a través de ellas establecerá su identidad. Para Aberastury y Knobel

(1970/1995), exponentes paradigmáticos de esta perspectiva clásica: “Ese largo proceso de búsqueda de identidad ocupa gran parte de su energía y es la consecuencia de la pérdida de la identidad infantil que se produce cuando comienzan los cambios corporales” (p. 17). El aspecto clave de la identidad consistiría “en la capacidad del yo de mantener la mismidad y la continuidad frente a un destino cambiante, y por ello la identidad no significa (...) un sistema interno, cerrado, impenetrable al cambio, sino más bien un proceso psicosocial” (Aberastury y Knobel, 1970/1995, p. 50).

Si bien hemos situado preliminarmente la centralidad del concepto de identidad y su construcción durante la adolescencia, resulta necesario desprender algunas derivaciones específicas de este trabajo, en relación al problema de la construcción de la historia subjetiva. Aberastury y Knobel (1970/1995) señalan que los procesos de reestructuración, vividos como una intrusión en el equilibrio alcanzado durante la infancia, “obligan al adolescente, en el proceso para lograr su identidad, a tratar de refugiarse férreamente en su pasado mientras trata también de proyectarse intensamente en el futuro” (p. 55). Los desafíos de la construcción identitaria pueden ser, entonces, releídos enfatizando su dimensión temporal e histórica o, dicho de otro modo, entendidos como el trabajo de construcción de una historia autobiográfica. Esta relectura hace necesaria una referencia a autores que han abordado esta articulación.

Para Aulagnier (1989/1991), la tarea autobiográfica del sujeto jamás termina, constituyendo un trabajo de construcción y reconstrucción permanente del presente. La autora señala que dicho trabajo requiere sostenerse “sobre un número mínimo de anclajes estables de los cuales nuestra memoria nos garantice la permanencia y la fiabilidad” (p. 442). Esta condición es necesaria para que el sujeto logre la certeza sobre la autoría de su propia historia y que los cambios que ella experimentará “no pondrán en peligro esa parte permanente, singular, que deberá transmitirse de capítulo en capítulo, para hacer coherente y que tenga sentido el relato que se escribe” (p. 442).

El trabajo de (re)construcción autobiográfica en la adolescencia comprenderá tal importancia para Aulagnier, que la autora propone incluso una suerte de redefinición del concepto de adolescencia, enfatizando que lo crucial de este tiempo vital será el movimiento temporal continuo, que confronta al aparato psíquico a una serie de esfuerzos de elaboración retrospectiva de esta auto-alteración permanente, manteniendo una ligazón entre el presente y el pasado, que dará sentido a la prueba que el presente impone (1989/1991).

Del mismo modo, como condición y como meta, la (re)construcción autobiográfica debe asegurar al adolescente un saber sobre el futuro, posibilitando nuevas negociaciones que modificarán su relación con la realidad y con los deseos e ideales propios y de los otros (Hornstein et al., 1991).

El trabajo de construcción y consolidación autobiográfica que tendrá lugar en la adolescencia podrá, por cierto, tropezar con escollos. El más severo será la incapacidad de:

lograr tornarse pensable para sí mismo ni tornar pensable y catectizable su propio devenir, hallarse incapacitado de catectizar lo que el flujo temporal le impone como diferencia entre él mismo tal como se piensa, él mismo tal como devendrá y él mismo tal como se descubre deviniendo (Aulagnier, 1979/2007, p. 28).

### Construcción autobiográfica y temporalidad en la psicosis adolescente

La economía psíquica desequilibrada y aún en proceso de construcción, propia de la adolescencia, junto con los nuevos requerimientos relacionales y sociales, sentarán las condiciones de posibilidad de la eclosión de la potencialidad psicótica. Esta ruptura implica la desligazón y el cuestionamiento de las bases mismas de la certeza autobiográfica, diluyéndose el pasado como tal y deteniéndose el propio proceso de historización (Aryan y Torres de Aryan, 2007).

Aulagnier (1979/2007) subrayará las implicancias del compromiso de la capacidad de historización en la psicosis, donde se observará una reducción del campo de posibilidades subjetivas y relacionales, y el futuro aparecerá representado solo como la espera del retorno sin cambios de lo anterior. Por tanto, la experiencia psicótica testimoniará el fracaso del trabajo de puesta en historia, apreciable, por ejemplo, en la confusión temporal del discurso, habitual en la psicosis: “El psicótico está enfrentado a la imposibilidad de constituir y de catectizar ideales, porque no puede catectizar *ninguna potencialidad en su yo actual* que le asegure un futuro posible” (pp. 41-42, cursivas de la autora). En la psicosis se tratará, entonces, de un peligro real de pérdida de la mismidad y la permanencia, principios fundamentales para dar al sujeto una continuidad autobiográfica suficiente.

Según los aportes revisados, el desafío de la continuidad temporal presente-pasado-futuro, inherente al proceso de construcción autobiográfica adolescente, parece verse redoblado cuando nos situamos en el terreno de la psicosis y sus particularidades psicopatológicas.

## Método

Como fue señalado, el estudio realizó un análisis de las experiencias subjetivas asociadas al diagnóstico y tratamiento de un primer episodio de esquizofrenia, enfatizando la interpretación de los modos en que estas experiencias subjetivas participan en la construcción de un relato autobiográfico. Se trató de un estudio cualitativo interpretativo de caso único, orientado metodológicamente desde el análisis de discurso, incorporando aportes de la hermenéutica de Ricoeur.

Ha sido objeto de amplia discusión la propia definición, tradiciones y prácticas del análisis del discurso, entendido en su versión más amplia como una verdadera perspectiva en ciencias sociales, y en su acepción más acotada como un método de análisis de la lengua en uso (Íñiguez, 2003). Para los fines del estudio, utilizamos una de las definiciones de análisis de discurso sistematizadas por Larraín y Medina (2007): “conjunto de aproximaciones al estudio del lenguaje que comparten el hecho de entenderlo como lengua viva, corporeizada, perteneciente a un contexto específico y a hablantes particulares” (p. 4). En ese sentido, análisis de discurso comprendido como una herramienta de análisis de las producciones discursivas, que posibilita la aprehensión (y la re-introducción) de “la subjetividad presente en todo discurso” (Larraín y Medina, 2007, p. 6). Se trata, a nuestro juicio, de un enfoque metodológico pertinente a la pregunta de investigación, en tanto los procesos de construcción autobiográfica se despliegan, actualizan y –valga la redundancia– construyen en el campo de la subjetividad discursiva.

Así como la definición del análisis de discurso reviste complejidades inherentes a la multiplicidad de sus tradiciones y prácticas, la noción de discurso está sujeta a la misma condición de diversidad y pluralidad. Dado que la revisión (incluso sintetizada) de la polisémica noción de discurso excede los alcances y propósitos del estudio, nos limitaremos a enunciar, con Íñiguez (2003), la definición de discurso que sostuvo el ejercicio analítico desarrollado: “conjuntos de enunciados dichos en un contexto de interacción –en esta concepción se resalta el poder de acción del discurso sobre otra u otras personas, el tipo contexto (sujeto que habla, momento y espacio, historia, etc.)” (p. 97).

Otras referencias que permitieron nutrir esta definición –y, al mismo tiempo, las prácticas de análisis sostenidas– fueron algunas nociones sobre la hermenéutica y el discurso, desarrolladas por Ricoeur (1971/2001a, 1975/2001b). Revisaremos brevemente estas referencias, en su función de orientaciones para la aplicación de nuestro método de análisis.

Ricoeur centra el problema de la hermenéutica en la noción de discurso, intentando caracterizar el discurso como una realización del lenguaje, como una obra estructurada. Para comprender la noción del discurso como realización, revisará el carácter de *acontecimiento* inherente al discurso. En sus propias palabras, “algo sucede cuando alguien habla” (Ricoeur, 1975/2001b, p. 97), el discurso se realiza siempre en el tiempo y en el presente, remite indefectiblemente al hablante y tiene, por tanto, un carácter autorreferencial: “alguien habla, alguien se expresa al tomar la palabra” (Ricoeur, 1975/2001b, p. 98). Lo que podríamos traducir, en términos metodológicos, por la pregunta: *¿quién habla en el discurso?* Del mismo modo, el discurso implica también un otro, un interlocutor a quien está dirigido. Se trata entonces de un acontecimiento que tiene lugar en el intercambio. En clave metodológica: *¿a quién es el otro al que se dirige el discurso?*

Sobre la dimensión del discurso en tanto *obra*, Ricoeur la vincula con la referencia al significado o sentido, que brinda perdurabilidad al discurso (más allá de la fugacidad del acontecimiento): habría una centralidad del decir en lo dicho, una centralidad de la pregunta “¿qué es lo que se dice?” (Ricoeur, 1975/2001b, p. 99).

Para el autor, la noción del discurso como obra brindaría una “mediación práctica entre la irracionalidad del acontecimiento y la racionalidad del sentido” (Ricoeur, 1975/2001b, p. 102). En tanto práctica, la actividad discursiva es “considerada junto con su contexto complejo y en particular las condiciones sociales que le dan significado en un mundo efectivamente vivido” (Ricoeur, 1975/2001b, p. 101). Se subrayan entonces la dimensión social de la práctica discursiva y su temporalidad, el *tiempo social*, la dimensión del acontecimiento que imprime su marca sobre la época. En términos metodológicos: *¿cuál es el contexto?, ¿cuál es la temporalidad involucrada?*

La comprensión del discurso como obra implica cambios en la noción de sujeto de discurso, que Ricoeur vinculará a la noción de *autor* (1975/2001b). De todos modos, y en tensión con la dimensión social de la acción discursiva, la atribución de responsabilidad o de autoría respecto de acciones complejas resultará, para Ricoeur, un ejercicio problemático.

Por tanto, la pregunta *¿quién habla?* parece abrirse a más de un sujeto discursivo. La complejidad de establecer la autoría discursiva podría enfatizarse en el discurso de una persona con esquizofrenia, si consideramos la etimología de esta palabra (“mente fragmentada”) y el modo en cómo ha marcado la práctica psicopatológica y clínica construida en torno a ella.

La noción de discurso como obra permite, asimismo, situar de otro modo lo que Ricœur entenderá como el *mundo del texto*, esto es, la referencia o denotación del discurso:

En efecto, lo dado a interpretar en un texto es una proposición de mundo, de un mundo habitable para proyectar allí uno de mis posibles más propios. Es lo que llamo el mundo del texto, el mundo propio de *este* texto único (Ricœur, 1975/2001b, p. 107, cursivas del autor).

Esta proposición de mundo, más que tratarse de una entidad ya dada y/o impuesta, es ante todo un “*poder-ser*” (Ricœur, 1975/2001b, p. 108, cursivas del autor).

Dejaremos en este punto las referencias que ampliaron la definición de discurso que orientó nuestro trabajo de análisis, para dar cuenta de los aspectos metodológicos relativos a la muestra, técnica de producción de datos y procedimiento de análisis.

El estudio actual deriva desde un corpus ya establecido y consiste en una entrevista biográfica en profundidad. Esta entrevista fue seleccionada entre un grupo de seis entrevistas realizadas en el marco de una investigación previa (Abarzúa, 2010), que exploró los significados asociados al diagnóstico y tratamiento del primer episodio de esquizofrenia y sus consecuencias en los procesos de conformación identitaria de adolescentes y jóvenes usuarios de un hospital de día para adolescentes.

La muestra del estudio original estuvo conformada por seis adolescentes y jóvenes entre 15 y 21 años (cuatro hombres y dos mujeres), diagnosticados con un primer episodio de esquizofrenia, en tratamiento en un hospital de día para adolescentes de la Región Metropolitana. Todos los participantes se encontraban en fase de recuperación y/o reintegración social, criterio relevante por razones clínicas y de ética investigativa. Su participación requirió la entrega de consentimiento o asentimiento informado por escrito, ratificado por el consentimiento informado de las madres en el caso de los participantes menores de edad. Las entrevistas fueron registradas por medio de grabaciones de audio, a objeto de facilitar la transcripción y análisis del material producido.

Los datos muestrales del participante cuya entrevista será analizada en el presente estudio son los siguientes: adolescente de sexo masculino, 17 años, estudiante (en modalidad de exámenes libres), con una hospitalización psiquiátrica previa a su tratamiento en el hospital de día, centro donde estuvo en tratamiento 1 año y 6 meses. Al momento de la entrevista se encontraba egresado del hospital de día hacía

cinco meses, manteniendo su tratamiento ambulatorio en un centro de salud pública. El criterio utilizado para respaldar su estabilización psicopatológica fue la evaluación clínica del equipo tratante, sin utilizar un instrumento complementario (e.g., Escala de Síndromes Positivo y Negativo para Esquizofrenia, PANSS). Esta decisión metodológica, que puede ser considerada una debilidad del estudio, se fundamentó en que el hospital de día no aplicaba estos instrumentos de evaluación clínica en forma sistemática y, por tanto, no contaba con ese dato. Al respecto cabe señalar que, de acuerdo al estudio de Markkula, Alvarado y Minoletti (2011), solo un 26% de los pacientes tratados por un primer episodio de esquizofrenia contaba con escalas de evaluación psicopatológica en sus fichas clínicas; se trataría, entonces, de una circunstancia clínica habitual. En ese escenario, se priorizó el criterio clínico del equipo tratante, a fin de simplificar la fase de recolección de datos y evitar un potencial riesgo de desestabilización para el participante.

El hospital de día en donde se desarrolló el estudio ofrecía un programa de tratamiento ambulatorio para 14 adolescentes beneficiarios del sistema público de salud, de entre 14 y 19 años al momento de su ingreso, derivados desde otros centros de nivel secundario y terciario de la red de salud mental. Los adolescentes habían participado de procesos de confirmación diagnóstica en sus centros de origen, por tanto el primer episodio de esquizofrenia estaba confirmado al momento de ingresar al hospital de día. Su programa terapéutico estaba a cargo de un equipo multidisciplinario, cuyas orientaciones clínicas se apoyaban en aportes de la psiquiatría comunitaria y el psicoanálisis. El centro concluyó su funcionamiento en diciembre de 2011.

El análisis de discurso realizado tomó una perspectiva interpretativa, intentando situar y responder a las preguntas que se desprenden de la propuesta de Ricœur: ¿quién habla en el discurso?, ¿a quién es el otro al que se dirige el discurso?, ¿qué es lo que se dice?, ¿cuál es el contexto y la temporalidad involucrados? y ¿cuál es el mundo, el “*poder-ser*” que propone el discurso?

Respecto de la pregunta ¿quién habla en el discurso?, consideramos que se engarza con la propuesta de definición de *sujeto discursivo* que establece la tradición del Análisis Dialógico del Discurso (Larraín y Medina, 2007), quienes lo conceptualizan como el sujeto que representa al hablante en su conjunto, en su totalidad: “quien imprime en el enunciado su intencionalidad. (...) quien no se marca directamente y de quien solo se construye una imagen a través del recorrido textual” (p. 30).

## Resultados

Como indicamos previamente, el objetivo que guió el estudio fue describir las elaboraciones discursivas acerca de la propia construcción autobiográfica, y los modos en que la experiencia del diagnóstico y tratamiento del primer episodio de esquizofrenia participan de dicha construcción. Con el fin de responder a este objetivo, el corpus del estudio fue analizado bajo la modalidad de preguntas dirigidas al discurso del participante.

A continuación se presentan los extractos seleccionados en nuestro análisis, incorporando entre corchetes referencias necesarias para tornar más inteligible la narración. Se han utilizado puntos suspensivos (...) para indicar pausas en el relato, o bien que se tomó solo una parte del texto. Excepcionalmente, hemos incluido la transcripción de secuencias de habla participante-investigadora (identificada como "E").

Primer extracto:

"Sí, me diagnosticaron esquizofrenia. Antes de venir acá estuve en el [Hospital]<sup>1</sup> y me diagnosticaron esquizofrenia paranoide catatónica, tenía eso y sí estaba informado aquí y de todo lo que sucedía en torno a mí...".

(...)

"No entendía muy bien, pero tenía y me revisaban nomás, eso fue lo que me dijeron, dijeron que 'podría ser esquizofrenia', no dijeron 'es esquizofrenia'".

Respecto de la pregunta ¿qué se dice?, observamos diversas dimensiones discursivas en juego. Por una parte, enunciados que reconstruyen y dan cuenta de la trayectoria del procedimiento diagnóstico vivido por el sujeto: "antes de venir acá estuve en el [Hospital] y me diagnosticaron esquizofrenia paranoide catatónica". Por otra, enunciados que parecen dar cuenta de un posicionamiento que el hablante toma con respecto a la experiencia del diagnóstico: "sí estaba informado aquí y de todo lo que sucedía en torno a mí (...) No entendía muy bien (...) dijeron que 'podría ser esquizofrenia', no dijeron 'es esquizofrenia'". Parece haber un primer momento donde el sujeto discursivo refiere una participación activa en las informaciones relevantes sobre su propia situación, no resultando evidente si esta participación deriva de una cierta agencialidad ejercida en el proceso –demandando activamente información sobre el diagnóstico– o, más bien, del rol activo de los agentes sanitarios implícitos en el "dijeron".

En un segundo tiempo, aparece mayor confusión sobre el procedimiento diagnóstico en el hablante, quien de todos modos permanece en un registro atento a ciertas sutilezas discursivas en la enunciación del diagnóstico ("dijeron que 'podría ser esquizofrenia', no dijeron 'es esquizofrenia'"), sin que resulte claro aún el sentido de esta precisión para el sujeto discursivo.

Segundo extracto:

"...yo quería ir donde una psicóloga porque eso [muy presionado, mucha ansiedad] no era normal y eso ya lo sentía desde hace tiempo, como desde dos años, pero nunca había sido tan fuerte (...) y la psicóloga me atendió y me dijo que esa ansiedad es estrés y depresión y yo pensé que te daban algún... para ver si tenía esquizofrenia, pero en el fondo... ¿cómo se llama?, o sea como para saber si tenía esquizofrenia...".

(...)

"No, ya desde chico ya creía que tenía esquizofrenia, no sé por qué tenía unos sueños del futuro, no sé (...) y que iba a tener esquizofrenia y pensaba 'debo tener esquizofrenia tal vez' desde muy chico, como de los 8...".

En este extracto resulta posible apreciar dos elementos principales: por una parte, se despliega una compleja temporalidad discursiva respecto del diagnóstico y su relación con el hablante, cuyos tempos intentaremos ir precisando a continuación. Por otra, aparece un mundo discursivo, un "poder-ser" o —más bien— un "poder-tener" esquizofrenia, en el que el hablante parece estar representado subjetivamente. Desarrollaremos estas consideraciones a continuación.

El hablante describe una serie de experiencias subjetivas a las que da un carácter altamente displacentero (psicopatológico, podríamos traducir), presentes desde la niñez, que parecen operar como la referencia de su elaboración discursiva sobre sí mismo. Se trataría de aquel elemento vivencial que moviliza una construcción autobiográfica posible, entendida como un proceso que concierne activamente al hablante y cuya temporalidad resulta altamente compleja: "ya desde chico ya creía que tenía esquizofrenia (...) y que iba a tener esquizofrenia y pensaba 'debo tener esquizofrenia tal vez' desde muy chico, como de los ocho...". El sujeto discursivo oscila entre el "tenía", "iba a tener", "debo tener"... ¿oscilación temporal inherente a un relato que revisita retrospectivamente la infancia? ¿Al propio tiempo de la adolescencia?

<sup>1</sup> Institución donde ocurrió su hospitalización psiquiátrica.

¿A las particularidades psicopatológicas del hablante? ¿A su resistencia ante la posibilidad de una enfermedad mental? ¿A todos estos contextos? No resulta sencillo arriesgar una interpretación.

Tercer extracto:

“No, antes que me diagnosticaran esquizofrenia yo decía: ‘yo estoy loco’, y me ponía a llorar, hasta que a los 11 años yo decía: ‘estoy loco, qué voy hacer ahora’, pero cuando fui más grande y me dijeron que tenía esquizofrenia, lo tomé bien...”

E: “A lo mejor esta es una pregunta difícil de responder (...) porque a los ocho años estar pensando en esquizofrenia, de hecho la esquizofrenia no es una palabra de uso muy común, ¿por qué crees que estaba en ti esa idea, cómo crees que llegaste a tener esa idea?”

“Es que yo leía hartos libros, desde chico leía libros de psicología, algunas partes, también leí un tiempo, eso fue cuando era más grande, como a los 11 o 12 años, ahí un libro que trajo mi hermano que se llama ‘Eneagrama’ (...) y yo leí todo el libro y yo me identificaba más con el estado insano y no sé, yo decía, ‘sí, para mí que soy esto’ y el que está más ligado a la esquizofrenia (...) y por eso es que estaba informado de la esquizofrenia”

En este extracto, el hablante parece reforzar las interpretaciones dadas al fragmento anterior: las experiencias subjetivas de angustia y desesperación movilizan en él una activa búsqueda de palabras que le den sentido, donde la referencia a la esquizofrenia parece aquietar la vivencia de despersonalización: frente a la angustia de “estoy loco, qué voy a hacer ahora”, la palabra esquizofrenia parece acotar, poner límite a dicha experiencia de sufrimiento.

Ahora bien, caben preguntas sobre la temporalidad que el sujeto discursivo enuncia: ¿se trata de una investigación y construcción efectivamente iniciada en la infancia, a objeto de preservar un saber sobre sí mismo allí donde el sujeto vive la experiencia de severas angustias? Esta variante interpretativa del material permitiría plantear que para el hablante, en algún punto, el diagnóstico sería más un momento de reconocimiento de un saber sobre sí mismo, que el encuentro con una oferta de sentido autobiográfico radicalmente nueva: “cuando fui más grande y me dijeron que tenía esquizofrenia lo tomé bien...”. Una interpretación alternativa sobre el mismo fragmento sería la siguiente: ¿se trata de una (re) construcción discursiva efectuada a posteriori del diagnóstico, como modo de avenirse con una oferta de sentido que sobreviene de manera exterior a su propia experiencia? Retengamos esta alternativa para el análisis del último extracto.

Cuarto extracto:

“...yo no creía que tenía esquizofrenia y cuando me diagnosticaron yo pensaba que se habían equivocado y la que me confirmó fue la doctora X, porque yo le pregunté: ‘¿qué tengo, por qué tomo pastillas?’ y me dijo: ‘es que tú eres esquizofrénico paranoide catatónico’ y al principio no sé, sentí que yo no esperaba eso, que como que ya desde chico pensaba que tenía...”

(...)

“Sí, yo creo que sí [hubo un quiebre], antes que me diagnosticaran, como a los 12, no sé si era más feliz, no lo sé, pero aunque yo tenía voces en mi cabeza, pero era y tenía también momentos de vacío de repente, era feo, pero creo que esta sensación [el diagnóstico] fue peor que una operación de peritonitis (...).”

E: “(...) si comparas tu vida de antes del diagnóstico con la de ahora, después del diagnóstico, ¿sientes que cambió en algo tu vida?”

“No, pero como dije antes, cuando yo era más chico, yo era más feliz, aunque sentía estas sensaciones de vacío, tenía como más convicciones sobre el amor, el amor a las personas y algo cambió en eso”.

Resulta particularmente interesante la vacilación o resistencia que el hablante manifiesta frente a la experiencia del diagnóstico en este último extracto, en contraste con el fragmento anterior: la palabra que previamente habría sido “bien tomada” deviene inesperada, signada con el carácter de una experiencia altamente displacentera y origen de un cambio: “cuando yo era más chico, yo era más feliz, aunque sentía estas sensaciones de vacío, tenía como más convicciones sobre el amor, el amor a las personas y algo cambió en eso”. ¿Cómo podemos entender este cambio en la subjetividad discursiva?

En la pregunta y el diálogo por la construcción de la propia historia autobiográfica, este extracto muestra de manera más palpable un nuevo contexto, un nuevo hablante (“la doctora”). Podemos apreciar, en el modo en que se articula el diálogo entre el adolescente y la médica, un matiz palpable en la pregunta por su padecer: “yo le pregunté: ‘¿qué tengo, por qué tomo pastillas?’ y me dijo: ‘es que tú eres esquizofrénico paranoide catatónico’”. De acuerdo a su propia experiencia y reconstrucción discursiva, el adolescente formula su pregunta en términos de “tener” y el discurso médico responde en términos de “ser”. Un nuevo mundo o referente del discurso parece abrirse desde acá para el hablante, si consideramos que la pregunta por la propia historia es, finalmente, la pregunta por el ser del sujeto. ¿Es a la esencialización de su propia experiencia psicopatológica a la que el sujeto discursivo se resiste?

Un último aspecto a destacar es que el extracto parece dar cuenta, en una articulación discursiva muy sutil, de la compleja intrincación entre continuidad y quiebre biográfico: en lo explícito, el hablante afirma su sensación de continuar siendo el mismo (continuidad), pero la experiencia del diagnóstico, significada como “peor que una operación de peritonitis”, parece transformar la cualidad de sus experiencias: “yo era más feliz, aunque sentía estas sensaciones de vacío, tenía como más convicciones sobre el amor, el amor a las personas y algo cambió en eso”. Ahora bien, ¿se trata efectivamente del origen del conflicto autobiográfico? ¿O sería la manifestación del impasse autobiográfico, que habría sobrevenido inevitablemente para este sujeto?

### Discusión y conclusiones

El marco conceptual del estudio subrayó la centralidad de la construcción de la historia autobiográfica en la adolescencia, como un recurso que brinda posibilidades de permanencia y continuidad psíquicas a un sujeto que vive tiempos de inestabilidad y desequilibrio. El dinamismo de los procesos de construcción y reconstrucción autobiográfica sitúan al adolescente en un complejo trabajo de articulación de las dimensiones temporales pasado-presente-futuro: dejar de ser lo que un día fue para, desde los avatares de su experiencia presente, proyectarse hacia un futuro posible.

Si la construcción de una historia autobiográfica constituye un desafío para todo adolescente, el marco psicopatológico que instala la experiencia de la psicosis parece redoblar las dificultades inherentes a este trabajo de historización. Según los antecedentes teóricos presentados, la psicosis diluiría las bases de la certeza autobiográfica y detendría el proceso de historización. Específicamente, el adolescente con psicosis quedaría situado en el lugar de un historiador desposeído de movilidad interpretativa, sin opción de anticipar e invertir un futuro posible.

Junto con estos aportes teóricos, revisamos antecedentes surgidos del campo de la investigación clínica sobre primer episodio de esquizofrenia, que parecen haber instalado un escenario más esperanzador para su tratamiento, evolución y pronóstico. Específicamente, subrayamos la relevancia de los procesos de recuperación psicológica de un episodio psicótico, que estarían vinculados con el proceso de comprender y dar sentido a la experiencia psicótica.

Los resultados del estudio, pese a las limitaciones metodológicas inherentes al análisis de un caso único, permiten presentar una comprensión preliminar de las complejas elaboraciones discursivas desarrolladas por un adolescente que experimenta una psicosis. Lejos de ocupar el lugar de un personaje secundario, pasivo, simple receptor de una experiencia y una prác-

tica diagnóstico-terapéutica que no puede comprender o representarse, los extractos permiten acceder a la vivencia de un adolescente que no solo elabora discursivamente experiencias vinculadas a su diagnóstico y tratamiento, sino que también intenta articularlas en una dialéctica temporal autobiográfica presente-pasado. A partir del esfuerzo retrospectivo que intenta dar sentido a la experiencia de la enfermedad del presente, el adolescente rememora y articula sus experiencias de sufrimiento infantil: para él, la posibilidad de la esquizofrenia parecía estar instalada desde mucho antes del diagnóstico médico, en sus propias palabras: “pensaba ‘debo tener esquizofrenia tal vez’ desde muy chico, como de los 8”. Cabe reflexionar sobre el alcance de las intervenciones psicoterapéuticas que el participante desarrolló durante su periodo de tratamiento en el hospital de día y la posible influencia de estas en sus procesos de reconstrucción autobiográfica, interrogante para futuros estudios.

Ahora bien, el corpus analizado indica que la temporalidad de este sujeto discursivo es compleja y conflictual: en este fragmento, ¿el sujeto brinda el testimonio de un fragmento de su infancia, como una fidedigna pieza de verdad histórica? ¿Nos habla de su infancia desfigurada por la rememoración a posteriori, desde el prisma de la enfermedad del presente? Se trata, incluso, de alternativas de interpretación del material que no resultan mutuamente excluyentes, si consideramos que este hablante parece poder relatarse a sí mismo en continuidad más que en quiebre autobiográfico. Este resultado, en la misma línea de los hallazgos de Adame y Hornstein (2006) sobre narrativas de continuidad en experiencias de sufrimiento emocional y locura, sugiere la necesidad de reexaminar las conceptualizaciones sobre la capacidad de historización del sujeto con psicosis, abriendo perspectivas a la posibilidad de dar un sentido autobiográfico a dicha experiencia.

Sin embargo, es preciso considerar que el análisis sugiere, al mismo tiempo, puntos de mayor impasse en la construcción autobiográfica que realiza este hablante. En efecto, sus elaboraciones discursivas no dan cuenta de referencias a un futuro investido como potencialidad. El movimiento parece realizarse desde el presente de la enfermedad al pasado infantil y viceversa, sin avanzar más allá.

Sobre los alcances del diagnóstico en la construcción autobiográfica, resulta pertinente subrayar el fragmento que alude al espacio dialógico con la médico. Señalamos que, en ese punto, el hablante da cuenta de una vacilación o resistencia. Si previamente parecía tratarse de un sujeto discursivo en continuidad biográfica, la respuesta “es que tú eres esquizofrénico paranoide catatónico” parece introducir un elemento inesperado en la construcción autobiográfica, incluso para un sujeto que pensaba en la esquizofrenia desde la niñez: “y

al principio no sé, sentí que yo no esperaba eso, que como que ya desde chico pensaba que tenía...”. En este punto, el mundo del sujeto discursivo hace referencia a una experiencia de sufrimiento y de cambio, que es articulada de manera conflictual: si bien continúa relatándose en continuidad biográfica, la cualidad de sus experiencias parece vivir un quiebre: “yo era más feliz (...) algo cambió en eso”.

Resulta problemático, recogiendo las metáforas de Ricoeur, establecer con precisión la autoría de este conflicto en la construcción autobiográfica: ¿se trata de la reacción de un sujeto discursivo vulnerable en sus capacidades de historicización, frente a la marca discursiva de un hablante de mayor poder? ¿O la expresión de una frágil capacidad de representarse en una construcción autobiográfica coherente, testimonio de su propia psicopatología? Considerando las dimensiones subjetivas y sociales en juego, realizar un análisis basado en opciones excluyentes podría implicar el riesgo

de reducir artificialmente este fenómeno. A este respecto, futuras investigaciones orientadas según una perspectiva dialógica de análisis podrían dar mayor luz sobre sus complejidades e imbricaciones.

Se requiere, por tanto, proseguir el estudio de adolescentes que experimentan un primer episodio de esquizofrenia, a fin de precisar las particularidades discursivas implicadas en sus procesos de construcción autobiográfica. La riqueza y complejidad dialógica del discurso analizado, aún en sus conflictos e impasses, ¿daría cuenta de la peculiar singularidad de un adolescente extraordinario? ¿O, por el contrario, de un trabajo de construcción y reconstrucción biográfica posible, inherente a la experiencia de la psicosis en la adolescencia y a sus modos de diagnóstico y tratamiento? Son algunas de las preguntas que la investigación posterior podrá continuar desarrollando.

### Referencias

- Abarzúa, M. (2010). *Diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia: trayectorias de adolescentes* (Tesis inédita de magíster). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Aberastury, A. y Knobel, M. (1995). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1970).
- Adame, A. y Hornstein, G. (2006). Representing madness: How are subjective experiences of emotional distress presented in first-person accounts? *The Humanistic Psychologist*, 34(2), 135-158. doi: 10.1207/s15473333thp3402\_3
- Alvarado, R. (2005). *Evaluación de una intervención comunitaria para la detección precoz y tratamiento oportuno de personas con primer episodio de psicosis*. (Proyectos I+D en Salud SA05I20059). Santiago: Comisión Nacional de Investigación Científica.
- Aryan, A. y Torres de Aryan, D. (2007). Notas para la comprensión de la predisposición psicótica en la pubertad y adolescencia. *Psicoanálisis*, 29(2), 255-276.
- Aulagnier, P. (1991). Construir(se) un pasado. *Psicoanálisis*, 13(3), 441-497. (Trabajo original publicado en 1989).
- Aulagnier, P. (2007). *Los destinos del placer. Alienación, amor, pasión*. Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1979).
- Baldor, I., Jerez, M., Rullas, M. y González, J. (2008). Sobre la oportunidad de la rehabilitación psicosocial tras un primer brote: un caso clínico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(2), 433-449. doi:10.4321/S0211-57352008000200014
- Birchwood, M., Todd, P. y Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry Supplements*, 172(33), 53-59.
- Corin, E. (1998). The thickness of being: Intentional worlds, strategies of identity, and experience among schizophrenics. *Psychiatry*, 61(2), 133-146.
- Chaika, E. y Lambe, R. (1985). The locus of dysfunction in schizophrenic speech. *Schizophrenia Bulletin*, 11(1), 8-15. doi:10.1093/schbul/11.1.8
- Chaika, E. y Lambe, R. (1986). Is schizophrenia a semiotic disorder? Replies to Harrod. *Schizophrenia Bulletin*, 12(1), 14-15. doi:10.1093/schbul/12.1.14
- Díaz, N. (2010). Una reflexión acerca de la construcción discursiva de la enfermedad en pacientes psicóticos. *Texturas*, 9-10, 95-111.
- Gleeson, J., Larsen, T. y McGorry, P. (2003). Psychological treatment in pre- and early psychosis. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 229-245. doi:10.1521/jaap.31.1.229.21933
- Hornstein, L., Aulagnier, P., Pelento, M., Green, A., Rother, M., Bianchi, H.,...Bosoer, E. (1991). *Cuerpo, historia, interpretación. Piera Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador*. Buenos Aires: Paidós.
- Insúa, J. (1974). *Psicosemiología y psicopatología: introducción a la psicoterapia en la práctica médica*. Texas: Columba.
- Íñiguez, L. (2003). El análisis del discurso en las ciencias sociales: verdades, tradiciones y práctica. En L. Íñiguez (Ed.), *Análisis del discurso: manual para las ciencias sociales* (pp. 83-123). Barcelona: Editorial UOC.
- Larraín, A. y Medina, L. (2007). Análisis de la enunciación: distinciones operativas para un análisis dialógico del discurso. *Estudios de Psicología*, 28, 283-301. doi:10.1174/021093907782506443

- Ley N° 19966. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 3 de septiembre de 2004. Recuperado de <http://www.leychile.cl/N?i=229834&f=2004-09-03&p>
- Markkula, N., Alvarado, R. y Minoletti, A. (2011). Adherence to guidelines and treatment compliance in the Chilean national program for first-episode schizophrenia. *Psychiatric Services*, 62(12), 1463-1469. doi:10.1176/appi.ps.001042011
- McCay, E., Beanlands, H., Leszcz, M., Goering, P., Seeman, M., Ryan, K.,...Vishnevsky, T. (2006). A group intervention to promote healthy self-concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: A pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(2), 105-111. doi:10.2975/30.2006.105.111
- McGorry, P., Killackey, E. y Yung, A. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal of Australia*, 187(7), S8-S10.
- Ministerio de Salud. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud. (2009). *Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio esquizofrenia*. Santiago: Autor.
- Myers, N. L. (2010). Culture, stress and recovery from schizophrenia: Lessons from the field for global mental health. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(3), 500-528. doi:10.1007/s11013-010-9186-7
- Palma, C. (2007). *Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE* (Tesis inédita de doctorado). Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.
- Ricoeur, P. (2001a). El modelo del texto: la acción significativa considerada como un texto. En P. Ricoeur, *Del texto a la acción, Ensayos de hermenéutica II* (pp. 169-195). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina. (Trabajo original publicado en 1971).
- Ricoeur, P. (2001b). La función hermenéutica del distanciamiento. En P. Ricoeur, *Del texto a la acción, Ensayos de hermenéutica II* (pp. 95-110). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina. (Trabajo original publicado en 1975).
- Saavedra, J. (2009). ¿Cómo acercarse a historias traumáticas en contextos de rehabilitación psicosocial? Un estudio de caso de un paciente de esquizofrenia paranoide. *Salud Colectiva*, 5(2), 225-235.
- Sullivan, H. S. (1958). El lenguaje de la esquizofrenia. En J. S. Kasanin (Ed.), *Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia* (pp. 21-34). Buenos Aires: Hormé.
- Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.
- Weiden, P. J., Buckley, P. F. y Grody, M. (2007). Understanding and treating "first-episode" schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 481-510. doi:10.1016/j.psc.2007.04.010
- Williams, C. (2008). Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(3), 246-256. doi:10.1521/psyc.

Fecha de recepción: 5 de abril de 2013  
 Fecha de aceptación: 19 de junio de 2013

**Subjective experience of diagnosis and treatment in two adolescents with first-episode schizophrenia.**

# Subjective experience of diagnosis and treatment in two adolescents with first-episode schizophrenia

Marianella Abarzúa,<sup>1</sup> Francisco Venegas,<sup>1</sup> Ximena Hidalgo<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, University of Chile, Santiago, Chile; <sup>2</sup>CESMAG University Institution, Pasto, Colombia;

<sup>3</sup>Department of Psychology, Vita-Salute San Raffaele Hospital, Milan, Italy

## ABSTRACT

The results of a qualitative study on the subjective experience of two adolescents in treatment for first-episode schizophrenia (FESZ) are presented here. We reconstructed the relevant aspects of the diagnosis and treatment processes based on the elaboration of said experience carried out by the participants. We therefore incorporated the perspective of the patients, family members and psychotherapists. The recovery from FESZ, understood as a positive adaptation to the experience of psychosis, is closely connected with the possibility of the adolescent to re-embark on his/her biographical trajectory. In this sense, the concept of recovery from FESZ increasingly emphasizes the subjective dimension of this process. The aim of the study is to understand the subjective experience of diagnosis and treatment processes from the perspective of two patients with FESZ who received comprehensive treatment in the Chilean public health system, their family members and their psychotherapists. The study performed semi-structured interviews and a qualitative content analysis in order to understand and describe, from their perspectives, the subjective experiences associated with the processes of diagnosis and treatment of FESZ. The inclusion of patients, relatives and psychotherapists allowed complementing the perspectives on the phenomenon under study. The results suggest that the central phenomena of appropriation of FESZ and resistance to the appropriation of FESZ are relevant in the accounts of these two cases. The family's emotional climate associated with the experience of FESZ converge in these phenomena, as well as the participation of the adolescent in the processes of diagnosis and treatment, specifically as these processes favor or hinder an appropriation of the psychopathological experience and this enables the reestablishment of the autobiographical continuity. Appropriation of FESZ seems to rely on future prospects that preserve some possibility of performing prior potentialities and expectations, or at least to adapt them in a tolerable way for the adolescents and their environment. Such findings highlight the relevance of developing interventions that encourage more hopeful future perspectives for individuals facing a first psychotic episode and their families.

**Key words:** Appropriation of psychotic experience; Autobiographical continuity; Qualitative methods.

## Introduction

Globally, schizophrenia is one of the mental health problems that contributes most to the global burden of dis-

eases, making it one of the 10 leading causes of disability (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser, & Lieberman, 2005). Consequently, it is a disorder with a high social burden, associated with considerable suffering for patients and their caregivers (Barbato, 1998; Kennedy, Altar, Taylor, Degtiar, & Hornberger, 2014; Knapp, Mangalore, & Simon, 2004). The interest in minimizing the social and subjective costs associated to this disorder, has led to the development of specific public policies and mental health programs, to address the need for a comprehensive treatment starting with the first episode of schizophrenia (FESZ) (Barbato, 1998; Dixon, Perkins, & Calmes, 2009; Gaebel, Riesbeck, & Wobrock, 2011).

In Chile, schizophrenia provides 1.87% of total years of life lost to premature death and disability (Ministry of Health, 2009). Its treatment has been a priority of public mental health policies, emphasis stated in the plan that organized the activities in that area during the decade 2000-2010 (Ministry of Health, 2000) and ratified in the context of the last major health reform, with the addition of FESZ as the first mental health disorder whose treatment was guaranteed by the Law of General Health (Republic of Chile, 2004).

While classical psychopathological traditions have emphasized a pessimistic view regarding the possibility of re-

Correspondence: Marianella Abarzúa, Department of Psychology, University of Chile, Av. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago, Chile.  
Tel: +56.2.29787878.  
E-mail: mabarzuac@u.uchile.cl

Citation: Abarzúa, M., Venegas, F., & Hidalgo, X. (2016). Subjective experience of diagnosis and treatment in two adolescents with first-episode schizophrenia. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1), 58-67. doi: 10.4081/ripppo.2016.189

Received for publication: 20 July 2015.  
Revision received: 20 November 2015.  
Accepted for publication: 17 December 2015.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution Non-Commercial 4.0 License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright M. Abarzúa et al., 2016  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome* 2016; 19:58-67  
doi:10.4081/ripppo.2016.189

covery from schizophrenia (Braehler & Schwannauer, 2011; Frese, Knight, & Saks, 2009), the field of clinical research has favored, over the past four decades, the gradual installation of a new therapeutic scenario where recovery from a FESZ emerges as an achievable therapeutic goal (Anthony, 1993; Jenkins & Carpenter-Song, 2008; Silverstein & Bellack, 2008). Nowadays, there is a broad consensus regarding the importance of an integral and early intervention of FESZ, as it reduces the risk of recurrence and long-term disability and being critical regarding the possibilities of recovery (Penn et al., 2005; Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2001). There are several clinical guidelines that provide recommendations for the treatment of FESZ based on the best available knowledge, both internationally (American Psychiatric Association, 2006; Dixon et al., 2009, 2011; Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson, & Dixon, 2010; Lehman & Steinwachs, 1998; NICE, 2014; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Team, 2005) and in Chile (Ministry of Health, 2009). They all agree on the need for an integral and early intervention for FESZ, which may combine pharmacological, psychosocial and/or psychotherapeutic interventions (Gleeson, Larsen, & McGorry, 2003; McGorry, Killackey, & Yung, 2007; Weiden, Buckley, & Grody, 2007).

The implementation of public policies specifically aimed at treating FESZ, along with clinical research conducted in the field, has favored the establishment of focuses on certain specific characteristics and clinical needs. We will review some of them, relevant to our research problem.

