

Del Síntoma al Sentido: hacia una Psicoterapia de la Recuperación en el Trastorno Mental Grave

From Symptom to Meaning: Toward a Recovery-Oriented Psychotherapy in Severe Mental Disorder

Christian López-Cruz ¹, Alberto Monferrer-Escudero ², Marcos Moya-Diago ³ y Felix Inchausti ⁴.

¹ Hospital Universitario de La Ribera, Alzira, España

² Unidad de Primeros Episodios Psicóticos, Hospital Clínico Universitario de Valencia, España

³ Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

⁴ Unidad de Psicoterapia-USM Espartero, Hospital Universitario San Pedro, Servicio Riojano de Salud, Logroño, España

Resumen

La investigación sobre el trastorno mental grave (TMG) ha estado dominada durante décadas por un paradigma biomédico centrado en la reducción de síntomas y la eficacia farmacológica. Sin embargo, comprender el sufrimiento humano en la psicosis requiere una mirada más amplia, capaz de integrar las dimensiones psicológicas, sociales y existenciales de la experiencia. Este trabajo propone un desplazamiento desde el modelo de intervención orientado al control sintomático hacia una psicoterapia de la recuperación, centrada en los procesos de conexión, esperanza, identidad, sentido y empoderamiento descritos en el marco CHIME. A partir de una revisión narrativa de la literatura y de la experiencia clínica, se examinan los límites del enfoque biomédico tradicional y se aboga por una práctica terapéutica más relacional, reflexiva y humanizada, donde la recuperación se entienda como un proceso de reconstrucción del self y no solo de remisión de los síntomas.

Palabras clave: trastorno mental grave, psicosis, recuperación, CHIME, psicoterapia, significado, identidad.

Abstract

For decades, research on severe mental disorder (SMD) has been dominated by a biomedical paradigm focused on symptom reduction and pharmacological efficacy. However, understanding human suffering in psychosis requires a broader perspective that integrates the psychological, social, and existential dimensions of experience. This paper proposes a shift from a symptom-control model of intervention toward a recovery-oriented psychotherapy, centred on the processes of connection, hope, identity, meaning, and empowerment described in the CHIME framework. Drawing on a narrative review of the literature and clinical experience, it examines the limitations of the traditional biomedical approach and advocates for a more relational, reflective, and humanized therapeutic practice, where recovery is understood as a process of self-reconstruction rather than mere symptom remission.

Keywords: severe mental disorder, psychosis, recovery, CHIME, psychotherapy, meaning, identity.

Hablar del tratamiento del trastorno mental grave (TMG), y especialmente de la psicosis, es hablar de fronteras. Durante décadas, la investigación ha cartografiado con precisión los síntomas, la eficacia de los fármacos y la reducción de recaídas. Sin embargo, el territorio del sufrimiento humano sigue siendo más vasto que sus coordenadas clínicas. El TMG no puede entenderse únicamente como una alteración neurobiológica: es también una ruptura vital, un desgarramiento en los vínculos y, a menudo, un intento desesperado de dar sentido al mundo.

Los modelos biomédicos más recientes han aportado una comprensión valiosa de los correlatos cerebrales del trastorno, pero continúan siendo insuficientes para captar la complejidad de la experiencia psicótica. Como señalan Borsboom (2019) o Köhne y van Os (2021), las correlaciones biológicas observadas dependen de la definición previa del síntoma; y aunque toda vivencia tiene un correlato neuronal, ello no implica causalidad ni justifica el reduccionismo. Así, las alteraciones biológicas podrían ser causa, efecto o simple acompañamiento de la disrupción psicológica y social.

Esta visión parcial ha limitado la integración de los factores contextuales, relacionales y existenciales, generando una comprensión fragmentada del sufrimiento. Frente a ello, autores como Bolton (2023) o van Os (2019) han defendido un modelo bio-psico-social-existencial, que amplía la mirada tradicional y devuelve voz al sujeto en su propia enfermedad. En la misma línea, Pérez-Álvarez y García-Montes (2023) han criticado el cientificismo que pretende agotar la comprensión de lo humano en categorías objetivables, y recuerdan que una psicología verdaderamente clínica debe rescatar el sentido de la experiencia antes que su mera descripción técnica.