While the current clinical consensus is conclusive in stating that antipsychotic drugs are the cornerstone of treatment, research on the use of pharmacological treatments in FESZ has yielded certain findings that appear to be in conflict with that assertion: this is a clinical group whose rates of medication adherence are notoriously lower than among patients with longer periods of evolution (Kreyenbuhl et al., 2011; Weiden et al., 2007) and, among them, phenomena of slow response and/or resistance to drug treatment appear more often, even when there is sufficient adherence (Gleeson et al., 2003). In addition, they present further clinical phenomena such as depression, demoralization and self-stigmatization, which could not be addressed by drug therapy and directly affect social isolation and disruption of educational and social goals, negatively affecting the prognosis (Braehler & Schwannauer, 2011; Gleeson et al., 2003). Therefore, patients treated for FESZ show specific characteristics and clinical needs that exceed the scope of traditional drug treatments and, as such, allow an opening to rethink the concept of recovering from a psychotic episode, historically centered on psychopathological remission.

The new clinical scenario has favored an extension of this concept, placing emphasis on the subjective dimension of the recovery process (Lysaker, Glynn, Wilkniss, & Silverstein, 2010; Penn, et al., 2005; Salvatore et al., 2012). There is a growing consensus regarding the need to broaden

its definition: beyond recovery understood as remission of psychopathology (clinical criteria) or the development of meaningful relationships and social roles (social criteria), there would be a process of psychological recovery, specifically linked to the achievement of an understanding of psychotic experiences and the recovery of a sense of autobiographical continuity (Braehler & Schwannauer, 2011; Davidson & Strauss, 1992; Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire, & Lecomte, 2010). For the adolescent who has a FESZ, the ability to positively adapt to the experience of a psychosis is closely connected with the possibility to re-embark in his/her biographical trajectory (Braehler & Schwannauer, 2011). In this regard, restoring a stable sense of self is at the core of the recovery process (Davidson & Strauss, 1992; Harder, 2006, 2007).

Indeed, the way people process their psychotic experience or the *recovery style* has been linked to a long-term outcome (McGlashan, 1987) and, specifically in FESZ, to avoid the processing of the post-episode emotional impact has been linked to a worse symptomatic outcome and a reduced quality of life (Thompson, McGorry, & Harrigan, 2003). The subjective dimension of the recovery process has become so important that a series of follow-up studies in patients with schizophrenia indicate that it regards a dimension that is strongly associated with the achievement of a better quality of life, over and above the indicators of psychopathology: in other words, the subjective experience of recovery is more relevant than the presence of clinically relevant symptoms (Albert et al., 2011; Kukla, Lysaker, & Roe, 2014; Roe, Mashiach-Eizenberg, & Lysaker, 2011).

For the purposes of this project, it is important to stress that both the findings of the research on pharmacological treatments in the first episode and the transformation of psychopathological models of schizophrenia, have enabled a clinical reflection that has repositioned the importance of psychotherapy as a component of integral treatment strategies in the first psychotic episode. In this context, psychotherapy is understood as an intervention designed to address the profound and complex psychological processes associated with the recovery from a first psychotic episode, going into the field of understanding the psychotic experience, and the effort to recover an autobiographical continuity and a stable sense of self. Thus understood, we can argue that psychotherapy focuses on addressing the subjective dimension of the recovery process from a psychotic episode.

Internationally, authors linked to the field of research on schizophrenia and other severe psychiatric disorders have emphasized the fact that clinicians and researchers have often overlooked or avoided many aspects of the patient's stories about their experiences of schizophrenia (Flanagan, Davidson, & Strauss, 2010; Roe & Lachman, 2005; Strauss, 1989), in favor of emphasizing measuring operationalized variables, quantification and testing rigorous hypothesis (Lieberman, 1989).

From a conceptual point of view, Roe & Lachman (2005) have stressed that literature on the subjective experience of severe mental disorders has focused on three major themes: the subject's responses and attitudes to his illness, the degree and nature of insight or awareness of the disease and the experience of the disease as a traumatic event. For the purposes of this study, we understand the subjective experience as the way in which the subject interacts with the psychotic experience and builds his own coping strategies (Strauss, 1989), as a *spontaneous struggle* (Yip, 2004) that occurs in the processes of treatment and rehabilitation.

Previous studies have investigated the narratives of recovery, both from the perspective of patients (Koenig, Castillo, Blanchet, & Bouleau, 2011; Larsen, 2004; Thornhill, Clare, & May, 2004) and incorporating the perspective of patients, their family and health professionals (Karow, Naber, Lambert, & Moritz, 2012; Noiseux & Ricard, 2008). Comparatively, the number of studies on subjective experience of the recovery that have included participants with a first psychotic episode has been limited. In accordance with Windell, Norman, Lal, and Malla (2014), it is particularly important to investigate the processes and influences that can promote positive therapeutic outcomes on those patients. According to our review, we found no other published studies that addressed the subjective experience of the processes of diagnosis and treatment in adolescents with FESZ and incorporating the perspectives of patients, families and therapists.

The aim of the study was to develop a comprehensive analysis of the subjective experience of diagnosis and treatment processes, from the perspective of two adolescents receiving integral treatment for FESZ in the Chilean public health system, their family members and their psychotherapists.

---

## Methods

The study performed a qualitative content analysis based on the Grounded Theory (Strauss & Corbin, 2002), which is a method to develop a theory from systematically analyzed qualitative data. The analysis of data systematically enables the construction of a group of interrelated categories, by considering three procedures: open coding, which corresponds to the analytical process through which the concepts are identified and their properties and dimensions are discovered; axial coding, which corresponds to the process of linking categories to its subcategories in terms of their properties and dimensions, around the axis of one category; and selective coding, corresponding to the process to integrate and refine the built-up theory (Strauss & Corbin, 2002).

The current study derives from a previous research (Abarzúa, 2010), which explored the meanings associated with the diagnosis and treatment of the FESZ and their impact on the processes of identity conformation of ado-

lescent patients of a Chilean day hospital. The sample of the original study consisted of six adolescents and young people between 15 and 21 years (four men and two women), diagnosed with FESZ, in treatment in a day hospital for adolescents, in the public mental health system of Metropolitan Region, Chile. All the participants were recovering or in a social reintegration phase, in accordance with the clinical evaluation of the clinical team, a relevant criterion for clinical and ethical reasons. Their participation consisted of giving semi-structured in-depth interviews about the experiences associated with the diagnosis and treatment process of FESZ, and included an informed consent procedure, ratified by a family member in the case of minors. Their family members and their psychotherapists were also interviewed. The interviews were tape recorded in order to facilitate transcribing and analyzing the data.

The day hospital where the original study was carried out offered an outpatient treatment program for 14 adolescents who attended the public health system, between 14 and 19 years at the time of admission, referred from other public mental health centers. The adolescents had participated in diagnostic confirmation processes in those centers, so the diagnosis of FESZ was already confirmed at the time of admission to the day hospital. The therapeutic program was conducted by a multidisciplinary team, whose clinical guidelines were based on inputs from community psychiatry and psychoanalysis. One of the core activities of the treatment program was individual psychotherapy, an aspect that was a hallmark compared to other institutions working with people with severe psychiatric disorders. In the day hospital studied, individual psychotherapy was conceived as a key therapeutic activity, as it favored and made possible the elaboration of a psychotic episode, promoting its inclusion in the representational field or, in other words, the historicizing of that life event (Artigas, Cortés, & Díaz, 2010).

The current study selected two cases that comprised in-depth interviews with: case A, the patient, his mother and his psychotherapist; case B, the patient and his psychotherapist (the same as in case A). The inclusion of patients, relatives and psychotherapists allowed to complement the perspectives on the phenomenon under study: while patients are the most qualified to take account of their subjective experience of such processes, close family members are participating observers that contribute to the understanding of their stories, and psychotherapists are key witnesses who can account for the resources and progress achieved by patients (Noiseux & Ricard, 2008).

The data from participants whose interviews are analyzed in this study are outlined below.

### Case A

Patient: Male, 17 years, Peruvian immigrant, student (doing credit by exams), lower-middle income, with psychiatric hospitalization previous to his treatment in the day

hospital where he received treatment for 1 year and 6 months. He was discharged from the day hospital five months before the interview, and was in outpatient treatment in another public health center.

Mother: 45 years, Peruvian immigrant, microentrepreneur, lower-middle income.

Psychotherapist: Female, 30 years, Chilean, high income, working from a psychoanalytic framework, six years of clinical experience, five of them with individuals with severe psychiatric disorders.

**Case B**

Patient: Male, 21 years, Chilean, unemployed, lower-middle income, with a psychiatric hospitalization previous to his treatment in the day hospital, where he had been receiving treatment for four years, with intermittent dropouts and re-admissions. Preparing for discharge.

Mother: 36 years, Chilean, saleswoman, lower-middle income. She declined to participate in the study, arguing scheduling difficulties. Due to the family structure it was not possible to include another family member in this case.

Psychotherapist: The same as in case A.

The analysis process applied, sequentially, the three procedures of the Grounded Theory (Strauss & Corbin, 2002): first, an open coding was carried out in parallel for both cases, from which emerged categories that were grouped hierarchically. Next, an axial coding for each case was carried out and, finally, a process of unique selective coding allowed contrasting the two cases. To ensure the quality of the results, the strategy of triangulation using multiple coders (Krause, 1995) was used. All the researchers (the three authors of this article) participated in the process of qualitative data analysis, to validate the identification and interpretation of the generated categories through intersubjective agreement.

Following is the analysis of the two cases examined. In order to enhance the contrast between the processes experienced in each case, we will directly present the results of the selective coding process. Schemes that synthesize these findings are organized around the central phenomena of *Appropriation of FESZ* and *Resistance to the appropriation of FESZ* (Figures 1 and 2, which correspond to case A and B, respectively). The schemes address the background (*Family context, Psychotherapeutic intervention in day hospital and Coping strategies*) and implications (*Biographical continuity, Life transformation integrated, Adequacy of requirements*).

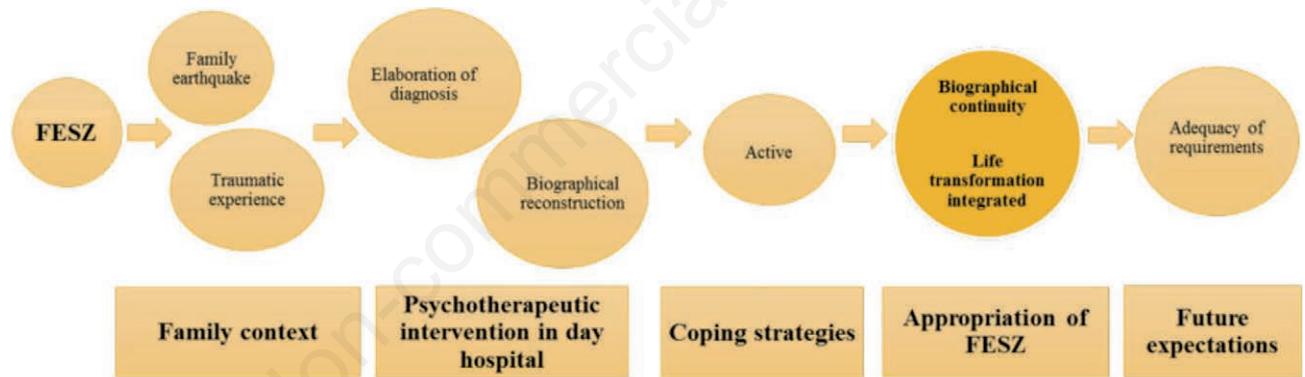


Figure 1. Appropriation of first-episode schizophrenia (case A).

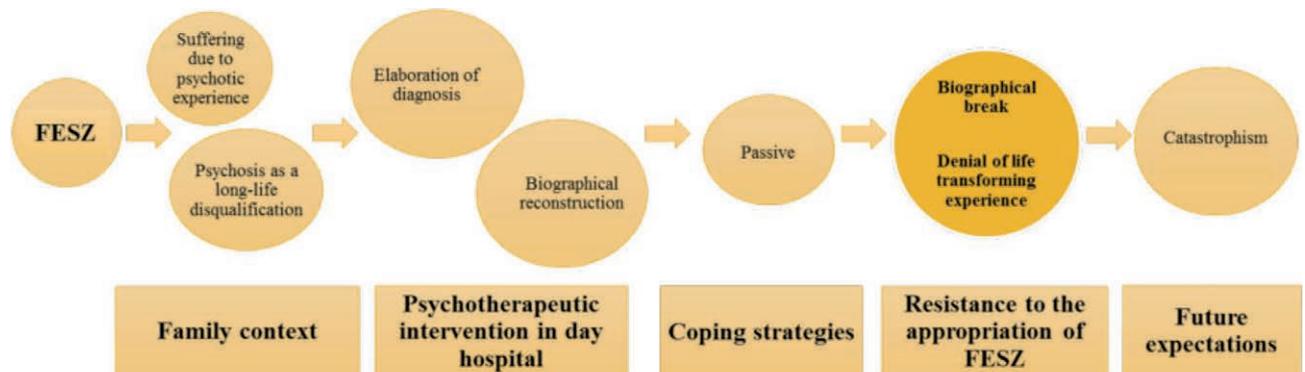


Figure 2. Resistance to the appropriation of first-episode schizophrenia (case B).

tions of the phenomenon (*Future expectations*) in each case, and they are accompanied by quotes from the interviews, which have been labeled as *P* when they come from the patient's interview, *M* when they come from the mother's interview and *T* when they come from the psychotherapist's interview. The quotes will favor a contextualized and plausible description of each of the elements of the case analysis.

## Results

### Case A

In the interviews of the case A, concepts appear that are linked to the *Family context* generated around the experience of FESZ, particularly related to the emotional climate experienced by the family, which was labeled as *Family earthquake* and *Transformation of the son as traumatic experience*:

*M: It was a shock, like an earthquake for the family, especially for me because I said he had so much, he was such a good student and suddenly everything changed completely and it began slowly, of course it was the disease, it was not his age, it was the disease.*

*M: A few months later schizophrenia presented itself and it was like traumatic, that is not a healthy child, he is a son I don't know, I didn't recognize his behavior, I said 'This is my son' and he started screaming like a madman, and he wanted to escape.*

*M: He was like so, so changed, then I saw a child who was si... I mean he was already sick, and he goes almost mad, and I said 'What do I do with my son now? How can I help him and what if I can't?', because I felt as if my hands were tied, How do I act?, because I'm not a psychologist, I am a mom.*

Within the process experienced in case A, it appears that the initial perception of the mother was that of a normal child with outstanding skills, not expressing a situation of mental disease. For the mother, the moment when the psychotic episode appears, this creates confusion and surprise (since it is faced as *a son I do not know*) and she initially fails to understand, because she cannot attribute the chaotic transformation experienced in the family to the changes that occur during adolescence. The mother reports that the situation *was like an earthquake*, which shows the high level of stress experienced by the family in response to FESZ, as well as the need to seek specialized professional help to cope with the traumatizing experience of the son's transformation.

Regarding the *Psychotherapeutic intervention in the day hospital*, there are concepts linked to the *Elaboration of diagnosis* and *Biographical reconstruction*:

*T: There is a name [the diagnosis] to be named and that can be named and it receives a place... and then you can work on it, depending on each patient and [family] system.*

*T: He [case A] was like more studious, he read, surfed the Internet and after that he came to the sessions to ask 'what is schizophrenia' and it was difficult, because he put so much importance on knowing.*

*T: So in that way you put together a story from the beginning, because they come for schizophrenia and afterwards you work on the diagnosis, on what happens to them, consciously... so yes, somehow, they have a journey at least for a few years of their lives. I think it also depends on how they elaborate it, but at least in everyone... there is always a question, an interest and a doubt.*

*T: I think we do work on it and we wonder, I believe that patients like him [case A] who has already done it and has already a whole story of what has happened to him... and now he is fine and he is leading his life normally.*

The selected fragments highlight certain aspects addressed by the psychotherapeutic intervention in the day hospital: a diagnosis that is named and elaborated according to the uniqueness of each case, incorporating, for instance, the patient's questions and his/her search for information. The story of the therapist shows that the ability to host these questions and interests favors the building of an account about the psychotic experience and, in case A, takes the form of a *story* that the patient has about himself and that holds the possibility of leading a *normal life*.

Around the phenomenon of subjective experience of FESZ, we have grouped three categories: *Coping strategies*, *Modalities of appropriation of FESZ* and *Future expectations*.

Regarding *Coping strategies*, we will outline two fragments of the patient's interview:

*P: First it was at school, there was a psychologist, I didn't feel well, once I left a class because I felt pressured, very anxious and I told the head of the course that I wanted to go to a psychologist because that wasn't normal. And I had already felt that for some time, for like two years, but it had never been that strong.*

*P: I used to read a lot of books, since I was a child I have read psychology books, some parts, I also once read, when I was older, like 11 or 12 years, a book my brother had brought called 'Enneagram' (...) and I read the whole book and I could identify more with the insane state and I don't know, I said, 'yes, this is me' and that was what was most linked to schizophrenia (...) and that is why I knew about schizophrenia.*

In the text of the interview, there are repeated mentions of a patient's active search for information, which started at an early age, even long before he presented symptoms associated with the psychotic episode, which shows his need to understand the discomfort that he experienced. In fact, it was the patient himself who initially sought professional help, performing as an active agent in the disorder and its treatment.

In the *Modalities of appropriation of FESZ*, case A shows an *Appropriation of FESZ*, which is expressed in a

*Subjective experience of biographical continuity and Experiences of life transformation integrated:*

*P: Already since I was young I believed I had schizophrenia, I don't know why, I had some dreams about the future, I don't know (...) and that I was going to have schizophrenia and I thought 'maybe I have schizophrenia' from a very young age, like from when I was 8...*

*P: Before they diagnosed me with schizophrenia I said: 'I'm crazy', and I would start to cry, until when I was 11, I said: 'I'm crazy, what am I going to do now?', but when I was older and they told me I had schizophrenia, I took it well....*

*P: Before I was diagnosed, like when I was 12, I don't know if I was happier, I don't know, but even though I had voices in my head, but I was and I also had suddenly moments of emptiness, it was ugly, but I think that feeling [the psychotic episode] was worse than a peritonitis operation (...).*

*P: No [it didn't change my life], but as I said before, when I was younger I was happier, even though I had those feelings of emptiness, I had more convictions about love, love for people and something changed about that.*

Within the process experienced by case A, the text shows the experiences before and after the FESZ: the adolescent realizes feelings of anxiety, linked to his difficulties to understand his own mental states in a period of his life, an element that enables a sort of prior awareness of the disease, even before diagnosis (*maybe I have schizophrenia*). By the time he was diagnosed, it seems to give him a sense of relief to be able to identify the diagnosis, which give him a sense of biographical continuity [*I took it well, (my life) did not (change)*]. However, the experience of the first episode also introduces certain vital transformations (*I was happier, something changed about that*), which, in this case, seem to fit into his autobiographical account, without compromising the subjective experience of continuity.

Finally, in relation to *Future expectations*, there is a story that highlights the *Adequacy of requirements*:

*M: I'm not going to demand anything from him, because if I demand anything from him he's going to feel uncomfortable and I have to control him, see how he feels in first place, because due to my anxiety to see my son as big, that I want him to study, to become a professional, no, but that, sure, slowly but surely, I understood it at that moment, with a lot more patience than before.*

*M: I have to teach him to be independent, that slowly but surely he will learn, that if he can't do one thing at a university, because maybe he can't, but a technical subject, and if he doesn't learn to do what I know how to do, making furniture, that he learns to drive, learns how to sell... my son likes doing business.*

Within the mother's current projections, the need becomes relevant to adapt her prior requirements and expecta-

tations about A, which were focused on higher education and becoming a professional. The anxiety that arises in her can be managed on the basis of patience, holding on to the expectation of a future independent life for her son, in any field of work he wants.

### Case B

In interviews of case B there are concepts related to the *Family context* generated around the experience of FESZ, particularly linked to the emotional climate experienced by the family, who were labeled as *Suffering due to psychotic experience* and *Psychosis as a long-life disqualification*:

*P: My mother, I wanted to cry every day, I wanted to cry, I don't know, everybody cried, my grandma, my mother, my sister, everybody.*

*T: For example with him [case B] it happened that, with his mother he came here, and he came with the diagnosis and she said that when they gave her the diagnosis she cried...there wasn't any history there... so it was really serious for the parents....*

*T: In fact I remember about him [case B] when he started to study, when we were looking at the subject school, I asked the parents to come separately, the mother separately from the father and I told the father 'all the parents have to support that they study' and he told me 'nobody told me that' [he could study] and this has happened with various parents, so it is as if the diagnosis of schizophrenia disables them forever.*

As we can see in case B, the family's emotional climate around the psychotic episode is full of suffering and hopelessness about the future of the son, so that even the therapist of the case affirms that, for the family, schizophrenia is a condition that *disables him forever*.

Regarding the *Psychotherapeutic intervention in the day hospital*, even though case B participates in a therapeutic process guided by the same guidelines as case A (that is, directed to favor the process of *Diagnosis elaboration* and *Biographical reconstruction*), the story of the therapist suggests some difficulties in the elaboration of the psychotic experience:

*T: For example he [case B] arrives and he like settles into schizophrenia, it happened to him, he was elaborating on the pain of the grandfather and the process of 'why me, why does this happen to me', and now he is in the opposition. For example, in the story workshop he told me something... they made a tragic story and it ended happily... and he said 'no, but sometimes you have to live through things that you didn't want to'.*

In the perspective of his psychotherapist, B is *settled into schizophrenia*, emphasizing a depressive emotion associated with that experience. We can hypothesize about the implications that the death of his grandfather had for B, an event that occurred very close to his discharge from psychiatric hospitalization. The impression is as if, for B, asking for elaboration had been twofold: mourning em-

bedded in the context of a profound life transformation, experienced with suffering.

Around the phenomenon of subjective experience of FESZ, as noted above, we grouped the following categories: *Coping strategies*, *Modalities of appropriation of FESZ* and *Future expectations*. We will elaborate on each of these categories for case B.

Regarding *Coping strategies*, we will outline two fragments. The second includes a brief interaction patient - interviewer, who will be labeled with the letter E, in order to promote an understanding of the context in which the story emerges:

P: *No, it's just that I don't know what this disease is... It's something that just came, but in the beginning we thought it was depression, they put it down as depression and really... Schizophrenia.*

P: *It depends on... what I... How did I react? When I got the disease? They told me I had schizophrenia...but I didn't know what schizophrenia was, I didn't know that disease...*

E: *So, and when they told you that that was the diagnosis, did they also explain what schizophrenia was?*

P: *No to me, to my mother.*

E: *And now, someone has explained some more what schizophrenia is?*

P: *Really, it being a disease that has to do with one intimacy, with one's difficulties...that is all I know.*

*Coping strategies* deal with the experience of a first psychotic episode and are essentially passive. Case B reports the feeling of not feeling part of the diagnostic process. In the interviews there is no mention of a search for information that come up from B's own questions, or the need to understand what was happening to him more actively.

Regarding the *Modalities of appropriation of FESZ*, case B illustrates the phenomenon of *Resistance to the appropriation*, resulting in a *Subjective experience of biographical break* and a *Denial of life-transforming experience*. Again, quotes include interactions patient - interviewer, to make the story intelligible:

E: *Do you think that your diagnosis and your treatment have somehow influenced the responsibilities you had in your family?*

P: *No, that was the same, although really I think that if I hadn't gotten ill, I would have finished school some time ago, but as I said all my friends finished school, so...*

E: *And you put that situation down to your disease....*

P: *When I remember school I get angry, I get angry and feel powerless, that is why I'm not motivated to continue.*

E: *If you compare yourself to how you were before you were diagnosed, how would you say you are now, do you see any changes?*

P: *No, none, in other words, the same, I play Nintendo, I watch TV.*

E: *And do you think that the word schizophrenia, the diagnosis of schizophrenia, do you think it says some-*

*thing about you as a person, does that word in some way reflect you?*

P: *No, it doesn't reflect me at all.*

E: *It doesn't reflect you at all...*

P: *No.*

In these quotes we can see the disconnection in the discourse of B in order to integrate the biographical events prior and following FESZ. A resistance to appropriate the psychotic experience can also be seen, both before and after the intervention, even pointing out that the word schizophrenia *doesn't reflect me at all*. Moreover, it is possible to notice the ambivalence in his speech, saying, on the one hand, that there is no change in his life after the FESZ, and on the other that everything would be different if that experience had not happened to him: *I think that if I hadn't gotten sick, I would have finished high school some time ago*. The psychotic experience represented a significant and painful vital transformation, which does not fully integrate into his biographical continuity.

Finally, in relation to *Future expectations*, the story emphasizes *Catastrophism*:

P: *Yes, but the difference is that I'm going to have to take these [medications] until I die... Yes, because I don't like the idea of having to take medications.*

E: *So, that is the most unpleasant change, if I understand you correctly...*

P: *Yes, because I think that when my son is mature, who is going to give me my medications, who is going to take care of me? Nobody, my father is going to be dead, my mother too, my sister, I suppose, is going to be married, and I don't want to have children but then who is going to give them to me, who is going to take care of me? Nobody.*

According to the elements of the family context regarding FESZ, the expectations that B can have reveal a fundamentally catastrophic perspective of the future, mainly of adult life, in the absence of a life project that will enable him to go forward. This vision of the future also places a lot of emphasis on the medication that he will need, and his concerns about the care he will need as an adult: *Who is going to take care of me? Nobody.*

## Discussion

The main results of the study argue that the phenomena of appropriation of FESZ (case A) and resistance to the appropriation of FESZ (case B), illustrate two opposite variants of the integration processes of psychotic experiences in the biographical weave. In order to deepen the scope of these results, we will briefly summarize the main aspects of each case.

In case A, the appropriation of FESZ favors a subjective experience of biographical continuity, by way of integrating the life transformation experiences. In this first case, there are three key elements that sustain the possibility of such an appropriation of the psychotic experience: the family's

emotional climate linked to the onset of psychosis in the life of the son characterized as a chaotic and destabilizing transformation; the psychotherapeutic intervention developed in the day hospital; and active coping strategies deployed by the adolescent. It is interesting to emphasize that the family's emotional climate which surrounds the psychotic experience, despite its traumatic character, mobilizes and favors an active search for specialized professional help, in order to face and establish an action plan to support the son's recovery process. Furthermore, the psychotherapeutic intervention succeeds in hosting the questions regarding the meanings associated with living with schizophrenia in this case, queries which largely preceded the time when the diagnosis was made, favoring its elaboration. At this point, there seems to be an encounter between the questions of the adolescent about his psychotic experience and a therapeutic space that welcomes and enables its development, fostering the work of an autobiographical reconstruction post FESZ.

The resistance to the appropriation of FESZ in case B, however, reveals the construction of a story that testifies to the subjective experience of a biographical break in a complex and paradoxical operation that, at the same time, acknowledges the psychotic experience, refuses it and fails to successfully integrate the vital transformation experiences. In this case, the family's emotional climate of suffering seems to be linked to a conception of schizophrenia as a long-life disabling condition. Moreover, although the psychotherapeutic intervention in the day hospital tries to encourage the integration processes of psychotic experience and biographical reconstruction post FESZ, case B seems to *settle into schizophrenia*, living the experience as a tragic and unwanted story against which depressive affectivity dominates. In line with this, case B accounts for passive coping strategies, which, although they might be related to the feeling of having been scarcely included in the diagnostic process, also seem to account for his resistance to incorporate the experiences of vital transformation associated with the onset of psychosis.

Another important matter in which both cases may be contrasted is related to the future expectations associated to these two variants of integration of psychotic experiences in the biographical weave. In this regard, case A projects a future in line with previous expectations by adapting the requirements, while in case B a hopeless and catastrophic prospect of the future predominates. Such results, in agreement with the findings of previous studies, suggest that the higher the integration of the psychotic experience in the biographical continuity, the more hopeful the future projections (McGlashan & Carpenter, 1981). But the question seems to be: if I incorporate the transformations associated with the psychotic experience into my life, what possible future can I anticipate? At this point, the family's and personal conceptions of a mental illness become highly relevant, particularly in relation to the pictured prospects of social reintegration: it is very

different if FESZ appears as an event that can be actively confronted, or an experience that predicts a bleak future. As suggested by the results of MacDougall, Vandermeer, and Norman (2015), negative perceptions of the implications of the psychotic illness for the future increases the likelihood of depression. In this regard, the appropriation of FESZ seems to rely on future prospects that preserve some possibility of performing prior potentialities and expectations, or at least adapting to them in a tolerable way for the adolescents and their environment. In line with the suggestions of Lysaker et al. (2013) and MacDougall et al. (2015), such findings highlight the relevance of developing interventions that encourage more hopeful future perspectives for individuals facing a first psychotic episode and their families.

---

## Conclusions

The work of an autobiographical reconstruction post-FESZ appears as an active quest to maintain some sense of identity and hope and a sense of agency (Lysaker et al., 2013). The results emphasize the importance of addressing such work in the psychotherapeutic intervention and suggest the need to continue investigating the elements that favor and hinder this process. Our study is not conclusive about the reasons of such divergent accounts from one case to another, considering that both adolescents received psychotherapeutic support that tried to encourage the elaboration of the psychotic experience, which was even conducted by the same psychotherapist.

With regard to the methodological aspects, and taking into account the complex and multi-determined nature of the experiences of treatment and recovery processes from FESZ, it is relevant to reconstruct them from the perspective of all relevant participants (patients, relatives and clinicians). Their stories not only allow accessing rich descriptions of the elements and mechanisms that favor or hinder recovery processes, but also continuing to work on the visibility of the therapeutic and social needs of individuals with schizophrenia.

Regarding the limitations of the study, the number of participants was reduced and one of the cases had to do without the story of the mother, an aspect that limited the analysis of case B. In this regard, it is desirable that future research could go more in-depth into the exploration of recovery processes of people who have experienced FESZ in terms of an autobiographical continuity, and into the role that psychotherapeutic interventions play in these processes.

---

## References

- Abarzúa, M. (2010). *Diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia: trayectorias de adolescentes*. Santiago: Universidad de Chile.
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., ..., Nordentoft, M. (2011). Predictors of recov-

- ery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 257-266. doi: 10.1016/j.schres.2010.10.013
- American Psychiatric Association (2006). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Comprehensive guidelines and guideline watches*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890423363.45859
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi: 10.1037/h0095655
- Artigas, C., Cortés, R., & Díaz, F. (2010). Hospital de Día: La producción de historia a partir del espacio institucional. *Revista Castalia*, 18, 25-32.
- Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and public health*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization.
- Braehler, C., & Schwannauer, M. (2011). Recovering an emerging self: Exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(1), 48-67. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02018.x
- Davidson, L., & Strauss, J.S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65(2), 131-145. doi: 10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x
- Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A., Bennett, M., Goldberg, R., Lehman, A., ..., Tenhula, W. (2011). The schizophrenia patient outcomes research team psychosocial treatment recommendations USA 2009. *International Clinical Psychopharmacology*, 26, e61-e62. doi: 10.1097/01.yic.0000405737.66704.2c
- Dixon, L., Perkins, D., & Calmes, C. (2009). *Guideline Watch (September 2009): Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia: Introduction*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890423929
- Flanagan, E.H., Davidson, L., & Strauss, J.S. (2010). The need for patient-subjective data in the DSM and the ICD. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 73(4), 297-307. doi: 10.1521/psyc.2010.73.4.297
- Frese, F.J., Knight, E.L., & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 370-380. doi: 10.1093/schbul/sbn175
- Gaebel, W., Riesbeck, M., & Wobrock, T. (2011). Schizophrenia guidelines across the world: A selective review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 379-387. doi: 10.3109/09540261.2011.606801
- Gleeson, J., Larsen, T., & McGorry, P. (2003). Psychological treatment in pre- and early psychosis. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 229-245. doi: 10.1521/jaap.31.1.229.21933
- Harder, S. (2006). Self-image and outcome in first-episode psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(5), 285-296. doi: 10.1002/cpp.498
- Harder, S. (2007). The Danish National Schizophrenia project (DNS): Interpersonal self-image as predictor for outcome in first-episode psychosis (FEP). *European Psychiatry*, 22, S66. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.01.255
- Jenkins, J.H., & Carpenter-Song, E.A. (2008). Stigma despite recovery. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 381-409. doi: 10.1111/j.1548-1387.2008.00038.x
- Karow, A., Naber, D., Lambert, M., & Moritz, S. (2012). Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists. *European Psychiatry*, 27(6), 426-431. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.01.013
- Kennedy, J.L., Altar, C.A., Taylor, D.L., Degtiar, I., & Hornberger, J.C. (2014). The social and economic burden of treatment-resistant schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 29(2), 63-76. doi: 10.1097/yic.0b013e32836508e6
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279-293. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007078
- Koenig, M., Castillo, M.-C., Blanchet, A., & Bouleau, J.-H. (2011). Ce que nous apprennent les patients atteints de schizophrénie en rémission. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 169(3), 179-183. doi: 10.1016/j.amp.2011.02.001
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Temas de Educación*, 7, 19-39.
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R.W., Dickerson, F.B., & Dixon, L.B. (2010). The schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 94-103. doi: 10.1093/schbul/sbp130
- Kreyenbuhl, J., Slade, E.P., Medoff, D.R., Brown, C.H., Ehrenreich, B., Afful, J., ..., Dixon, L.B. (2011). Time to discontinuation of first- and second-generation antipsychotic medications in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 127-132. doi: 10.1016/j.schres.2011.04.028
- Kukla, M., Lysaker, P.H., & Roe, D. (2014). Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1363-1368. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.04.022
- Larsen, J.A. (2004). Finding meaning in first episode psychosis: Experience, agency, and the cultural repertoire. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(4), 447-471. doi: 10.1525/maq.2004.18.4.447
- Lehman, A.F., & Steinwachs, D.M. (1998). Translating research into practice: The schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1-10. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033302
- Lieberman, P.B. (1989). "Objective" methods and "subjective" experiences. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 267-275. doi: 10.1093/schbul/15.2.267
- Lysaker, P.H., Glynn, S.M., Wilkniss, S.M., & Silverstein, S.M. (2010). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological Services*, 7(2), 75-91. doi: 10.1037/a0019115
- Lysaker, P.H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 271-276. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.003
- Lysaker, P.H., Vohs, J., Hillis, J.D., Kukla, M., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(7), 785-793. doi: 10.1586/14737175.2013.811150
- MacDougall, A.G., Vandermeer, M.R.J., & Norman, R.M.G. (2015). Negative future self as a mediator in the relationship between insight and depression in psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 165(1), 66-69. doi: 10.1016/j.schres.2015.03.035

- McGlashan, T.H. (1987). Recovery style from mental illness and long-term outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(11), 681-685. doi: 10.1097/00005053-198711000-00006
- McGlashan, T.H., & Carpenter, W.T. (1981). Does attitude toward psychosis relate to outcome? *American Journal of Psychiatry*, 138(6), 797-801. doi: 10.1176/ajp.138.6.797
- McGorry, P., Killackey, E., & Yung, A. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal of Australia*, 187(7), 8-10.
- Ministry of Health (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Ministry of Health of Chile.
- Ministry of Health (2009). *Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio esquizofrenia*. Santiago: Ministry of Health of Chile.
- NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management*. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence.
- Noiseux, S., & Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1148-1162. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.008
- Penn, D.L., Waldheter, E.J., Perkins, D.O., Mueser, K.T., & Lieberman, J.A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research update. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220-2220. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2220
- Republic of Chile (2004). Ley N° 19966. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 3 de septiembre de 2004. Available from: <http://www.leychile.cl/N?i=229834&f=2004-09-03&p>
- Roe, D., & Lachman, M. (2005). The subjective experience of people with severe mental illness: a potentially crucial piece of the puzzle. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(4), 223-230.
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P.H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 133-138. doi: 10.1016/j.schres.2011.05.023
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2005). Clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 1-30. doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01516.x
- Salvatore, G., Lysaker, P.H., Gumley, A., Popolo, R., Mari, J., & Dimaggio, G. (2012). Out of illness experience: metacognition-oriented therapy for promoting self-awareness in individuals with psychosis. *American Journal of Psychotherapy*, 66(1), 85-106.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis. I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247-265. doi: 10.1080/107205301750433397
- Silverstein, S.M., & Bellack, A.S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1108-1124. doi: 10.1016/j.cpr.2008.03.004
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Strauss, J.S. (1989). Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry-II. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 179-187. doi: 10.1093/schbul/15.2.179
- Thompson, K.N., McGorry, P.D., & Harrigan, S.M. (2003). Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 62(1-2), 31-36. doi: 10.1016/s0920-9964(02)00428-0
- Thornhill, H., Clare, L., & May, R. (2004). Escape, enlightenment and endurance. *Anthropology & Medicine*, 11(2), 181-199. doi: 10.1080/13648470410001678677
- Weiden, P.J., Buckley, P.F., & Grody, M. (2007). Understanding and treating "first-episode" schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 481-510. doi: 10.1016/j.psc.2007.04.010
- Windell, D.L., Norman, R., Lal, S., & Malla, A. (2014). Subjective experiences of illness recovery in individuals treated for first-episode psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1069-1077. doi: 10.1007/s00127-014-1006-x
- Yip, K.-S. (2004). The importance of subjective psychotic experiences: Implications on psychiatric rehabilitation of people with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 48-54. doi: 10.2975/28.2004.48.54

## Psychotherapy from the perspective of Chilean patients with schizophrenia<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Esta sección de la tesis corresponde al artículo: Abarzúa, M., Silva, M., Navarro, D., & Krause, M. (2016). Psychotherapy from the perspective of Chilean patients with schizophrenia / Psicoterapia desde la perspectiva de pacientes chilenos con esquizofrenia. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 418–431. doi:10.1080/02109395.2016.1189204

**Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts<sup>5</sup>.**

---

<sup>5</sup> Esta sección de la tesis corresponde al artículo: Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., & Krause, M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1510–1522. doi:10.1002/jclp.22525

**“Having a place in the world”: psychotherapy, the therapeutic relationship, and recovery from an episode of schizophrenia<sup>6</sup>.**

---

<sup>6</sup> Esta sección de la tesis corresponde a: Abarzúa, M., Radiszcz, E., & Krause, M. (2018). *“Having a place in the world”: psychotherapy, the therapeutic relationship, and recovery from an episode of schizophrenia*. Manuscrito enviado para publicación.

## **“Having a place in the world”: psychotherapy, the therapeutic relationship, and recovery from an episode of schizophrenia**

Traditional models of schizophrenia have undergone major transformations over the last 40 years: nowadays, there is a growing consensus on the need to broaden the definition of recovery concept, beyond the reference to psychopathological criteria or social adaptation. Currently, recovery from an episode of schizophrenia is a possible goal and can be regarded as a psychological development process that enables a person to gain well-being and cope with his/her own life. Multiple authors have stressed the importance of psychological recovery after an episode of schizophrenia, a view that has redefined the place of psychotherapy within the comprehensive treatment of psychotic episodes. Furthermore, studies on psychotherapy with patients with schizophrenia have shown that the therapeutic alliance is a key factor for treatment adherence and recovery, leading to better therapeutic outcomes. Yet, research aimed at reconstructing the establishment and consolidation of the therapeutic relationship is scarce and does not specify what aspects of the relationship support this association. This article presents a multiple-case qualitative study, based on grounded theory, which examined the establishment and consolidation of the therapeutic relationship in the psychotherapy of people who had experienced an episode of schizophrenia from the perspective of both patients and therapists. The study is aimed at enriching our understanding of the particularities of the therapeutic relationship in these psychotherapies and discussing its contribution to patients' recovery process.

*Keywords:* schizophrenia; recovery from an episode of schizophrenia; psychotherapy; therapeutic relationship

## **Introduction**

### ***Recovering from an episode of schizophrenia: the contribution of psychotherapy***

The traditional psychopathological models of schizophrenia, historically focused on notions of deterioration and defect (Braehler & Schwannauer, 2011; Silverstein & Bellak, 2008), have undergone major transformations over the last four decades. Follow-up studies conducted in the 1970s and 80s (Harding, Zubin, & Strauss, 1987; Huber, Gross, Schuttler, Linz, & Clemens, 1980) challenged the view of an inescapably somber prognosis associated with a schizophrenia diagnosis. Later on, the critical period hypothesis (Birchwood, Todd, & Jackson, 1998) revealed that a shorter time of untreated psychosis was correlated with better prognosis, reducing the risk of relapse and long-term disability. These clinical research findings, together with the active work carried out by a variety of people with schizophrenia starting in the 1970s (Martin & Franck, 2014), have contributed to a substantial transformation of contemporary psychopathological models: currently, recovery from an episode of schizophrenia is a possible therapeutic goal (Hamm, Leonhardt, Ridenour, Lysaker, & Lysaker, 2018; Silverstein & Bellak, 2008).

Nowadays, there is growing scientific consensus regarding the need to broaden the traditional definition of recovery (Bourdeau, Lecomte, Lecardeur, & Lysaker, 2014). Beyond references to psychopathological remission (clinical criterion) or to the development of significant relationships and social roles (social criterion), recovery from an episode of schizophrenia can be regarded as a process of psychological development that is dynamic and highly subjective and enables a person to gain well-being and cope with his/her own life (Gray, 2006; Hamm et al., 2018; Martin, & Franck, 2014). The dimensions involved in the recovery process include accepting the disorder, being able to limit the internalization of stigma, rejecting the “mentally ill person” label, and recovering the power to decide and act (Martin & Franck, 2014). There is an ongoing controversy between the view that these are intensely individual

recovery trajectories that develop outside of mental health centers (Gray, 2006) and perspectives that validate the role of these institutions as tools capable of aiding recovery processes (Harding, Brown, May, & Hayward, 2007).

Some authors have established major differences between the notions of recovery and cure, with the latter view evoking disease metaphors and suggesting that the disorder can end or disappear, although episodes of schizophrenia do not appear to follow this course: it is possible to continue experiencing symptoms, new psychotic episodes, or other forms of mental stress (Gray, 2006; L'Autre Regard, 2014). These observations are in line with follow-up studies with schizophrenia patients that indicate that the subjective experience of recovery is more strongly linked with quality of life improvements than with the presence of clinically relevant symptoms (Albert et al., 2011; Kukla, Lysaker, & Roe, 2014).