Desde una perspectiva filosófica, Garson (2022) propone concebir el síntoma no solo como una disfunción, sino también como una estrategia adaptativa: una forma en que el psiquismo intenta restaurar la coherencia del self ante una amenaza a su continuidad. De manera convergente, la psicopatología fenomenológica ha mostrado que comprender la

psicosis requiere repensar los fundamentos epistemológicos del diagnóstico. Stanghellini (2022, 2023) propone sustituir la lógica del descubrimiento “desde fuera” -centrada en la observación de anomalías- por una lógica “desde dentro”, que acoja la voz del individuo y la textura vivida de su mundo. Desde esta óptica, el vacío existencial que acompaña a muchas personas con TMG puede entenderse como el resultado de la convergencia entre una crisis personal de sentido y una ruptura en la relación con los otros y con el mundo (Stanghellini y Lysaker, 2007; Haro, 2018).

En este contexto, el objetivo del presente trabajo es ofrecer una reflexión teórico-clínica sobre la necesidad de trascender el paradigma del control sintomático y avanzar hacia una psicoterapia de la recuperación personal en el TMG. Para ello, se propone integrar la evidencia empírica, la comprensión fenomenológica y la práctica relacional en un modelo de tratamiento que sitúe el sentido, la identidad y la esperanza como ejes del cambio terapéutico.

Métodos

El presente trabajo adopta una metodología de carácter teórico-clínico y reflexivo, basada en la integración de tres fuentes principales de conocimiento: (a) la revisión narrativa de la literatura científica contemporánea sobre TMG, psicosis y recuperación personal; (b) los desarrollos teóricos procedentes de la psicopatología fenomenológica, los modelos contextuales y las terapias de orientación metacognitiva; y (c) la experiencia clínica acumulada por los autores en el ámbito público de la salud mental.

La revisión bibliográfica se centró en metaanálisis recientes, guías de práctica clínica internacionales, modelos transdiagnósticos y marcos conceptuales alternativos al paradigma biomédico tradicional (p. ej., CHIME, PAS, RDoC, HiTOP), con especial atención a los indicadores de recuperación subjetiva, identidad, esperanza, sentido vital y agencia personal. La selección de trabajos se realizó atendiendo a su relevancia clínica, actualidad y capacidad para aportar una comprensión integradora del sufrimiento psicótico.

Asimismo, se emplea una metodología narrativa mediante la inclusión de viñetas clínicas, construidas a partir de la práctica asistencial, con el objetivo de ilustrar los procesos de cambio desde una perspectiva experiencial. Todos los datos identificativos han sido modificados para garantizar la confidencialidad y el anonimato de las personas atendidas, de acuerdo con los principios éticos de la práctica clínica.

Finalmente, el análisis se articula desde un enfoque integrador que combina evidencia empírica, comprensión fenomenológica y práctica relacional, con el propósito de generar una reflexión unificada sobre los procesos de recuperación personal en el trastorno mental grave.

La Evidencia y sus Límites

Las guías de práctica clínica más recientes para el tratamiento del TMG —entre ellas las de la American Psychiatric Association (APA, 2020), el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2023) o el Ministerio de Sanidad (2025)— coinciden en señalar que la evidencia más sólida continúa concentrándose en los tratamientos farmacológicos y en la terapia cognitivo-conductual para la psicosis. Como se resume en la Tabla 1, los tamaños del efecto obtenidos por estos enfoques sobre los síntomas positivos, negativos y la psicopatología general son entre pequeños y moderados (0.20–0.50). Estos datos, aunque relevantes, dejan sin responder una cuestión fundamental: ¿cómo logran las personas con TMG reconstruir una vida significativa más allá de la remisión de los síntomas?

Tabla 1

Efectos estandarizados de las principales intervenciones en psicosis para síntomas positivos, síntomas negativos y psicopatología general.

Referencia	Tratamiento	Síntomas positivos	Síntomas negativos	Psicopatología general
Jauhar et al. (2014) Sitko et al. (2020)	Terapia cognitivo conductual para la psicosis	$g \approx 0,25$ (0,15–0,35)	$g \approx 0,13$ (–0,02–0,27)	$g \approx 0,19$ (0,10–0,28)
Pharoah et al. (2010)	Terapia familiar	$g \approx 0,30$ (0,18–0,42) en prevención de recaídas y mejora positiva	$g \approx 0,10$ –0,15	$g \approx 0,20$ –0,25
Howes et al. (2023)	Antipsicóticos (todos)	$g \approx 0,47$ (0,42–0,51)	$g \approx 0,35$ (0,28–0,42)	$g \approx 0,47$ (0,39–0,55)
Howes et al. (2023)	Clozapina (resistentes)	$g \approx 0,60$ –0,65	$g \approx 0,40$	$g \approx 0,55$ –0,60
Helfer et al. (2016)	Antidepresivos (adyuvantes para síntomas negativos)	—	$g \approx 0,20$	—

Nota: La g de Hedges representa el tamaño del efecto estándar que cuantifica la magnitud de los efectos entre grupos. Los valores entre paréntesis indican el intervalo de confianza al 95% cuando está disponible.

Otros tratamientos psicoterapéuticos más recientes —como las terapias metacognitivas, contextuales, psicodinámicas, basadas en la mentalización o de apoyo mutuo (peer-to-peer) — muestran resultados prometedores, pero todavía son considerados insuficientes según los criterios clásicos de la medicina basada en la evidencia (Castonguay y Muran, 2015). Sin embargo, la evidencia cada vez mayor sobre recuperación personal en psicosis sugiere que esta limitación no radica tanto en la efectividad o no de las intervenciones como en la naturaleza

de los indicadores que se emplean: se evalúan síntomas, pero rara vez se valoran los cambios en identidad, agencia o sentido vital, dimensiones que han demostrado ser centrales en los procesos de recuperación.

Como se muestra en la Tabla 2, varios metaanálisis recientes indican que la asociación entre síntomas y recuperación subjetiva es modesta pero significativa ($r = -0.21$; van Eck et al., 2018), siendo los síntomas afectivos —más que los positivos o negativos— los que parecen

guardar una relación más estrecha con el bienestar y la percepción de progreso ($r = -0.34$). Asimismo, la esperanza ($r = 0.56$), el empoderamiento ($r = 0.53$) y el sentido vital ($r = 0.48$) destacan como los principales impulsores de la percepción de recuperación personal (Leendertse et al., 2021), mientras que los cambios longitudinales, pequeños pero

significativos ($d = 0.34$), reflejan un progreso sostenido en la reconstrucción del self (De Winter et al., 2024). En conjunto, estos hallazgos invitan a reconsiderar qué entendemos por eficacia terapéutica y a incluir la recuperación subjetiva —especialmente sus dimensiones afectivas y de significado— como un resultado clínico esencial.

Tabla 2

Metaanálisis sobre la recuperación personal en psicosis: estudios, medidas empleadas y resultados principales

Referencia	k (n total)	Medidas de recuperación	Resultados clave
van Eck et al. (2018)	37 (3,965)	QPR, RAS, MHRM como principales	Asociación pequeña-media entre síntomas y recuperación personal ($r = 0.21$); síntomas afectivos muestran una mayor asociación ($r = 0.34$) que positivos ($r = 0.20$) y negativos ($r = 0.24$).
Leendertse et al. (2021)	46 (8,284)	RAS QPR, MHRM, RSQ, MARS, RAQ-7, SRS, STORI	La recuperación personal se asocia con la esperanza ($r = 0.56$), el empoderamiento ($r = 0.53$) y el sentido vital ($r = 0.48$).
de Winter et al. (2024)	46 (11,233)	QPR, RAS etc., agregadas en dominios	Tamaños del efecto pequeños, pero significativos en recuperación personal global ($d = 0.34$)

Nota. QPR = Cuestionario sobre el Proceso de Recuperación; RAS = Escala de Evaluación de la Recuperación; MHRM = Medida de Recuperación en Salud Mental; RSQ = Cuestionario de Estilo de Recuperación; MARS = Escala de Confianza en la Salud Mental; RAQ-7 = Cuestionario de Actitudes hacia la Recuperación – 7 ítems; SRS = Escala de Recuperación Autoevaluada; STORI = Instrumento de Etapas de Recuperación.