In a similar vein, several authors have highlighted the importance of the psychological recovery process after an episode of schizophrenia, which appears to be specifically connected to the attainment of an understanding of one's psychotic experiences and the recovery of some degree of biographic continuity (Braehler & Schwannauer, 2011; Davidson & Strauss, 1992; May, 2004). The transformations of the psychopathological models of schizophrenia have inspired a wave of clinical reflection that led to the reassessment of psychotherapy as a component of the comprehensive treatment of psychotic episodes. In this context, psychotherapy is considered to be an intervention aimed at addressing the deep and complex psychological processes linked to recovery from an episode of schizophrenia; also, it is regarded as an attempt to understand the psychotic experience, attain some degree of biographical continuity, and develop a stable sense of self. Thus defined, psychotherapy focuses on the subjective dimension

of the recovery process (Gleeson, Larsen, & McGorry, 2003; Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire, & Lecomte, 2010).

***Psychotherapy with schizophrenia patients: particularities of the therapeutic relationship***

The link between the therapeutic alliance, the main construct used in the study of the therapeutic relationship, and outcomes has been consistently supported by psychotherapy research (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Studies on the therapeutic alliance in psychotherapy with schizophrenia patients have shown that this is a key factor for treatment adherence and recovery (Misdrahi, Petit, Blanc, Bayle, & Llorca, 2012) that leads to better therapeutic outcomes (Kvrgic, Cavelti, Beck, Rüschi, & Vauth, 2013). Even more so, the absence of a positive therapeutic relationship is connected with poorer therapeutic outcomes, that is, more symptomatic severity and worse quality of life (Penn et al., 2004).

Several studies have shown the difficulties that therapists must overcome to establish a positive therapeutic relationship with patients with schizophrenia, a challenge traditionally ascribed to the clinical manifestations of the disorder (Easter, Pollock, Pope, Wisdom, & Smith, 2015; Kvrgic et al., 2013) such as symptomatic severity (Johansen, Melle, Cabral Iversen, & Hestad, 2013), thought process alterations (Calvetti, Homan, & Vauth, 2016), and poor patient insight about his/her symptoms (Easter et al., 2015). More recently, authors have explored the negative impact of self-stigmatization and the positive effect of recovery orientation in therapists (Kvrgic et al., 2013).

Nevertheless, limited attention has been paid to the relational needs involved in the treatment of patients with schizophrenia (Penn et al., 2004). For Easter et al. (2015), the relational dimension of the alliance is crucial for the establishment of a positive relationship with people with schizophrenia. These authors highlight the value that patients attach to being able to

help plan their treatment, speak, and feel that they are sharing a common space with the therapist, from whose availability and flexibility they can benefit. For Fenton (2000), it is necessary for the therapist to become attuned to the patient's clinical requirements, a fundamental human need which has drawn limited research interest (Penn et al., 2004): studies aimed at clarifying how patients with schizophrenia define the therapeutic relationship and its link to recovery –especially those that reconstruct the establishment and consolidation of the therapeutic relationship– have been scarce and, despite highlighting the connection between the therapeutic relationship and outcomes, they do not explicitly identify which aspects of the relationship support this association. Therefore, it is relevant to examine the elements that facilitate or hinder the establishment of the therapeutic relationship in psychotherapy with people with schizophrenia (Kvrgic et al., 2013), an aim that underscores the need to study in more detail the therapeutic relationship from a qualitative perspective, an excellent way to identify mechanisms, facilitators, and obstacles for the recovery process, especially when we approach participants who have been neglected by research, as has happened with people with schizophrenia.

In this context, the article explores the establishment and consolidation of the therapeutic relationship in psychotherapies with people who have experienced an episode of schizophrenia, from the point of view of both patients and therapists. The study is aimed at enriching our understanding of the particularities of the therapeutic relationship in these psychotherapies and discussing its contribution to patients' recovery process.

## **Method**

A multiple-case design was used, which involved the systematic, intensive, and in-depth examination of several specific cases (Rodríguez, Gil, & García, 1999) while considering the subjective views of the participants: patients receiving psychotherapy due to an episode of

schizophrenia and their therapists. A qualitative approach was adopted in order to generate a description sensitive to the complexity of the phenomenon studied.

Within the context of a larger research project on psychotherapeutic success and failure, this study comprised 11 cases of psychotherapy conducted after an episode of psychosis (mostly schizophrenic), encompassing patients' and therapists' perspectives. All 22 participants voluntarily agreed to participate. Prior to the interviews, the participants signed an informed consent. The study was approved by the Ethics Committee of Pontificia Universidad Católica de Chile's School of Psychology. Participants' characteristics are detailed in Table 1.

Individual narrative interviews were conducted, which followed a common thematic script for patients and therapists. The script included open-ended questions about the description and evaluation of the process, motivations for attending therapy, significant interventions and moments, the therapeutic relationship, therapy termination, perceived changes, and meanings attributed to the episode and recovery from it. With respect to the therapeutic relationship, the interview explored the participants' perceptions throughout the therapy, their descriptions, the transformations of the relationship, and its influence on therapeutic change. The interviews were conducted in person by members of the research team, audio recorded, and transcribed for later analysis. In most cases (eight), the interviews were conducted while the therapy was still ongoing.

The data were analyzed qualitatively using an approach based on grounded theory (Corbin & Strauss, 2008). The analysis involved open coding followed by axial coding with ATLAS.ti 7. The open coding procedure consisted in the identification of emergent topics in each interview, which were used to generate a number of categories of relevant phenomena.

Following the first general descriptive analysis, interviews were reanalyzed to identify categories associated with the therapeutic relationship. These categories then underwent axial coding, which made it possible to group them around integrating phenomena (Corbin & Strauss, 2008). In order to guarantee the quality of the analyses performed, a triangulation strategy was used (Cornejo & Salas, 2011) that involved several researchers from the larger project.

## **Results**

The presentation of the results will reconstruct the process of establishment and consolidation of the therapeutic relationship from three moments: the initial conditions of the therapeutic encounter, the consolidation of the relationship ( "having a place in the world"), and the tensions within the same.

### ***The initial conditions of the therapeutic meeting encounter***

People arrive at initial encounters disturbed by events of high emotional impact, past and recent (among them, having received the diagnosis of a psychotic or schizophrenic episode). These are consultants who carry a considerable history of interventions in mental health, mainly psychological and psychiatric, as well as a life saturated with critical events, which pervade the initial encounter of the current therapy: "I find it hard to open up emotionally... because of childhood stuff" (P95, p. 30-32). This situation causes them to meet the therapist in a state of major distrust and vulnerability:

It's like I didn't trust this thing. I mean, I didn't have much faith, because it was so hard... I mean... I had sort of bleak expectations of the outcome... It was like, too complicated. Yes... it's hard even today, but it's nothing compared to two years ago (P78, p. 220-230).

When meeting the patient, the therapist is aware of this negative trajectory as well as of the personal and/or family problems that are often linked to help seeking behaviors, and therefore adopts a therapeutic attitude suited to the patient's state. Therapists display a “special concern” (T99, p. 64) for these patients and treat them differently (their accounts repeatedly establish a contrast with psychotherapy for neurotic patients). In order to do this, they must clear some hurdles when trying to gain access to the patient's subjective experience, for instance, the diagnostic categories that will determine the possibility of meeting the sensitive and scared subject behind the psychosis:

... the first thing I learn about the patients, for instance, is something like I have schizophrenia, I'm bipolar... I mean, my first contact has to do with the patients' existing ideas, they already have a diagnosis or some notions about themselves, and I obviously can't ignore that, I try to focus on the meanings that these existing ideas have for the patients... and from this starting point, well, it's like I listen first so I can... demythify or demolish the myths... because much of it is, I don't know, a myth, a learned thing... I mean, the first step is to listen, find out what the patient brings to the session (T89, p. 29-35).

At this point –aware of the patient's vulnerability and of the incipient state of the therapeutic relationship– the therapist knows that it is hard for the patient to trust him/her: “It's not easy to open up to the world when you are like this” (P100, p. 54). Therefore, the therapist strives to adopt an attitude of utmost respect for the patient's subjective world, conveying genuine interest in the topics that he/she brings to the therapy and trying to become attuned to them without judging the patient's experience. This makes it easier to establish an authentic conversation, open to the possibility of revealing certain personal experiences linked to the patient's subjective world (e.g. through humor):

... sometimes he jokes, but he's respectful and funny... yes. So that's helpful too... yes, I mean, it's not a serious thing, like... the session is also a playful thing... yes, and that makes it fun too... and sometimes we don't even talk about me, we discuss... we can talk about anything, the weather, I don't know, things that are happening in the country, that sort of thing... yes, and that's obviously when he starts like... finding a connection so we can talk about me, but it's not like I'm forced to talk about myself (P95, p. 482-496).

This genuine interest, which involves the patient in the relationship and connects him/her with the therapist, is supported by attitudes of availability, directivity (without authoritarianism), and flexibility regarding the therapeutic setting, all of which makes it easier to gradually build trust and openness toward the psychotherapeutic experience.

Another basic element that fosters the building of relational trust is what a patient labeled “true concern”:

... it's like I felt true concern from her end. For instance, she would email me asking how I was, whether I needed an additional appointment, stuff like that. I mean, I felt the relationship wasn't that cold... it wasn't friendship or anything, but I could see she was concerned... yes, it's like she was really interested, she wanted me to improve and get better... that also helped strengthen the relationship (P78, p. 336-338).

This leads to the consolidation of relational trust, a phenomenon regarded by all participants as a gradual process which, even when achieved, always retains problematic aspects because the therapist is someone with whom it is possible to discuss “topics that matter in one's life” (P100, p. 328). This particularity makes it necessary to respect the patient's rhythm when addressing problematic experiences or contents, which elicits the notion of “slow rhythm”: “It's like I didn't feel pressured to talk about stuff. It's like he didn't try to force things out of me... we move slowly”

(P78, p. 276). This special rhythm becomes more relevant when considering how difficult it is to address certain problematic contents, especially those related to traumatic events (p. e.g. sexual abuse, family violence, school bullying, political violence): "...it was really sad for me to talk about those things... I felt like I was being stabbed every time I did. So it was really hard at the beginning" (P78, p. 206-208).

Likewise, the therapist's validation of the patient's subjective experience becomes crucial in these cases; in contrast, his/her failure to do so constitutes a barrier to the building of trust that can result in relationship impasses. In the following case, the impasse is overcome without compromising the continuity of the therapeutic process:

[My therapist] didn't believe the story about the threat I told you earlier, and I always felt this thing inside, that they didn't believe me. So I learned to conceal this story and hid everything I felt so people wouldn't think I was obsessive or insane... In February 2015 I had a small crisis, and I insisted to my therapist that the persecution I experienced was real and not a hallucination of mine. Now we started a new stage and she confirmed my belief, she never challenged it directly (P89, p. 14-18).

***The consolidation of the therapeutic relationship: "having a place in the world"***

Once the therapeutic relationship becomes consolidated, patients describe it as intimate, sincere, and respectful; they regard it as something akin to friendship, where it is possible to receive a type of emotional support that is scarce in everyday social ties:

... we formed a sort of friendship and I see him, well, I see him as a therapist and a friend... so it's like I feel emotionally supported... being able to talk to somebody who pays attention is... it feels good because that doesn't really happen in our society, it's rare, I mean, even close friends do not share things that they tell to their psychologist or their psychiatrist (P95, p. 34-40).

For the patients, the therapeutic relationship constitutes a valuable source of support that, in contrast with other bonds (e.g. family and friends), can receive their most problematic, critical, and painful experiences: "... it's beneficial to discuss with someone the things you can't talk about with others" (P107, p. 474). This particularity is attributed to the therapist's training:

... the things I talk about in the sessions are things I can't discuss with other people... I mean, I don't know if I should call them my mad stuff, my dark ideas, because I'm rather dark, if I mentioned my dark ideas to people like my mum, she'd get scared, upset; I can't talk about my feelings with my friends, the things I feel due to my dark personality, the way I am, I can't talk about those things because they'd get frightened... and she says 'you can talk about that stuff with me and it's not gonna affect me', but I say to her 'you're a professional who studied how to deal with conversations like this' ... (P110, p. 140).

The space configured by the therapeutic relationship allows the patient to reassess his/her relationships with others; it is a bastion, a first chance to share experiences which will enable him/her to "open up" to parents and/or friends and thus achieve more intimacy and closeness with them:

It's like I didn't, I didn't, I really didn't want to [talk]. But as I started talking, it became easier and easier. And... I got to a point where I was able to share these things with people outside the session... So, after discussing this stuff with the psychologist many times... it was only then that I was able to talk about it with my family and my circles, my friends (p. 212-232).

Later on, this openness makes it possible for patients to share their experiences with others who have gone through similar situations, thus weakening the feeling that their life is strange; gradually, their existence stops feeling peculiar and idiosyncratic to them and becomes something that can be shared with others. One of the patients interviewed mentions the

consequences of having been able to share painful experiences of school bullying with relatives and friends:

I mean... opening up in that way made me think it wasn't something so unique, I used to say 'oh, that only happened to me and to nobody else'. And that wasn't the case, there was another world out there, other people who had gone through similar situations (P78, p.126-128).

This is how patients gradually manage to find their “place in the world” (T89, p. 134) and psychotherapy slowly becomes a source of “help for coping with life” (P78, p. 452) that provides company and support when dealing with various difficulties of everyday life (e.g. family, academic, work-related); in other words, it emerges as a place to express, analyze, and solve the numerous problems affecting patients. Or, as one interviewee puts it, therapy is “a very enriching complement that enabled me to progress toward recovery” (p. 109, p. 38). The latter reflection motivates a suggestion that the interviewee addresses to all psychotherapists working with people who have experienced a psychotic episode: “... consider the importance of the help you provide. You are actually solving the jigsaw of a person's life, and everything you do is very important. You're restoring whole lives, whole families” (P109, p. 593).

### ***Tensions within the therapeutic relationship***

As previously noted, the therapist attempts to adopt a position that validates the patient's subjective experience, which entails respecting his/her own expectations and the aims of the recovery process:

... I engage in a relationship with this other person... who has had certain life experiences... so there's clearly, I think, respect for their suffering... and for their vulnerability... I think this respect also has to do with understanding, understanding this functioning and not imposing one's desire for change, the wish to see the other person change... maybe paradoxically, you start

respecting that, it's like you respect that vulnerability, and the relationship becomes more relaxed (T94, p. 170-198).

One of the ideas conveyed by T94, “not imposing one's desire for change”, is interesting because the position of patients and therapists is indeed subjected to social contexts or conditions that seem to operate as demands on psychotherapeutic work: that the patient must go back to his/her studies, get a job, or essentially rejoin the normative life cycle:

Well, this is what worried me, I'm 43 years old and I'm still single, I haven't found a partner, I mean my last serious relationship ended in 2009, it was not a casual thing... but what I told [my therapist] is that, on the one hand... it's good to start over, but it's also bad, I mean, I'm already 43 and I'd like to have my own house, because I live with my mum and my brother, and I'd like to have a better salary, you know? Having a partner, I don't know, like I'd like to think about the future, have a normal life. So I'm worried about what people think about me... um... you're 43 and you're going back to college... and you don't have a partner, you're still single, you don't have a house... so all that... I mean all that criticism... so it's not easy. That's been the hardest thing for me... (P89, p. 61-65).

I think the same sensation I might have as a therapist, a sort of duality regarding what I want and what is possible... that's probably something they feel strongly too, it's also a social feeling, it's like ‘come on, let's go’, the feeling that you need to move forward (T94, p. 186).

From the patients' perspective, the main sources of tension within the therapeutic relationship are linked to the dependence-autonomy conflict. The new “place in the world” (e.g. return to studies or work) which supports major transformations of one's subjectivity, is also a place on which the patients depend and which they experience in various ways: one of them ascribes the need for a lengthy therapeutic process to the therapist's theoretical approach (“... she's a psychoanalyst, she

thinks I need to be with her for a long time, or my whole life, you know?" (P89, p. 129-131)). Others see their need for the therapeutic space in a positive light ("And it has been positive, I mean, I'm used to coming here... it's like I need it" (P95, p. 40-42)). With deeper emotional undertones, which range from anguish to powerlessness, another interviewee manifests his unease regarding the end of the therapeutic relationship: "... I'm not thinking about that [finishing the therapy] at the moment... I actually feel we started only recently... we haven't been together long, just a few sessions, I think that terminating it would be a pretty heavy blow" (P78, p. 444-450).

As for the patients who have already finished their psychotherapeutic process, their narratives clearly reflect nostalgia about the interplay that took place in the sessions:

... well, it's a shame that it's over because I wanted to keep talking to [the therapist], because I like being with her, I feel fine... when we talked I felt really good, it was a really great outlet for me. And I said hell, it's a pity that we're ending it, I know I'm fine... I'm feeling better, I'm in a great mood, excellent. But I'd rather not end the therapy, I said, because I miss her, I miss talking to her (P108, p. 549-551).

The need to terminate the therapeutic bond leads to certain specific therapist interventions, as the interviewees recall:

One time I sort of conveyed that to him, that in my view, because here at [mental health center] treatment can't be indefinite. When I suggested that to him, asked him whether he thought, maybe, that we could interrupt the process... I thought it could be a good time to terminate it, and I suggested that to him, I put him in that position and he was sort of reticent, he considered... when I suggested a kind of termination schedule he became a bit uneasy, I'd even say that this led

to some dysfunction, like he stopped working, which is something he'd been doing up to that point. The timings of these processes are complex, they're hard to calculate (TP95, p. 190-202).

... she once told me, and this convinced me that we had to finish the therapy, she told me: look, imagine I'm your mom and I breastfeed you, because you need milk... but then the baby is fat, all grown up, you know?, a strong baby and the poor mom is all scrawny, she doesn't have any milk left. I mean, she had already made an effort to give me all I needed, and I understood that... she's helped me a lot, a lot, really. But I thought she was right, I mean, there comes a time when... So it's actually quite sad, yes, but I think she's right, because these are steps you have to take to move forward (P109, p. 98-109).

Finally, P94 adopts a dissenting and more autonomous position:

... I feel a little disenchanted with therapies now... it's just that I've been in therapy for too long. And yes, at the time I said to [my therapist] that I didn't want to go on, that I felt people couldn't be in therapy for life... I mean, everyone has issues and we should learn to live with them (P94, p. 272-276).

## **Discussion**

The aim of this article was to explore the establishment and consolidation of the therapeutic relationship in psychotherapies with people who have experienced an episode of schizophrenia, from the subjective point of view of both patients and therapists. This was done to shed light on the specificities of the therapeutic relationship and its contribution to patients' recovery from a psychotic episode.

Based on the reconstruction performed in these psychotherapies, it is possible to highlight certain particularities of the establishment and consolidation of the therapeutic relationship. In

line with studies that highlight the impact of the trust issues affecting people who have experienced an episode of schizophrenia, the interviewees' narratives detail the difficulties that patients must deal with when establishing relational trust, which they ascribe to various critical events and to their history of mental health interventions. As suggested by Josias (2009), this condition impacts the time that it takes for the therapeutic relationship to become consolidated—a process that is always vulnerable if we consider that “it's hard even today, but it's nothing compared to two years ago” (P78)—and requires that the therapist pay special attention to the patient's need for distance, an attitude conveyed by his/her respect for the patient's rhythm when addressing contents, especially those linked to traumatic experiences.

The therapists attempt to become attuned to the patients' subjective worlds, displaying genuine interest in them and not judging the experiences that led them to receive therapy. The crucial relevance that respect and the validation of the patient's experience acquire makes it possible to reassess the intersubjective dimension of psychotherapy: to give meaning to my own experience, I need others (Marty, Franck, & Martin, 2014). Based on the results presented, which qualities of others foster said process? These are therapists who display “true concern” for the patient's recovery, and whose calm and empathetic interactions with them ground the psychotherapeutic process. This finding is consistent with Gray's (2006) observation that “...just being there in a kindly way is a valuable antidote to the profound isolation that people can experience in times of deep distress” (p. 194). This type of therapeutic presence fosters the consolidation of an intimate space where it is possible to share one's most problematic experiences, which cannot be discussed in other social settings (consider P110's reference to “dark ideas”). This appears to be one of the contributions of psychotherapy to the recovery process: far from aiming to suppress problematic contents, the therapy constitutes a space that

even the most negative dimensions of existence can inhabit. Or, as highlighted in one of the narrations compiled by Gray (2006):

One big thing I've learned is that you can actually feel good and bad at the same time. So whereas in the past I'd have been terrified of negative feelings and tried to push them away, now I try to make friends with my negative side and then I can function positively (p. 103).

Considering the intersubjective dimension of the therapy makes it possible to re-stress the fact that mental health care practices occur in the domain of relationships with others, a sphere that also encompasses issues related to dependence and power distribution (Bernal, 2017). Even though the therapist is in a position of power within the therapeutic relationship, he/she is also vulnerable due to his/her emotional availability toward the patient, which means that aspects of his/her own subjectivity are involved in the interaction (Bernal, 2017). This is reflected by the tensions that crisscross the therapeutic relationship and suggest that, since this is a relationship marked by issues of dependence and care, it is necessary to pay close attention to the negotiations and rearrangements of the power dynamics within it (Hamm et al., 2018), especially given that it is a source of support for a major reassessment of the patient's bonds with others.

Finally, another source of tension within the therapeutic relationship concerns the intrusion of certain social demands into the therapy, e.g. returning to education or work or rejoining the normative life cycle. For the therapists, as previously noted, the therapeutic relationship actualizes a conflict: to respect the patient's experience (which also involves respecting his/her therapeutic goals) or steer the therapy toward certain socially valued achievements. For the therapists, these internalized demands make it possible to reflect on stigmatization and self-stigmatization phenomena: when faced with the imperative of "living a

normal life” (P89), the other becomes threatening (“what people think about me... so it's not easy... That's been the hardest thing for me”). As a recovering patient notes, “it is difficult to root out the labels... after all, it is the others who put them” (L’Autre Regard, 2014, p. 10). This particularity reminds us that the therapeutic relationship is also sensitive to the weight of certain social demands that can be gradually addressed while the participants conduct therapeutic work in order to recover some sense of agency (Hamm et al., 2018), an aspect that is strongly highlighted by practices associated with the recovery movement.

**Declaration of interest statement**

The authors report no conflicts of interest.

## References

- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., ... Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, *125*(2-3), 257–266. doi:10.1016/j.schres.2010.10.013
- Bernal, F. (2017). *Cuidados en salud y psicoanálisis* [Health care and psychoanalysis] (Unpublished master's thesis). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry Supplements*, *172*(33), 53-59.
- Bourdeau, G., Lecomte, T., Lecardeur, L., & Lysaker, P. H. (2014). Premier épisode psychotique et rétablissement [First psychotic episode and recovery]. *Pratiques En Santé Mentale*, *60*(2), 41. doi:10.3917/psm.142.0041
- Braehler, C., & Schwannauer, M. (2011). Recovering an emerging self: Exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *85*(1), 48–67. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02018.x
- Cavelti, M., Homan, P., & Vauth, R. (2016). The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder: An exploratory study. *Psychiatry Research*, *239*, 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.070>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research (3rd ed.): Techniques and procedures for developing grounded theory*. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>
- Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación social cualitativa [Methodological rigor and quality: A challenge for social qualitative research]. *Psicoperspectivas*, *10*(2), 12–34. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol10-Issue2-fulltext-144>

- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, *65*(2), 131–145. doi:10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x
- Easter, A., Pollock, M., Pope, L. G., Wisdom, J. P., & Smith, T. E. (2015). Perspectives of treatment providers and clients with serious mental illness regarding effective therapeutic relationships. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *43*(3), 341–353. <https://doi.org/10.1007/s11414-015-9492-5>
- Fenton, W. S. (2000). Evolving Perspectives on Individual Psychotherapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *26*(1), 47–72. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033445
- Gleeson, J., Larsen, T., & McGorry, P. (2003). Psychological treatment in pre- and early psychosis. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *31*(1), 229–245. doi:10.1521/jaap.31.1.229.21933
- Gray, P. (2006). *The Madness of Our Lives: Experiences of mental breakdown and recovery*. London: Jessica Kingsley.
- Hamm, J. A., Leonhardt, B. L., Ridenour, J., Lysaker, J. T., & Lysaker, P. H. (2018). Phenomenological and recovery models of the subjective experience of psychosis: discrepancies and implications for treatment. *Psychosis*, *10*(4), 340–350. doi:10.1080/17522439.2018.1522540
- Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1987). Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial Fact or Artifact? *Schizophrenia Bulletin*, *38*(5), 477–486.
- Harding, E., Brown, E., May, R., & Hayward, M. (2007). Social inclusion and clinical psychology. *Mental Health and Social Inclusion*, *11*(2), 27–30. doi:10.1108/13666282200700017
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy Relationships That Work*, 25–69. doi:10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0002

- Huber, G., Gross, G., Schuttler, R., Linz, M., & Clemens, S. (1980). Longitudinal Studies of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6(4), 592–605.  
doi:10.1093/schbul/6.4.592
- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., & Hestad, K. (2013). Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1169–1176. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.016>
- Josias, M. A. (2009). *The Effectiveness of Psychodynamic Psychotherapy with Schizophrenic Psychoses: A Modified Systematic Literature Review* (Unpublished master's thesis). Auckland University of Technology, Auckland, New Zealand.
- Kukla, M., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2014). Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1363–1368. doi:10.1016/j.comppsy.2014.04.022
- Kvrjic, S., Cavelti, M., Beck, E.-M., Rüsch, N., & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1), 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.009>
- L'Autre Regard (2014). Sortie d'établissements, entrée en rétablissement [Leaving institutions, entering recovery]. *Pratiques en santé mentale*, 60(2), 9-13. doi:10.3917/psm.142.0009.
- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 271–276.  
doi:10.1016/j.schres.2010.03.003
- Martin, B., & Franck, N. (2014). Avant-propos [Preface]. *Pratiques en Santé Mentale*, 60(2), 2.  
doi:10.3917/psm.142.0002
- Marty, L., Franck, N., & Martin, B. (2014). Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologies psychiatriques sévères? [How to understand the recovery process from severe psychiatric disorders]. *Pratiques En Santé Mentale*, 60(2), 47.  
doi:10.3917/psm.142.0047

- May, R. (2004). Making sense of psychotic experiences and working towards recovery. En J. Gleeson & P. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis*. Chichester: Wiley.
- Misdrahi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F., & Llorca, P.-M. (2011). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(1), 49–54. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.598556>
- Penn, D. L., Mueser, K. T., Tarrrier, N., Gloege, A., Cather, C., Serrano, D., & Otto, M. W. (2004). Supportive therapy for schizophrenia: Possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 101–112. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007055>
- Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa [Methodology of qualitative research]*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1108–1124. doi:10.1016/j.cpr.2008.03.004

Table 1: Case Characterization

Case	Characterization of patient (P)								Characterization of therapist (P)				Characterization of the therapy		
	Sex	Age	Activity	SES	Diagnosis	Prior hospitalizations	Prior psychotherapeutic processes	Current reason for seeking help	Sex	Age	Years of professional experience	Theoretical orientation	Place	Number of sessions	Overall assessment
78	M	22	University student	High	Paranoid schizophrenia	0	1	Distress due to inauthentic interpersonal relationships	F	34	11	Psychoanalytic	Private office	35	Positive
89	M	43	Teacher, currently public servant	Mid-low	Paranoid schizophrenia	1	4	Psychotic episode that required hospitalization	F	39	15	Psychoanalytic	Private office	288	Positive
94	M	31	Public assistant	Mid	Paranoid schizophrenia	0	3	Career-related doubts, low	M	36	6	Cognitive interpersonal	Private clinic	19	Mixed

				high				self-esteem							
95	M	33	Accounting assistant in family business	Mid-high	Paranoid schizophrenia	1	1	Loss of impulse control episode	M	37	15	Psychanalytic	Private clinic	30	Positive
99	M	27	University student	Mid-high	Paranoid schizophrenia	2	1	Low self-esteem	M	36	6	Cognitive interpersonal	Private clinic	17	Positive
1000	F	22	Secondary school student	Mid-high	Schizoaffective disorder	2	0	Return to the school system	F	37	5	Systemic relational	Private clinic	12	Mixed
107	M	18	Secondary school student	Mid-high	Paranoid schizophrenia and cannabis abuse	1	0	Return to the school system, low self-esteem	M	36	6	Cognitive interpersonal	Private clinic	18	Positive

108	F	16	Secondary school student	M	Paranoid schizophrenia	0	0	Return to the school system	F	34	11	Psychoanalytic	Private clinic	20	Positive
109	M	46	University student	M	Paranoid schizophrenia	2	5	Return to education and work	F	37	10	Psychoanalytic	Psychiatric hospital	368	Positive
110	M	40	Non-occupational	M	Schizoaffective disorder	0	0	Poor response to pharmacological treatment	F	57	15	Psychoanalytic	Psychiatric hospital	35	Mixed
111	M	20	Food company worker	M	Paranoid schizophrenia	0	0	Working through of biographical transformation after first episode	F	36	10	Psychoanalytic	Psychiatric hospital	44	Positive

**Psychoanalyzing schizophrenia? Reflections on the gap between clinical practices and evidence-based recommendations<sup>7</sup>.**

---

<sup>7</sup> Esta sección de la tesis corresponde a: Abarzúa, M., Reyes, P., & Radiszcz, E. (2018). *Psychoanalyzing schizophrenia? Reflections on the gap between clinical practices and evidence-based recommendations*. Manuscrito enviado para publicación.

## **Psychoanalyzing schizophrenia? Reflections on the gap between clinical practices and evidence-based recommendations**

Within the context of the current debate on evidence-based treatments and the production of clinical guidelines, we examine the problem of the scientific community's dismissal and exclusion of psychoanalysis as a possible and acceptable treatment for schizophrenia. In order to do this, three relevant milestones are analyzed: a) the clinical contributions of Chestnut Lodge and the evidence regarding psychoanalytic therapy constructed there, b) the arguments laid out in the PORT Treatment Recommendations, and c) the points made in the Cochrane Review for dismissing and displaying no interest in research on psychoanalytic treatment for people with schizophrenia. It is concluded that the exclusion of psychoanalysis from these clinical recommendations does not derive from a valid and empirically-grounded determination of its inefficacy, resulting instead from a partial review of the available clinical evidence. In addition, a number of possibilities are suggested for constructing valid and relevant empirical evidence that can be used in a realistic assessment of this therapeutic model, based on methodologies that are theoretically consistent with psychoanalysis.

Keywords: schizophrenia; comprehensive treatment; evidence-based psychotherapy; psychoanalysis; Chile

### **Introduction**

Schizophrenia is a disorder that entails a heavy social burden and major suffering for patients (Knapp, Mangalore, & Simon, 2004). Interest in reducing associated social and subjective costs has encouraged the development of public policies and mental health programs aimed at providing comprehensive treatment for people with schizophrenia, with a focus on early intervention (Barbato, 1998), because such an approach reduces relapse and long-term disability risks (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser, & Lieberman, 2005).

Several clinical handbooks, ostensibly based on the best available knowledge, provide guidelines for treating this disorder (American Psychiatric Association [APA], 2006; National

Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2014; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, 2005). All of these publications mention the need to provide early, comprehensive treatment, which can comprise an assortment of interventions (pharmacological, psychosocial, and/or psychotherapeutic) depending on each patient's characteristics and specific clinical needs (Gleeson, Larsen, & McGorry, 2003). Despite the useful suggestions for routine clinical practice that these guidelines can evidently provide, the aspects that they emphasize in clinical interventions for people with schizophrenia still attract some controversy (Read, Bentall, & Fosse, 2009).

In this regard, the gap between clinical practice in naturalistic contexts and the recommendations of evidence-based guidelines is an issue that has received increasing scholarly attention (Pilling & Price, 2006; Ruggeri et al., 2008). On the whole, this problem has been tackled from two opposite perspectives: either by examining the barriers to the implementation of clinical guidelines (Berry & Haddock, 2008), a point of view that regards guidelines as standards to aim for, with research shedding light on contextual obstacles that must be modified for full implementation to be achieved; or by regarding the issue as a necessary adaptation of clinical interventions to the social and cultural contexts of people with schizophrenia (McGorry, Killackey, & Yung, 2007). The latter view is open to the generation of guidelines tailored to the situated contexts of each clinical team.

An aspect that has attracted insufficient attention from researchers studying this theory-practice gap concerns certain therapeutic practices that have been virtually excluded from evidence-based clinical guidelines. Specifically, influential statements of consensus by experts and systematic reviews of psychotherapy in the treatment of people with schizophrenia have

pointed out the lack of scientific evidence supporting the administration of psychoanalytic psychotherapy to these patients (Dixon et al., 2011; Lehman & Steinwachs, 1998; Lehman et al., 2004; Malmberg, Fenton, & Rathbone, 2012). In response to these views, several researchers have reassessed the contributions of psychoanalysis to the treatment of people with schizophrenia (Gottdiener & Haslam, 2002, 2003; Gottdiener, 2006; Silver & Larsen, 2003; Ver Eecke, 2003), calling for a critical review of recommendations to exclude psychoanalytic psychotherapy from schizophrenia treatment. In parallel, renowned researchers affiliated with other therapeutic approaches (Bachmann, Resch, & Mundt, 2003; Gleeson et al., 2003) have shown openness to the potential contributions of psychoanalytic psychotherapy to the treatment of people with schizophrenia. In addition, recent clinical studies have yielded findings that support the inclusion of psychodynamic psychotherapy in the treatment of schizophrenia patients (e. g. Harder, Køster, Valbak, & Rosenbaum, 2014; Rosenbaum et al., 2012).

Let us briefly discuss the latter two articles, produced within the context of the Danish Schizophrenia Project (DNS), a longitudinal multi-site study that compared protocolized individual supportive psychodynamic psychotherapy with standard treatment in patients with a first-episode schizophrenia spectrum disorder. In the former article, results at two years follow-up after inclusion revealed that the intervention group improved significantly with large effect sizes (symptoms were measured with the Positive and Negative Syndrome Scale and functional outcomes with the Global Assessment of Functioning scale). According to the authors, “this study speaks in favor of including supportive psychodynamic psychotherapy in the treatment for patients with schizophrenic first-episode psychoses” (Rosenbaum et al., 2012, p. 331).

Nevertheless, the DNS publication (Harder et al., 2014) showed that psychodynamic psychotherapy treatment did not have a significant impact at five years follow-up, a finding that

is consistent with other studies on psychosocial interventions aimed at people with schizophrenia. This finding was interpreted by the authors as proof that therapeutic interventions aimed at this population should be longer, ideally encompassing the whole critical period (the five years after schizophrenia is diagnosed).

The situation depicted by these two studies may seem dispiriting for the future of psychodynamic/psychoanalytic therapies geared toward people with schizophrenia. However, is that assessment fair? Given the lack of consensus about how to define the therapeutic aims of psychoanalysis, which is also true of the criteria used to evaluate its effectiveness (Cogan & Porcerelli, 2016), is it pertinent to measure its outcomes through symptom and overall functioning scales? Could it not be a consequence of the problematic situation of psychoanalysis in a time marked by the hegemony of evidence-based psychotherapies, when it has been virtually overwhelmed by the dominant discourses about how to assess psychotherapeutic efficacy? (Gray, 2002).

Whether it is pertinent to evaluate psychoanalysis outcomes with symptom scales is a question that becomes even more relevant when we consider follow-up studies with schizophrenia patients that show that self-perceived recovery is more strongly linked with quality of life (Albert et al., 2011; Kukla, Lysaker, & Roe, 2014) than psychopathological indicators. In this regard, if a decrease in clinically relevant symptoms does not necessarily appear to guarantee a reduction in suffering in people with schizophrenia, can it really be the best way to evaluate the efficacy of a psychoanalysis-based treatment?

In order to address this controversial issue, it is necessary to examine the reasons behind the problematic relationship between psychoanalysis for people with schizophrenia and certain ways of producing evidence about the effectiveness of psychotherapy. This aim will be pursued

through a critical review of certain milestones that illustrate the problematic relationship between psychoanalysis for schizophrenia patients and traditional clinical research. The first “case” to be examined is that of Chestnut Lodge, a paradigmatic example of the disconnect between the psychoanalytic approach to the treatment of people with schizophrenia and psychotherapy research. This section is followed by a discussion of the main evidence-based clinical recommendations that have contributed to the virtual exclusion of psychoanalysis from the treatment of people with schizophrenia. Finally, the implications of the disagreements between psychoanalysis and traditional clinical research will be addressed while suggesting ways of bridging the gap between both camps.

***Psychoanalysis for people with schizophrenia: Chestnut Lodge and its disagreements with psychotherapy research***

Chestnut Lodge was a psychiatric hospital founded in 1910 by psychiatrist Ernest Bullard in the city of Rockville, Maryland, United States. With a therapeutic program initially inspired by rest cures and labor therapy, the hospital shifted toward psychoanalysis in 1931, after the death of its first director (Silver, 1989). Leadership was then taken up by Dexter Bullard, Ernest's son, a psychiatrist undergoing analytic training at the time. Soon after, the history of Chestnut Lodge became almost inextricably connected to that of Frieda Fromm-Reichmann, a German psychoanalyst who joined the Lodge team in 1935 as its first director of psychotherapy (Silver, 2000).

Fromm-Reichmann challenged the Freudian view that narcissism in schizophrenia patients made them unfit for psychoanalytic treatment (Freud, 1999b): in her opinion, no patient was fully out of reach for psychotherapy, and any vestiges of early relationships made it possible to establish a bond with the analyst (Fromm-Reichmann, 1948). She also considered that classical

psychoanalysis was technically inadequate to understand and treat psychosis, a view that encouraged her to develop her own psychotherapeutic model: intensive psychotherapy (Fromm-Reichmann, 1958). During the “golden age” of Chestnut Lodge, a unique treatment experience was developed: adopting intensive psychotherapy as the cornerstone of their work, some 20 psychiatrists –mostly psychoanalysts or in psychoanalytic training– treated about 100 patients, a ratio that enabled them to conduct 4 to 5 sessions per week (Hornstein, 2001; McGlashan & Carpenter, 2007). The therapeutic program developed at Chestnut Lodge was also groundbreaking in other areas: dance and improvisational drama were established in the 1940s, decades before other psychiatric institutions (Hornstein, 2001). In addition, families living far away were provided with accommodation for them to stay in contact with relatives undergoing treatment (Kafka, 2011).

The Chestnut Lodge experience also pioneered follow-up studies (see McGlashan, 1984a, 1984b): 446 patients treated between 1950 and 1975 were evaluated, on average, 15 years after the end of their treatment. The results of these studies shocked Lodge clinicians: “two of every three schizophrenic patients treated at Chestnut Lodge were chronically ill or marginally functional at follow-up” (McGlashan, 1984b, p. 600). Silver, who attended the Lodge symposium in which McGlashan presented the first results of the study, remembers the shattering impact of his communication: “Dexter Sr. and Frieda embarked on a grand experiment. But the results are in; the experiment failed” (2000, p. 315).

The Chestnut Lodge follow-up study, frequently cited as an example of psychotherapeutic outcomes research, has received much criticism. For some of the psychoanalysts who worked at the Lodge (e.g. Silver, 2000), it does not wholly reflect the implications of the fact that the Lodge contributed to the recovery of those patients treated:

If one considers that we are dealing with a population of deeply psychotic individuals who had not improved with any other treatment and for whom hospitalization at Chestnut Lodge was the “last resort,” relatively positive outcomes in one-third of this population could be considered remarkable (Kafka, 2011, p. 37).

In addition, based on essentially methodological considerations, Bechgaard (2003) criticized several aspects of the study: first, it was not a follow-up study *stricto sensu* because it lacked clear baseline data available to all participants, which made it impossible to compare the patients' pre- and post-treatment condition. Second, there was no theoretical concordance between the aims of the psychotherapeutic intervention and the outcomes evaluated at follow-up: although the description of the study mentions that some outcome measures aligned with the psychoanalytic model were administered (McGlashan, 1984a), they were excluded from the published analyses. Lastly, the author criticized the lack of relevant data about the psychotherapies evaluated, which would have made the results easier to understand (e.g. duration of the psychotherapy, reasons for termination, clinical experience of the therapists, and information about the therapeutic alliance, among other elements). In this regard, Bechgaard (2003) concludes that, in terms of design and method, this was a study about the course of mental disorders in the field of biological psychiatry and that, given this context, it is not possible to draw conclusions about the outcomes of the psychotherapies conducted at the Lodge.

As pointed out in the introduction, the pertinence of evaluating the outcomes of psychoanalysis-based psychotherapies with symptom or overall functioning scales is highly questionable. Following Bechgaard's (2003) analysis of the Chestnut Lodge “case”, in order to attempt to draw accurate conclusions about the efficacy of psychoanalysis in people with schizophrenia, we would need better alignment between the conceptual frameworks that oriented the intervention and the methods used to gauge its effectiveness, as well as a reflection about the contextual settings where this experience took place.

*Psychoanalyzing schizophrenia? The case of the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT)*

Psychodynamic and psychoanalytic psychotherapies eventually fell into disrepute in the age of systematic reviews of evidence-based treatments (Gottdiener, 2006; Harder et al., 2014). The first publication of the results obtained by the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) (Lehman & Steinwachs, 1998) was a landmark event in the process whereby psychoanalysis was discredited as a valid psychotherapeutic approach for patients with schizophrenia. One of its controversial recommendations (number 22) reads:

Individual and group psychotherapies adhering to a psychodynamic model (defined as therapies that use interpretation of unconscious material and focus on transference and regression) should not be used in the treatment of persons with schizophrenia.

*Rationale.* The scientific data on this issue are quite limited. However, there is no evidence in support of the superiority of psychoanalytic therapy to other forms of therapy, and there is a consensus that psychotherapy that promotes regression and psychotic transference can be harmful to persons with schizophrenia. This risk, combined with the high cost and lack of evidence of any benefit, argues strongly against the use of psychoanalytic therapy, even in combination with effective pharmacotherapy. (Review reference: Scott and Dixon 1995ft, p. 623; Level of evidence: C) (pp. 7-8).

Disapproving reactions to the first PORT publication emerged quickly. They even spurred the organization of a specific task force within the International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis [ISPS], which had published articles strongly critical of the methodology and results of the PORT review. In brief, their main objections were that:

(1) Recommendation number 22 was not based on a thorough review of the psychoanalytic literature; for instance, no meta-analysis of similar clinical studies was conducted (Gottdiener & Haslam, 2003).

(2) The decision to reject psychoanalysis relied on C-level evidence: recommendations mainly based on a small amount of empirical research and the opinions of expert clinicians, whose representativity of the mental health community is unclear (Ver Eecke, 2003).

(3) No evidence was presented to support the view that it was “risky” to administer psychoanalytic psychotherapy to people with schizophrenia (Gottdiener & Haslam, 2003). Also, curiously, psychoanalysis was required to provide evidence of its superiority over other psychotherapeutic approaches to the treatment of patients with schizophrenia: as noted by Ver Eecke (2003), in order to reject a therapeutic model, it should at least be necessary to have solid evidence demonstrating its inferiority compared to other approaches.

The next PORT publication (Lehman et al., 2004) acknowledged that this indication had drawn intense criticism, not only within the psychoanalytic community but also among clinicians worried about the risk of focusing the treatment of people with schizophrenia on biological interventions, neglecting the importance of understanding the patient and establishing a relationship with him/her. Even though recommendation no. 22 was eliminated and never again appeared as such, Lehman et al. (2004) maintain their judgement about psychoanalysis as an approach that has historically been used to treat persons with schizophrenia but that has “now been shown to be ineffective” (p. 206).

Reviews published by the PORT after 2004 (e.g. Dixon et al., 2011) include no explicit references to psychodynamic or psychoanalytic psychotherapies. That is, they neither repeat the content of recommendation no. 22, nor do they include new evidence modifying it and opening up the possibility of incorporating said psychotherapies to the treatment of schizophrenia.

### ***Psychoanalyzing schizophrenia? The case of the Cochrane Review***

The latest Cochrane Review of individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for

schizophrenia and other severe mental disorders examines the possible effects of these psychotherapies on the treatment of people with schizophrenia, either as a single treatment or as a complement to the usual treatment. In their presentation of the overall results of the review, the authors state that “There is no clear evidence of any positive effect of psychodynamic therapy and the possibility of adverse effects seems never to have been considered” (Malmberg et al., 2012, p. 2).

The studies included in the Cochrane Review were 4 randomized clinical trials (henceforth RCTs) that incorporated psychodynamic therapy in the intervention group (Gunderson et al., 1984; Karon & Vandenbos, 1981; May et al., 1981; Mintz, O’Brien, & Luborsky, 1976). The authors of the review identified no RCTs that included an intervention based on psychoanalytic therapy. After examining the designs and results of the 4 studies included, Malmberg et al. (2012) highlight their pioneering nature, although they criticize their effect size and the fact that no data were recorded regarding potential harm associated with participation in them. Their overall conclusion is that there is insufficient evidence for the positive effects of the psychoanalytic approach, rather than evidence demonstrating a lack of positive effects associated with such therapies.

Now, it would be questionable to state that there is not enough evidence for the positive effects of psychoanalysis in the treatment of people with schizophrenia. As pointed out by Gottdiener (2006) and Gottdiener and Haslam (2002, 2003), the inclusion criteria of Cochrane Reviews are extremely strict: only RCTs are considered, underestimating the value of solidly designed quasi-experimental studies with strong external validity and relevance for clinical practice. That is, they incorporate a small –and not necessarily representative– subset of the universe of available clinical studies. In addition, the first RCTs focused on psychodynamic

psychotherapy for schizophrenia patients were marred by major methodological weaknesses; therefore, their initially unfavorable findings with respect to this psychoanalytic approach cannot be said to be conclusive (Fenton, 2000).

Also, the virtual nonexistence of RCTs that include psychoanalytic therapy is relatively predictable given the epistemological distance between psychoanalysis and the methodological assumptions of such studies: control and measurement of pre-established variables; standardization of interventions; selection, randomization, and blinding of participants; and determination of statistical power and representativity.

## **Discussion**

Based on the review of the clinical recommendations issued by the PORT and Cochrane, it is possible to conclude that the exclusion of psychoanalysis from their guidelines for the psychotherapeutic treatment of people with schizophrenia is based on incipient and weak evidence, mainly composed of experts' opinions and pioneering RCTs. Afterwards, when researchers failed to identify new RCTs providing solid evidence of the effectiveness of psychoanalysis, the new versions of these guidelines shifted to exclusion by omission. In this regard, it is necessary to stress that the exclusion of psychoanalysis from said clinical recommendations is not based on a valid and empirically grounded determination of its inefficacy; rather, it results from a partial review of the available clinical evidence.

Systematic reviews of evidence-based treatments only incorporate data obtained from RCTs. As pointed out by McGorry (2012), the best evidence to inform clinical decision-making should come from all available sources and not only from RCTs, given that their implementation may be inviable in certain contexts. The more restricted the clinical evidence that can be taken into account, the more conservative evidence-based recommendations become, a situation that

entails the risk of impoverishing clinical practice. This situation, increasingly problematized by several clinicians and researchers, is starkly depicted by Gambrill (2014): as long as systematic reviews of evidence-based treatments only include RCTs and overlook the results of other clinical studies (and, especially, as long as this rationale remains naturalized and non-problematized), said reviews will help maintain what the author labels “avoidable ignorance”, an issue that, to a certain extent, violates the very principles of evidence-based practices.

On the whole, objections to the notion of a hierarchy of evidence –with RCTs at the top due to their controversial “gold standard” status– are organized around precise conceptual and methodological arguments. First, clinicians and researchers have challenged the privileged status of RCTs in psychotherapy research, stressing that sample selection and treatment protocolization criteria lead to studies of uncommon patient profiles and interventions that differ from those conducted in routine clinical settings, which limits the applicability of the results obtained (Budd & Hughes, 2009; Carey & Stiles, 2015; Laurent, 2008). In other words, as pointed out by Gray (2001), “we attend human beings, not conditions isolated from nature” (p. 5). In the same vein, it is necessary to bear in mind that clinical trials acquired their current level of relevance and pertinence within the context of pharmacological effectiveness research (Budd & Hughes, 2009); therefore, using them to assess psychotherapeutic efficacy would involve introducing (and accepting) the assumption that psychotherapy operates like a drug: in other words, that it operates via direct cause-effect mechanisms and in “specific” doses. This is a highly controversial point, since it runs counter to the experience of clinical practice in natural contexts, where change processes are not necessarily linear, nor do they depend exclusively on the therapist's actions or on the effects of the psychotherapy (Carey & Stiles, 2015).

In any case, adopting a psychoanalytic approach to the treatment of people with

schizophrenia does not entail acceptance of the health-disease curative model. In this regard, assuming that psychoanalysis operates in a way akin to the drug metaphor –as is assumed in RCTs of psychotherapy (Budd & Hughes, 2009)– would be a mistake. Rather, the psychoanalytic approach is aimed at working with an individual whose singularity is eclipsed by the experience of a mental disorder. This highlights the fact that, if psychoanalysis has an impact on a subject as a unique individual, outcomes research should not only focus on potential reductions in symptoms associated with protocolized and controlled treatments, especially when this decrease does not appear to necessarily guarantee a better quality of life for people with schizophrenia. In this regard, we agree with authors who advocate methodological pluralism in the assessment of the effectiveness of psychotherapeutic interventions (Budd & Hughes, 2009; Carey & Stiles, 2015; Gray, 2001; Laurent, 2008). Given the situation described, this element may be even more critical in the evaluation of interventions aimed at schizophrenia sufferers.

Nevertheless, we do not believe that the best response is to wholly shun PORT or Cochrane recommendations. Playing “devil's advocate” –a healthy exercise– we ask: what aspects of these recommendations could be relevant for assessing a psychoanalytic approach to the treatment of people with schizophrenia? The Cochrane Review defines psychoanalysis as a therapeutic method that elicits past emotional experiences in order to discover the conflicts and mechanisms that precede a patient's pathological mental state and provides suggestions for the psychotherapeutic process. The method employs free association, dream interpretation, and the interpretation of transference and resistance phenomena (Malmberg et al., 2012). This could be an excellent definition of classical psychoanalysis, aimed at treating neurotic patients. It is this version of psychoanalysis that was found to be non-beneficial and even potentially dangerous to people with schizophrenia, a risk envisaged early on by Freud (1999a, 1999b, 1999c; see also

Lacan, 1984). This realization highlights the need to introduce a type of psychoanalysis adapted to the particularities of people with schizophrenia, a goal repeatedly pursued over the generations by psychoanalysts who have worked with these patients. In this regard, it is relevant to remember not only the contributions of Chestnut Lodge (along with those of the Menninger Clinic (Wallerstein, 1989) and the Austen Riggs Center (Shapiro, 2009) in the United States), but also the theoretical and technical developments of post-Freudian psychoanalysts such as Klein (2009a, 2009b), Bion (1984, 2007), and Rosenfeld (1985) –among other authors of the English school– as well as the work conducted by Lacan (1966, 2004) and Mannoni (1979) in France. Both conceptual strands not only sought to develop individual psychotherapeutic treatments, but also inspired several novel institutional experiences: the treatment methods of London's Tavistock Clinic (Garland, 1998), Bonneuil's École Expérimentale (Caïtucoli, 2006; Vanier, 2004), La Clinique de La Borde (Oury, 2001, 2016), La Clinique de Saumery (de Villanova, 2014), Le Courtil (Stevens, 1995), and the inpatient treatment approach adopted at Auverbilliers (Rezki, 2012). Given this situation, and in order to avoid reproducing prior disagreements between clinical research and psychoanalytic psychotherapy for people with schizophrenia, how can the effectiveness of these experiences be evaluated in a pertinent manner?

According to Carey and Stiles (2015), valuable methodological choices are to be found in the convergence of evidence, the comparative analysis of research articles, realist evaluation, or Theory-Building Research (Stiles, 2009). Considering the situation examined in this article, realist evaluation seems especially interesting due to its goal of determining the mechanisms that, in specific clinical contexts, lead to certain therapeutic outcomes (Carey & Stiles, 2015). In this regard, a pertinent evaluation of psychotherapeutic efficacy would require reintroducing the notion that clinical practice takes place in situated contexts and that scientific evidence can only

be produced if said settings are taken into account, since they define specific intervention measures and the expected outcomes of their implementation. In consequence, rather than merely discussing psychotherapeutic efficacy, we suggest considering the notion of *contexts of psychotherapeutic efficacy*, which encompasses the situated effects of equally situated clinical interventions.

In a time when the dominance of a gold standard has cemented the view that there is only one way to evaluate psychotherapeutic outcomes and effects, we consider that discussing possible methods for studying psychotherapeutic efficacy could help prevent new biased judgments grounded on only a part of the available clinical evidence, a situation that has hurt the status of psychoanalytic psychotherapy aimed at people with schizophrenia.

### **Acknowledgments**

This work was supported by the National Commission for Scientific and Technological Research under Grant number 21120766.

### **Declaration of interest statement**

The authors report no conflict of interest.

### **References**

Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., ... Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 257–266. doi:10.1016/j.schres.2010.10.013

American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches (2006). *Practice Guideline*

*for the Treatment of Patients with Schizophrenia Second Edition.*

doi:10.1176/appi.books.9780890423363.45859

Bachmann, S., Resch, F., & Mundt, C. (2003). Psychological Treatments for Psychosis: History and Overview. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 155–176. doi:10.1521/jaap.31.1.155.21930

Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and public health*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization.

Bechgaard, B. (2003). Lessons in How to Ruin a Study in Psychotherapy Effectiveness: A Critical Review of the Follow-up Study from Chestnut Lodge. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 119–139. doi:10.1521/jaap.31.1.119.21936

Berry, K., & Haddock, G. (2008). The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: Barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(4), 419–436. doi:10.1348/147608308x329540

Bion, W. R. (1984) *Learning from experience*. London: Karnac Books.

Bion, W. R. (2007). *Second thoughts: Selected papers on psycho-analysis*. London: Karnac Books. (Original published in 1956).

Budd, R., & Hughes, I. (2009). The Dodo Bird Verdict—controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical psychology & psychotherapy*, 16(6), 510-522.

- Caïtucoli, D. (2006). Clinique des psychoses en institution, à l'éclairage de l'expérience de l'École expérimentale de Bonneuil. *Figures de la psychanalyse*, 14(2), 83-100.  
doi:10.3917/fp.014.0083.
- Carey, T. A., & Stiles, W. B. (2015). Some Problems with Randomized Controlled Trials and Some Viable Alternatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 87–95.  
doi:10.1002/cpp.1942
- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2016). *Psychoanalytic Treatment in Adults. A longitudinal study of change*. New York: Routledge.
- de Villanova, A. (2014). Une approche sensible du soin. *Chimères*, 3, 186-190.
- Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A., Bennett, M., Goldberg, R., Lehman, A., ... Tenhula, W. (2011). The schizophrenia patient outcomes research team psychosocial treatment recommendations USA 2009. *International Clinical Psychopharmacology*, 26, e61–e62.  
doi:10.1097/01.yic.0000405737.66704.2c
- Fenton, W. S. (2000). Evolving Perspectives on Individual Psychotherapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 47–72. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033445
- Freud, S. (1999a). Sobre la iniciación del tratamiento. In J. L. Etcheverry (Trans.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu (Original published in 1913).
- Freud, S. (1999b). 27° conferencia de introducción al psicoanálisis: La transferencia. In J. L. Etcheverry (Trans.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 392-407). Buenos Aires: Amorrortu (Original published in 1917).

- Freud, S. (1999c). Esquema del psicoanálisis. In J. L. Etcheverry (Trans.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 133-209). Buenos Aires: Amorrortu (Original published in 1940).
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. *Psychiatry*, *11*(3), 263–273.  
doi:10.1080/00332747.1948.11022688
- Fromm-Reichmann, F. (1958). *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Gambrill, E. (2014). Avoidable Ignorance and the Role of Cochrane and Campbell Reviews. *Research on Social Work Practice*, *25*(1), 147–163. doi:10.1177/1049731514533731
- Garland, C. (1998). Le travail à la clinique Tavistock. *Revue française de psychanalyse*, *62*(1), 243-248. doi:10.3917/rfp.g1998.62n1.0243.
- Gleeson, J., Larsen, T., & McGorry, P. (2003). Psychological treatment in pre- and early psychosis. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *31*(1), 229-245. doi:10.1521/jaap.31.1.229.21933
- Gottdiener, W. H. (2006). Individual psychodynamic psychotherapy of schizophrenia: Empirical evidence for the practicing clinician. *Psychoanalytic Psychology*, *23*(3), 583–589.  
doi:10.1037/0736-9735.23.3.583
- Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2002). The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. *Ethical Human Sciences and Services*, *4*(3), 1–25.
- Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2003). A Critique of the Methods and Conclusions in the Patient Outcome Research Team (PORT) Report on Psychological Treatments for

- Schizophrenia. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 191–208. doi:10.1521/jaap.31.1.191.21927
- Gray, S. H. (2002). Evidence-Based Psychotherapeutics. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 30(1), 3–16. doi:10.1521/jaap.30.1.3.21986
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of Psychotherapy in Schizophrenia: II. Comparative Outcome of Two Forms of Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10(4), 564–598. doi:10.1093/schbul/10.4.564
- Harder, S., Køster, A., Valbak, K., & Rosenbaum, B. (2014). Five-Year Follow-Up of Supportive Psychodynamic Psychotherapy in First-Episode Psychosis: Long-Term Outcome in Social Functioning. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(2), 155–168. doi:10.1521/psyc.2014.77.2.155
- Hornstein, G. (2001). *Salvar a una persona es salvar al mundo: la historia de Frieda Fromm-Reichmann, una mujer que desafió a su época*. Santiago: Andrés Bello. (Original published in 1951).
- Kafka, J. S. (2011). Chestnut Lodge and the Psychoanalytic Approach to Psychosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(1), 27–47. doi:10.1177/0003065111400906
- Karon, B. P., & VandenBos, G. R. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Klein, M. (2009a) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras completas*, vol. 3, México, D.F.: Paidós. (Original published in 1946).
- Klein, M. (2009b) Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico. *Obras completas*, vol. 3, México, D.F.: Paidós. (Original published in 1960).

- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279–293. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007078
- Kukla, M., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2014). Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1363–1368. doi:10.1016/j.comppsy.2014.04.022
- Lacan, J. (1966) D'une question preliminaire à tout traitement possible de la psychose. *Écrits*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1984). *Las psicosis, 1955-1956*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2004) *Le séminaire, livre X, L'angoisse*. Paris: Seuil.
- Laurent, E. (2008) *Lost in cognition. Psychanalyse et sciences cognitives*. Lormont: Éditions Cécile Defaut.
- Lehman, A. F., & Steinwachs, D. M. (1998). Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1–10. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033302
- Lehman, A. F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., Dixon, L. B., Goldberg, R., ... Steinwachs, D. M. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 193–217. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007071
- Malmberg, L., Fenton, M., & Rathbone, J. (2012). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD001360. doi:10.1002/14651858.cd001360
- Manonni, M. (1979) *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*, Paris: Seuil.

- May, P. R., Tuma, A. H., Dixon, W. J., Yale, C., Thiele, D. A., & Kraude W. H. (1981). Schizophrenia. A follow-up study of the results of five forms of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38(7), 776-84. doi:10.1001/archpsyc.1981.01780320056006
- McGlashan, T. H. (1984a). The Chestnut Lodge Follow-up Study I. Follow-up Methodology and Study Sample. *Archives of General Psychiatry*, 41(6), 573-585.  
doi:10.1001/archpsyc.1984.01790170047006
- McGlashan, T. H. (1984b). The Chestnut Lodge Follow-up Study II. Long-term Outcome of Schizophrenia and the Affective Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41(6), 586-601. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790170060007
- McGlashan, T. H., & Carpenter, W. T. (2007). Identifying Unmet Therapeutic Domains in Schizophrenia Patients: The Early Contributions of Wayne Fenton From Chestnut Lodge. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1086–1092. doi:10.1093/schbul/sbm082
- McGorry, P. (2012). At Issue: Cochrane, Early Intervention, and Mental Health Reform: Analysis, Paralysis, or Evidence-Informed Progress? *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 221–224. doi:10.1093/schbul/sbr185
- McGorry, P., Killackey, E., & Yung, A. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal of Australia*, 187(7), S8-S10.
- Mintz, J., O'Brien, C. P., & Luborsky, L. (1976). Predicting the outcome of psychotherapy for schizophrenics: relative contributions of patient, therapist, and treatment characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 33(10), 1183-6.  
doi:10.1001/archpsyc.1976.01770100045003

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. London: Author.
- Oury, J. (2001) *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Nîmes: Les éditions du Champ social.
- Oury, J. (2016) *La Psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde*. Paris: Éditions d'une.
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220–2220. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2220
- Pilling, S., & Price, K. (2006). Developing and implementing clinical guidelines: lessons from the NICE Schizophrenia Guideline. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15, 109-116 doi:10.1017/S1121189X00004309
- Read, J., Bentall, R., & Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(4), 299-310. doi:10.1017/S1121189X00000257
- Rezki, C. (2012) The sinthomatic invention, what is that?: a treatment at the psychiatric day hospital in Clos Bernard d'Aubervilliers. *Psychoanalytical Notebooks / The London Society of the New Lacanian School*, 9, 121-122.
- Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lindhardt, A., Lajer, M., ... Winther, G. (2012). Supportive Psychodynamic Psychotherapy versus Treatment as Usual for First-Episode Psychosis: Two-Year Outcome. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(4), 331–341. doi:10.1521/psyc.2012.75.4.331

- Rosenfeld, H. A. (1985). *Psychotic states: A psycho-analytical approach (Vol. 11)*. Londres: Karnac Books.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. (2005). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 1–30. doi:10.1111/j.1440-1614.2005.01516.x
- Ruggeri, M., Bacigalupi, M., Casacchia, M., Miceli, M., Morganti, C., Scavo, V., ... Semina, D. (2008). Care across all phases of schizophrenia and initiation of treatment: discrepancy between routine practice and evidence. The SIEP-DIRECT's Project. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 305-318 doi:10.1017/S1121189X00000117
- Shapiro, E. R. (2009). A View From Riggs: Treatment Resistance and Patient Authority—XII. Examined Living: A Psychodynamic Treatment System. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 37(4), 683–698. doi:10.1521/jaap.2009.37.4.683
- Silver, A.-L. S. (2000). The Current Relevance of Fromm-Reichmann's Works. *Psychiatry*, 63(4), 308–322. doi:10.1080/00332747.2000.11024923
- Silver, A.-L. S. (Ed.). (1989). *Psychoanalysis and psychosis*. Madison, CT: International Universities Press.
- Silver, A.-L. S., & Larsen, T. K. (2003). FRONTLINE—The Schizophrenic Person and the Benefits of the Psychotherapies—Seeking a PORT in the Storm. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 1–10. doi:10.1521/jaap.31.1.1.21937
- Stevens, A. (1995) Le Courtil: un choix. *Mental*, 6, 68-78

- Stiles, W. B. (2009). Logical Operations in Theory-Building Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5(3). doi:10.14713/pcsp.v5i3.973
- Vanier, A. (2004). Psychanalyse et antipsychiatrie. *Topique*, 88(3), 79-85.  
doi:10.3917/top.088.0079.
- Ver Eecke, W. (2003). The Role of Psychoanalytic Theory and Practice in Understanding and Treating Schizophrenia: A Rejoinder to the PORT Report's Condemnation of Psychoanalysis. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 11-29. doi:10.1521/jaap.31.1.11.21929
- Wallerstein, R. S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 195–205.  
doi:10.1037/0022-006x.57.2.195

## 5. Conclusiones y discusión

Los objetivos que esta tesis buscó responder pueden traducirse en las siguientes preguntas: ¿Qué significa la psicoterapia para las personas en tratamiento por un episodio de esquizofrenia? ¿En qué les apoya? ¿Qué significa la psicoterapia para sus terapeutas? ¿Hay convergencias o divergencias entre sus comprensiones? ¿Cómo dialoga la psicoterapia con otras intervenciones desarrolladas durante el tratamiento integral de un episodio de esquizofrenia?

Desde la perspectiva de los pacientes, como indicamos en el artículo seis, la psicoterapia se establece como una “ayuda para sobrellevar la vida” (P78, p. 452), que acompaña y apoya en el enfrentamiento de múltiples dificultades de la vida cotidiana (p. ej., familiares, académicas, laborales), constituyendo un espacio donde pueden expresar, analizar y resolver diversas situaciones problemáticas que los aquejan. En palabras de uno de los entrevistados, “un complemento muy enriquecedor que me permitía a mí avanzar hacia la mejoría” (p. 109, p. 38).

La figura de una vida que puede ser sobrellevada nos conduce a la discusión sobre las definiciones del concepto de recuperación de un episodio de esquizofrenia. Como indicamos, más allá de la remisión psicopatológica o el desarrollo de relaciones sociales significativas existiría una dimensión psicológica de la recuperación, específicamente vinculada con el logro de una comprensión de las experiencias psicóticas y una recuperación del sentido de continuidad autobiográfica (Braehler & Schwannauer, 2011; Davidson & Strauss, 1992; Lysaker et al., 2010). Los autores trabajados en el primer momento de la tesis (periodo de elaboración de los artículos uno, dos y tres) insisten en las conexiones entre recuperación psicológica y ciertas particularidades del relato autobiográfico: en lo fundamental, que restaure un sentido estable del yo. Hacia el final de los análisis, la tesis adopta una definición de recuperación de un episodio de esquizofrenia como

un proceso de desarrollo psicológico dinámico y altamente subjetivo, que permite a la persona ganar bienestar y arreglárselas con la propia vida (Gray, 2006; Hamm et al., 2018; Martin, & Franck, 2014), aun en presencia de síntomas, aceptando el trastorno, limitando el estigma internalizado y la fijación a la identidad de “enfermo mental”; a fin de recuperar el poder de decidir y de actuar.

Si ponemos en diálogo la noción de recuperación entendida como la restauración de un sentido o relato estable del yo con las puntualizaciones de Bourdieu (1989) sobre la ilusión biográfica, podríamos presuponer que la recuperación de un episodio de esquizofrenia se agota en una resignificación de la biografía. Los casos sugieren que se trataría, más bien, de poder elaborar, poner en palabras ciertas experiencias al interior de la relación terapéutica y apropiarse de ellas, de reconocerlas como parte de la propia vida (recordemos, p. ej., la “nueva etapa” de P89). La integración de la experiencia no coincide necesariamente con la reconstrucción de una continuidad biográfica, se trata más bien de que la experiencia ingrese al campo subjetivo, que no quede excluida de las posibilidades de enunciación y que, por muy “loca” que sea, pueda ingresar al campo de las palabras. Siguiendo a Das (1996), se produciría un diálogo entre el sufriente y el acompañante donde la experiencia vivida logra ser compartida, pierde su ajenidad y se vuelve inteligible. Estos hallazgos dialogan muy bien con las discusiones contemporáneas en torno a la definición de recuperación de un episodio de esquizofrenia: más que la remisión psicopatológica, lo que está en juego remite a cambios en la relación del sujeto con sus dificultades, con sus “síntomas” y con la sociedad. Sin dudas, no es lo mismo entender la recuperación como la reducción o desaparición de síntomas a cualquier precio, a plantear que se trataría de un cambio en la relación del sujeto consigo mismo y con los otros.

Por otra parte, los relatos muestran la importancia de la aceptación / apropiación del episodio psicótico, la que estaría fuertemente moldeada por el contexto social, tal como señalan los resultados de los artículos dos y cinco, fundamentalmente. Aquí cabe la reflexión, no abordada suficientemente en el estudio, respecto de las prácticas de exclusión social y estigmatización: ¿hemos avanzado lo suficiente, como sociedad, para actuar a favor de los procesos de recuperación de un episodio de esquizofrenia? En esta dirección, las luces preliminares que brinda el estudio sugieren que aún queda mucho por avanzar.

Del lado de los terapeutas, los resultados muestran la tensión entre una actitud de respeto irrestricto por el mundo subjetivo del paciente -validar su experiencia subjetiva e intentar sintonizar con ella, sin emitir juicios- que facilita el establecimiento de un diálogo auténtico, lo que implica respetar también sus propias expectativas y objetivos del proceso de recuperación; y una posición tensionada por ciertos contextos o condiciones sociales que parecen operar como exigencias al trabajo psicoterapéutico: que el paciente se reincorpore a los estudios, que trabaje o que retome -y se ajuste- al ciclo vital normativo.

Un aspecto relevante de los resultados está dado por la centralidad de la relación terapéutica, verdadera plataforma en la que se sostiene el proceso de recuperación, tal como queda desarrollado en los artículos cuatro y cinco. A este respecto, resultan relevantes los modelos conceptuales de los terapeutas -más que los enfoques tradicionales en psicoterapia, importa la orientación a la recuperación y a alentar expectativas más esperanzadoras para el paciente- y la apertura al trabajo con las familias, particularmente en casos de un primer episodio de esquizofrenia.

Como facilitadores de la relación terapéutica, pacientes y terapeutas destacan la calidez del vínculo, la cercanía, el carácter acogedor, la confianza, la preocupación real, la validación, el no

juzgar la experiencia del otro. Se trata de terapeutas “comprometidos”, que no temen involucrarse en la dimensión intersubjetiva del encuentro (recordar la referencia al diálogo genuino entre paciente y terapeuta), situación que atañe a la dinámica tr nsfero-contratransferencial, dimensión de la relación terapéutica que va más allá de la alianza. Los resultados muestran la relevancia de sentirse escuchado, incluido, en la medida que el terapeuta constituirá un representante del orden social que permite anclar el sufrimiento. La relación terapéutica es también una relación de cuidado, de dependencia, por lo tanto existe una distribución asimétrica del poder que debe ser considerada.

En términos metodológicos, el estudio refuerza el valor de la investigación cualitativa en psicoterapia: poner en diálogo diversas perspectivas sobre un mismo fenómeno constituye una excelente forma de identificar mecanismos, facilitadores y obstaculizadores de los procesos de recuperación, más aún cuando abordamos a participantes que han sido descuidados por la investigación, tal como ha ocurrido con las personas con esquizofrenia. Otra reflexión metodológica tiene relación con las consecuencias de ciertas formas hegemónicas de evaluar resultados psicoterapéuticos, los ensayos clínicos randomizados: parecemos no haber dimensionado cuánto restringen la generación de evidencia clínica (p. ej., nos permiten saber de la asociación entre alianza terapéutica y recuperación pero sin dar luz sobre los mecanismos, siempre situados, que la sostienen), constriñendo además a evaluaciones de resultados terapéuticos que no tienen, necesariamente, una relación epistemológica coherente con los supuestos teóricos de los modelos evaluados; tal como se ejemplificó con el caso del psicoanálisis y las psicoterapias basadas en la evidencia para el tratamiento de personas con esquizofrenia.

Se espera que la tesis brinde un aporte para la práctica de la psicoterapia con personas que han vivido un episodio psicótico, en atención a las actuales políticas públicas de tratamiento de la

esquizofrenia en Chile (GES). A ese respecto, y aunque las publicaciones compiladas no abordaron directamente este tema, el estudio también mostró que los espacios de terapia psicológica debiesen gozar de una adecuada permanencia, extensión y frecuencia, a fin de garantizar una continuidad de cuidados que favorezca la integración de la experiencia psicótica (ver Anexos 3, pp. 3-4).

Finalmente, respecto de las limitaciones del estudio y las proyecciones para futuras investigaciones, sería relevante ahondar en las contribuciones de los contextos y prácticas institucionales a los procesos de recuperación, en su dimensión de facilitadores u obstaculizadores. Por otra parte, profundizar en eventuales distinciones sobre la elaboración de la experiencia psicótica asociadas a la variable género. Por último, se torna necesario transferir los hallazgos del presente estudio a la formación de profesionales de la salud mental, a fin de contribuir a una práctica terapéutica aún incipiente en nuestro país.

## Referencias

- Abarzúa, M. (2010). *Diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia: trayectorias de adolescentes* (Tesis inédita de magíster). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Abarzúa, M. (2013). “Debo tener esquizofrenia tal vez”: experiencia subjetiva y construcción autobiográfica en un adolescente con primer episodio de esquizofrenia. *Revista de Psicología*, 22(2), 75-86. doi: 10.5354/0719-0581.2013.30855
- Abarzúa, M., Silva, M., Navarro, D., & Krause, M. (2016). Psychotherapy from the perspective of Chilean patients with schizophrenia /Psicoterapia desde la perspectiva de pacientes chilenos con esquizofrenia. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 418–431. doi:10.1080/02109395.2016.1189204
- Abarzúa, M., Venegas, F., & Hidalgo, X. (2016). Subjective experience of diagnosis and treatment in two adolescents with first-episode schizophrenia. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 19(1). doi:10.4081/ripppo.2016.189
- Alanen, Y. (2003). *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Madrid: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis. (Trabajo original publicado en 1997).
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., ... Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125(2-3), 257–266. doi:10.1016/j.schres.2010.10.013
- Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., & Krause, M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in

- several clinical contexts. *Journal of Clinical Psychology*, 73(11), 1510–1522.  
doi:10.1002/jclp.22525
- Alvarado, R. (2005). *Evaluación de una intervención comunitaria para la detección precoz y tratamiento oportuno de personas con primer episodio de psicosis*. (Proyectos I+D en Salud SA05I20059). Santiago: Comisión Nacional de Investigación Científica.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia Second Edition*.  
doi:10.1176/appi.books.9780890423363.45859
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.  
doi:10.1037/h0095655
- Aulagnier, P. (1991). Construir(se) un pasado. *Psicoanálisis*, 13(3), 441-497. (Trabajo original publicado en 1989).
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129–1139. doi:10.1037/0022-006x.70.5.1129
- Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and public health*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization.
- Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 15, 305-312.

- Benedetti, G. (1996). *La esquizofrenia en el espejo de la transferencia*. Buenos Aires: Edelp.  
(Trabajo original publicado en 1980).
- Bion, W. R. (1990). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1967).
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *The British Journal of Psychiatry Supplements*, 172(33), 53-59.
- Bleuler, E. (1960). *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé.  
(Trabajo original publicado en 1911).
- Boulanger, M., Dethier, M., Gendre, F., & Blairy, S. (2013). Identity in schizophrenia: A study of trait self-knowledge. *Psychiatry Research*, 209(3), 367–374.  
doi:10.1016/j.psychres.2013.04.002
- Bourdieu, P. (1989). La ilusión biográfica. *Historia y Fuente Oral*, 2, 27-33.
- Braehler, C., & Schwannauer, M. (2011). Recovering an emerging self: Exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(1), 48–67. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02018.x
- Caqueo-Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia. *Quality Of Life Research*, 15(4), 719-724. doi:10.1007/s11136-005-4629-2
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., & Fernández-Dávila, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con esquizofrenia de ascendencia étnica aymara en el norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 121–126.  
doi:10.1016/j.rpsm.2012.01.004

- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Morales, A. U., & Fernández Dávila, P. (2013). Typology of schizophrenic symptoms and quality of life in patients and their main caregivers in northern Chile. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(1), 93–100. doi:10.1177/0020764011423465
- Cavelti, M., Homan, P., & Vauth, R. (2016). The impact of thought disorder on therapeutic alliance and personal recovery in schizophrenia and schizoaffective disorder: An exploratory study. *Psychiatry Research, 239*, 92–98. doi:10.1016/j.psychres.2016.02.070
- Corin, E. (1998). The thickness of being: Intentional worlds, strategies of identity, and experience among schizophrenics. *Psychiatry, 61*(2), 133-146.
- Das, V. (1996). Language and Body: Transactions in the construction of pain. *Daedalus, 125*(1), p. 67-91
- Davidson, L., & Strauss, J. S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology, 65*(2), 131–145. doi:10.1111/j.2044-8341.1992.tb01693.x
- Davoine, F. (2012). The psychotherapy of psychosis and trauma: A relentless battle against objectification. *Psychoanalysis, Culture & Society, 17*(4), 339–347. doi:10.1057/pcs.2012.37
- Dixon, L., Dickerson, F., Bellack, A., Bennett, M., Goldberg, R., Lehman, A., ... Tenhula, W. (2011). The schizophrenia patient outcomes research team psychosocial treatment recommendations USA 2009. *International Clinical Psychopharmacology, 26*, e61–e62. doi:10.1097/01.yic.0000405737.66704.2c
- Dixon, L., Perkins, D., & Calmes, C. (Eds.). (2009). *Guideline Watch (September 2009): Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia: Introduction*. doi:10.1176/appi.books.9780890423929

- Duque, H. y Aristizabal, E. (2018). *La experiencia subjetiva en la esquizofrenia. Avances en la comprensión y la investigación*. Manuscrito no publicado, Departamento de Psicología Universidad del Norte, Colombia.
- Dyrud, J. E., & Holzman, P. S. (1973). The Psychotherapy of Schizophrenia: Does It Work? *American Journal of Psychiatry*, *130*, 670-673.
- Easter, A., Pollock, M., Pope, L. G., Wisdom, J. P., & Smith, T. E. (2015). Perspectives of Treatment Providers and Clients with Serious Mental Illness Regarding Effective Therapeutic Relationships. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *43*(3), 341–353. doi:10.1007/s11414-015-9492-5
- Estroff, S. E. (1989). Self, Identity, and Subjective Experiences of Schizophrenia: In Search of the Subject. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(2), 189–196. doi:10.1093/schbul/15.2.189
- Faber, G., Smid, H. G. O. M., Van Gool, A. R., Wiersma, D., & Van Den Bosch, R. J. (2012). The effects of guided discontinuation of antipsychotics on neurocognition in first onset psychosis. *European Psychiatry*, *27*(4), 275–280. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.02.003
- Federn, P. (1984). *La psicología del yo y las psicosis*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1952).
- Fenton, W. S. (2000). Evolving Perspectives on Individual Psychotherapy for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *26*(1), 47–72. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033445
- Flanagan, E. H., Davidson, L., & Strauss, J. S. (2010). The Need for Patient-Subjective Data in the DSM and the ICD. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *73*(4), 297–307. doi:10.1521/psyc.2010.73.4.297

- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 228–236. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810150028006>
- Frese, F. J., Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery From Schizophrenia: With Views of Psychiatrists, Psychologists, and Others Diagnosed With This Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 370–380. doi:10.1093/schbul/sbn175
- Freud, S. (1999). 27° conferencia de introducción al psicoanálisis: La transferencia. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 392-407). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (1999). Esquema del psicoanálisis. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 133-209). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1940).
- Freud, S. (1999). Sobre la iniciación del tratamiento. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1913).
- Fromm – Reichmann, F. (1958). *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Gaebel, W., & Pietzcker, A. (1987). Prospective Study of Course of Illness in Schizophrenia: Part II. Prediction of Outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 299–306. doi:10.1093/schbul/13.2.299
- Gaebel, W., Riesbeck, M., & Wobrock, T. (2011). Schizophrenia guidelines across the world: A selective review and comparison. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 379–387. doi:10.3109/09540261.2011.606801

- García, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1). doi:10.4321/s0211-57352008000100002
- Gleeson, J., Larsen, T., & McGorry, P. (2003). Psychological treatment in pre- and early psychosis. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 229-245. doi:10.1521/jaap.31.1.229.21933
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365–2373. doi:10.1017/s003329171500032x
- Gray, P. (2006). *The Madness of Our Lives: Experiences of mental breakdown and recovery*. London: Jessica Kingsley.
- Grinspoon, L., Ewalt, J.R., & Shader, R. (1968). Psychotherapy and pharmacotherapy in chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1645-1652.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of Psychotherapy in Schizophrenia: II. Comparative Outcome of Two Forms of Treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10(4), 564–598. doi:10.1093/schbul/10.4.564
- Gutiérrez-Maldonado, J., & Caqueo-Urizar, A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 16(5), 739–747. doi:10.1007/s11136-007-9173-9
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., & Ferrer-García, M. (2009). Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 44(5), 343-348. doi:10.1007/s00127-008-0451-9

- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., & Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *40*(11), 899-904. doi:10.1007/s00127-005-0963-5
- Hamm, J. A., Leonhardt, B. L., Ridenour, J., Lysaker, J. T., & Lysaker, P. H. (2018). Phenomenological and recovery models of the subjective experience of psychosis: discrepancies and implications for treatment. *Psychosis*, *10*(4), 340–350. doi:10.1080/17522439.2018.1522540
- Harder, S. (2006). Self-image and outcome in first-episode psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(5), 285–296. doi:10.1002/cpp.498
- Harder, S. (2007). The Danish National Schizophrenia project (DNS): Interpersonal self-image as predictor for outcome in first-episode psychosis (FEP). *European Psychiatry*, *22*, S66. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.01.255
- Harder, S. (2014, junio). *Metacognitive profile, attachment pattern and intersubjective process in psychotherapy of a person recovering from first episode schizophrenia*. Trabajo presentado en el 45th International Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Copenhagen, Dinamarca. Recuperado de [http://www.spr2014.com/docs/spr2014\\_boa.pdf](http://www.spr2014.com/docs/spr2014_boa.pdf)
- Harder, S., Koester, A., Valbak, K., & Rosenbaum, B. (2014). Five-Year Follow-Up of Supportive Psychodynamic Psychotherapy in First-Episode Psychosis: Long-Term Outcome in Social Functioning. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *77*(2), 155–168. doi:10.1521/psyc.2014.77.2.155
- Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1987). Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial Fact or Artifact? *Schizophrenia Bulletin*, *38*(5), 477–486.

- Harding, E., Brown, E., May, R., & Hayward, M. (2007). Social inclusion and clinical psychology. *Mental Health and Social Inclusion, 11*(2), 27–30. doi:10.1108/13666282200700017
- Hogarty, G. E. Goldberg, S.C.; & the Collaborative Study Group. (1973). Drug and Sociometry in the Aftercare of Schizophrenic Patients: One year relapse rates. *Archives of General Psychiatry, 28*(1), 54-64. doi:10.1001/archpsyc.1973.01750310038007
- Horowitz, R. (2002). Psychotherapy and Schizophrenia: The Mirror of Countertransference. *Clinical Social Work Journal, 30*(3), 235–244. doi:10.1023/a:1016041330728
- Horowitz, R. (2011). The Contours of Identity: Relational Dynamics in the Psychotherapy of Long-Term Mental Illness. *Clinical Social Work Journal, 40*(1), 95–105. doi:10.1007/s10615-011-0332-7
- Huber, G., Gross, G., Schuttler, R., Linz, M., & Clemens, S. (1980). Longitudinal Studies of Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin, 6*(4), 592–605. doi:10.1093/schbul/6.4.592
- Irarrázaval, L. (2013). Psychotherapeutic Implications of Self Disorders in Schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy, 67*(3), 277-292.
- Irarrázaval, L., & Sharim, D. (2014). Intersubjectivity in schizophrenia: life story analysis of three cases. *Frontiers in Psychology, 5*. doi:10.3389/fpsyg.2014.00100
- Jackson, H., McGorry, P., Ewards, J., Hulbert, C., Henry, L., Harrigan, S., ... Power, P. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four-year follow-up readmission data. *Psychological Medicine, 35*(09), 1295-1306. doi:10.1017/s0033291705004927
- Jenkins, J. H., & Carpenter-Song, E. A. (2008). Stigma Despite Recovery. *Medical Anthropology Quarterly, 22*(4), 381–409. doi:10.1111/j.1548-1387.2008.00038.x

- Johansen, R., Iversen, V. C., Melle, I., & Hestad, K. A. (2013). Therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Annals of General Psychiatry, 12*(1), 14. doi:10.1186/1744-859x-12-14
- Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A., & Irving, C. B. (2012). Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, CD008712. doi:10.1002/14651858.cd008712.pub2
- Karon, B. P., & Van den Bos, G. R. (1972). The consequences of psychotherapy for schizophrenic patients. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 9*(2), 111–119. doi:10.1037/h0086728
- Karow, A., Naber, D., Lambert, M., & Moritz, S. (2012). Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists. *European Psychiatry, 27*(6), 426–431. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.01.013
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal, 312*(7027), 345–349. doi:10.1136/bmj.312.7027.345
- Kennedy, J. L., Altar, C. A., Taylor, D. L., Degtiar, I., & Hornberger, J. C. (2014). The social and economic burden of treatment-resistant schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology, 29*(2), 63–76. doi:10.1097/yic.0b013e32836508e6
- Knapp, M., Mangalore, R., & Simon, J. (2004). The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 30*(2), 279–293. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007078
- Koenig, M., Castillo, M.-C., Blanchet, A., & Bouleau, J.-H. (2011). Ce que nous apprennent les patients atteints de schizophrénie en rémission. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, 169*(3), 179–183. doi:10.1016/j.amp.2011.02.001

- Kolkiewicz, L. A. (2013, noviembre). *Más allá de la desinstitucionalización geográfica: recovery como propuesta de trabajo para los servicios de salud mental*. Ponencia presentada en el Seminario de la Unidad de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública Salvador Allende, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Kraepelin, E. (2008). *La demencia precoz*. Buenos Aires: Polemos (Trabajo original publicado en 1919).
- Krause, M., & Altimir, C. (2016). Introduction: current developments in psychotherapy process research / Introducción: desarrollos actuales en la investigación del proceso psicoterapéutico. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 201–225. doi:10.1080/02109395.2016.1227574
- Krause, M., Abarzúa, M., Silva, M., Navarro González, D., & Altimir, C. (2016). Psychotherapie aus der Sicht von Klienten mit Schizophrenie [Psychotherapy from the perspective of clients with schizophrenia]. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 47(1), 63–76.
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., & Dixon, L. B. (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 94–103. doi:10.1093/schbul/sbp130
- Kreyenbuhl, J., Slade, E. P., Medoff, D. R., Brown, C. H., Ehrenreich, B., Afful, J., ... Dixon, L. B. (2011). Time to discontinuation of first- and second-generation antipsychotic medications in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 127–132. doi:10.1016/j.schres.2011.04.028
- Kukla, M., Lysaker, P. H., & Roe, D. (2014). Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1363–1368. doi:10.1016/j.comppsy.2014.04.022

- Kvrgic, S., Cavelti, M., Beck, E.-M., Rüsch, N., & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1), 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.009>
- Larsen, J. A. (2004). Finding Meaning in First Episode Psychosis: Experience, Agency, and the Cultural Repertoire. *Medical Anthropology Quarterly*, 18(4), 447–471. doi:10.1525/maq.2004.18.4.447
- Lehman, A. F., & Steinwachs, D. M. (1998). Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 1–10. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033302
- Lehman, A. F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., Dixon, L. B., Goldberg, R., ... Steinwachs, D. M. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 193–217. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007071
- Ley N° 19966. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 3 de septiembre de 2004. Recuperado de <http://www.leychile.cl/N?i=229834&f=2004-09-03&p>
- Lieberman, P. B. (1989). “Objective” Methods and “Subjective” Experiences. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 267–275. doi:10.1093/schbul/15.2.267
- Loubat, M. (2012). Evaluación del efecto de talleres orientados a padres cuyos hijos presentan primeros episodios psicóticos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(3), 151–157. doi:10.4067/s0717-92272012000300004
- Loubat, M., y Cuturrufo, N. (2007). Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(4), 269-277. doi:10.4067/s0717-92272007000400002

- Lysaker, P. H., Glynn, S. M., Wilkniss, S. M., & Silverstein, S. M. (2010). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological Services, 7*(2), 75–91. doi:10.1037/a0019115
- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia Research, 121*(1-3), 271–276. doi:10.1016/j.schres.2010.03.003
- Malmberg, L., Fenton, M., & Rathbone, J. (2012). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, CD001360. doi:10.1002/14651858.cd001360
- Markkula, N., Alvarado, R. y Minoletti, A. (2011). Adherence to guidelines and treatment compliance in the Chilean national program for first-episode schizophrenia. *Psychiatric Services, 62*(12), 1463-1469. doi:10.1176/appi.ps.001042011
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients. *Archives of General Psychiatry, 62*(9), 975. doi:10.1001/archpsyc.62.9.975
- Martin, B., & Franck, N. (2014). Avant-propos [Preface]. *Pratiques en Santé Mentale, 60*(2), 2. doi:10.3917/psm.142.0002
- May, P. R. A., & Tuma, A. H. (1964). The effect of Psychotherapy and Stelazine® on length of hospital stay, release rate and supplemental treatment of schizophrenic patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 139*(4), 362–369. doi:10.1097/00005053-196410000-00008

- May, R. (2004). Making sense of psychotic experiences and working towards recovery. En J. Gleeson & P. McGorry (Eds.), *Psychological interventions in early psychosis*. Chichester: Wiley.
- May, R., Hartley, J. & Knight, T. (2003). Making the personal political. *The Psychologist*, 16, 182–183.
- McGlashan, T. H. (1987). Recovery Style from Mental Illness and Long-Term Outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(11), 681–685. doi:10.1097/00005053-198711000-00006
- McGorry, P., Killackey, E. y Yung, A. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal of Australia*, 187(7), S8-S10.
- Messier, M., Finnerty, R., Botvin, C. S. & Grinspoon, L. (1969). A follow-up study of intensively treated chronic schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 125, 1123-1127.
- Ministerio de Salud. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud. (2006). *Evaluación de la implementación de la Guía Clínica GES para primer episodio de esquizofrenia (Informe final)*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud. (2009). *Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio esquizofrenia*. Santiago: Autor.
- Misdráhi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F., & Llorca, P.-M. (2011). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(1), 49–54. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.598556>
- Morrison, A. P. (2009). Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: Good for nothing or fit for purpose? *Psychosis*, 1(2), 103–112. doi:10.1080/17522430903026393

- Myers, N. L. (2010). Culture, stress and recovery from schizophrenia: Lessons from the field for global mental health. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34(3), 500-528. doi:10.1007/s11013-010-9186-7
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management*. Manchester: Author.
- Noiseux, S., & Ricard, N. (2008). Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: A grounded theory. *International Journal of Nursing Studies*, 45(8), 1148–1162. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.07.008
- Palma, C. (2007). *Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE* (Tesis inédita de doctorado). Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.
- Palmai, G., & Blackwell, B. (1966). The Burghölzli Centenary. *Medicine History*, 10(03), 257–265. doi:10.1017/s0025727300011121
- Penn, D. L., Mueser, K. T., Tarrier, N., Gloege, A., Cather, C., Serrano, D., & Otto, M. W. (2004). Supportive Therapy for Schizophrenia: Possible Mechanisms and Implications for Adjunctive Psychosocial Treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 101–112. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007055
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T. & Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis: A Research Update. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2220–2220. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2220
- Raffard, S., D'Argembeau, A., Lardi, C., Bayard, S., Boulenger, J.-P., & Van der Linden, M. (2010). Narrative identity in schizophrenia. *Consciousness and Cognition*, 19(1), 328–340. doi:10.1016/j.concog.2009.10.005

- Ramon, S., Healy, B., & Renouf, N. (2007). Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(2), 108–122. doi:10.1177/0020764006075018
- Roe, D. & Lachman, M. (2005). The subjective experience of people with severe mental illness: a potentially crucial piece of the puzzle. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42(4), 223-230.
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 133–138. doi:10.1016/j.schres.2011.05.023
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 5(2), 2–10. doi:10.1177/001100007500500202
- Rosenfeld, H. A. (2000). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé. (Trabajo original publicado en 1965).
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. (2005). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 1–30. doi:10.1111/j.1440-1614.2005.01516.x
- Saavedra, J. (2009). ¿Cómo acercarse a historias traumáticas en contextos de rehabilitación psicosocial? Un estudio de caso de un paciente de esquizofrenia paranoide. *Salud Colectiva*, 5(2), 225-235.
- Salvatore, G., Lysaker, P. H., Gumley, A., Popolo, R., Mari, J. & Dimaggio, G. (2012). Out of illness experience: metacognition-oriented therapy for promoting self-awareness in individuals with psychosis. *American Journal of Psychotherapy*, 66(1), 85-106.

- Sandhu, A., Ives, J., Birchwood, M., & Upthegrove, R. (2013). The subjective experience and phenomenology of depression following first episode psychosis: A qualitative study using photo-elicitation. *Journal of Affective Disorders, 149*(1-3), 166–174. doi:10.1016/j.jad.2013.01.018
- Searles, H. F. (1994). *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona: Gedisa (Trabajo original publicado en 1966).
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology, 14*(4), 247–265. doi:10.1080/107205301750433397
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1108–1124. doi:10.1016/j.cpr.2008.03.004
- Smith, J., McGorry, P. D., Shiers, D., Mahoney, J., Davis, E., Birchwood, M., ... Prior, C. (2002). UK/Australia Early Psychosis Declaration. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 69–106. doi:10.1034/j.1600-0447.106.s413.1\_123.x
- Stanton, A. H., Gunderson, J. G., Knapp, P. H., Frank, A. F., Vannicelli, M. L., Schnitzer, R., ... Rosenthal, R. (1984). Effects of Psychotherapy in Schizophrenia: I. Design and Implementation of a Controlled Study. *Schizophrenia Bulletin, 10*(4), 520–563. doi:10.1093/schbul/10.4.520
- Strauss, J. S. (1989). Subjective Experiences of Schizophrenia: Toward a New Dynamic Psychiatry-II. *Schizophrenia Bulletin, 15*(2), 179–187. doi:10.1093/schbul/15.2.179

- Strauss, J. S., Hafez, H., Lieberman, P. & Harding, C. M. (1985). The course of psychiatric disorder: III. Longitudinal principles. *The American Journal of Psychiatry*, 142(3), 289-296.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (2004). *National Consensus Conference on Mental Health Recovery and Mental Health Systems Transformation*, SAMHSA. Recuperada en Julio 29, 2014, del sitio Web: [http://www.samhsa.gov/pubs/mhc/MHC\\_recovery.htm](http://www.samhsa.gov/pubs/mhc/MHC_recovery.htm)
- Sullivan, H. S. (1956). *The collected Works*. New York: Norton.
- Talbott, J. A. (2007). Association Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in Cohorts of First-Episode Patients: A Systematic Review. *Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health*, 2007, 126–127. doi:10.1016/s0084-3970(08)70423-7
- Thompson, K. N., McGorry, P. D., & Harrigan, S. M. (2003). Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 62(1-2), 31–36. doi:10.1016/s0920-9964(02)00428-0
- Thornhill, H., Clare, L., & May, R. (2004). Escape, enlightenment and endurance. *Anthropology & Medicine*, 11(2), 181–199. doi:10.1080/13648470410001678677
- Vallina, O., Lemos, S., y Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 185-221.
- Waldheter, E. J., Penn, D. L., Perkins, D. O., Mueser, K. T., Owens, L. W., & Cook, E. (2008). The Graduated Recovery Intervention Program for First Episode Psychosis: Treatment Development and Preliminary Data. *Community Mental Health Journal*, 44(6), 443–455. doi:10.1007/s10597-008-9147-6

- Weiden, P. J., Buckley, P. F., & Grody, M. (2007). Understanding and treating “first-episode” schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 481–510. doi:10.1016/j.psc.2007.04.010
- Williams, C. (2008). Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 71(3), 246-256. doi:10.1521/psyc.
- Yip, K.-S. (2004). The importance of subjective psychotic experiences: Implications on psychiatric rehabilitation of people with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 48–54. doi:10.2975/28.2004.48.54

## **Anexos**

1. Consentimientos informados (participantes usuarios de instituciones de salud públicas y privadas / libre elección).
  
2. Guiones de entrevista.
  - a. Guion de entrevista a psicoterapeutas expertos en el tratamiento de personas con esquizofrenia (1° fase).
  - b. Guion de entrevista a pacientes.
  - c. Guion de entrevista a familiares.
  - d. Guion de entrevista a terapeutas,
  
3. Análisis de datos no presentados en las publicaciones (sección de informe final Fondecyt N° 1141179).



### INFORMATIVO PREVIO A CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Podrías ser invitado a participar en el estudio sobre “Experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.**

**El objetivo de este documento es informarte previamente a que tomes la decisión de participar en esta investigación.**

El propósito de este estudio es conocer la experiencia sobre la terapia psicológica, y las opiniones sobre los aspectos positivos y negativos de la terapia. Su intención es ayudar a mejorar los tratamientos psicológicos a partir de la experiencia y opinión de los pacientes.

¿Te gustaría recibir mayor información sobre el estudio?    Sí                     No

Si respondiste afirmativamente, la psicóloga Marianella Abarzúa, Investigadora de este estudio, tomará contacto contigo para entregarte información más detallada.

Por favor, marca la forma de contacto que prefieras:

Mail  \_\_\_\_\_

Teléfono casa  \_\_\_\_\_

Celular  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de quien recibe la información

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de quien entrega la información

\_\_\_\_\_  
Fecha



**CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO (participantes menores de 18 años)**

Has sido invitado a participar en un estudio sobre “Experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarte a tomar la decisión de participar en esta investigación.

**¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El propósito del presente estudio es conocer la experiencia que tuviste en tu terapia con psicólogo/a.

**¿En qué consiste tu participación y cuánto durará?**

Te pediremos que participes en una entrevista donde conversaremos sobre tu experiencia en la terapia con psicólogo/a (lo que experimentaste, lo que sentiste, lo que viviste), de una hora de duración aproximadamente. Luego, entrevistaremos a uno de tus padres y al psicólogo/a que te atendió, y ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

**¿Qué riesgos corres al participar?**

Ninguno.

**¿Qué beneficios puede tener tu participación?**

Aunque no tendrás un beneficio directo al participar de este estudio, los resultados que tengamos en la investigación podrán ayudar a desarrollar el conocimiento científico y a entregar un mejor apoyo a otros adolescentes que necesiten terapia psicológica. Además, participar de esta entrevista te ayudará a pensar sobre la experiencia que tuviste en tu terapia, en un espacio confidencial.

**¿Qué pasa con la información y datos que tú entregues?**

La conversación que tendremos sobre tu experiencia en la terapia será grabada en audio y será usada únicamente para el análisis de la investigación. Toda la información que nos entregues será estrictamente **confidencial**, lo que significa que ni tu nombre ni tu voz ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán jamás en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio. Ni tus padres ni tu terapeuta tendrán ninguna de las informaciones que tú nos entregues en la entrevista. Además, toda la información que obtengamos será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en las oficinas de la investigadora responsable, por el tiempo en que se desarrolle esta investigación (hasta diciembre de 2017), además de docencia especializada. Al firmar este documento, autorizas al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por tus profesionales tratantes en tu ficha clínica, la cual será tratada con los mismos compromisos de de confidencialidad que te hemos indicado.

**¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme después de participar?**

Tu participación en esta actividad es voluntaria. Tienes el derecho a abandonar el estudio sin dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ninguna consecuencia negativa para ti.

**CEI-SSM.NORTE**  
Organismo Asesor de la Dirección  
Servicio de Salud  
Metropolitano Norte

  
01 JUL 2015



**¿A quién puedo contactar para saber más de este estudio o si me surgen dudas?**

Si tienes cualquier pregunta acerca de esta investigación, puedes contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tienes alguna consulta o preocupación respecto a tus derechos como participante de este estudio, puedes contactar a Christian Berger, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER (O ME HA SIDO LEÍDA) ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT del (de la) Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma de la Directora del Instituto Psiquiátrico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT de la Directora del Instituto Psiquiátrico

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT de la Investigadora

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)

**CEI-SSM.NORTE**  
Organismo Asesor de la Dirección  
Servicio de Salud  
Metropolitano Norte

01 JUL 2015



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio sobre “Experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer tu experiencia en el tratamiento psicológico que llevaste a cabo hace un tiempo atrás.

### ¿En qué consiste mi participación y cuánto durará?

Te solicitaremos participar en una entrevista sobre tu experiencia en el proceso de psicoterapia, de una hora de duración aproximadamente. Se te solicitará responder también un cuestionario sobre tu bienestar psicológico, de media hora de duración aproximadamente. Luego, entrevistaremos a uno de tus padres y al psicólogo/a que te atendió, y ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

### ¿Qué riesgos corro al participar?

Ninguno.

### ¿Qué beneficios puede tener mi participación?

Aún cuando no obtendrás beneficios directos participando en este estudio, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia. Además, el participar de esta entrevista promueve una oportunidad para reflexionar sobre tu experiencia de terapia, en un espacio confidencial.

### ¿Qué pasa con la información y datos que entregue?

La entrevista será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. La información sobre tu psicoterapia será tratada **confidencialmente**, no será publicada en forma alguna que permita tu identificación y será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada, para este estudio. Ni tus padres ni tu terapeuta tendrán información alguna de lo que narres en la entrevista. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, por el tiempo en que se desarrolle esta investigación (hasta diciembre de 2017), además de docencia especializada. Por la firma del presente documento, autorizas al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por tus profesionales tratantes en su ficha clínica, la cual se tratará con los mismos estándares de confidencialidad señalados más arriba.

### ¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme después de participar?

Se te ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tienes derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación.

CEI-SSM.NORTE  
Organismo Asesor de la Dirección  
Servicio de Salud  
Metropolitano Norte

01 JUL 2015



**¿A quién puedo contactar para saber más de este estudio o si me surgen dudas?**

Si tienes cualquier pregunta acerca de esta investigación, puedes contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tienes alguna consulta o preocupación respecto a tus derechos como participante de este estudio, puedes contactar a Christian Berger, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER (O ME HA SIDO LEÍDA) ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT del (de la) Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Firma de la Directora del Instituto Psiquiátrico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT de la Directora del Instituto Psiquiátrico

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT de la Investigadora

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)

**CEI-SSM.NORTE**  
Organismo Asesor de la Dirección  
Servicio de Salud  
Metropolitano Norte

  
01 JUL 2015



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Familiares)

Ud. ha sido invitado/a a participar en un estudio sobre “Experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarle a tomar la decisión de autorizar la participación de su hijo/a y de usted en esta investigación.

#### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer la experiencia que su hijo/o tuvo en el tratamiento psicológico que llevó a cabo hace un tiempo atrás.

#### ¿En qué consiste su participación y cuánto durará?

A su hijo/o le pediremos responder un cuestionario sobre su bienestar psicológico, de media hora de duración aproximadamente. Luego, a usted y a su hijo/a les solicitaremos que participen, por separado, en una entrevista sobre sus experiencias en la terapia psicológica. Cada una de estas entrevistas tendrá una hora de duración aproximadamente. Luego, entrevistaremos también al psicólogo que trabajó con su hijo/o. Ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

#### ¿Qué riesgos corre usted o su hijo/o al participar?

Ninguno.

#### ¿Qué beneficios puede tener su participación?

Aunque ni usted ni su hijo/o tendrán un beneficio directo al participar de este estudio, los resultados que tengamos en la investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia con niños y adolescentes. Además, participar de esta entrevista ayudará a usted y a su hijo/o a pensar sobre la experiencia que tuvo en la terapia psicológica, en un espacio confidencial.

#### ¿Qué pasa con la información y datos que tú entregues?

Las entrevistas serán grabadas en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. Toda la información que nos entreguen será estrictamente **confidencial**, por lo que ningún dato de identificación suyo o de su hijo/o aparecerá jamás en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio. El terapeuta de su hijo/o no tendrá acceso a ninguna de las informaciones que nos entreguen en la entrevista. Además, toda la información que obtengamos será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, por el tiempo en que se desarrolle esta investigación (hasta diciembre de 2017), además de docencia especializada. Por la firma del presente documento, Ud. autoriza a su hijo/a a participar de este estudio, y autoriza al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por los profesionales tratantes de su hijo en su ficha clínica, la cual será tratada con los mismos estándares de confidencialidad señalados previamente.

CEI-SSM.NORTE  
Organismo Asesor de la Dirección  
Servicio de Salud  
Metropolitano Norte

01 JUL 2015



**¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme después de participar?**

Su participación en esta actividad, así como la de su hija/o, es voluntaria. Ambos tienen el derecho a abandonar el estudio sin dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para usted ni para su hija/o.

**¿A quién puedo contactar para saber más de este estudio o si me surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tiene alguna consulta o preocupación sobre sus derechos o los de su hija/o como participante de este estudio, puede contactar a Christian Berger, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER (O ME HA SIDO LEÍDA) ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Directora del Instituto Psiquiátrico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT de la Directora del Instituto Psiquiátrico

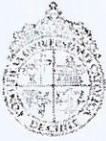
\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT de la Investigadora

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)

**CEI-SSM.NORTE**  
Organismo Asesor de la Dirección  
Servicio de Salud  
Metropolitano Norte  
01 JUL 2015



### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (terapeuta)

Usted ha sido invitado a participar en el estudio sobre “Experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

#### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer su experiencia como psicoterapeuta respecto al tratamiento psicológico llevado a cabo con sus pacientes, hace un tiempo atrás.

#### ¿En qué consiste su participación y cuánto durará?

A sus pacientes se les solicitará participar en una entrevista sobre su experiencia en el proceso de psicoterapia, de una hora de duración aproximadamente (lo mismo con los padres de sus pacientes, en el caso que éstos sean niños y/o adolescentes). Luego, usted también será entrevistado y ninguno de los participantes tendrá acceso a la información que otorgue el otro participante.

#### ¿Qué riesgos corre al participar?

Ninguno.

#### ¿Qué beneficios puede tener su participación?

Aún cuando no obtendrá beneficios directos participando en este estudio, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia. Además, el participar de esta entrevista promueve una oportunidad para reflexionar sobre su experiencia como psicoterapeuta, en un espacio confidencial.

#### ¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

La entrevista será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. La información sobre su experiencia como psicoterapeuta será tratada **confidencialmente**, no será publicada en forma alguna que permita su identificación y será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada, para este estudio. Sus pacientes (ni los padres de éstos, en caso de ser menores de edad) tendrán información alguna de lo que usted narre en su entrevista, tampoco usted tendrá acceso a la información que ellos brinden en sus entrevistas. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, por el tiempo en que se desarrolle esta investigación (hasta diciembre de 2017), además de docencia especializada.

#### ¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para usted.

CEI-SSM.NORTE  
Organismo Asesor de la Dirección  
Servicio de Salud  
Metropolitano Norte

01 JUL 2015



**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es mkrause@uc.cl. Si tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a Christian Berger, Secretario Ejecutivo del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comite.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comite.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Directora del Instituto Psiquiátrico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT de la Directora del Instituto Psiquiátrico

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y RUT de la Investigadora

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)

**CEI-SSM.NORTE**  
Organismo Asesor de la Dirección  
Servicio de Salud  
Metropolitano Norte  
01 JUL 2015



## CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Has sido invitado a participar en un estudio sobre “Experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarte a tomar la decisión de participar en esta investigación.

### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer la experiencia que tuviste en tu terapia con psicólogo/a.

### ¿En qué consiste tu participación y cuánto durará?

Te pediremos que participes en una entrevista sobre tu experiencia en la terapia con psicólogo/a (lo que experimentaste, lo que sentiste, lo que viviste), de una hora de duración aproximadamente. Luego, entrevistaremos a uno de tus padres y al psicólogo/a que te atendió, y ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

### ¿Qué riesgos corres al participar?

Ninguno.

### ¿Qué beneficios puede tener tu participación?

Aunque no tendrás un beneficio directo al participar de este estudio, los resultados que tengamos en la investigación podrán ayudar a desarrollar el conocimiento científico y a entregar un mejor apoyo a otros niños y adolescentes que necesiten terapia psicológica. Además, participar de esta entrevista te ayudará a pensar sobre la experiencia que tuviste en tu terapia, en un espacio confidencial.

### ¿Qué pasa con la información y datos que tú entregues?

La conversación que tendremos sobre tu experiencia en la terapia será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. Toda la información que nos entregues será estrictamente **confidencial**, lo que significa que ni tu nombre ni tu voz ni ningún dato de identificación tuyo aparecerán jamás en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio u otros estudios vinculados. Ni tus padres ni tu terapeuta tendrán ninguna de las informaciones que tú nos entregues en la entrevista. Además, toda la información que obtengamos será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en las oficinas de la investigadora responsable, por el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada. Al firmar este documento, autorizas al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por tus profesionales tratantes en tu ficha clínica, la cual será tratada con los mismos compromisos de de confidencialidad que te hemos indicado.

### ¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme después de participar?

Tu participación en esta actividad es voluntaria. Tienes el derecho a abandonar el estudio sin dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ninguna consecuencia negativa para ti.



**¿A quién puedo contactar para saber más de este estudio o si me surgen dudas?**

Si tú o tus padres tienen cualquier pregunta acerca de esta investigación, pueden contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tú o tus padres tienen alguna consulta o preocupación respecto a tus derechos como participante de este estudio, pueden contactar a María Rosa Lissi, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comité.etica.psicología@uc.cl](mailto:comité.etica.psicología@uc.cl), fono 2354-5883.

HE LEÍDO (O ME HAN LEÍDO) ESTA DECLARACIÓN DE ASENTIMIENTO INFORMADO, HE PODIDO HACER LAS PREGUNTAS QUE ME HAN SURGIDO SOBRE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ME HAN RESPONDIDO COMO YO NECESITABA, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Usted ha sido invitado a participar en el estudio sobre “Experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.**

**El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.**

### **¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El propósito del presente estudio es conocer su experiencia en el tratamiento psicológico que llevó a cabo hace un tiempo atrás.

### **¿En qué consiste su participación y cuánto durará?**

Le solicitaremos participar en una entrevista sobre su experiencia en el proceso de psicoterapia, de una hora de duración aproximadamente. Luego su psicoterapeuta será entrevistado, y ninguno de los dos tendrá acceso a la información que otorgue el otro participante.

### **¿Qué riesgos corre al participar?**

Ninguno.

### **¿Qué beneficios puede tener su participación?**

Aún cuando no obtendrá beneficios directos participando en este estudio, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia. Además, el participar de esta entrevista promueve una oportunidad para reflexionar sobre su experiencia de terapia, en un espacio confidencial.

### **¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?**

La entrevista será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. La información sobre su psicoterapia será tratada **confidencialmente**, no será publicada en forma alguna que permita su identificación y será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada, para éste u otros estudios vinculados. Su terapeuta no tendrá información alguna de lo que usted narre en la entrevista. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada. Por la firma del presente documento, Ud. autoriza al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por sus profesionales tratantes en su ficha clínica, la cual se tratará con los mismos estándares de confidencialidad señalados más arriba.

### **¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?**

Se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación.



**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a María Rosa Lissi, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comité.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comité.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_

Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_

Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_

Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Usted ha sido invitado a participar en el estudio sobre “Experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.**

**El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en esta investigación.**

### **¿Cuál es el propósito de esta investigación?**

El propósito del presente estudio es conocer la experiencia que su hija/o tuvo en su terapia psicológica y también como ustedes percibieron dicho proceso.

### **¿En qué consiste su participación y cuánto durará?**

A su hija/o y a usted les pediremos que participen, por separado, en una entrevista sobre sus experiencias en la terapia psicológica. Cada una de estas entrevistas tendrá una hora de duración aproximadamente. Luego, entrevistaremos también al psicólogo que trabajó con su hija/o. Ninguno de los tres podrá conocer la información que entreguen los otros participantes.

### **¿Qué riesgos corre usted o su hija/o al participar?**

Ninguno.

### **¿Qué beneficios puede tener su participación?**

Aunque ni usted ni su hija/o tendrán un beneficio directo al participar de este estudio, los resultados que tengamos en la investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia con niños y adolescentes. Además, participar de esta entrevista ayudará a usted y a su hija/o a pensar sobre la experiencia que tuvo en la terapia psicológica, en un espacio confidencial.

### **¿Qué pasa con la información y datos que entreguen?**

Las entrevistas serán grabadas en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. Toda la información que nos entreguen será estrictamente **confidencial**, por lo que ningún dato de identificación suyo o de su hija/o aparecerá jamás en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este estudio u otros estudios vinculados. El terapeuta de su hija/o no tendrá acceso a ninguna de las informaciones que nos entreguen en la entrevista. Además, toda la información que obtengamos será debidamente resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada. Por la firma del presente documento, Ud. autoriza al equipo de investigación para acceder a la información diagnóstica registrada por los profesionales tratantes de su hijo en su ficha clínica, la cual será tratada con los mismos estándares de confidencialidad señalados previamente.

### **¿Es obligación participar? ¿Puedo arrepentirme después de participar?**

Su participación en esta actividad, así como la de su hija/o, es voluntaria. Ambos tienen el derecho a abandonar el estudio sin dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para usted ni para su hija/o.



**¿A quién puedo contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tiene alguna consulta o preocupación sobre sus derechos o los de su hija/o como participante de este estudio, puede contactar a María Rosa Lissi, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comité.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comité.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE LEÍDO ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HE PODIDO HACER LAS PREGUNTAS QUE ME HAN SURGIDO SOBRE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y ME HAN RESPONDIDO COMO NECESITABA, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para el/la investigadora)



## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio sobre “experiencias con la psicoterapia”, a cargo de la investigadora Mariane Krause, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El objetivo de esta carta es ayudarlo a tomar la decisión de participar en la presente investigación.

### ¿Cuál es el propósito de esta investigación?

El propósito del presente estudio es conocer su experiencia como psicoterapeuta respecto al tratamiento psicológico llevado a cabo con sus pacientes, hace un tiempo atrás.

### ¿En qué consiste su participación y cuánto durará?

A sus pacientes se les solicitará participar en una entrevista sobre su experiencia en el proceso de psicoterapia, de una hora de duración aproximadamente (lo mismo con los padres de sus pacientes, en el caso que éstos sean menores de edad). Luego, usted también será entrevistado y ninguno de los participantes tendrá acceso a la información que otorgue el otro participante.

### ¿Qué riesgos corre al participar?

Ninguno.

### ¿Qué beneficios puede tener su participación?

Aún cuando no obtendrá beneficios directos participando en este estudio, los resultados obtenidos en esta investigación favorecerán el desarrollo del conocimiento científico y el diseño de estrategias para favorecer la psicoterapia. Además, el participar de esta entrevista promueve una oportunidad para reflexionar sobre su experiencia como psicoterapeuta, en un espacio confidencial.

### ¿Qué pasa con la información y datos que usted entregue?

La entrevista será grabada en audio, el que será usado únicamente para el análisis de la investigación. La información sobre su experiencia como psicoterapeuta será tratada **confidencialmente**, no será publicada en forma alguna que permita su identificación y será utilizada solamente con fines de investigación y de docencia especializada, para éste u otros estudios vinculados. Sus pacientes (ni los padres de éstos, en caso de ser menores de edad) tendrán información alguna de lo que usted narre en su entrevista, tampoco usted tendrá acceso a la información que ellos brinden en sus entrevistas. Asimismo, toda la información será debidamente almacenada y resguardada en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a cargo de la investigadora responsable, el tiempo que se estime necesario para el desarrollo de ésta y futuras investigaciones, además de docencia especializada.

### ¿Es obligación participar? ¿Puede arrepentirse después de participar?

Se le ha pedido participar en esta actividad en forma voluntaria. Tiene el derecho a abandonar el estudio sin necesidad de dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para usted.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?**

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede contactar a la investigadora responsable Mariane Krause. Su teléfono es el 23547176 y su e-mail es [mkrause@uc.cl](mailto:mkrause@uc.cl). Si tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a María Rosa Lissi, Secretaria Ejecutiva del Comité de Ética de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, e-mail [comité.etica.psicologia@uc.cl](mailto:comité.etica.psicologia@uc.cl), fono 2354-5883.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ESTA DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, HACER PREGUNTAS ACERCA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, Y ACEPTO PARTICIPAR EN ESTE PROYECTO.

\_\_\_\_\_  
Firma del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del (de la) Participante

\_\_\_\_\_  
Firma de la Investigadora

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Firmas en duplicado: una copia para el/la participante y otra para la investigadora)

**GUIÓN DE ENTREVISTA A PSICOTERAPEUTAS EXPERTOS EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA (1º Fase Estudio PEE):**

**Pregunta generativa:**

Como parte del estudio preliminar para la realización de mi tesis doctoral, entrevistaré a psicoterapeutas expertos en el trabajo con personas con esquizofrenia sobre diversos aspectos de su experiencia en psicoterapia con estos pacientes. A continuación quiero proponerle una serie de preguntas, que buscan recoger las principales características del trabajo psicoterapéutico que Ud. realiza con estos pacientes:

<b>Indicación de psicoterapia</b>	¿En qué circunstancias clínicas cree Ud. que resulta indicado realizar un proceso de psicoterapia individual a una persona con esquizofrenia? ¿Considera Ud. que existan circunstancias que contraindiquen la realización de una psicoterapia?
<b>Intervenciones psicoterapéuticas según la fase de la enfermedad</b>	A su juicio, ¿en qué situación llegan los pacientes al inicio de una psicoterapia? ¿Cómo aborda Ud. en psicoterapia los aspectos agudos de la esquizofrenia?  Una vez que los pacientes alcanzan una estabilización mínima, ¿qué otros aspectos incorpora en la intervención psicoterapéutica?  ¿Cuáles son los aspectos que Ud. considera relevantes para definir criterios de término de un proceso psicoterapéutico? ¿Qué intervenciones realiza durante ese momento del tratamiento?
<b>Aspectos en los que se centra la psicoterapia para esta población</b>	¿Cómo definiría Ud. los aspectos psicológicos y/o de la vida del paciente con esquizofrenia en los que centra su trabajo psicoterapéutico?  A su juicio, ¿qué relación existe entre los aspectos psicopatológicos o sintomatológicos del paciente (positivos y negativos) y la psicoterapia? Si existe alguna, ¿de qué manera se incorporan y abordan estos aspectos en la psicoterapia?
<b>Intervenciones específicas desarrolladas en psicoterapia</b>	¿Qué tipo de intervenciones realiza en un proceso de psicoterapia con un paciente con esquizofrenia? ¿Por qué considera Ud. que prioriza esas intervenciones por sobre otras?  A su juicio, ¿existe algún tipo de intervención psicoterapéutica que Ud. no realizaría con un paciente con esquizofrenia? ¿Por qué?

	<p>¿Cuáles serían las intervenciones que, a su juicio, resultarían más útiles para el proceso terapéutico de un paciente con esquizofrenia?</p>
<p><b>Evolución y cambio del paciente en psicoterapia</b></p>	<p>¿Cuáles son, a su juicio, los cambios esperables y/o posibles de lograr en un proceso psicoterapéutico de un paciente con esquizofrenia?</p> <p>¿Qué elementos de la psicoterapia individual de pacientes con esquizofrenia favorecen su recuperación?</p> <p>Como psicoterapeuta, ¿cuáles son sus expectativas sobre los alcances del trabajo psicoterapéutico con personas con esquizofrenia? (en qué áreas de la vida y/o el funcionamiento del paciente esperan cambios, en cuáles no)</p>
<p><b>Aspectos problemáticos</b></p>	<p>¿Qué situaciones clínicas calificaría como problemáticas en el proceso terapéutico de un paciente con esquizofrenia? ¿Cómo enfrenta estas situaciones problemáticas? ¿Qué tipo de intervenciones realiza?</p>
<p><b>Integración de otras intervenciones al proceso psicoterapéutico</b></p>	<p>¿Cuál es su opinión sobre la importancia de la farmacoterapia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia? ¿Cómo considera Ud. que se coordina esa intervención con la psicoterapia?</p> <p>¿Qué entiende Ud. por psicoeducación dirigida al paciente con esquizofrenia? ¿La considera Ud. como una acción a incorporar y realizar en un proceso psicoterapéutico? ¿Por qué?</p> <p>¿Realiza Ud. intervenciones familiares en el contexto de la psicoterapia a personas con esquizofrenia? Si lo hace, ¿cuándo, por qué? Si no las hace, ¿por qué no? (considerar también si las solicita a otro profesional).</p>
<p><b>Teoría sobre la enfermedad</b></p>	<p>De acuerdo a su experiencia en psicoterapia, ¿cómo definiría Ud. una teoría etiopatogénica de la esquizofrenia?</p>
<p><b>Información general</b></p>	<p>¿Cuántos años tiene Ud. de experiencia como psicoterapeuta de personas con esquizofrenia? Si Ud. pudiera estimarlo, ¿qué proporción de su trabajo como psicoterapeuta está destinado a pacientes con estas características?</p> <p>¿Cómo definiría Ud. el enfoque conceptual en que basa su acción en psicoterapia con estos pacientes?</p>

## GUIÓN DE ENTREVISTA A PACIENTES (Estudio PEE)

### **Instrucciones para el Entrevistador**

El objetivo de esta entrevista es conocer la percepción subjetiva de los participantes acerca de la experiencia de haber participado en terapia, o bien de que su familiar haya participado de una terapia. Es por ello que se busca que el entrevistado se exprese lo más posible en la descripción detallada de su experiencia, incluyendo la emergencia de reflexiones, recuerdos y sentimientos asociados. Por este motivo es que se espera que la entrevista sea una experiencia fluida.

En términos generales, esta entrevista pretende abarcar las siguientes grandes temáticas:

1. **Experiencia y definición de éxito y fracaso de la terapia.** Interesa conocer cómo el paciente evalúa retrospectivamente la experiencia de haber estado en terapia. Específicamente, qué aspectos considera que fueron positivos para su proceso, cómo y por qué, y cuáles percibe como negativos u obstaculizadores para este proceso. Es importante también conocer su definición personal de un buen o mal resultado en psicoterapia. Por último, es relevante conocer cómo se dio término al proceso terapéutico y cómo fue experimentado este término por parte del paciente.
2. **Atribuciones de causalidad.** Es importante indagar acerca de lo que el paciente considera que influyó en dichos éxitos y fracasos, cuáles fueron los factores o aspectos que llevaron a estos resultados percibidos y de qué manera. También es importante indagar acerca de qué cosas hicieron al paciente, el terapeuta o ambos juntos que influyeron en dicha percepción del éxito de la terapia. Esto incluye las intervenciones “típicas” así como también eventos atípicos, cosas que llamaron la atención y que le parecieron relevantes. En esto es fundamental preguntar por momentos significativos de la terapia.
3. **Teoría subjetiva de salud y enfermedad.** Esto es la teoría o explicación que el sujeto tiene de su padecer, cómo lo entiende, a qué lo atribuye y asocia, cómo entiende su propio proceso de mejora. Esto incluye explorar si la teoría de enfermedad sufrió alguna transformación producto de la terapia y cuál fue esta transformación, en qué consistió, y en relación a qué aspectos.
4. **La experiencia de la relación terapéutica.** Es importante explorar cómo el paciente percibe su relación con el terapeuta a lo largo del proceso, es decir, los cambios y oscilaciones experimentados en los distintos intercambios con el terapeuta, los sentimientos hacia éste, así como la influencia de éstos en el proceso de la terapia y de cambio (o no cambio) del paciente.

Teniendo en cuenta estas grandes temáticas, se sugiere que el entrevistador guíe la entrevista de manera fluida y, en base a lo que el paciente va narrando, ir flexiblemente profundizando en dichas temáticas. Si es necesario, el entrevistador puede tomar nota de los contenidos que parezcan importantes y retomarlos en el curso de la entrevista.

## Entrevista

### Consigna:

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto \_\_\_\_\_ (Fondecyt, Milenio). Esta entrevista es para conversar sobre la terapia psicológica que llevó a cabo con \_\_\_\_\_ y conocer cómo fue su experiencia y cuál es su opinión sobre los aspectos positivos y negativos de la terapia.

### Confidencialidad:

Todo lo que hablemos y quede registrado es de carácter confidencial y será utilizado para fines de investigación y publicación, resguardando siempre el anonimato, tanto en la presentación como manejo de los datos.

Además, es importante que sepa que lo que Ud. mencione sobre la psicoterapia y su psicoterapeuta no se comentarán con él o ella, ni con ningún profesional de esta institución. Tampoco quedará registro de ello en su ficha.

Este estudio tiene la intención de ayudar a mejorar los tratamientos psicológicos a partir de la experiencia y opinión de los pacientes.

Disponemos de entre una hora y una hora y media para esta entrevista.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

### Pregunta de apertura de la entrevista

“Cuénteme sobre su experiencia en el tratamiento psicológico con \_\_\_\_\_. Quiero recoger en primer lugar sus impresiones más espontáneas sobre su experiencia. Lo que se le venga a la mente”.

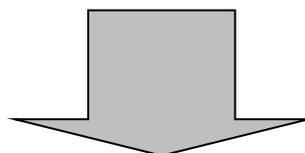
**QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE:** Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que el paciente dice.

**Nota:** Si el entrevistador observa una dificultad significativa para que el entrevistado construya su narración en base a esta pregunta generativa, puede proponer una reconstrucción del proceso terapéutico en términos cronológicos (inicio, intermedio, cierre), comenzando con la pregunta “¿Recuerda por qué motivo llegó a terapia?” y siguientes.

### Profundización

Una vez que el paciente haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos de lo que está contando, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió, o lo que se trabajó en esa sesión.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas a modo de ejemplos, que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, son sólo una guía o referencia.



<b>Diagnóstico y noción de enfermedad</b>	<p>¿Por qué motivo llegó a terapia?</p> <p>¿Cómo entendía usted en ese minuto lo que le estaba pasando?</p> <p>¿Qué cree que ocasionó lo que le llevó a consultar? (Factores personales, familiares, sociales, biológicos).</p> <p>¿Por qué decidió pedir ayuda a un(a) psicólogo/a?</p> <p>¿Qué le dijo su psicólogo acerca de lo que usted padecía? (Diagnóstico) ¿Cómo lo tomó usted? ¿Le hizo sentido?</p> <p>Si el entrevistado refiere un diagnóstico: ¿Su psicólogo fue el primero en entregarle un diagnóstico? ¿Qué otro profesional(es) le comunicaron algún diagnóstico previamente? ¿Coincidían las distintas opiniones? ¿Cómo tomó usted esto?</p>
<b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b>	
<b>Expectativas (Proceso)</b>	<p>¿Tenía ganas de ir al psicólogo?</p> <p>¿Cómo pensaba que un psicólogo/psicoterapeuta le podía ayudar?</p> <p>¿De qué manera? ¿Qué esperaba usted que hicieran en terapia?</p> <p>¿Esas expectativas se cumplieron? ¿En qué aspectos se cumplieron? ¿En qué aspectos no se cumplieron?</p> <p>¿Qué significó para usted esto?</p> <p>¿Tenía experiencias previas con psicólogos/ psicoterapeutas? Si es así, ¿cómo fueron?</p> <p>¿Sucedieron cosas en la terapia que no esperaba que pasaran y que le llamaron la atención?</p>
<b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b>	
<b>Relación Terapéutica (Proceso)</b>	<p>¿Cómo describiría la relación que estableció con _____ (terapeuta)?</p> <p>¿Cómo describirá a su terapeuta? ¿Qué le gustaba de su terapeuta? ¿Qué no le gustaba?</p> <p>¿Cómo se sentía con su terapeuta?</p> <p>¿Cómo describiría sus sentimientos hacia su terapeuta? ¿Variaron en algo estos sentimientos a lo largo de la terapia?</p> <p>¿Cuáles cree que eran los sentimientos de su terapeuta hacia usted? ¿Sintió usted que éstos variaron a lo largo de la terapia?</p> <p>¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro en la interacción con su terapeuta? ¿Cómo fueron?</p> <p>¿De qué manera manejaron estas situaciones? ¿Cómo se sintió?</p> <p>¿De qué manera cree usted que lo que ocurría y como se sentían en la relación influyó en su proceso terapéutico?</p> <p>¿Cómo se describiría usted como paciente en esta terapia?</p> <p>Si el diagnóstico aparece como un elemento relevante en la narrativa: ¿De qué manera cree usted que el diagnóstico influyó en su proceso de terapia?</p>
<b>¿Recuerda algún momento específico de la terapia en que Ud. haya sentido que algo significativo ocurrió en la relación con el terapeuta? Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b>	
<b>Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)</b>	<p>¿Cómo describiría el proceso de su terapia, en términos de cómo evolucionó?</p> <p>¿Cómo la describiría al inicio, al medio y hacia el final?</p> <p>¿Qué <b>intervenciones/cosas que hizo su terapeuta</b> recuerda como importantes o que le llamaron la atención? ¿Recuerda algún evento en particular que haya destacado?</p> <p>¿Cree usted que estas intervenciones influyeron en sus logros (o no logros) en la terapia?</p> <p>¿Hubo <b>cosas que hizo usted</b> en la interacción con su terapeuta que hayan sido importantes para su terapia? ¿Qué cosas? ¿Recuerda algún evento particular?</p>

	<p>¿Hubo <b>actitudes suyas</b> que hayan influido en cómo se dio su terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Hubo <b>actitudes de su terapeuta</b> que hayan influido en cómo se dio su terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Hubo <b>interacciones entre Ud. y su terapeuta</b> que hayan influido en cómo se dio su terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>De todos estos factores mencionados, ¿cuál(es) cree usted que ha(n) influido más?</p> <p><b><u>Elementos del contexto que hayan influido</u></b> en el proceso y experiencia de la terapia:</p> <p>¿Hubo elementos de su situación familiar / laboral / educacional / social que hayan influido en su experiencia de la terapia?</p> <p>¿Hubo elementos del contexto del tratamiento y/o de la institución (personal de salud, infraestructura, sistema de salud, etc.) que hayan influido en su experiencia de la terapia?</p> <p>¿Elementos del contexto de investigación (grabación, espejo, observadores, cuestionarios)?</p> <p>¿Cree que hay otras cosas involucradas, además de la psicoterapia, que influyeron en cómo usted experimentó su tratamiento psicoterapéutico? (situaciones de vida, acontecimientos, otros tratamientos) ¿Cuáles? ¿Cómo?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Resultados</b></p>	<p>¿Cómo evalúa su tratamiento psicológico con _____ (terapeuta)?</p> <p>¿Cree que fue exitoso? ¿Por qué?</p> <p>¿Cambió algo con su terapia psicológica? ¿Qué? ¿A qué cree que se debió?</p> <p>¿Cambió la percepción inicial acerca de lo que estaba padeciendo después de la terapia?</p> <p>¿Cómo? ¿En qué? ¿Qué cosas influyeron en este cambio?</p> <p>¿Qué siente que logró (sacó en limpio)? (IMPORTANTE distinguir entre cambios sintomáticos y otro tipo de cambios).</p> <p>¿Cree que se solucionó el (los) problema que le llevó a consultar? ¿Cómo? ¿Cree que se solucionaron otros problemas? ¿Cómo?</p> <p>¿Hubo resultados que no esperaba o le sorprendieron?</p> <p>¿Cree que en algún aspecto o área no hubo resultados (o éxito o logros)? ¿Por qué?</p> <p>¿Cómo cree que se dio eso?</p> <p>¿Hubo resultados negativos en algún aspecto? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Cómo se dio eso?</p> <p>¿Qué cosas podrían haber sido mejores?</p> <p>¿Además de la terapia, recibía otros tratamientos? ¿Siente usted que sirvieron? ¿Cree usted que los tratamientos estaban relacionados de algún modo? ¿Cómo cree usted que interactuaban entre sí?</p> <p>Si el diagnóstico aparece como un elemento relevante en la narrativa: ¿De qué manera cree usted que el diagnóstico influyó en los resultados de su terapia?</p> <p>¿En qué cree usted que la terapia puede ayudar a otra persona que esté atravesando por una situación parecida a la suya?</p> <p><b><u>CONTEXTO:</u></b></p> <p>¿Hubo elemento de su situación familiar / laboral / educacional / social que hayan influido en su experiencia positiva o negativa de la terapia?</p>

	<p>¿Elementos del contexto del tratamiento y/o de la institución (personal de salud, infraestructura, sistema de salud, etc.)?</p> <p>¿Elementos del contexto de investigación (grabación, espejo, observadores, cuestionarios)?</p> <p>¿Cree que hay otras cosas involucradas, además de la psicoterapia, que influyeron en los resultados (situaciones de vida, acontecimientos, otros tratamientos)? ¿Cuáles? ¿Cómo?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Término del proceso</b></p>	<p>¿De qué manera se dio término a su terapia? ¿Quién propuso el término?</p> <p>- Si fue de mutuo acuerdo o propuesto por el terapeuta: ¿Qué cree que lo llevó a continuar la terapia hasta el final? ¿Qué elementos tomaron en consideración para planificar el término de la terapia? o ¿Qué elementos cree que tomó en cuenta su terapeuta para planificar el término de la terapia? ¿Cómo fue el cierre? ¿Qué temas se abordaron?</p> <p>- Si fue propuesto por el paciente: ¿Qué razones tuvo usted para finalizar la terapia? ¿Cómo acogió su terapeuta esta iniciativa?</p> <p>- Si el paciente abandona de manera abrupta: ¿Qué cree que lo llevó a abandonar la psicoterapia?</p> <p>¿Cree que terminó en el momento adecuado? ¿Hubiera necesitado más/menos tiempo?</p> <p>En caso que el término haya sido prematuro o unilateral: ¿Cómo cree que eso contribuyó a los resultados que me acaba de relatar?</p> <p>¿Cómo se sintió con el modo en que terminó esta psicoterapia? ¿Con qué elementos se queda de este término?</p> <p>¿Qué implicancias para su vida cree que este tratamiento puede tener a futuro? ¿Qué implicancias cree que este tratamiento puede tener para el problema (o diagnóstico) que lo llevó a consultar?</p> <p>¿Volvería a consultar a un psicólogo? ¿Por qué?</p> <p>¿Volvería a consultar a su psicólogo en particular? ¿Recomendaría usted a su psicólogo a otra persona?</p> <p>¿Qué consejo le daría a otro paciente que empieza su tratamiento?</p> <p>¿Qué consejo les daría a los psicólogos de cómo ayudar los pacientes que vienen aquí?</p>

Para finalizar, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia para efectos de mejorar nuestros conocimientos acerca de la terapia.

Y se le pregunta si hay algo más que quisiera agregar...

**FONDECYT SEGUIMIENTO**

**GUIÓN DE ENTREVISTA A FAMILIARES (Estudio PEE)**

## **Instrucciones para el Entrevistador**

El objetivo de esta entrevista es conocer la percepción subjetiva de los participantes acerca de la experiencia de haber participado en terapia, o bien de que su familiar haya participado de una terapia. Es por ello que se busca que el entrevistado se exprese lo más posible en la descripción detallada de su experiencia, incluyendo la emergencia de reflexiones, recuerdos y sentimientos asociados. Por este motivo es que se espera que la entrevista sea una experiencia fluida.

En términos generales, esta entrevista pretende abarcar las siguientes grandes temáticas:

1. **Experiencia y definición de éxito y fracaso de la terapia.** Interesa conocer cómo evalúa retrospectivamente la experiencia de que su familiar haya estado en terapia. Específicamente, qué aspectos considera que fueron positivos para su proceso, cómo y por qué, y cuáles percibe como negativos u obstaculizadores para este proceso. Es importante también conocer su definición personal de un buen o mal resultado en psicoterapia. Por último, es relevante conocer cómo se dio término al proceso terapéutico y cómo fue experimentado este término por parte del paciente.
2. **Atribuciones de causalidad.** Es importante indagar acerca de lo que el familiar considera que influyó en dichos éxitos y fracasos, cuáles fueron los factores o aspectos que llevaron a estos resultados percibidos y de qué manera. También es importante indagar acerca de qué cosas hicieron el paciente, el familiar, el terapeuta o en conjunto que influyeron en dicha percepción del éxito de la terapia. Esto incluye las intervenciones “típicas” así como también eventos atípicos, cosas que llamaron la atención y que le parecieron relevantes. En esto, es fundamental preguntar por momentos significativos de la terapia.
3. **Teoría subjetiva de salud y enfermedad.** Esto es la teoría o explicación que el familiar tiene del padecer, cómo lo entiende, a qué lo atribuye y asocia, cómo entiende el proceso de mejoría. Esto incluye explorar si la teoría de enfermedad sufrió alguna transformación producto de la terapia y cuál fue esta transformación, en qué consistió, y en relación a qué aspectos.
4. **La experiencia de la relación terapéutica.** Es importante explorar cómo el familiar percibe su relación con el terapeuta a lo largo del proceso, es decir, los cambios y oscilaciones experimentados en los distintos intercambios con el terapeuta, los sentimientos hacia éste, así como la influencia de éstos en el proceso de la terapia y de cambio (o no cambio) del paciente.

Teniendo en cuenta estas grandes temáticas, se sugiere que el entrevistador guíe la entrevista de manera fluida y, en base a lo que el paciente va narrando, ir flexiblemente profundizando en dichas temáticas. Si es necesario, el entrevistador puede tomar nota de los contenidos que parezcan importantes y retomarlos en el curso de la entrevista.

## Entrevista

### Consigna:

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto \_\_\_\_\_ (Fondecyt, Milenio). Esta entrevista es para conversar sobre la terapia psicológica que tuvo su hijo/a (hermano/a) con la psicóloga/o \_\_\_\_\_ y conocer cómo fue esta experiencia y cuál es su opinión al respecto.

### Confidencialidad:

Este estudio tiene la intención de ayudar a mejorar los tratamientos psicológicos a partir de la experiencia y opinión de quienes han ido al psicólogo.

Todo lo que hablemos aquí es confidencial, o sea, no se compartirá con el psicólogo/a ni con su hijo/a. Pero si usted quiere, puede contarle lo que hablamos. Lo que usted nos cuente servirá para saber cómo ayudar a otras familias que vengan al psicólogo/a.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

### Pregunta de apertura de la entrevista

“Cuénteme cómo fue para su hijo/a (hermano/a, etc.) venir al psicólogo/a \_\_\_\_\_. Quiero conocer sus opiniones sobre la experiencia de su hijo/a en terapia. Todo lo que usted quiera contarme en relación a esto, lo que se le venga a la mente”.

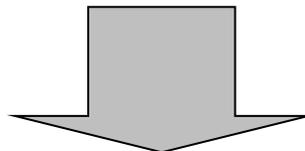
**QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE:** Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que él dice.

**Nota:** Si el entrevistador observa una dificultad significativa para que el entrevistado construya su narración en base a esta pregunta generativa, puede proponer una reconstrucción del proceso terapéutico en términos cronológicos (inicio, intermedio, cierre), comenzando con la pregunta “¿Recuerda por qué motivo llegó su hijo/a (hermano/a) a terapia?” y siguientes.

### Profundización

Una vez que el familiar haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos, lo más concretos posibles.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas a modo de ejemplos, que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, son sólo una guía o referencia.



<b>Diagnóstico y noción de enfermedad</b>	<p>¿Por qué fue su hijo/a a terapia? ¿Qué pasaba en ese momento? ¿Por qué cree que le pasaba eso? (explorar ideas asociadas a las causas del problema, pueden incluir factores personales, familiares, biológicos y sociales)</p> <p>¿De quién fue la idea de consultar al psicólogo? ¿Sabe usted por qué surgió esa idea?</p> <p>¿Qué pensaba usted respecto a consultar al psicólogo/a? ¿Cómo se sintió?</p> <p>¿Conversó con su hijo/a antes de que él/ella asistiera?</p> <p>¿La psicóloga/o le informó algo respecto a lo que le pasaba a su hijo? ¿Qué pensó/sintió usted al respecto? ¿Le hizo sentido?</p> <p>¿Acompañaba alguien a su hijo/a a las sesiones?</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Expectativas (Proceso)</b>	<p>¿Ud. quería que su hijo/a fuera al psicólogo? ¿Pensaba que el psicólogo/a podía ayudar a su hijo? ¿Cómo?</p> <p>¿Su hijo/a había ido antes al psicólogo/a? ¿Cómo fue esa experiencia?</p> <p>¿Usted quería participar en el proceso?</p> <p>¿Qué esperaba usted que pasara con la terapia?</p> <p>¿Se cumplió lo que usted esperaba o fue distinto?</p> <p>¿Sucedieron cosas en la terapia que no esperaba que pasaran y que le llamaron la atención?</p> <p>¿Su actitud frente a la terapia siempre fue igual o fue cambiando?</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)</b>	<p><u>En relación a su hijo:</u></p> <p>¿Le gustaba ir a terapia? ¿Fue siempre así? ¿Había aspectos que no le gustaban tanto?</p> <p>¿Sabía usted lo que hacían en la terapia?</p> <p>¿Qué es lo que más contaba de la terapia? ¿Hay algo en especial que su hijo le haya mencionado?</p> <p>¿Cree que su hijo/a colaboró con su terapia? ¿Cómo?</p> <p><u>En relación a usted:</u></p> <p>¿Usted u otro familiar participó en la terapia de su hijo/a? ¿Quién/es? ¿Cómo participaron? ¿Qué le parecía a usted eso?</p> <p>¿Piensa usted que colaboró con la terapia de su hijo/a? ¿Cómo?</p> <p>¿Hay alguna sesión o momento especial de la terapia que usted recuerde?</p> <p>¿Hay alguna sesión o momento que le hubiera gustado que fuera distinto?</p> <p><u>Contexto:</u> ¿Cree que hubo aspectos fuera de la terapia que influyeron en el proceso? (de su familia, de sus amigos, del colegio, del centro de atención, de los horarios, de la experiencia de investigación, etc.)</p>
<b>Cuéntame un ejemplo o situación de esto.</b>	
<b>Relación Terapéutica (Proceso)</b>	<p><u>En relación a su hijo:</u></p> <p>¿Cómo era la relación con su psicóloga/o? ¿Cómo se llevaban?</p> <p>¿Hubo cambios en la relación? ¿Cuáles?</p> <p>¿Cómo era su hijo/a con la psicóloga? ¿Qué opinaba del/de la psicólogo/a?</p> <p>¿Cree que el tipo relación entre ellos ayudó a la terapia? ¿Cómo?</p>

	<p>Si tuviera que elegir una palabra o frase para describir la relación de tu hijo/a con él/la psicólogo/a, ¿cuál sería?</p> <p>¿Usted supo o percibió alguna situación incómoda o problemática entre su hijo y el/la terapeuta? ¿Cómo fue? ¿De qué manera la(s) manejaron? ¿Cómo se sintió su hijo con esta situación?</p> <p><u>En relación a usted:</u></p> <p>¿Cómo se llevaba con el/la psicóloga/o de su hijo? ¿Cómo era la relación con él/ella?</p> <p>¿Qué pensaba usted del/de la psicólogo/a?</p> <p>¿Hubo situaciones de desencuentro o incomodidad entre usted y el/la terapeuta? ¿Hubo cosas que no le gustaron? ¿Cómo fueron? ¿De qué manera las manejaron? ¿Cómo se sintió en esas situaciones?</p> <p>¿Qué pensaban otras personas de la terapia de su hijo? (familia/amigos/profesores/etc.)</p>
--	--

**Cuéntame un ejemplo o situación de esto.**

<p><b>Resultados</b></p>	<p><u>En relación a su hijo:</u></p> <p>¿Cree que fue bueno ir a terapia? ¿Por qué? ¿En qué le ayudo? ¿En qué no le ayudo?</p> <p>¿Cambió su hijo en algo? ¿En qué? ¿Qué habrá influido en eso? (retomar razones o problemas que motivaron la consulta)</p> <p>¿Cambió su percepción inicial acerca de lo que estaba pasando a su hijo? ¿Cómo? ¿En qué sentido?</p> <p><u>En relación a usted:</u></p> <p>¿Hubo cambios/resultados que no esperaba o que le sorprendieron?</p> <p>¿Hubo cosas que no cambiaron? ¿Hubo cambios que no le gustaron?</p> <p>¿Le hubiera gustado que la terapia le ayudara en algo más? ¿Qué cosas podrían haber sido mejores?</p> <p>¿Alguien le dijo o notó que su hijo había cambiado en algo?</p> <p>¿Siente usted que la terapia influyó en otras personas: en usted, en otros? ¿La terapia le ayudó en algo a usted? ¿En qué?</p> <p>¿Además de la terapia, su hijo recibía otros tratamientos? ¿Siente usted que sirvieron?</p> <p>¿Cree usted que los tratamientos estaban relacionados de algún modo? ¿Cómo cree usted que interactuaban entre sí?</p> <p><u>Contexto:</u></p> <p>¿Qué cosas hizo usted que hayan ayudado/dificultado los resultados de la terapia? ¿Cree que pudiera haber hecho otras cosas?</p> <p>¿Qué cosas hicieron otros (colegio/profesor/amigos) que hayan ayudado o dificultado los resultados de la terapia? ¿Cree que pudieran haber hecho otras cosas?</p> <p>¿Cree que hubo otros aspectos fuera de la terapia que influyeron en los resultados? (del centro de atención, de los horarios, de la experiencia de investigación, etc.)</p>
--------------------------	---

**Cuéntame un ejemplo o situación de esto.**

<p><b>Término del proceso</b></p>	<p><u>En relación a su hijo:</u></p> <p>¿Cómo fue el término de la terapia de su hijo/a? ¿Quién propuso la finalización?</p> <p>¿Cómo fue para su hijo/a dejar de ir al psicólogo? ¿Él sabía por qué dejó de asistir?</p> <p>¿Decía algo al respecto? ¿Quería seguir asistiendo?</p> <p>¿Cree que la terapia terminó en el momento adecuado? ¿Piensa que su hijo hubiera necesitado más o menos tiempo?</p> <p>¿Qué les llevó a mantener / abandonar el tratamiento de su hijo?</p> <p>¿Cree que haber asistido a terapia le va a servir a su hijo para más adelante o a futuro?</p> <p>Y a usted como familiar, ¿en qué cree que esta experiencia le pueda servir a futuro?</p> <p>¿Cómo cree usted que recordarán esta experiencia más adelante?</p> <p><u>Cierre:</u></p> <p>¿Qué consejo le daría a otros papás que tienen hijos que empiezan a ir al psicólogo/a?</p> <p>¿Qué consejo le daría a los psicólogos de cómo ayudar a los jóvenes que vienen a terapia?</p> <p>¿Y a sus familiares?</p> <p>¿Volvería a acompañar a su hijo/a al psicólogo/a si lo necesitara? (a este/a otro psicólogo/a)</p>
-----------------------------------	---

Para finalizar, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia, para efectos de mejorar nuestros conocimientos acerca de la terapia.

Y se le pregunta si hay algo más que quisiera agregar...

## FONDECYT SEGUIMIENTO

### GUIÓN DE ENTREVISTA A TERAPEUTAS (Estudio PEE)

#### **Instrucciones para el Entrevistador**

El objetivo de esta entrevista es conocer la percepción subjetiva de los terapeutas acerca de la experiencia de la terapia. Es por ello que se busca que el entrevistado se exprese lo más posible en la descripción detallada de su experiencia, incluyendo la emergencia de reflexiones, recuerdos y sentimientos asociados. Además, busca favorecer la reflexión del entrevistado sobre su quehacer en terapia y el modo en cómo se relaciona con la percepción de éxito o fracaso terapéutico. Por este motivo, se espera que la entrevista sea una experiencia fluida. En términos generales, esta entrevista pretende abarcar las siguientes grandes temáticas:

1. **Experiencia y definición de éxito y fracaso de la terapia.** Interesa conocer cómo el terapeuta evalúa retrospectivamente la experiencia de una terapia en particular. Específicamente, qué aspectos considera que fueron positivos para el proceso, cómo y por qué, y cuáles percibe como negativos u obstaculizadores para este proceso. Es importante también conocer su definición personal de un buen o mal resultado en psicoterapia. Por último, es relevante conocer cómo se dio término al proceso terapéutico y cómo fue experimentado este término por parte del terapeuta.
2. **Atribuciones de causalidad.** Es importante indagar acerca de lo que el terapeuta considera que influyó en dichos éxitos y fracasos, cuáles fueron los factores o aspectos que llevaron a estos resultados percibidos y de qué manera. También es importante indagar acerca de qué cosas hicieron el terapeuta, el paciente o ambos que influyeron en dicha percepción del éxito de la terapia. Esto incluye las intervenciones “típicas” así como también eventos atípicos, cosas que llamaron la atención y que le parecieron relevantes. En esta temática es fundamental preguntar por momentos significativos de la terapia.
3. **Teoría subjetiva de salud y enfermedad.** Esto es la teoría o explicación que el terapeuta tiene de la enfermedad o del problema del paciente (cómo entiende el padecer del paciente, a qué lo atribuye y asocia), cómo entiende el proceso de mejora. Esto incluye explorar si la teoría subjetiva de enfermedad sufrió alguna transformación producto de la terapia y cuál fue esta transformación, en qué consistió y en relación a qué aspectos.
4. **La experiencia de la relación terapéutica.** Es importante explorar cómo el terapeuta percibe su relación con el paciente a lo largo del proceso, es decir, los cambios y oscilaciones experimentados en los distintos intercambios con el paciente, los sentimientos hacia éste, así como la influencia de éstos en el proceso de la terapia y de cambio (o no cambio) del paciente.

Teniendo en cuenta estas grandes temáticas, se sugiere que el entrevistador guíe la entrevista de manera fluida y, en base a lo que el terapeuta va narrando, ir flexiblemente profundizando en dichas temáticas. Si es necesario, el entrevistador puede tomar nota de los contenidos que parezcan importantes y retomarlos en el curso de la entrevista.

Si el terapeuta lo considera necesario (por ejemplo, si no recuerda detalles importantes del proceso), puede consultar sus notas personales o la ficha clínica del paciente. Es importante que el entrevistador indague en el significado que el terapeuta da a esta acción.

#### **Entrevista**

**Consigna:**

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y pertenezco al equipo de investigación del proyecto \_\_\_\_\_ (Fondecyt, Milenio).

La conversación que tendremos es parte de un estudio que mirará retrospectivamente la experiencia de estar en psicoterapia, desde la perspectiva de pacientes, terapeutas y familiares.

Por esta razón, nos interesa conversar sobre la psicoterapia que llevó a cabo con el paciente \_\_\_\_\_ y conocer cómo fue esta experiencia y cuál es su opinión sobre los aspectos positivos y negativos de este proceso.

**Confidencialidad:**

Todo lo que hablemos y quede registrado es de carácter confidencial y será utilizado para fines de investigación y publicación, resguardando siempre el anonimato tanto en la presentación como manejo de los datos.

Además, es importante que sepa que lo que Ud. mencione sobre la psicoterapia y su paciente no se comentarán con él o ella, ni con ningún profesional de esta institución. Tampoco quedará registro de ello en la ficha del paciente.

Disponemos de entre una hora y una hora y media para esta entrevista.

Para no tomar nota, me gustaría grabar la entrevista.

**Pregunta de apertura de la entrevista**

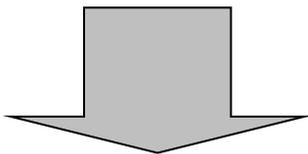
Me gustaría preguntarte/le sobre la terapia que desarrolló con el paciente \_\_\_\_\_. ¿Cómo fue esa experiencia de terapia para ti/usted?

**QUEDARSE LO MÁS POSIBLE EN ESTA FASE:** Dejar que el sujeto construya la narración, con la menor cantidad de intervenciones posibles. Evitar interrumpir u orientar el curso del pensamiento del entrevistado, sólo intervenir cuando sea necesario pedir aclaraciones, profundizar (pedir ejemplos concretos) o reflejar para confirmar que se está entendiendo lo que el terapeuta dice.

**Profundización**

Una vez que el terapeuta haya desarrollado su narración, el entrevistador debe profundizar y abarcar las siguientes áreas relevantes, pidiendo ejemplos específicos de lo que está contando, lo más concretos posibles, incluso si recuerda en qué sesión ocurrió, o lo que se trabajó en esa sesión.

A continuación se listan las áreas de exploración como guía y preguntas, a modo de ejemplos que pueden ser usadas flexiblemente. No es necesario hacer todas las preguntas que aparecen en cada área, son sólo una guía o referencia.



<b>Diagnóstico y noción de</b>	¿Por qué motivo llegó este paciente a terapia? (indagar motivo de consulta explícito y latente)
--------------------------------	---

<b>enfermedad</b>	<p>¿Qué cree que ocasionó lo que llevó al paciente a consultar? (Factores personales, familiares, sociales, biológicos).</p> <p>¿Por qué cree que el paciente decidió pedir ayuda a un(a) psicólogo(a)?</p> <p>¿Qué le dijo el paciente sobre su problema? ¿Qué le devolvió usted al paciente? (Devolución o reformulación del motivo de consulta / Diagnóstico) ¿En qué momento lo hizo? ¿Cómo lo tomó él/ella?</p> <p>Si el terapeuta comunicó un diagnóstico: ¿Otro(s) profesional(es) le habían comunicado algún diagnóstico previo al paciente? ¿Coincidían las distintas opiniones? ¿Cómo abordó usted esto?</p>
<b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b>	
<b>Expectativas (Proceso)</b>	<p>¿Cómo pensaba que la psicoterapia podía ayudar a este paciente?</p> <p>¿Esas expectativas se cumplieron? ¿En qué aspectos se cumplieron? ¿En qué aspectos no se cumplieron?</p> <p>¿Qué significó esto para usted?</p> <p>¿Su paciente tenía experiencias previas con psicólogos / psicoterapeutas? Si es así, ¿cómo influyeron en esta terapia?</p> <p>¿Sucedieron cosas en la terapia que no esperaba que pasaran y que le llamaron la atención?</p>
<b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b>	
<b>Relación Terapéutica (Proceso)</b>	<p>¿Cómo describiría la relación que estableció con _____ (el paciente)? (especificar calidad de la relación).</p> <p>¿Cómo describiría a su paciente? ¿Qué le gustaba de su paciente? ¿Qué no le gustaba?</p> <p>¿Cómo se sentía con su paciente?</p> <p>¿Cómo describiría sus sentimientos hacia su paciente? ¿Variaron en algo estos sentimientos a lo largo de la terapia?</p> <p>¿Cuáles cree que eran los sentimientos de su paciente hacia usted? ¿Sintió usted que éstos variaron a lo largo de la terapia?</p> <p>¿Hubo situaciones de incomodidad o desencuentro en la interacción con su paciente?</p> <p>¿Cómo fueron?</p> <p>¿De qué manera manejaron estas situaciones? ¿Cómo se sintió?</p> <p>¿De qué manera cree usted que lo que ocurría y como se sentían en la relación influyó en el proceso terapéutico de su paciente?</p> <p>¿Cómo se describiría usted como terapeuta en esta terapia?</p> <p>¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en su proceso terapéutico?</p>
<b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b>	
<b>Aspectos de proceso (Intervenciones y momentos significativos)</b>	<p>¿Cómo describiría la evolución de este proceso de terapia? ¿Hubo algún elemento que usted calificaría como “clave” en esta terapia? ¿Recuerda algún momento específico de la terapia en que Ud. haya sentido que algo significativo ocurrió en la relación con el paciente? (indagar por algún momento especialmente saliente del proceso)</p> <p>¿Hubo <b>interacciones entre Ud. y su paciente</b> que hayan influido en cómo se dio la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p>

	<p>¿Qué <b>intervenciones / acciones / técnicas realizó</b> que recuerda como importantes?  ¿Cree usted que estas intervenciones influyeron en los logros (o no logros) de su paciente en terapia? ¿Cómo?  ¿Hubo <b>acciones que hizo su paciente</b> que hayan sido importantes para esta terapia?  ¿Qué cosas? ¿Recuerda algún evento particular?  ¿Hubo <b>actitudes suyas</b> que hayan influido en cómo se dio esta terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?  ¿Hubo <b>actitudes del paciente</b> que hayan influido en cómo se dio la terapia? ¿Cuáles?  ¿De qué manera?  De todos estos factores mencionados, ¿cuál(es) cree usted que influyeron más en este proceso? ¿Los que más lo facilitaron? ¿Los que más lo dificultaron?</p> <p><b>Elementos del contexto que hayan influido</b> en el proceso y experiencia de la terapia:  ¿Hubo elementos del contexto institucional/laboral que hayan influido en su experiencia de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?  ¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en el proceso terapéutico?  ¿Hubo elementos del contexto de investigación? (grabación, espejo, observadores, cuestionarios). ¿Cómo influyeron en el proceso terapéutico?  ¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en cómo usted experimentó la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos). ¿Cuáles? ¿Cómo?</p>
<p><b>Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.</b></p>	
<p><b>Resultados</b></p>	<p>¿Cómo evalúa esta psicoterapia?  ¿Cree que fue exitosa? ¿Por qué?  ¿Cambió algo en el paciente con la terapia? ¿Qué? ¿A qué cree que se debió? (IMPORTANTE distinguir entre cambios sintomáticos y otro tipo de cambios)  ¿Cambió su percepción inicial acerca de lo que estaba padeciendo el paciente (problema / diagnóstico) durante / después de la terapia?  ¿Cómo? ¿En qué? ¿Qué cosas influyeron en este cambio?  ¿De qué manera cree usted que el diagnóstico del paciente influyó en los resultados de esta terapia?  ¿Cree que se solucionó el (los) problema(s) que llevaron al paciente a consultar?  ¿Cómo? ¿Cree que se solucionaron otros problemas? ¿Cómo?  ¿Hubo resultados que no esperaba o le sorprendieron?  ¿Cree que en algún aspecto o área no hubo resultados (o éxito o logros)? ¿Por qué?  ¿Cómo cree que se dio eso?  ¿Hubo resultados negativos en algún aspecto? ¿Cuáles? ¿Por qué? ¿Cómo se dio eso?  ¿Qué cosas podrían haber sido mejores?  ¿Además de la terapia, el paciente recibía otros tratamientos? ¿Siente usted que sirvieron? ¿Cree usted que los tratamientos estaban relacionados de algún modo? ¿Cómo cree usted que interactuaban entre sí?  ¿Qué aprendió usted con esta terapia? ¿Percibió cambios en usted con esta terapia?  ¿Cuáles?</p>

	<p><b>Elementos del contexto que hayan influido</b> en los resultados de la terapia:</p> <p>¿Hubo elementos del contexto institucional / laboral que hayan influido en los resultados de la terapia? ¿Cuáles? ¿De qué manera?</p> <p>¿Contó usted con instancias de supervisión clínica? (entre pares, supervisor externo, etc.). ¿Cómo influyeron en los resultados terapéuticos?</p> <p>¿Elementos del contexto de investigación? (grabación, espejo, observadores, cuestionarios).</p> <p>¿Cree que hay otros aspectos involucrados que influyeron en los resultados de la terapia? (situación familiar / educacional / social / económica / situaciones de vida / otros acontecimientos). ¿Cuáles? ¿Cómo?</p>
--	---

**Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.**

<p><b>Término del proceso</b></p>	<p>¿De qué manera se dio término a la psicoterapia? ¿Quién propuso el término?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si fue de mutuo acuerdo o propuesto por el terapeuta: ¿Qué elementos tomó en consideración para planificar el término de la psicoterapia? ¿Qué cree que llevó al paciente a continuar hasta el final? ¿Cómo fue el manejo del cierre? ¿Qué temas se abordaron?</li> <li>- Si fue propuesto por el paciente: ¿Qué razones dio el paciente? ¿Cómo acogió usted esta iniciativa?</li> <li>- Si el paciente abandona de manera abrupta: ¿Qué cree que llevó al paciente a abandonar la psicoterapia?</li> </ul> <p>¿Cree que terminó en el momento adecuado? ¿Cree que para el paciente hubiera sido necesario más / menos tiempo?</p> <p>En caso que el término haya sido prematuro o unilateral: ¿Cómo cree que eso contribuyó a los resultados que me acaba de relatar?</p> <p>¿Qué implicancias para la vida del paciente cree que este tratamiento pueda tener a futuro?</p> <p>¿Cree que el paciente volvería a consultar a un psicólogo? ¿Por qué?</p> <p>¿Cómo se sintió con el modo en que terminó esta psicoterapia? ¿Con qué elementos se queda de este término?</p>
-----------------------------------	---

**Cuénteme una situación/acontecimiento que refleje o ejemplifique esto.**

Para finalizar, se le agradece al entrevistado su colaboración y se enfatiza la importancia de haber compartido su experiencia para efectos de mejorar nuestros conocimientos acerca de la terapia.

Y se le pregunta si hay algo más que quisiera agregar...

## **SECCIÓN DE INFORME FINAL FONDECYT N° 1141179: PSICOTERAPIA CON PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

### **DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

Inicialmente, el estudio no había comprometido casos de pacientes con diagnósticos específicos. A partir de una de las tesis doctorales adscritas al proyecto, se resolvió incluir 11 casos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (22 entrevistas a pacientes y sus terapeutas, en un caso fue posible entrevistar también a los padres), realizando análisis específicos que consideran la particularidad de estas terapias. De estos 11 casos, todos corresponden a duplas de terapeuta-paciente chilenas (22 entrevistas), en un caso se contó además con la entrevista a los padres, sumando un total de 23 entrevistas realizadas y 22 analizadas<sup>1</sup> (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Descripción de los casos y entrevistas analizados**

	<b>N° de casos</b>	<b>N° de entrevistas</b>
Duplas terapeuta-paciente chilenas	10	20
Terapeuta-paciente-padres chilenos	1	3
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>23</b>

Respecto de los casos analizados hasta el momento, cabe señalar que los pacientes son en su mayoría de sexo masculino (F=2; M=9) con un promedio de edad de 28,63 años. Por otra parte, los terapeutas son en su mayoría mujeres (F=7; M=4), con un promedio de edad de 38,27 años (ver Tabla 2).

**Tabla 2. Distribución de sexo y edad de los participantes**

	<b>Pacientes</b>	<b>Terapeutas</b>
Mujer	2	7
Hombre	9	4
Total	11	11
<b>Edad promedio</b>	<b>28,63</b>	<b>38,27</b>

En cuanto a los terapeutas, considerando el total de la muestra, el 36,36% posee 9 años de experiencia clínica o menos y el 63,64% posee entre 10 y 19 años de experiencia (ver Tabla 3).

<sup>1</sup> Al tratarse de la única entrevista a padres y/o familiares, no fue incluida en los análisis.

**Tabla 3. Años de experiencia clínica de terapeutas**

<b>Años de experiencia</b>	<b>N° terapeutas</b>	<b>%</b>
0-9 años	4	36,36
10-19 años	7	63,64
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Las terapias tuvieron una duración variable, siendo lo mínimo 12 sesiones y lo máximo 368 sesiones, con un promedio de 80,54 sesiones.

Por su parte, los principales diagnósticos de los pacientes cuyos casos fueron analizados son: esquizofrenia paranoide, trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia paranoide con comorbilidad con abuso de sustancias (ver Tabla 4).

**Tabla 4. Principales diagnósticos presentados por los casos analizados**

<b>Diagnóstico</b>	<b>N° casos</b>	<b>%</b>
Esquizofrenia paranoide	8	72,73
Trastorno esquizoafectivo	2	18,18
Esquizofrenia paranoide y abuso de sustancias	1	9,09
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Los terapeutas cuentan con diferentes orientaciones o enfoques psicoterapéuticos, siendo el más predominante el enfoque psicoanalítico (ver Tabla 5). En segundo lugar, se encuentra el enfoque cognitivo interpersonal y luego el sistémico vincular.

**Tabla 5. Enfoques psicoterapéuticos de los terapeutas entrevistados**

<b>Enfoque psicoterapéutico</b>	<b>N° terapeutas</b>	<b>%</b>
Psicoanalítico	7	63,64
Cognitivo interpersonal	3	27,27
Sistémico vincular	1	9,09
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Además, ha sido posible entrevistar casos atendidos en distintos contextos, entre ellos centros GES (públicos y privados), hospitales y consultas privadas.

## RESULTADOS DESCRIPTIVOS

### 1. Apreciación global de la psicoterapia

Como fue señalado, esta categoría hace referencia a todas las ocasiones en que los entrevistados -terapeutas y pacientes- hacen mención de su apreciación y evaluación general de la psicoterapia. Incluye las subcategorías “evaluación de la efectividad de la psicoterapia”, “evaluación de la extensión de la terapia”, “evaluación de la frecuencia de la psicoterapia” y “evaluación del uso del tiempo en terapia”.

#### 1.1 Evaluación de la efectividad de la psicoterapia

Esta categoría alude a la evaluación global que terapeutas y pacientes hacen de la efectividad de la terapia, en relación con los principales cambios percibidos durante y/o luego del proceso terapéutico.

Evaluación de los cambios percibidos. En esta subcategoría, los entrevistados -pacientes y terapeutas- evalúan que la psicoterapia, junto con traducirse en cambios más específicos y puntuales (p. ej., reducción de síntomas ansiosos), tiene un efecto global que -en sus propias palabras- constituye una *ayuda para sobrellevar la vida*, pues acompaña y apoya en el enfrentamiento de múltiples dificultades que inciden en la vida cotidiana de los pacientes. En el mismo sentido, los pacientes entrevistados refieren que la psicoterapia permite tomar *nuevas perspectivas sobre los problemas*, favoreciendo el logro de objetivos significativos para ellos. Asimismo, reportan que la psicoterapia *hace bien*, aludiendo a una disminución de la tensión percibida y a un incremento del bienestar general, que se expresa en una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales y en las actividades académicas y/o laborales. Por último, al contrastar la psicoterapia con otros tratamientos recibidos, la caracterizan como una intervención que es percibida como *más efectiva que la farmacoterapia*, apuntando a que es en dicho espacio donde los pacientes pueden expresar, analizar y resolver diversas situaciones problemáticas que los aquejan.

#### 1.2 Evaluación de la extensión de la terapia

Esta categoría hace referencia a la evaluación que terapeutas y pacientes hacen con respecto a la duración del proceso terapéutico. Consta de tres subcategorías: “proceso que requiere una duración prolongada”, “faltó mayor extensión de tiempo” y “proceso que tiene una duración excesiva”.

Proceso que requiere una duración prolongada. Respecto de la evaluación de la extensión de la terapia, los entrevistados (pacientes y terapeutas) valoran una extensión prolongada del

proceso, enfatizando que los problemas psicológicos por los que los pacientes consultan tienen alcances en diversas áreas de su funcionamiento global y, en consecuencia, requieren de una psicoterapia prolongada que brinde un acompañamiento efectivo en las múltiples situaciones problemáticas que enfrentan.

Faltó mayor extensión de tiempo. En esta subcategoría, pacientes y terapeutas aluden a que siempre existirán elementos del funcionamiento o de los problemas del paciente que no consiguen ser abordados y resueltos durante la terapia. Si bien el paciente reconoce y valora los avances logrados durante el proceso, aún no está preparado para prescindir del espacio terapéutico y expresa inquietud y angustia ante la posibilidad de su término.

Proceso que tiene una duración excesiva. En esta subcategoría, los pacientes entrevistados manifiestan su desmotivación con un proceso terapéutico que se extiende sin lograr los resultados esperados en el tiempo esperado (p. ej., reintegrarse al trabajo).

### 1.3 Evaluación de la frecuencia de la psicoterapia

Esta categoría hace alusión a la evaluación que terapeutas y pacientes hacen sobre la frecuencia de las sesiones de psicoterapia, y contiene la subcategoría “frecuencia insuficiente de sesiones”.

Frecuencia insuficiente de sesiones. En esta subcategoría, los pacientes entrevistados refieren la necesidad de una frecuencia mínima de las sesiones de psicoterapia (idealmente semanal) para favorecer la continuidad del proceso y evitar que el trabajo desarrollado “desaparezca” entre una sesión y otra.

### 1.4 Evaluación del uso del tiempo en terapia

Esta categoría alude a la apreciación de que el tiempo de la sesión se hace corto, pues se utiliza y aprovecha la hora completa. También refiere a la incomodidad que algunos pacientes experimentan al asistir a terapia a tempranas horas de la mañana, por la somnolencia asociada al uso de ciertos psicofármacos.

## **2. Contexto de la terapia**

Esta categoría hace referencia a las menciones, tanto de pacientes como de sus terapeutas, de ciertos entornos que participan del curso de la psicoterapia. Ambos señalan dos contextos generales: Contexto institucional y Contexto extra-terapéutico.

## 2.1 Contexto institucional

Este contexto hace alusión a las instituciones y/o programas especializados de intervención psicológica en los que algunos de las y los entrevistados realizaron la psicoterapia evaluada. Los entrevistados parecen concordar en que el espacio institucional en que se lleva a cabo la psicoterapia impacta, de algún modo, en el quehacer terapéutico. En este marco se distinguen dos contextos institucionales específicos: “Contexto GES<sup>2</sup> público” y “Contexto GES privado”.

Contexto GES público. Los entrevistados refieren una apreciación positiva de este contexto, en la medida que el programa GES facilita el acceso a tratamiento integral (psicoterapia, farmacoterapia) a personas que, por razones económicas, no podrían acceder a éste de manera privada. Ahora bien, aluden a ciertas condiciones o restricciones impuestas por la implementación del programa GES: no resulta posible elegir a los profesionales tratantes y, particularmente respecto del tratamiento psiquiátrico, suelen enfrentar cambios frecuentes de médico tratante, situación que incide en el curso del tratamiento.

Contexto GES privado. En su conjunto, los entrevistados señalan que emerge una tensión entre las necesidades institucionales de adaptar la psicoterapia a ciertos requerimientos de la implementación del programa GES, y las necesidades específicas de atención que presentan los pacientes. Esta tensión ejerce un impacto negativo cuando afecta el encuadre del tratamiento y propone limitaciones a la psicoterapia: señalan que la cantidad máxima estimada de sesiones de psicoterapia (doce) se encuentra determinada por la institución (“el fantasma de las doce sesiones”) y, en muchas ocasiones, no resulta suficiente para las necesidades del paciente. Otra forma en la que el contexto institucional incide en el proceso terapéutico emana de tensiones entre el terapeuta y ciertos estándares institucionales (p. ej., que la orientación teórica del terapeuta no se ajuste a los objetivos del centro).

Otro aspecto que emerge del relato de los entrevistados tiene relación con la comunicación y coordinación entre los distintos profesionales que intervienen con el paciente. Todos concuerdan en que resulta fundamental compartir oportunamente información relevante sobre el paciente, no obstante, valoran negativamente la ausencia de comunicación presencial y que ésta ocurra a través de la ficha clínica electrónica.

Ahora bien, algunos terapeutas reconocen un impacto positivo del contexto. Por ejemplo, en algunas instituciones pueden continuar con el tratamiento de sus pacientes luego de la internación, favoreciendo la continuidad de cuidados; o bien por la posibilidad de contar con

---

<sup>2</sup> Garantías Explícitas en Salud para el tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia.

equipos multidisciplinarios (que incluyen a terapeutas ocupacionales, psiquiatras) y, de este modo, planificar tratamientos más específicos y especializados.

## 2.2 Contexto extra-terapéutico

Tanto terapeutas como pacientes hacen numerosas menciones a elementos de otros contextos que influyen o se encuentran con la terapia. Respecto del contexto familiar, pacientes y terapeutas señalan que los padres u otros familiares plantean diversas exigencias al paciente (recuperarse, retomar los estudios, comenzar a trabajar remuneradamente y/o volver al trabajo). Otra forma en la que el contexto familiar influye en la psicoterapia tiene relación con la inquietud del paciente por ciertas dificultades familiares, transitorias o permanentes (problemas de desempleo, circunstancias económicas o problemas de salud de familiares significativos).

Con respecto al contexto laboral, algunos pacientes resaltan la necesidad de buscar trabajos adecuados a sus circunstancias vitales, evitando actividades laborales estresantes que puedan desestabilizarlos. Un paciente señala que esta búsqueda se transformó en una profunda crisis vocacional, que motivó una reconfiguración de sus proyectos previos e importantes cambios en su situación laboral, que hoy evalúa positivamente.

En relación con el contexto social más amplio, algunos pacientes destacan la influencia positiva de sentirse aceptados, p. ej., a través del vínculo con ciertas organizaciones sociales significativas. Un influjo más negativo del contexto social tiene relación, para los pacientes, con la apreciación de estar desfasados del ciclo vital normativo (p. ej., haber iniciado estudios superiores en la adultez, posponer la finalización de la carrera o la búsqueda de trabajo remunerado, no poseer relaciones de pareja estables y/o hijos). Finalmente, la influencia negativa del contexto social se vincula, para un paciente, con la experiencia de provenir de un contexto socioeconómico diverso al de su actual grupo de referencia, experimentando una importante presión por mantener un cierto estatus social.

## 3. Trayectoria hacia la psicoterapia actual

Esta categoría hace referencia a la forma en que los pacientes llegan a la psicoterapia, e implica tres elementos: “la historia del malestar”, “las experiencias con tratamientos anteriores” y “la decisión de acudir a terapia”.

### 3.1 La historia del malestar

Del relato de los entrevistados emerge que, tal como lo señala el nombre de esta subcategoría, el malestar psicológico ha acumulado una larga “historia”, cuyo inicio es muy previo a la demanda de ayuda psicoterapéutica. Pacientes y terapeutas identifican una serie de

antecedentes relevantes en relación al malestar, algunos de ellos presentes desde la infancia: conflictos en la relación entre los padres, violencia intrafamiliar, ruptura familiar por separación, ausencia de la figura paterna, estilo de crianza parental autoritario, dificultades de comunicación (tartamudeo), inseguridad, desconfianza y temor en las relaciones con los pares, experiencias de bullying, uso de psicoestimulantes, síntomas ansioso/depresivos durante la adolescencia. A estos antecedentes se adicionan, posteriormente, ciertos eventos que son relatados por los entrevistados como desencadenantes de la crisis psicótica: exigencias parentales respecto del proyecto vocacional, crisis del proyecto vocacional/vital, exigencias académicas (p. ej., dificultades para finalizar la tesis de titulación), rechazo familiar a develación de orientación sexual homosexual, ruptura de relación de pareja, abuso de sustancias, experiencias de abuso sexual, experiencias de represión política. En general, los pacientes entrevistados logran evocar el momento de la crisis psicótica como un quiebre entre sí mismos y el mundo, como un periodo de intensa angustia, depresión, ideas delirantes de contenido persecutorio y problemas de concentración; estableciendo distinciones entre la experiencia de dicha coyuntura dramática y su vida cotidiana actual.

### 3.2 Las experiencias con tratamientos anteriores

Las y los pacientes entrevistados ahondan profusamente en sus experiencias terapéuticas previas. Cuando lo hacen, mencionan una serie de diversos tratamientos: fonoaudiológicos, medicina tradicional china (acupuntura), hospitalizaciones psiquiátricas de corta estadía, evaluaciones psicodiagnósticas, programas de rehabilitación psicosocial y tratamientos psiquiátricos ambulatorios. Estos últimos constituyeron, en todos los casos, la instancia de derivación a la psicoterapia actual.

Casi todos los pacientes entrevistados refieren haber tenido experiencias psicoterapéuticas previas a la psicoterapia actual, sosteniendo diversas apreciaciones sobre éstas: algunos hacen una evaluación global positiva, valorando los contenidos trabajados, los principales cambios logrados, la extensión de la terapia y/o la calidad de la relación terapéutica previa; en cambio, otros evalúan negativamente la experiencia (“una pérdida de tiempo”), destacando las dificultades en el establecimiento de un vínculo positivo con el/la terapeuta (p. ej., el paciente se siente presionado a abordar prematuramente ciertas experiencias problemáticas, o bien siente que su experiencia no es aceptada/validada por el terapeuta, no logrando entablar un lazo de confianza) y el término prematuro de la terapia, entendido como una forma de promover precozmente la autonomía del paciente. Las psicoterapias previas concluyen por alta terapéutica o por ciertas condiciones contextuales que interfieren con la continuidad del proceso (p. ej., distancia geográfica con el lugar de tratamiento, dificultades económicas para costear la terapia, sesiones a tempranas horas de la mañana, incompatibilidad horaria con actividades académicas).

Cabe señalar que un paciente entrevistado menciona también algunas experiencias

psicoterapéuticas previas de familiares cercanos, las que fueron evaluadas negativamente por éstos al no lograr los resultados o cambios esperados, además de percibir negativamente el manejo terapéutico. Tales experiencias conformaron, en sus palabras, “un ambiente súper denso en contra de la psicoterapia”, que influyó en la decisión de iniciar la psicoterapia actual.

Por último, algunos pacientes refieren haber intentado estrategias de autoayuda o autocuidado previamente a la llegada a terapia: p. ej. evitando activamente experiencias problemáticas, o bien esforzándose por mantener un nexo con la realidad, a pesar de los síntomas.

### 3.3 La decisión de acudir a terapia

Todos los pacientes entrevistados toman la decisión de acudir a terapia luego de ser derivados por su psiquiatra tratante, de forma posterior a la crisis psicótica (en un momento en que, en palabras de una entrevistada, “mi vida se volvió como un sueño, onírica y fantásica”), o luego de constatar dificultades que tienen un alcance global, abarcando diversos ámbitos de la vida: problemas de adaptación a la universidad, problemas de rendimiento académico, problemas de concentración que afectan el desempeño laboral, problemas en las relaciones interpersonales (dificultades para compartir experiencias y establecer relaciones de intimidad, sensación de escasa autenticidad en los vínculos), quiebre del proyecto vital.

## 4. Inicio de la psicoterapia actual/evaluada

Esta categoría general hace referencia a las experiencias vividas por pacientes y terapeutas al inicio de la psicoterapia evaluada, en términos del encuentro entre ambos participantes y de las dificultades iniciales que pudieron surgir al inicio del trabajo conjunto. Se compone de dos subcategorías: “encuentro entre paciente y terapeuta” y “dificultades/resistencias iniciales”.

### 4.1 Encuentro entre paciente y terapeuta

Esta subcategoría hace referencia a lo que prima en el primer encuentro entre ambos participantes. Abarca, a su vez, las subcategorías “reconocimiento de la experticia del terapeuta”, “particularidades del encuentro inicial con el paciente” y “lo que favorece el encuentro entre paciente y terapeuta”.

Reconocimiento de la experticia del terapeuta. En el encuentro con el terapeuta, los pacientes refieren un reconocimiento y validación de la experticia profesional de éste, fundado en sus experiencias psicoterapéuticas anteriores.

Particularidades del encuentro inicial con el paciente. Por su parte, los terapeutas describen ciertas condiciones características del encuentro inicial con el paciente: ausencia de síntomas psicóticos agudos; una intensa identificación del paciente con el diagnóstico de esquizofrenia, en conflicto con los deseos de mostrarse “más sano” frente al terapeuta; una alta motivación del paciente por reestablecer el funcionamiento psicológico previo a la crisis psicótica; junto con una disposición favorable al trabajo terapéutico (p. ej., demandando tareas al terapeuta).

La subcategoría lo que favorece el encuentro entre paciente y terapeuta da cuenta de ciertos elementos que colaboran al establecimiento de la relación terapéutica, desde el inicio del proceso. Los pacientes señalan como elementos relevantes la actitud de apertura del terapeuta, la validación del relato sobre su padecimiento y el respeto del ritmo del paciente para la apertura de contenidos en terapia (un *ritmo lento*, que permite al paciente *no sentirse presionado* sino, por el contrario, *sentirse cómodo y comprendido por el terapeuta*). Estos elementos facilitan la *construcción de confianza* en el terapeuta y en la terapia, la que es descrita por pacientes y terapeutas como un proceso gradual.

#### 4.2 Dificultades/resistencias iniciales

Esta subcategoría hace referencia a aquellos elementos que, inicialmente, dificultan el trabajo terapéutico y se compone, a su vez, de cuatro subcategorías: "dificultades iniciales ligadas a aspectos contextuales de la terapia", "dificultades iniciales asociadas a la sintomatología", "actitud negativa ante la terapia", y "dificultades iniciales ligadas a aspectos emocionales".

En la subcategoría dificultades iniciales ligadas a aspectos contextuales de la terapia, los pacientes entrevistados señalan algunas dificultades vinculadas, p. ej., con el traslado a la terapia (dada la lejanía del lugar de atención con el domicilio y la universidad) o con el horario de atención. Por otra parte, en los casos en que la terapia se llevó a cabo en el hospital psiquiátrico, los terapeutas refieren que llegar a una institución de esas características puede ser impactante o incluso desmoralizante para los pacientes.

Respecto de la subcategoría dificultades iniciales asociadas a la sintomatología, algunos pacientes refieren que ciertos síntomas negativos (abulia, apatía, alogia) y alteraciones psicomotoras (inmovilidad, mutismo) dificultaron su participación inicial en el proceso terapéutico, por el esfuerzo que implicaba activarse y hablar en esas circunstancias.

La subcategoría actitud negativa ante a la terapia alude a la actitud inicial de algunos pacientes que dudaban de la utilidad de la psicoterapia, mostrando mayor esperanza en los resultados de la farmacoterapia. Dicha actitud se traducía en una disposición negativa al proceso terapéutico, dificultando el abordaje de experiencias problemáticas.

En la subcategoría dificultades iniciales ligadas a aspectos emocionales, algunos pacientes señalan sus dificultades para abordar contenidos y experiencias dolorosas en la psicoterapia, por el temor a la irrupción de intensas emociones displacenteras (tristeza, angustia).

## **5. Motivación/expectativas hacia la psicoterapia**

Esta categoría hace referencia a las razones por las cuales los pacientes decidieron o tuvieron motivos para consultar a un profesional de la salud mental, las razones para mantenerse en tratamiento y las expectativas que tenían acerca del mismo. Está conformada por las subcategorías: “motivación inicial para asistir a terapia”, “motivación para mantenerse en terapia” y “expectativas acerca de la terapia”.

### **5.1 Motivación inicial para asistir a psicoterapia**

Se refiere a las razones iniciales que llevaron al paciente a consultar a un profesional de la salud mental, previamente al inicio del proceso psicoterapéutico evaluado y con posterioridad a la eclosión de la crisis psicótica. Dichas motivaciones iniciales para asistir a psicoterapia pueden dividirse en “motivación intrínseca” y “motivación extrínseca”.

La motivación intrínseca da cuenta de ciertas razones "internas", propias del paciente, que lo llevaron a consultar. Esto implica un interés personal o deseo tras la demanda de atención, como p. ej. la necesidad de mejorar su autoestima, desarrollar un mayor conocimiento de sí mismo (“buscar quien soy”), mejorar las relaciones interpersonales (particularmente en el ámbito de la pareja) o reconfigurar los proyectos vocacionales/vitales tras la crisis. Además, los pacientes entrevistados aluden también a una necesidad de buscar otro tratamiento complementario a la farmacoterapia, dado el efecto terapéutico insuficiente de ésta.

Por otra parte, la motivación extrínseca para iniciar una terapia se refiere a que la consulta es motivada por factores o agentes externos al paciente. Por ejemplo, la derivación por parte del médico psiquiatra tratante, o la sugerencia de familiares (habitualmente los padres) que identifican en el paciente síntomas o problemas que, desde su perspectiva, requieren de ayuda profesional especializada.

### **5.2 Motivación para mantenerse en psicoterapia**

Una vez que el paciente ha iniciado el proceso de psicoterapia, aparecen nuevas razones por las cuales decide continuar dicho proceso y mantenerse en tratamiento. Estas razones tienen que ver con el deseo de autoconocimiento y la búsqueda de comprensión de experiencias actuales y pasadas (“aclarar ideas”), primando el interés general de mantenerse “estable”.

### 5.3 Expectativas acerca de la terapia

Esta categoría guarda relación con lo que se espera que resulte o suceda en la psicoterapia, ya sea por parte del paciente y/o del terapeuta. Resulta posible identificar que los pacientes presentan expectativas respecto del propio proceso terapéutico y respecto de los logros y resultados. Las expectativas de los pacientes sobre el proceso terapéutico es que éste sea satisfactorio, particularmente cuando hay experiencias psicoterapéuticas previas que han sido evaluadas negativamente. Además, los pacientes esperan que la terapia sea un espacio en donde puedan ser escuchados y recibir una opinión de alguien "neutral, que no juzga".

Por otra parte, respecto de los logros/resultados, una de las principales expectativas de los pacientes está orientada a recuperar el funcionamiento previo a la crisis psicótica y a la construcción/reconstrucción de un proyecto vital futuro, que les permita lograr una vida plenamente independiente (p. ej., a través de la inserción/reinserción laboral). Los pacientes también manifestaron la expectativa de lograr la estabilización sintomática, disminuyendo la angustia. Finalmente, señalaron el deseo de mejorar sus relaciones interpersonales, particularmente en el ámbito de la pareja.

Desde el punto de vista de los terapeutas entrevistados, sus expectativas refieren a tres aspectos principales: lo que esperan de la familia o cuidadores del paciente y, durante el tratamiento, sus expectativas de autoeficacia como terapeutas y sus expectativas en torno a los logros/resultados del tratamiento.

Respecto de las figuras significativas de los pacientes, la mayoría de los terapeutas entrevistados esperan que los familiares o cuidadores puedan desarrollar mayor empatía y apoyo a la experiencia del paciente.

Otro aspecto importante, que emerge del relato de los terapeutas entrevistados, tiene relación con sus propias expectativas de autoeficacia, dando cuenta de cierta incertidumbre sobre su capacidad de ayuda a pacientes con esquizofrenia, la que estaría asociada a la poca experiencia terapéutica y también al "peso" asociado a este diagnóstico.

Finalmente, las expectativas que los terapeutas tienen sobre los logros/resultados del tratamiento se orientan a que los pacientes logren una recuperación, que puedan desarrollar un proyecto de vida futuro, donde sus proyecciones estén centradas en sus recursos efectivos (más allá de las fantasías) y que dichos proyectos y proyecciones contribuyan al desarrollo de su autoconcepto. De igual modo, la mayoría de los terapeutas entrevistados espera que los pacientes logren recuperar sus capacidades cognitivas, más allá de la fractura psicótica y que, de este modo, puedan insertarse socialmente, p. ej. finalizando sus estudios. De esta manera, los terapeutas esperan que la esquizofrenia no tenga tanta relevancia en la vida del paciente.

## 6. Descriptores de la trayectoria dentro de la terapia

Esta categoría da cuenta de cómo se despliega el proceso terapéutico, la manera en que se van desarrollando y manifestando sus distintos elementos, así como su progreso a medida que transcurre el tratamiento.

### 6.1 Transcurso de la psicoterapia

Esta subcategoría da cuenta de cómo va variando el proceso psicoterapéutico a lo largo del tiempo, manifestándose en dos elementos señalados por los entrevistados: un cambio en las actividades de la terapia y en la actitud hacia la terapia. La subcategoría variación en las actividades de la terapia hace referencia a cambios en los contenidos y focos terapéuticos, los que gradualmente van abandonando un relato centrado en “la enfermedad” (esquizofrenia) y sus consecuencias e incorporando, progresivamente, más elementos de la biografía del paciente.

Por su parte, la subcategoría variación en la actitud hacia la psicoterapia refiere a que la disposición de los participantes puede variar a lo largo del proceso terapéutico, incluso de sesión a sesión, por diversos motivos. Los entrevistados manifiestan cambios en el paciente, quien demuestra una mayor motivación por asistir y un aumento de la “fe en la utilidad” de la psicoterapia, volviéndose más activo y mostrando mayor apertura al trabajo terapéutico a medida que avanzan las sesiones y se afianza la relación terapéutica.

Por otra parte, la actitud hacia la psicoterapia también varía en función de las modificaciones que sufren las expectativas sobre el proceso terapéutico. Los terapeutas entrevistados indican una variación de su percepción sobre el trabajo con el paciente, por ejemplo, una terapeuta tenía la percepción de que el trabajo con pacientes con esquizofrenia no era tan difícil como pensó en un inicio. Del lado del paciente, cuando sus expectativas sobre ciertos logros/resultados no se cumplen, experimenta sentimientos de ambivalencia, desmotivación y, en algunos casos, deseos de concluir anticipadamente el proceso terapéutico.

### 6.2 Momentos significativos

La subcategoría “momentos significativos” alude a momentos relevantes de la psicoterapia, de carácter positivo o negativo, recordados por los participantes por tener alguna significación particular para ellos y para el proceso terapéutico.

Los momentos significativos reportados por los entrevistados pueden dividirse en varios tipos, de acuerdo con su contenido. En primer lugar, se encuentran los momentos de tensión y desencuentro entre paciente y terapeuta, en los que se experimenta un impasse en la relación terapéutica. Un paciente profundiza en su apreciación de que su terapeuta atribuyó cierto

evento de su historia a su psicopatología y no lo comprendió como una experiencia efectivamente vivida, desencuentro que provocó en él un malestar intenso y duradero, al sentir que su terapeuta no lo reconocía/validaba. Posteriormente, el paciente refiere haber superado el impasse, dando inicio a una "nueva etapa" y logrando incorporar nuevos contenidos a la psicoterapia, previamente excluidos.

Segundo, se describen momentos de reformulación, en los que el paciente hace un giro en su comprensión del problema. Dentro de esta categoría se encuentra la apreciación del paciente sobre la posibilidad de recuperación a través de la psicoterapia ("una luz de esperanza"), también la rectificación del motivo de consulta (p. ej., pasar de una queja centrada en un malestar difuso a un motivo de consulta vinculado con la inserción laboral). Para otro paciente entrevistado, un momento relevante tuvo lugar cuando realizó un ejercicio retrospectivo de anotar recuerdos de momentos felices versus momentos tristes de su historia, con lo que advirtió la predominancia de momentos felices, contrariamente a lo que él pensaba, resignificando su relato biográfico. Finalmente, un paciente entrevistado destaca el surgimiento de un nuevo diagnóstico, elaborado en psicoterapia, que le permitió resolver su sensación de ajenez y extrañeza con respecto a éste.

Luego se encuentran los momentos de conexión, caracterizados por la experiencia de un encuentro emocional con algún aspecto de la propia historia. Así, por ejemplo, el revelar un evento biográfico relevante o un secreto en terapia: p. ej., un paciente develó por primera vez una grave experiencia de acoso escolar; otro paciente indicó que para él fue significativo revisar exhaustivamente, en conjunto con el terapeuta, su historia de consumo de drogas (nunca se lo había podido contar a nadie).

Por último, se describen momentos de cambio, donde p. ej. un paciente entrevistado refiere haber podido abandonar un trabajo por constituir una actividad altamente estresante y desestabilizante para él, o bien cuando logró dejar de fumar.

### 6.3 Forma de presentación de los cambios

La subcategoría forma de presentación de los cambios hace referencia a los modos concretos y observables en que los participantes son capaces de reconocer sus logros, cambios o avances durante el proceso terapéutico, como producto de éste. Entre estas formas se encuentra la disminución del uso de medicamentos y el incremento de la apreciación crítica sobre las propias dificultades, incorporando nuevos elementos en su comprensión (eventos relevantes de la propia biografía, de la historia familiar o del contexto sociohistórico).

#### 6.4 Proceso de terminación de la terapia

La subcategoría “proceso de terminación de la terapia” da cuenta de los distintos procesos que tienen lugar cuando está finalizando el proceso terapéutico. Primero, los entrevistados dan cuenta del proceso de decisión del término, el que -cuando ha ocurrido- ha dependido de los deseos del paciente por terminar la terapia, o bien de razones extra-terapéuticas (circunstancias del contexto que impiden o dificultan la continuación de la terapia, como p. ej. la falta de apoyo familiar al proceso, los costos económicos de la terapia o la incompatibilidad horaria con otras actividades relevantes).

Los entrevistados también dan cuenta del momento en que se da el término, el cual en ocasiones es descrito como un cierre abrupto e inesperado; mientras que en otras ocasiones tiene lugar cuando el paciente ha reducido su malestar, además de exteriorizar una mayor autonomía para afrontar su situación. En el caso de las psicoterapias aún en curso, el proceso de término de la psicoterapia es imaginado por los pacientes como un evento lejano (“llevamos pocas sesiones... sería súper fuerte”), señalando la necesidad de abordar “temas pendientes”, resultando crucial la necesidad de sentirse seguro de la decisión, evaluar y planificar conjuntamente el término, elaborar la despedida y acordar con el terapeuta eventuales formas de retomar la terapia. Incluso, uno de los entrevistados sugiere la figura del “análisis interminable”, al considerar que la psicoterapia debiese ser un tratamiento “de por vida”.

Otra subcategoría se refiere a las condiciones del término, entre las que -salvo que la experiencia terapéutica haya sido evaluada negativamente- los pacientes cuentan con la posibilidad de retomar el contacto posteriormente. Otros entrevistados señalan que, si bien se termina la terapia, el vínculo entre paciente y terapeuta permanece a través de contactos telefónicos o de WhatsApp® ocasionales. Otra subcategoría se refiere a los sentimientos frente al término, reportados tanto por pacientes como por terapeutas, que incluyen reticencia, angustia e incluso desestabilizaciones: p. ej., un terapeuta entrevistado piensa que la noticia del inminente término de la terapia pudo haber precipitado cierta disfuncionalidad en el ámbito laboral del paciente, quien decide abruptamente renunciar a su trabajo. Por último, la evaluación del término implica ponderar los avances alcanzados por los pacientes versus el trabajo pendiente en la terapia, también elementos contextuales de la institución asistencial (GES), elementos contextuales del ámbito académico/laboral del paciente y la capacidad de la familia de hacerse cargo de algunos aspectos que contribuyan al bienestar del paciente.

#### 6.5 Después del término de la terapia

Por último, la categoría después del término de la terapia alude a lo que ocurre con los participantes que han finalizado su proceso terapéutico una vez que éste termina, en términos de reflexiones posteriores o sentimientos que surgen a partir de la experiencia vivida. Los

entrevistados señalan, por ejemplo, el deseo de los pacientes de continuar en terapia, extrañar asistir a las sesiones, extrañar la figura del terapeuta y sentir la ausencia de éste. Los pacientes también rescatan la posibilidad de retomar el contacto si es que vuelven a requerir de su ayuda, dando cuenta de una permanencia del vínculo con el terapeuta.

## **7. Caracterización del encuentro terapéutico**

Esta categoría da cuenta de los aspectos que caracterizan el proceso terapéutico, entendido como un encuentro entre dos subjetividades, que generan una relación particular. Incluye tres subcategorías: “caracterización del paciente”, “caracterización del terapeuta” y “caracterización de la relación terapéutica”.

### **7.1 Caracterización del paciente**

Esta categoría alude a los aspectos que caracterizan la participación de los pacientes y que son reconocidos por pacientes o terapeutas como relevantes en el encuentro terapéutico. Pueden dividirse en “aspectos connotados positivamente” y “aspectos connotados negativamente”.

Dentro de los aspectos connotados positivamente, los entrevistados destacan determinadas características de los pacientes: observadores, perspicaces, inteligentes, tienen ideas interesantes, son autónomos y autovalentes, tienen conciencia de sus dificultades y son responsables con su tratamiento farmacológico. Asimismo, los entrevistados destacan elementos de la actitud del paciente hacia el encuentro terapéutico y las actividades involucradas en él, valorando el compromiso con el proceso psicoterapéutico: p. ej., los terapeutas hacen referencia a la noción de “ser buen paciente”, a propósito de la adherencia al tratamiento. Mencionan también la confianza en el terapeuta para abordar diversas temáticas, así como la apertura y receptividad a sus intervenciones. Por último, también surgen elementos de la experiencia y/o sentimientos del paciente hacia el encuentro e intercambio con el terapeuta, dentro de los que se cuentan el sentirse cómodo en esta relación, sentir cariño y agradecimiento por el apoyo y guía del terapeuta.

Dentro de los aspectos connotados negativamente, los entrevistados destacan la dificultad del paciente para abrirse, reflejada en la sensación de que éste no logra decir todo lo que tiene que decir, al igual que su fragilidad y dependencia del sostén de los vínculos familiares.

### **7.2 Caracterización del terapeuta**

Esta categoría hace referencia a cómo el paciente caracteriza a su terapeuta y cómo evalúa o interpreta esas características, relevantes para el encuentro entre ambos participantes.

Así, podemos encontrar características del terapeuta connotadas positivamente, en términos de su contribución al encuentro terapéutico. Una de ellas alude a las actitudes del terapeuta en su relación con el paciente, tales como la calidez, la cercanía, la empatía y el sentido del humor. Los terapeutas destacan la necesidad de que el terapeuta se muestre como un ser humano con dudas frente a la vida, como una forma de cuestionar las certezas apodícticas características de este tipo de pacientes.

Asimismo, los entrevistados reportan comportamientos del terapeuta que contribuyen positivamente al encuentro terapéutico, tales como respetar el ritmo del paciente, no enjuiciar sus experiencias y acciones, no ponerse una en posición de autoridad, ser poco directivo y mantener la flexibilidad del encuadre terapéutico. A su vez, se describen comportamientos del terapeuta que, a juicio de los entrevistados, dan cuenta de un involucramiento emocional con el paciente. Entre éstos se encuentran ciertas acciones que, de acuerdo con los pacientes, denotan una “preocupación real” por parte del terapeuta (dar sobrecupos, rebajar honorarios, establecer contacto telefónico o por mensajes entre sesiones). La preocupación expresada por el terapeuta es entendida por los pacientes como indicador de una genuina consideración y aprecio.

Finalmente, los pacientes entrevistados aluden a comportamientos del terapeuta que contribuyen negativamente al encuentro terapéutico, como la falta de validación de su experiencia, que los “obliga” a disociar ciertos aspectos para mantener la relación.

### 7.3 Caracterización de la relación terapéutica

Esta categoría agrupa todos aquellos elementos que permiten comprender cómo los participantes entienden o valoran la relación terapéutica y cuáles son los aspectos que, desde su perspectiva, fueron relevantes para este proceso. Además, se rescata la percepción de los participantes sobre la evolución de la relación terapéutica, dando cuenta del carácter dinámico de este fenómeno.

Apreciación global de la relación. Esta categoría agrupa las principales características esgrimidas para dar cuenta de cómo se experimentó la relación terapéutica, referidas por pacientes y terapeutas.

En términos generales, la mayoría de los participantes señala tener un buen vínculo, el que es calificado por los pacientes como una relación basada en el interés genuino del terapeuta por su bienestar. La valoración de la relación como una relación de confianza aparece como un elemento de suma importancia, lo que implica la posibilidad de hablar temas importantes para el paciente sin temor a sentirse cuestionado. Asimismo, se valora la relación como un vínculo de gran intimidad, sinceridad y respeto mutuo, describiéndola como una relación parecida a la amistad, en la que se establecen sentimientos de simpatía y aprecio mutuo, se

experimenta el humor y la posibilidad de compartir temas en común. También hay reportes de cierta dificultad para confiar totalmente, aun cuando la relación es buena.

Actitud del terapeuta hacia el paciente. Esta categoría da cuenta de cuáles son los sentimientos/pensamientos/sensaciones que posee el terapeuta sobre su paciente y lo que hace con ello. Aquí aparecen elementos como el establecimiento de una conversación “auténtica” con el paciente, en la cual el terapeuta se interesa de manera genuina por los temas que éste trae, al mismo tiempo que se permite compartir sus propias experiencias e intereses personales: es decir, muestra ciertos elementos genuinos de su historia en el intercambio con el paciente. Este elemento genuino del intercambio con el paciente es el que permite involucrar a éste en la relación y conectarlo con el terapeuta, de modo de comenzar a construir la confianza relacional. Al mismo tiempo, los terapeutas señalan que el interés genuino por el paciente debe respetar los límites de la relación terapéutica y del encuadre. Por otra parte, el terapeuta muestra una actitud respetuosa de los límites que el propio paciente pone frente a los eventos que le suscitan angustia, al mismo tiempo que cuida mantener un ritmo de trabajo acorde a las necesidades y los tiempos del paciente, siguiendo el camino que éste le va señalando. Es así como el terapeuta intenta buscar un equilibrio entre sostener y alentar al paciente al cambio, respetando su fragilidad y el sufrimiento que ha experimentado, mostrando cautela en confrontarlo, apoyando sus actitudes de autocuidado, rescatando sus recursos, mostrando confianza en ellos y alentándolo a desarrollarlos (por ejemplo, continuando estudios universitarios).

Evolución de la relación terapéutica. Esta categoría busca rescatar la noción de la relación terapéutica como un proceso dinámico, que va cambiando a lo largo del tiempo, poniendo de manifiesto cómo las interacciones van moldeando la relación y cómo, a través del tiempo, van surgiendo distintas formas de relacionarse. De esta manera, los participantes dan cuenta de que su percepción de la relación terapéutica cambia a lo largo del proceso. Asimismo, que la participación del paciente en la terapia varía, desde un tiempo inicial de mayor pasividad hacia un mayor involucramiento y una participación más activa en el proceso terapéutico. También que la confianza se construye a medida que la terapia avanza, fortalecida por la “preocupación real” percibida por el paciente. De igual modo, que la asimetría en la relación terapéutica va disminuyendo a lo largo del proceso, y que el paciente va tornándose más autónomo de la figura del terapeuta. Finalmente, dan cuenta de que, una vez terminada la terapia, el vínculo con el terapeuta permanece.

## **8. Percepción de otros tratamientos**

Esta categoría engloba las experiencias de los pacientes con otros tratamientos distintos del psicoterapéutico, ya sea cuando se realizan de manera combinada (p. ej., psicoterapia y tratamiento farmacológico) o cuando aluden a tratamientos previos a la psicoterapia actual.

Tiene tres subcategorías: “percepción de los tratamientos psicológicos y farmacológicos de manera combinada”, “valoración de la farmacoterapia como único tratamiento” y “valoración de otros procedimientos terapéuticos”.

Respecto de los tratamientos psicológicos y farmacológicos de manera combinada, los pacientes entrevistados valoran ciertos efectos o cambios que atribuyen a la interacción de ambas terapias: p. ej., disminución del ánimo depresivo, sensación de estar “más focalizado”, mejoras en el desempeño académico, sensación de “restablecimiento de la vida normal”. Ahora bien, los pacientes establecen contrastes entre ambos tratamientos: respecto de su *ámbito de acción*, los entrevistados refieren que la farmacoterapia tendría un efecto superficial/puntual que permite continuar funcionando en la vida cotidiana pero “tapando el problema”; a diferencia de la psicoterapia, que “cura en profundidad” y “resuelve las crisis”. En relación con los *focos terapéuticos*, pacientes y terapeutas señalan que la psicoterapia se orientaría a la comprensión biográfica, a diferencia del tratamiento psiquiátrico, que se orienta fundamentalmente a la sintomatología clínicamente relevante, a la formulación de un diagnóstico y a brindar descripciones del problema centradas en aspectos biológicos. Dicha orientación al diagnóstico es evaluada negativamente por la mayoría de los entrevistados, quienes refieren haber experimentado sentimientos de extrañeza y ajenidad al recibir una devolución inmediata del diagnóstico psiquiátrico, durante la primera entrevista. Finalmente, los entrevistados contrastan la *velocidad del efecto o respuesta al tratamiento*, indicando que la farmacoterapia actúa más rápidamente que la psicoterapia, que lo hace más lentamente pero tiene un “efecto a largo plazo”. Cabe señalar que la mayoría de los pacientes entrevistados refiere que la psicoterapia facilita la disminución de las dosis de psicofármacos utilizados, aspecto evaluado positivamente.

En relación con la farmacoterapia como único tratamiento, los pacientes entrevistados tienden a valorar positivamente su efectividad, en el sentido de que existe una disminución de los síntomas (particularmente ansiosos). Es este beneficio terapéutico el que los hace tolerar ciertos efectos adversos, aunque indican que lo deseable es usar dosis bajas de psicofármacos y lograr, gradualmente, una autonomía respecto de los medicamentos (“ir dejando las pastillas de a poco”). Los pacientes refieren que el tratamiento farmacológico también tiene efectos negativos para ellos, tales como el riesgo de desarrollar dependencia u otros efectos adversos, algunos más perjudiciales que otros (p. ej., acatisia, taquipsiquia, alteraciones de memoria, sedación excesiva, incluso ideas delirantes y recaídas).

Respecto de otros procedimientos terapéuticos, pacientes y terapeutas hacen referencia a hospitalizaciones en caso de crisis agudas, o programas de rehabilitación psicosocial cuando el caso requiere otras intervenciones, además del tratamiento farmacológico y psicológico. Desde el punto de vista de los terapeutas entrevistados, muchos de ellos coinciden en una apreciación positiva de la interacción entre la psicoterapia y otros procedimientos terapéuticos, como p. ej. talleres grupales y/o intervenciones psicosociales, las cuales

constituyen un contexto que refuerza y apoya la psicoterapia. Si bien hay una búsqueda de coherencia y concordancia entre estos tratamientos, una limitación que los terapeutas tendrían es que, al tratarse de intervenciones realizadas en distintas instituciones, la comunicación y coordinación entre los profesionales tratantes no es lo suficientemente estrecha, intercambiando apreciaciones solo a través de informes mensuales, sin un mayor trabajo en equipo.

## **9. Formas de trabajo terapéutico de la psicoterapia evaluada/actual**

La categoría “Formas de trabajo terapéutico” guarda relación con lo que paciente y terapeuta hacen durante la psicoterapia, ya sea dentro de las propias sesiones, de una sesión a otra o a lo largo de todo el proceso terapéutico. Esta categoría está compuesta por las siguientes subcategorías: “contenidos/áreas de trabajo en la terapia”, “procedimientos/actividades” y “formas de trabajo terapéutico en experiencias anteriores”.

### **9.1 Contenidos/áreas de trabajo en la terapia**

Esta subcategoría hace referencia a los temas y áreas de trabajo abordados en las sesiones de terapia, generalmente porque emergían espontáneamente, o bien por acuerdo entre paciente y terapeuta. Los pacientes entrevistados señalan que dichos temas están relacionados con el deseo de disminuir el malestar en las relaciones interpersonales y potenciar nuevos vínculos (p. ej., de pareja), el interés por construir/reconstruir nuevos proyectos vocacionales y laborales, o bien por disminuir/manejar ciertas emociones que interfieren en diversos ámbitos de la vida (particularmente, la angustia). Todas las terapias evaluadas han trabajado sobre experiencias pasadas del paciente, como p. ej. su relación con los padres en la infancia o sus relaciones de pareja pasadas o presentes y, en la misma línea, han abordado cómo ciertas experiencias anteriores del paciente se reeditan en relaciones actuales y/o en la relación terapéutica. Por último, algunos pacientes refieren haber trabajado inquietudes tendientes a reducir el estrés en sus vidas.

Los terapeutas entrevistados parecen concordar en la importancia del trabajo sobre ciertas creencias idiosincrásicas del paciente y una mirada más global y amplia de la realidad externa. También destacan la reflexión y elaboración de las representaciones de sí mismo de los pacientes, particularmente de la propia identidad, pues ésta suele estar fuertemente referida al diagnóstico de esquizofrenia. Los terapeutas van favoreciendo el establecimiento de distinciones “entre el diagnóstico y el sujeto”, abordando gradualmente otros contenidos y vivencias relevantes del paciente, apoyando el reconocimiento de recursos y debilidades personales y el fortalecimiento de la autoestima. Los terapeutas también coinciden en la importancia de abordar la emocionalidad de los pacientes, especialmente por la irrupción de desbordes angustiosos con relación a eventos específicos de sus historias o de su vida

cotidiana. Algunos enfatizan la importancia de trabajar sobre estrategias de autorregulación y de regulación en las relaciones interpersonales: en este sentido, destacan la necesidad de ayudarlos a mejorar sus capacidades de comunicación con otros, especialmente en las relaciones de pareja (p. ej., algunos terapeutas destacan la importancia de que el paciente aprenda a diferenciar sus necesidades de las de los otros). Finalmente, algunos terapeutas enfatizan el abordaje del autocuidado, reorientando ciertos comportamientos de los pacientes hacia fines “más adaptativos”.

## 9.2 Procedimientos/actividades

La subcategoría de “procedimientos/actividades” da cuenta de todas las acciones concretas que realizan el paciente, el terapeuta y la díada paciente-terapeuta, dentro o fuera de las sesiones.

Actividades de la díada. Esta categoría se refiere a las actividades que llevan a cabo, de manera mancomunada, la díada paciente-terapeuta. Con relación a las actividades intra-sesión, los entrevistados manifestaron que una de las principales acciones, al inicio del proceso terapéutico, radica en instaurar ciertos acuerdos respecto del encuadre. De este modo, el terapeuta explora las nociones del paciente sobre la terapia y los objetivos que persigue lograr en ésta, para juntos establecer un acuerdo respecto a los temas y objetivos preliminares que abordarán. Dentro del establecimiento del encuadre terapéutico los terapeutas explicitan sus formas de trabajo, señalan que considerarán aspectos de la vida del paciente que van “más allá del diagnóstico” y enfatizan en la necesidad de un trabajo conjunto entre paciente y terapeuta. Asimismo, se establece la frecuencia, duración y horario de las sesiones, dejando también espacio para que los pacientes resuelvan sus interrogantes al respecto.

Una vez que se inician las sesiones de psicoterapia, los entrevistados mencionan la importancia de analizar y reflexionar sobre las representaciones de los pacientes acerca de sí mismos, de su diagnóstico, de sus relaciones interpersonales, de sus experiencias cotidianas, etc. En este trabajo reflexivo, algunos terapeutas destacan el uso de metáforas comunes, del humor o de técnicas lúdicas como herramientas de apoyo al trabajo terapéutico. También, algunos coinciden en el uso de intervenciones metacomunicativas en algunos momentos de la terapia, fundamentalmente como una manera de estimular la reflexión sobre lo que ocurre en la relación terapéutica y en la terapia.

Acciones del paciente. Las acciones que llevan a cabo los pacientes pueden ocurrir tanto fuera de la sesión (inter-sesión) como dentro de la sesión (intra-sesión). Las *acciones inter-sesión* tienen relación con aquello que el paciente hace luego de las sesiones terapéuticas y que se asocia con los contenidos trabajados en las mismas; en tal sentido, algunos de los entrevistados mencionan que hay pacientes que, entre sesiones, reflexionan y “decantan” los temas abordados, mencionando en algunos casos que encuentran nuevos vínculos entre

ciertas vivencias de su pasado y la historia de los padres, llegando a develar experiencias a familiares significativos (p. ej., la madre) o formular preguntas que guardaban desde la infancia. Respecto de las *acciones intra-sesión*, algunos pacientes mencionan una suerte de “autoimposición” de hablar de ciertas experiencias dolorosas, venciendo sus propias resistencias, para avanzar en el proceso terapéutico.

Acciones del terapeuta. Esta subcategoría hace referencia a todo aquello que el terapeuta hace para contribuir al proceso terapéutico y a la mejoría del paciente. Los tipos de intervención que realiza el terapeuta pueden dividirse en *intervenciones extra-sesión*, haciendo referencia a indicaciones/proposiciones del terapeuta respecto a acciones que el paciente puede hacer fuera de las sesiones terapéuticas y que contribuirán con su mejoría (p. ej., actividades culturales/recreativas satisfactorias para el paciente), o bien a acciones que buscan favorecer la continuidad del proceso terapéutico (p. ej., reagendar sesiones en caso de inasistencias del paciente o la familia).

Las *intervenciones intra-sesión* guardan relación con todas aquellas acciones terapéuticas que el terapeuta lleva a cabo dentro de la sesión y que están relacionadas con su enfoque o postura teórica. En ese sentido, los entrevistados señalan como intervenciones intra-sesión la exploración biográfica y de las actividades cotidianas del paciente, que el terapeuta favorezca la organización de los contenidos mentales (la mayoría de los pacientes entrevistados refieren la sensación de salir de las sesiones “con la cabeza más ordenada”, particularmente en momentos de intensa angustia) y que facilite distinciones entre experiencias pasadas y actuales, p. ej., relacionando dinámicas que ocurren en la sesión con la historia del paciente. La oferta/producción de nuevas perspectivas sobre su historia de vida o sobre ciertas dinámicas relacionales favorece la “normalización” de la experiencia del paciente (p. ej., comprender las dificultades actuales en las relaciones interpersonales a la luz de ciertas experiencias infantiles).

Por otra parte, algunos terapeutas realizan intervenciones en las que orientan al paciente respecto a cómo enfrentar diferentes problemáticas (p. ej., enfrentar problemas académicos o laborales), evaluando conjuntamente diversas opciones, alentando a la implementación de ciertas acciones y retroalimentando los logros alcanzados por el paciente. Finalmente, algunos terapeutas realizan intervenciones que apuntan a favorecer la continuidad del proceso terapéutico, como p. ej. disminuir la frecuencia de las sesiones en periodos de mayor carga laboral o académica, o bien rebajar los honorarios del terapeuta.

Con respecto a las *intervenciones sobre el entorno significativo de los pacientes*, algunos terapeutas mencionan su rol como una suerte de intermediario entre el paciente y su familia. En ese rol se mencionan las acciones de psicoeducación con los padres, la “normalización” de ciertas conductas de los pacientes y el resignificar los roles al interior de la familia. Algunos indican que este trabajo con la familia sería fundamental al inicio del trabajo

terapéutico, especialmente durante las primeras entrevistas, pero también subrayan que debe ser siempre el paciente quien guíe la oportunidad y la forma de estas intervenciones.

Más allá de intervenciones o actividades específicas con el paciente o con su familia, los terapeutas en su conjunto mencionan una serie de aspectos que parecen constituir una toma de *posición técnica con respecto al trabajo con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia*, se traduzcan o no en intervenciones específicas. Temáticamente, un aspecto que mencionaron reiteradamente es su postura sobre el diagnóstico. Algunos coinciden en que no se pueden quedar en el diagnóstico (psicosis, esquizofrenia) para enfrentar terapéuticamente a estos pacientes sino que siempre ir más allá, centrándose en la vivencia subjetiva, en la vulnerabilidad personal y en comprender qué constituye para el paciente la experiencia de un diagnóstico como este. Algunos proponen trabajar con el diagnóstico, preguntar dirigidamente sobre las representaciones y vivencias asociadas; o bien utilizarlo paradójicamente, deconstruyéndolo a través de la reflexión sobre sus propiedades y características en cada paciente en particular.

Muchos de los terapeutas se refirieron a la *función terapéutica de su rol*. Sobre esto, subrayan el mantener una constante actitud de apoyo incondicional, junto con intervenciones en esta dirección. Por ejemplo, algunos destacan que, si bien no es necesario convertirse en un consejero, sí sería importante constituir una estructura real para el paciente, orientarlo hacia lo concreto y real, potenciando sus recursos, pero siempre regulando este acompañamiento. En tal sentido, destacan la importancia de respetar el *timing* del paciente, de seguir y sostener su ritmo con una actitud honesta y auténtica, teniendo siempre una actitud de respeto por su autonomía. Otros subrayan el cuidado especial por validar el discurso y la experiencia del paciente, escuchando e interesándose por sus temas y mostrando respeto por su sensación subjetiva de mejoría, sin imponer expectativas de cura o agregar objetivos que no sean acordados con el paciente. Por último, algunos terapeutas enfatizan que se trata de procesos terapéuticos “no lineales”, que requieren invertir mucho tiempo y que los registros de las sesiones son útiles tanto como forma de retroalimentar el proceso, como también para evaluar los cambios logrados a lo largo del tratamiento.

### 9.3 Formas de trabajo terapéutico en experiencias anteriores

Esta subcategoría hace referencia a las intervenciones que los pacientes recibieron en experiencias terapéuticas previas y que fueron útiles (o no) para su mejoría. Por ejemplo, un paciente entrevistado refirió haber realizado pruebas psicológicas que le ayudaron a comprender mejor los motivos de ciertas dificultades personales; así como otro evaluó positivamente la acción de escribir sobre sus sentimientos y pensamientos, los que luego eran analizados con su terapeuta en sesión.

Respecto de las intervenciones evaluadas negativamente, un paciente señala su desacuerdo

con el foco establecido por su terapeuta anterior, quien se centró casi exclusivamente en sus problemas interpersonales actuales y no en su interés por comprender ciertas situaciones vinculadas con su familia de origen. El mismo paciente señala su desmotivación con algunas intervenciones de su terapia previa (técnicas de relajación y tareas extra-sesión) pues él, sobre todo, “quería que alguien me escuchara”. Otros pacientes entrevistados señalan su malestar ante juicios negativos de sus terapeutas sobre relaciones significativas del paciente.

## **10. Resultados de la psicoterapia**

Esta categoría hace referencia a las consecuencias o efectos que derivan del proceso psicoterapéutico, incluyendo los logros, cambios o mejorías que experimentó el paciente y/o que observó el terapeuta, lo que no mejoró o permaneció de la misma forma que al inicio del proceso, lo negativo que aparece durante el proceso terapéutico y aquellos factores que facilitaron u obstaculizaron la mejoría. Se compone por las siguientes subcategorías: “logros/cambios de la psicoterapia”, “lo que no cambia”, “lo negativo que aparece”, “condiciones facilitadoras del cambio terapéutico”, “condiciones obstaculizadoras del cambio terapéutico” y “recomendaciones de los pacientes hacia los profesionales de la salud”.

### **10.1 Logros/cambios de la psicoterapia**

Esta subcategoría alude a todos aquellos cambios atribuidos a la psicoterapia, los que se expresan en diversos ámbitos de la vida del paciente. De esta manera los entrevistados identificaron “cambios intrapsíquicos”, “cambios comportamentales”, “cambios en las relaciones interpersonales”, “cambios sintomáticos” y “cambios corporales”.

En cuanto a los cambios intrapsíquicos, los entrevistados señalaron cambios que van más allá del alivio sintomático o de su manifestación conductual y, más bien, hacen referencia a transformaciones que el paciente experimenta en relación con sus estados internos, ya sean afectivos, representacionales, o actitudinales, aun cuando puedan influir en la manera en que actúan y se relacionan con el entorno.

Entre los *cambios afectivos* se encuentra una mayor capacidad de reconocer y discriminar los propios estados emocionales, una mayor autovaloración y autoestima, la superación gradual de experiencias traumáticas de la infancia y un mayor respeto por las propias necesidades emocionales.

Entre los *cambios a nivel representacional o de la resignificación* (es decir, de darle un sentido distinto a determinadas representaciones del mundo o del problema), los entrevistados señalan la reconceptualización de las relaciones significativas con padres y

amigos, de eventos biográficos relevantes y de su propia participación en los problemas. También cambian las atribuciones de causalidad de sus propios problemas, las que se enraízan en los avatares de la propia biografía y/o de la historia familiar, emergiendo una historización del propio padecimiento que “normaliza” la experiencia subjetiva, modificando además la relevancia del diagnóstico de esquizofrenia para la comprensión de la propia identidad. Asimismo, hay un reconocimiento de las propias capacidades, una reafirmación de las propias características y una mayor conciencia de las propias dificultades, que refuerza el autoconcepto y posibilita la articulación de (nuevos) proyectos vitales. Finalmente, se resignifica la importancia atribuida a los medicamentos en el proceso de recuperación.

Finalmente, los *cambios actitudinales* se expresan en un aumento de la confianza en sí mismos y en los otros, una sensación de mayor madurez y un fortalecimiento de la propia voluntad y autonomía (disminuyendo, p. ej., la dependencia con el terapeuta).

Los cambios comportamentales aluden a aquellas acciones que los pacientes hacen de manera diferente a como hacían cuando iniciaron el proceso terapéutico. Los entrevistados refieren cambios en hábitos como fumar o consumir drogas; como también la transferencia de nuevos aprendizajes, adquiridos en terapia, al mundo y a las relaciones extra-terapéuticas. Mencionan, asimismo, el inicio/mantención de actividades académicas y/o actividades laborales.

Los cambios en las relaciones interpersonales se refieren a transformaciones de los pacientes en sus formas de vincularse con otros. En este sentido, los entrevistados resaltan la posibilidad de compartir experiencias y “abrirse” con los padres y/o amigos, logrando relaciones de mayor intimidad y cercanía. De igual modo, algunos entrevistados hacen referencia a dejar de usar el “rótulo de esquizofrénico” en los contactos con otros, logrando un mejor manejo de la ansiedad en situaciones sociales; una mayor independencia frente a la pareja y una disminución global del aislamiento social.

Finalmente, la subcategoría de cambio sintomático y cambios corporales hace referencia a la disminución generalizada de la angustia y sus manifestaciones en la corporalidad de los pacientes. Un paciente entrevistado lo describe como “sacarse una mochila con un peso”, alivio que mejora la calidad del sueño y la postura corporal.

## 10.2 Lo que no cambia

Esta subcategoría hace referencia a aquellos aspectos que, de acuerdo con los entrevistados, no han sido resueltos o no han mejorado durante la psicoterapia. De esta manera, algunos pacientes refieren la persistencia de dificultades en las relaciones interpersonales, específicamente dificultades para lograr una relación auténtica con los padres, para abordar relaciones que rememoran experiencias problemáticas o bien para enfrentar temas vinculados

al miedo al fracaso en las relaciones de la pareja. En un caso, el paciente refiere “no sentir ningún tipo de cambio”, situación que atribuye al hecho de que, para él, “la psicoterapia llegó tarde”.

### 10.3 Lo negativo que aparece

Esta subcategoría se refiere a la aparición de emociones negativas en el paciente, posteriormente a las sesiones de psicoterapia y como consecuencia de éstas. En tal sentido, algunos pacientes manifiestan intensas reacciones emocionales al abordar contenidos y experiencias dolorosas (que un paciente ilustra con la imagen de una “punzada”). Por otra parte, con relación al espacio terapéutico, algunos pacientes refieren haber experimentado una pérdida de la motivación por continuar asistiendo a terapia, teniendo la sensación de estar “perdiendo el tiempo” al seguir yendo a las sesiones.

### 10.4 Condiciones facilitadoras del cambio terapéutico

Esta subcategoría hace referencia a aquellos aspectos que pueden influir de forma positiva y que favorecen el cambio terapéutico. Los entrevistados distinguen entre “condiciones relacionadas con el paciente”, “condiciones relacionadas con el terapeuta” y “condiciones relacionadas con el contexto extra-terapéutico”.

Respecto a las condiciones relacionadas con el paciente, es posible distinguir elementos previos al inicio de la psicoterapia de otros que van consolidándose durante el proceso terapéutico. Dentro de los elementos facilitadores previos al inicio de la terapia, los pacientes resaltan la respuesta insatisfactoria a la farmacoterapia y/o el malestar atribuido a los efectos adversos de ciertos psicofármacos, que los motiva a considerar nuevas opciones terapéuticas. Junto con esto, los entrevistados refieren la percepción de un malestar significativo y estar conscientes de la necesidad de abordar temáticas dolorosas o problemáticas, reflexión que facilita la capacidad de abrirse en terapia, aun cuando ésta constituye un proceso lento y gradual. Los pacientes también aluden a la validación de la experticia profesional del/de la terapeuta, que incide favorablemente en su motivación con respecto al proceso terapéutico en general.

Los terapeutas, por su parte, valoran como facilitadores del cambio la capacidad autocrítica y reflexiva de los pacientes, al igual que su nivel educativo/cultural.

Respecto de los elementos facilitadores del paciente construidos durante el proceso terapéutico, los entrevistados destacan el deseo de autoconocimiento y comprensión de experiencias pasadas y la "auto imposición" de la tarea de hablar y analizar experiencias dolorosas, venciendo resistencias afectivas. Otro facilitador del cambio está dado por la participación activa del paciente en el proceso terapéutico, quien evalúa críticamente las

intervenciones del terapeuta y valida aquellas que abren nuevas perspectivas sobre sus dificultades. El compromiso del paciente con la terapia también actúa como un facilitador del cambio, el que se evidencia en aspectos como el cumplimiento de los horarios y sesiones programadas, la acción de "prepararse mentalmente" para la sesión o el realizar un trabajo terapéutico post-sesión (p. ej., transferir ciertos cambios al contexto extra-terapéutico o dialogar con familiares sobre temas reflexionados en terapia). Finalmente, cuando ha habido interrupciones del proceso terapéutico por parte del paciente, la disposición a pedir ayuda luego de la suspensión opera como un elemento facilitador del cambio.

Los elementos facilitadores relacionados con el terapeuta tienen que ver con características personales del mismo, así como con aspectos de su posicionamiento en la terapia. En cuanto a las características personales, un aspecto que favorece el cambio es el interés del terapeuta por la problemática del caso, lo que genera que los pacientes sientan una “preocupación real” de parte del terapeuta (la que se expresa, p. ej., en la disponibilidad al contacto extra-sesión a través de mails o WhatsApp®, o la asignación de sobrecupos en los casos que lo requieran). Asimismo, la cercanía, la flexibilidad y la capacidad de escucha neutral del terapeuta facilitarían la apertura al cambio de los pacientes.

Respecto del posicionamiento del terapeuta, un facilitador del cambio tiene relación con su perspectiva técnico/ideológica sobre la psicosis, destacando su orientación al sujeto más allá del diagnóstico, al igual que su orientación a la recuperación del paciente.

Los elementos facilitadores relacionados con el contexto extra-terapéutico hacen referencia a los apoyos familiares (p. ej., el soporte económico para costear la psicoterapia, la propia participación de los padres en el proceso terapéutico y la valoración positiva del apoyo terapéutico recibido) y de las relaciones de pareja o de amistad, quienes retroalimentan positivamente los cambios logrados por los pacientes. Los entrevistados también mencionan la influencia facilitadora del entorno laboral, que favorece una serie de nuevas experiencias para el paciente, las que van siendo acompañadas desde el espacio de la terapia.

#### 10.5 Condiciones obstaculizadoras del cambio terapéutico

Esta subcategoría guarda relación con aquellos factores que influyen de manera negativa o constituyen un obstáculo para el logro del cambio terapéutico. Dichos elementos estarían relacionados con “condiciones del paciente” y “condiciones del contexto extra-terapéutico”.

En cuanto a las condiciones del paciente, los entrevistados mencionan como barreras para el cambio las bajas expectativas acerca de la efectividad de la psicoterapia, al igual que la actitud hermética del paciente. Otro obstaculizador está dado por la reacción emocional negativa frente al abordaje de ciertos contenidos problemáticos, que dificulta el avance del proceso terapéutico. Durante la psicoterapia, la baja motivación para asistir -asociada a la

noción de tratamiento para toda la vida, o bien porque implica un esfuerzo mental excesivo o porque te aleja de la rutina cotidiana- y la interrupción del tratamiento también son señaladas como obstaculizadores del cambio.

Con relación a los elementos del contexto extra-terapéutico, se destacan condiciones del entorno familiar como la devaluación o los prejuicios en contra de la psicoterapia, o bien la falta de contención emocional por parte de la familia (presionando, por ejemplo, por resultados terapéuticos rápidos). Respecto del contexto institucional, los entrevistados mencionan como obstaculizadores del cambio el número de sesiones escaso o limitado, la baja frecuencia de las sesiones y la falta de continuidad de la terapia.

#### 10.6 Recomendaciones hacia los profesionales de la salud mental

Esta subcategoría da cuenta de ciertas recomendaciones de los pacientes que emergen espontáneamente durante la entrevista y que, desde la perspectiva de los primeros, deberían ser consideradas por los terapeutas para mejorar su labor. Uno de los entrevistados insta a los profesionales a abandonar lo que denomina una “actitud profesional de duda”, que constituye un obstáculo a la escucha terapéutica y, por el contrario, validar los relatos y las experiencias de las personas con esquizofrenia. En la misma línea, una entrevistada recomienda a los profesionales “que no se asusten tanto cuando nosotros hablamos de nuestra enfermedad, porque nuestra enfermedad es nuestra vida”, sugiriendo que exploren sin temor la historia y las manifestaciones de su padecimiento.

### **11. Experiencias asociadas al impacto del hacer terapia en el terapeuta**

Esta categoría general da cuenta de la experiencia subjetiva que el terapeuta experimenta durante su participación en el proceso terapéutico, así como ante el oficio de hacer terapia en general. Esta categoría se compone de las subcategorías “impacto del hacer terapia en el terapeuta” y “estrategias de autocuidado y elaboración extra-sesión”.

#### 11.1 Impacto del hacer terapia en el terapeuta

Esta categoría hace alusión a las vivencias subjetivas del terapeuta como producto de su trabajo terapéutico. Este impacto es referido con respecto a situaciones puntuales (p. ej., una sesión psicoterapéutica en particular) o bien a la experiencia de hacer terapia a lo largo del tiempo, e incluye la subcategoría “impacto a nivel emocional”.

Impacto a nivel emocional. Esta subcategoría alude a las emociones del terapeuta que surgen en sesión, fundamentalmente ligadas a sensaciones de malestar. Los entrevistados refieren experimentar sentimientos de inseguridad en sus propias competencias como terapeutas,

junto con angustia ante el temor de no lograr sostener al paciente durante situaciones clínicas complejas (particularmente, ante la irrupción de angustia o ideación suicida).

### 11.2 Estrategias de autocuidado y elaboración extra- sesión

Esta categoría hace referencia a las estrategias señaladas por los terapeutas para el trabajo con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que aportan a su autocuidado y a la elaboración de su experiencia en terapia. Los terapeutas refieren haber hecho un trayecto particular durante su formación clínica, mostrándose críticos con las perspectivas tradicionales sobre la psicosis y su tratamiento, centradas en el déficit más que en la recuperación. En tal sentido, han explorado distintas experiencias de supervisión, privilegiando el lazo de trabajo con supervisores cercanos a sus propias perspectivas terapéuticas sobre las psicosis.

## 12. Representaciones sobre la psicoterapia

Esta categoría alude a todas aquellas referencias de los entrevistados con relación a representaciones o visiones sobre la psicoterapia, las que no necesariamente refieren a sus experiencias particulares con la terapia actual, sino a una comprensión conceptual en torno a la psicoterapia en tanto práctica. Se identificaron seis subcategorías de representaciones: “Representaciones sobre la psicoterapia”, “Representaciones sobre el cambio/cura”, “Representaciones sobre el malestar/problema psicológico”, “Representaciones sobre los terapeutas”, “Representaciones sobre los pacientes” y “Representaciones sobre el entorno familiar del paciente”.

### 12. 1 Representaciones sobre la psicoterapia

Esta subcategoría alude a las representaciones sobre las particularidades del trabajo psicoterapéutico, al espacio en donde éste ocurre, a su temporalidad y a sus objetivos.

Respecto a las particularidades del trabajo terapéutico, los entrevistados hacen referencia a la indicación de psicoterapia, que emerge como un tema relevante dado que, en el caso de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, la psicoterapia suele ser una intervención indicada por el médico psiquiatra tratante y no una ayuda demandada espontáneamente, como ocurre en otros problemas de salud mental. En tal sentido, los pacientes conceptualizan que la psicoterapia es una intervención que se indica luego de constatar que la farmacoterapia tiene un efecto terapéutico insuficiente, requiriendo adicionar un nuevo componente al tratamiento. Surgen también representaciones que provienen principalmente de los terapeutas, quienes enfatizan que la práctica de la psicoterapia está determinada por las características del paciente, que requiere situarse en sus códigos y que es éste quien “muestra

el camino”, enfatizando el carácter singular del proceso (simbolizado como un “traje a la medida” para cada sujeto). De igual modo, los terapeutas señalan ciertas representaciones sobre aspectos específicos a considerar en la intervención con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia: en la medida que abrir temáticas en terapia implica desarticular ciertos funcionamientos psicológicos, hay que ser particularmente cauto sobre el momento para “quitarle ese piso” al paciente; intervenciones como la confrontación serían riesgosas, dada la vulnerabilidad de éste; intervenciones más directivas podrían ser más funcionales en pacientes con psicosis que en otros casos; o bien que se trata de un trabajo de actitud más que de técnica terapéutica, en el que hay que actuar con flexibilidad y creatividad. Finalmente, los terapeutas señalan que la psicoterapia tiene que ser un proceso profundo e intensivo o, de lo contrario, será “pan para hoy y hambre para mañana”.

Por otra parte, respecto de las representaciones sobre la psicoterapia que refieren al espacio en el que ésta ocurre, los terapeutas hacen mención de que se trata de un espacio de apoyo, de ayuda y confianza; necesario para el paciente, en la medida que ahí puede hablar lo que no se habla con el resto, donde no será cuestionado y podrá tomar sus propias decisiones. De igual modo, lo caracterizan como un espacio más alegre y más humano que los espacios de tratamiento psiquiátrico. Por su parte, respecto de la temporalidad, los terapeutas mencionan que se trata de procesos terapéuticos a largo plazo, que avanzan “paso a paso” y deben ser entendidos como ciclos o fases, las que no necesariamente acontecen según el orden esperado por el paciente.

Finalmente, respecto de los objetivos de la psicoterapia, surge la idea de la terapia como un trabajo donde no hay garantías *a priori*, que intenta ayudar a construir un proyecto de vida, respetuoso de los propios modos y propósitos del paciente: vale decir, no se persigue enseñar al paciente qué hacer, qué buscar o cómo hacerlo; ni movilizarlo en función de ideales o exigencias sociales; sino ayudarlo a pasar de la pasividad a la actividad, ganando libertad y sosteniendo sus intereses sin tener que “atrincherarse” en su malestar.

## 12.2 Representaciones sobre el cambio/cura

En los terapeutas entrevistados, las representaciones del cambio/cura -o bien, de los cambios que resulta posible alcanzar en el proceso psicoterapéutico- aluden a que el cambio deriva del trabajo constante de combatir las tendencias en las que recae repetitivamente el paciente y tendría relación con construir un “lugar en el mundo” en el que el malestar subjetivo haya disminuido y sea tolerable o, incluso, se transforme en una experiencia provechosa para el paciente. Algunos entrevistados representan el cambio terapéutico como el logro de una distinción o separación entre “la persona” y “la enfermedad”. Enfatizan el carácter procesual del cambio, sugiriendo que se trata de “un camino, no una meta”, donde pequeños avances pueden constituir grandes logros.

Desde la perspectiva de los pacientes, las representaciones sobre el cambio terapéutico se relacionan con la mejora e incremento de las relaciones interpersonales, con lograr establecer una relación de pareja y adaptarse a ciertos roles sociales esperados (p. ej., estudiar o trabajar).

### 12.3 Representaciones sobre el malestar/problema psicológico

Esta subcategoría hace referencia a las conceptualizaciones sobre el malestar psicológico e incluye tres elementos: la representación del diagnóstico, las atribuciones de causalidad de los problemas psicológicos y la representación sobre la evolucióncurso de los problemas psicológicos.

La representación del diagnóstico es un aspecto que adquiere relevancia en el caso de las terapias informadas, dado que la trayectoria de llegada a la psicoterapia es precedida por la entrega de un diagnóstico psiquiátrico (primer episodio psicótico o primer episodio de esquizofrenia), hito que pone en marcha una serie de operaciones que los pacientes efectúan respecto del diagnóstico recibido. Todos los entrevistados dan cuenta del impacto emocional asociado al diagnóstico de esquizofrenia, enfatizando distintos aspectos del fenómeno: puede implicar desesperanza, asociada a la representación de la esquizofrenia como una condición crónica, pero también lleva a los pacientes entrevistados a un afrontamiento activo, caracterizado por la demanda de mayores antecedentes a los psiquiatras tratantes, la búsqueda de información en otros medios (por ejemplo, internet), el cuestionamiento del diagnóstico recibido en función de la experiencia personal o, incluso, su negación (acción que puede involucrar también a la familia del paciente).

El trabajo personal de elaboración/asimilación del diagnóstico tiene múltiples alcances respecto de la identidad: p. ej., algunos pacientes refieren sentirse identificados con él, en la medida que les ayuda a comprender ciertas dificultades personales. Ahora bien, tal identificación puede tomar la forma de un “auto-etiquetamiento”, donde la propia identidad parece quedar definida por el trastorno, posición subjetiva que genera malestar y moviliza intentos por restablecer una identidad más allá del diagnóstico. Los terapeutas manifiestan particular sensibilidad a este fenómeno, señalando que el rótulo de esquizofrenia puede invisibilizar la singularidad del paciente. En este sentido, enfatizan que los pacientes viven experiencias problemáticas o dificultades que son independientes del diagnóstico y que, por tal razón, no es el único aspecto por trabajar en la terapia. Ante todo, se trataría de un elemento a deconstruir.

Un “telón de fondo” de este trabajo de elaboración está dado por el estigma social asociado al diagnóstico de esquizofrenia: los entrevistados evocan diversas representaciones asociadas a la idea de anormalidad, locura, mendicidad, se trataría de pacientes graves e intratables, experimentando un conflicto entre la asimilación del diagnóstico, el restablecimiento de la

identidad y la necesidad de protegerse de los efectos sociales de éste. Sólo una paciente entrevistada refiere una representación del diagnóstico “como un don”, en tanto traduce formas de vida creativas y expresivas, con capacidades literarias o artísticas.

Respecto de la atribución de causalidad de los problemas psicológicos, los pacientes entrevistados atribuyen como causantes o desencadenantes ciertos estresores mayores del ciclo vital, p. ej. experiencias traumáticas (acoso escolar), el paso por la educación superior, o bien los desafíos inherentes a la entrada al mundo laboral. También, algunos pacientes atribuyen sus dificultades a características personales como la inmadurez, o al uso de mecanismos evitativos respecto de los estresores del ciclo vital antes mencionados.

Finalmente, con relación a la evolución o curso del problema psicológico, las representaciones evocadas por los entrevistados aluden a que la esquizofrenia es un trastorno crónico, cuyas primeras manifestaciones son inespecíficas, que cursa con episodios de crisis o recaídas y que requiere tratamiento farmacológico y psicoterapéutico “de por vida”, el que tendrá un mejor pronóstico si se inicia tempranamente. Los pacientes mencionan que asumir el curso del trastorno implica lidiar con el duelo, el distanciamiento del mundo y el temor a que sobrevengan nuevas crisis. Ahora bien, algunos pacientes puntualizan que las crisis dependen de las circunstancias vitales y no de los azarosos destinos de “la enfermedad”.

#### 12.4 Representaciones sobre los terapeutas

Dentro de las representaciones referidas por los pacientes, surgen ideas de los psicólogos como profesionales íntegros, que “estudian el alma”, motivadores, dispuestos a ayudar, que pueden iniciar una conversación y que brindan una relación similar a la amistad (algunos pacientes los caracterizan, derechamente, como amigos). También hacen referencia a que diagnostican -acción padecida con temor- y a que pueden “darte la espalda”, refiriéndose a la rotación de terapeutas en ciertas instituciones.

Desde la perspectiva de los terapeutas, las representaciones aluden a la capacidad de escucha y comprensión, a que se trata de una figura importante en la vida del paciente, constituyendo una suerte de “interlocutor válido” que no estigmatiza, el que es simbolizado por una entrevistada en la figura de un “intérprete”. Otros entrevistados refieren que el terapeuta debe presentarse con sus fortalezas y debilidades, ser sincero en la relación, evitar posicionarse como un “amigo”, un “compadre” o la única figura que comprende la experiencia del paciente.

#### 12.5 Representaciones sobre los pacientes

Estas representaciones son referidas por los terapeutas y dicen relación con la idea de que los pacientes cuentan con ciertos recursos (habilidades sociales, responsabilidad, conciencia de

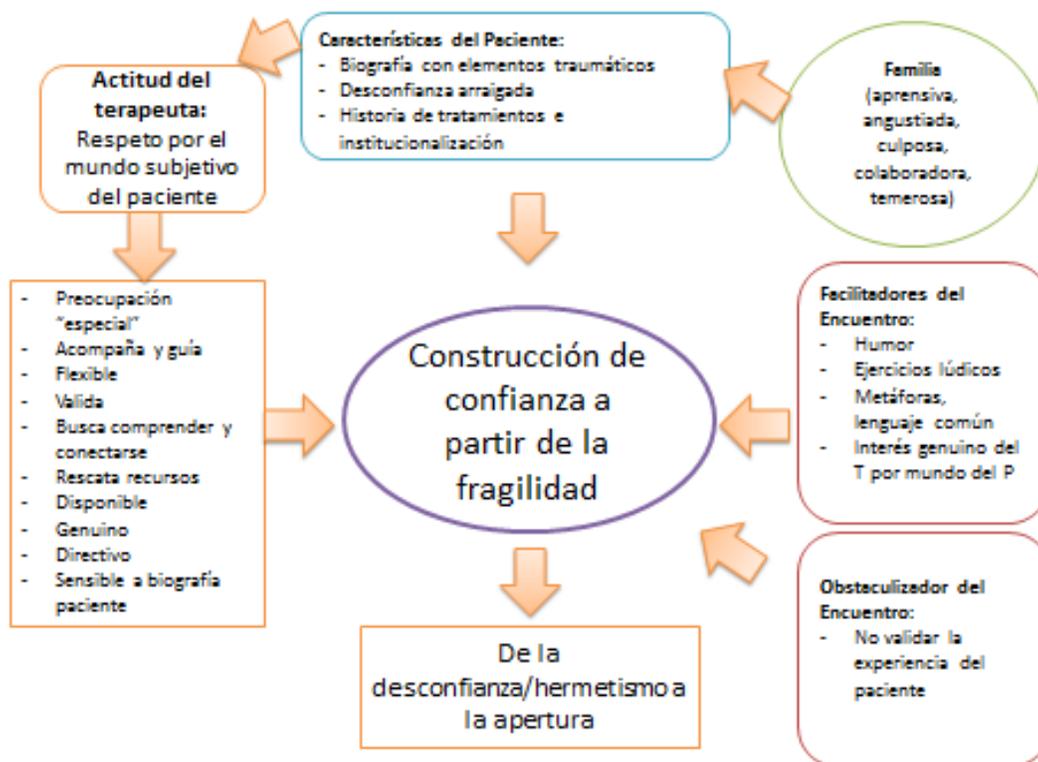
las propias dificultades, apertura a nuevas perspectivas, motivación de logro), o bien que son cariñosos y sensibles. Algunos terapeutas refieren representaciones centradas en las dificultades de los pacientes: frágiles, dependientes, pasivos, necesitan ayuda para concretar sus proyectos vitales, son estereotipados, literales, están identificados con la enfermedad, no saben mucho de sí mismos y les hace falta conectarse más con sus propias necesidades.

## 12.6 Representaciones sobre el entorno familiar del paciente

Se trata de representaciones señaladas por los terapeutas, quienes caracterizan al entorno familiar del paciente como demandante, con padres angustiados por el desarrollo de sus proyectos vitales, no logrando contener al paciente quien, más bien, se transforma en una suerte de depositario de las preocupaciones de los padres y de la familia. Algunos terapeutas hacen referencia a familias que cuestionan el diagnóstico y piensan que se trata de una “actuación” del paciente, a diferencia de otras, que identifican dificultades y valoran el que “enganche” con la terapia.

## RESULTADOS RELACIONALES

### Esquema de codificación axial 1: “El encuentro entre dos mundos: la construcción de la confianza a partir de la fragilidad”



Este esquema busca dar cuenta de cómo acontece la relación terapéutica en una experiencia exitosa con un paciente con esquizofrenia. El fenómeno central –el encuentro entre dos mundos- se constituye a partir del momento en que se encuentran paciente y terapeuta, en el contexto de la terapia. Este encuentro está marcado y definido desde el comienzo por la llegada, por una parte, de un paciente que a menudo se encuentra en un estado emocional conmovido por recientes (y no tanto) eventos de alto impacto emocional, luego de una trayectoria de intervenciones en salud mental (psicológicas y psiquiátricas), así como una biografía difícil, que lo enfrentan al encuentro con su terapeuta en un estado de desconfianza y fragilidad considerables:

*Como que al principio no confiaba. O no confiaba tanto, porque me costaba mucho... O sea... yo iba con una expectativa más o menos oscura de los resultados... Era como demasiado complicado. Si... de hecho hasta hoy me cuesta un poco, pero no es nada en comparación a lo que era hace 2 años atrás (P78, t220-230).*

Por su parte el terapeuta, al encontrarse con este paciente, es consciente de su trayectoria de eventos adversos, de la necesidad y apremio de su familia y, por tanto, asume una actitud terapéutica acorde a dicha realidad. El terapeuta es consciente que se enfrenta a un paciente “especial”, que viene de una historia de fragilidad y que, por tanto, debe aproximarse a él de manera distinta que a otros pacientes. Para ello, debe sortear las barreras y limitaciones que las consideraciones diagnósticas pueden traer a la hora de querer adentrarse en la subjetividad del paciente, consciente de que dichas consideraciones limitarán su genuina capacidad de conocer a ese sujeto sensible y asustado que está detrás de la psicosis:

*Entonces hay una pregunta permanente. Obviamente que el, el primer acercamiento es tengo, por ejemplo, tengo esquizofrenia, no sé, soy bipolar... O sea, la primera entrada generalmente tiene que ver con que el paciente ya trae una idea, trae un diagnóstico, o trae algo acerca de él y, eh, yo obviamente no puedo hacer oídos sordos de eso, trato de centrarme en las significaciones que tiene para ese sujeto eso que dice que él es o eso que él trae... Y desde ese lugar bueno, es como partir en el fondo escuchando eso para, como se dice, hay una frase que lo ejemplifica muy bien, desmitificar o demoler los mitos... Porque mucho de eso es, no sé, o mito o aprendido, o ‘me lo dijo el psiquiatra’, o esto soy, o alguien me determinó, o este es mi diagnóstico, o alguien me encasilló, etcétera, etcétera. O sea, la primera etapa es escuchar qué, qué hay ahí (T89, p29-35).*

En este punto del encuentro, parece ser que el terapeuta adquiere un sentido de “misión” o situación especial frente a este paciente: consciente tanto de la fragilidad de su self como del vínculo terapéutico y la confianza que existe en ese minuto, sabe que es difícil que el paciente confíe en él, dada su historia de intervenciones, sus dificultades de confiar “en el mundo” y en sus propias percepciones, la “seriedad” con que se toman la vida (vale decir, que las cosas

en su vida no son “a la ligera”) y que requieren de cuidados especiales. Entonces, su primera estrategia o actitud frente a este encuentro es adoptar un respeto irrestricto por el mundo subjetivo del paciente y un genuino deseo de intentar conocerlo y comprenderlo. Esto se traducirá en una serie de actitudes subsidiarias: preocupación “especial”, acompañamiento y guía, flexibilidad, validación, buscar comprender y conectarse, rescatar recursos, disponibilidad, genuinidad, directividad, sensibilidad a biografía del paciente. Estas actitudes del terapeuta, progresivamente, facilitarán la construcción de la confianza y la apertura en el paciente, a modo de una experiencia emocional correctiva. Ahora bien, este proceso se logrará a través de actividades o medios asociados a la conexión, por parte del terapeuta, con elementos del mundo subjetivo del paciente: uso del humor, ejercicios lúdicos, metáforas que hagan sentido o impliquen un lenguaje común entre paciente y terapeuta, o el interés genuino del terapeuta por el mundo interior del paciente:

*...de repente echa tallas, pero respetuosas y simpáticas... sí, sí. Entonces eso ayuda también... sí, o sea, no es una cuestión seria que uno tiene que estar ahí como no sé po', sino que es lúdica también la terapia... sí, sí, y eso lo hace entretenido también... y de repente de hecho ni siquiera hablamos de mí, sino que hablamos de, de cualquier cosa, o sea del tiempo, de no sé po', de lo que está pasando en el país, cosas así... sí, y ahí obviamente él empieza como a... a darle un sentido para que hablemos de mí, pero no es una cuestión que yo me vea forzado a hablar de mí (P95, p482-496).*

Solo a través de estas conexiones o puentes se logra la construcción de la confianza, la que -según los pacientes- es algo que, aun cuando se logra, siempre cuesta durante la terapia porque “con el terapeuta se hablan los temas que pesan en la vida”. A su vez, el que el terapeuta no valide la experiencia del paciente aparece como un obstaculizador de la construcción de la confianza, lo cual puede llevar a un impasse que puede ser superado, sin que el proceso terapéutico deje de ser exitoso:

*[Mi terapeuta] tampoco me creía la historia de la amenaza que te conté al principio, y yo siempre estaba con esa sensación en el pecho de que no me creían. Así que aprendí a guardarme esa historia y todo lo que sentía, para no ser obsesivo y para que no me creyeran que estaba loco... En febrero de 2015 tuve una pequeña crisis, y le insistí a [ella] que la persecución que yo sufrí fue real y no una alucinación mía. Ahora comenzamos una nueva etapa y su actitud fue de confirmar mi creencia en ello y tampoco lo puso en duda de forma directa (P89, p14-18).*

## Esquema de codificación axial 2: “Las formas de trabajo que favorecen el cambio”



Ante la pregunta sobre cómo las formas de trabajo psicoterapéutico con personas con diagnóstico de esquizofrenia favorecen el cambio, los terapeutas entrevistados comparten un elemento en común: “ir más allá del diagnóstico”. Esto significa que el peso ideológico, técnico, social y cultural del diagnóstico de esquizofrenia o psicosis no impida el trabajo terapéutico y, por el contrario, sea un estímulo creativo para la búsqueda de “formas de trabajo” que se acoplen a las características particulares de estos pacientes.

*Mira, en general yo trato de plantearme siempre, independiente del diagnóstico... creo que tiene que ver con la manera en que yo trato, o imagino o concibo al sujeto. Al sujeto más allá del diagnóstico... Detrás de eso para mí siempre está la idea de que la terapia, el tratamiento analítico, el tratamiento psicológico, llámalo como tú lo quieras... yo parto de una premisa que es muy mía, y que tiene que ver con que todo eso que te nombré tiene que ser como un traje a la medida del sujeto. Es decir, si tú piensas en la, tomando la metáfora no, es distinto un traje adquirido en una tienda por departamento, un vestido, un pantalón, una chaqueta; a un traje hecho a la medida, que generalmente te lo hace el sastre. Y claro, guardando las proporciones, en este caso el sastre sería yo (T89, p15-19).*

Algunos terapeutas proponen trabajar directivamente con el diagnóstico (preguntar dirigidamente sobre las representaciones y vivencias asociadas, o bien utilizarlo paradójicamente, deconstruyéndolo a través de la reflexión sobre sus propiedades y características en cada paciente en particular, etc.), mientras que en la mayoría de los casos coinciden en que no se pueden quedar en el diagnóstico para enfrentar el trabajo terapéutico, sino que siempre deben ir más allá y poner el foco en la vivencia subjetiva y en la vulnerabilidad personal. Esto estaría mediado por una postura ético-ideológica del terapeuta sobre la psicoterapia, además de un trabajo de autorreflexión acerca del diagnóstico. Las formas de trabajo se realizarían tanto en el diálogo entre el paciente y terapeuta como con su entorno significativo (padres, familia).

El rol del terapeuta con el paciente sería fundamentalmente el de un apoyo y/o acompañamiento que, según sus consideraciones sobre la vulnerabilidad y cuidado especial del paciente, orientaría el *qué* y el *cómo* se trabaja en este tipo de psicoterapia. Existe consenso en que, con el paciente, lo que se trabajaría durante el proceso terapéutico serían principalmente las representaciones sobre sí mismo, el diagnóstico y el significado del síntoma; las relaciones interpersonales (diferenciación de las propias necesidades v/s las de los otros, comunicación); el desarrollo e inserción laboral; los aspectos cognitivos (creencias irracionales, rigidez), la emocionalidad (desbordes angustiosos) y los comportamientos desadaptativos. En el *cómo* se trabajarían estos temas se menciona el uso de metáforas compartidas y el humor, intervenciones metacomunicativas y el desarrollo de estrategias de autorregulación y autocuidado.

Con el entorno significativo, el rol del terapeuta sería el de un intermediario entre el paciente y su familia, cuyos objetivos de trabajo serían la psicoeducación, la normalización de conductas y la resignificación de roles.

*...cuando llegó, para ella era muy tema también, me acuerdo que ella sentía que su familia no asumía que ella tenía esquizofrenia... Y el discurso de la familia, papá, era como que 'es que la [nombre de la paciente], como dice que tiene esquizofrenia, como que justifica todo'... entonces detrás hay una discusión, eh, porque tuvimos un par de sesiones familiares donde estuvimos los tres, los cuatro... Entonces había puntos de desencuentro... Porque por un lado la [nombre de la paciente] no se sentía como, eh, comprendida; pero por otro lado ellos sentían que ella como que se excusaba... es como que ella anduviese caminando con el cartel de 'tengo esquizofrenia'. Que desde mi perspectiva no era así. Yo no lo veía así. Yo veía que efectivamente había una consciencia de enfermedad que ellos no estaban pudiendo, eh, asumir (T100, p108-116).*

*...me parece que la intervención familiar ha sido súper necesaria para ella, como para sentir, servir uno como de alguna manera como de interlocutor válido, como*

*que ya que a mí no me están creyendo que estoy bien o que puedo hacer las cosas, poder como facilitar ese proceso. Ser, como te digo, un intermediario entre ella y la familia (T100, p196).*

### Esquema de codificación axial 3: “La influencia de los contextos en el proceso terapéutico”



Este esquema busca responder a la pregunta sobre qué elementos contextuales a la psicoterapia influyen en las posibilidades de cambio de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Existe un contexto particular para la psicoterapia de pacientes con diagnóstico de primer episodio de esquizofrenia (PEE), ya que se trata de una intervención cubierta por la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES). Dicho tratamiento puede tener lugar en el sistema de salud público (p. ej. hospitales generales, hospitales psiquiátricos) o en el sistema de salud privado (p. ej. centros médicos, centros de atención en salud mental). Estos diferentes contextos institucionales varían ciertas características del encuadre terapéutico (fundamentalmente el n° de sesiones) y las posibilidades de sostener un trabajo interdisciplinario. Así, los terapeutas entrevistados concuerdan en que el contexto institucional donde se lleva a cabo la terapia de personas con diagnóstico de PEE impacta en el proceso terapéutico, favoreciendo u obstaculizando el cambio terapéutico. En su conjunto, refieren que el contexto se vuelve un obstaculizador cuando afecta el encuadre del

tratamiento y propone limitaciones a la psicoterapia, como por ejemplo restringiendo el número de sesiones que son cubiertas por los prestadores de salud, o bien generando tensiones entre el terapeuta y los estándares que el contexto institucional impone (p. ej., que la postura ético-ideológica del terapeuta no se ajuste a los objetivos de la institución):

*...bueno, el taylorismo en la clínica a mí no me gusta, y me parece que responde un poco a esta cosa del mínimo número de sesiones, un negocio de, de lucas con las ISAPRES. Entonces hay una cosa un poco de la atención, eh, serial y breve que responde un poco al capitalismo ¿no? Entonces me parece como, en ese aspecto de la época, problemático (T95, p 520).*

Esto último genera que algunos terapeutas busquen “ajustar” el sistema, a través de la gestión de algunas licencias tácitas (p. ej. extendiendo el n° de sesiones o dilatando la derivación del paciente), resultando posible que ciertas acciones del terapeuta modifiquen el contexto institucional:

*Y algo que tácitamente se avala... porque, otra cosa, el número de [12] sesiones es ilegal, en el sentido de imponerlas como un número... O sea, en rigor la garantía es de atención para un diagnóstico, y mientras haya un criterio clínico que suponga que eso hay que sostenerlo, no hay por qué cerrarlo. Entonces la misma institución sabe eso y siempre habla de que son doce referenciales. Pero en la práctica empujan a que sean reales. Mmm, pero también en el entendido de ese matiz es que tampoco te obligan a cerrar... donde por supuesto, tú puedes justificar por qué sostienes en el tiempo el proceso (T95, p538-550).*

Algunos terapeutas reconocen que el contexto también se convierte en un favorecedor del cambio terapéutico: por ejemplo, en la medida en que algunas instituciones apoyan que los terapeutas continúen el tratamiento de sus pacientes después de la internación, o bien por la posibilidad de participar de equipos de tratamiento multidisciplinarios (contando, por ejemplo, con terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales) que permiten diseñar tratamientos más adecuados a las necesidades clínicas de cada paciente.