Los coeficientes r indican correlaciones de Pearson y los valores d representan los tamaños del efecto d de Cohen (Hedges $g \approx d$).

Los números describen tendencias, pero rara vez capturan lo que realmente transforma la vida de una persona. En la práctica clínica, las discrepancias entre lo que se investiga y lo que realmente alivia o da sentido al sufrimiento son notables. De hecho, la reducción del malestar psíquico no siempre se traduce en una disminución en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas. Como señala Inchausti (2025), los tratamientos centrados exclusivamente en fármacos o protocolos estructurados pueden resultar muy eficaces en fases agudas, pero suelen ser insuficientes en etapas posteriores, cuando el objetivo ya no es solo estabilizar, sino reconstruir vínculos, identidad y sentido.

En esos momentos del proceso, el trabajo clínico exige formulaciones de caso flexibles y vivas, sensibles a la historia personal y al contexto social del paciente. El afán de la investigación contemporánea por cumplir con los estándares más estrictos de la medicina basada en la evidencia ha dado lugar a una proliferación de metaanálisis que cuantifican efectos, pero que

apenas explican la experiencia subjetiva del cambio. Fusar-Poli et al. (2022) sostienen que la ciencia clínica debería equilibrar el rigor estadístico con diseños narrativos y fenomenológicos que exploren cómo los pacientes viven la recuperación, cómo transforman sus vínculos o qué papel desempeña la relación terapéutica en ese proceso.

Los modelos empíricos dominantes, centrados en el control y la medición, han perdido parte de la textura humana de la psicoterapia. La recuperación no siempre se manifiesta en descensos de síntomas, sino en el modo en que una persona vuelve a conectar con su historia, con los otros y consigo misma. El reto contemporáneo consiste en construir una ciencia del sufrimiento humano que no renuncie al dato, pero que tampoco separe la evidencia del significado.

La Recuperación Personal: el Paradigma CHIME

En los últimos años, la investigación ha comenzado a desplazar el foco desde la reducción de síntomas hacia la recuperación personal, entendida no como la mera ausencia de enfermedad, sino como la posibilidad de reconstruir una vida significativa (p.ej., Slade et al., 2015). Este cambio paradigmático ha sido impulsado por movimientos de usuarios, clínicos y familiares que reclaman un modelo más centrado en la persona, donde la ciencia acompañe —y no sustituya— la experiencia subjetiva del sufrimiento. En esta línea, Geekie y Read (2009) sostienen que las experiencias psicóticas pueden entenderse como intentos del individuo de dotar de sentido a su mundo, por perturbado que este parezca desde fuera.

La literatura científica ha tratado de redefinir la psicopatología desde distintas perspectivas. Modelos como el RDoC (Research Domain Criteria; Insel et al., 2010) priorizan los procesos biológicos y dimensionales; el HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology; Kotov et al., 2022) ofrece una visión psicológica transdiagnóstica; mientras que el marco Poder–

Amenaza–Significado (PAS) (Johnstone y Boyle, 2018) subraya la relevancia de los factores sociales y existenciales en la génesis del malestar. Todos estos esfuerzos comparten una misma aspiración: integrar la complejidad de lo humano sin reducirlo a categorías diagnósticas cerradas.

En este contexto, el modelo CHIME (Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment) ha aportado una estructura coherente y humanista para comprender los procesos que sustentan la recuperación personal en el TMG (Leamy et al., 2011). Más que dimensiones independientes, sus cinco componentes pueden entenderse como movimientos dinámicos de la conciencia que devuelven al individuo su capacidad de estar con otros y consigo mismo. La Tabla 3 sintetiza las correspondencias entre los indicadores clínicos tradicionales —centrados en la reducción de síntomas y el funcionamiento— y los procesos de recuperación subjetiva que emergen en la experiencia vivida. Mientras los primeros buscan estabilidad y control, los segundos promueven la continuidad biográfica, el sentido y la agencia personal, configurando el auténtico núcleo del bienestar psicológico.

Tabla 3

Correspondencias entre los indicadores clínicos tradicionales y los procesos de recuperación personal en el TMG (adaptado del marco CHIME; Leamy et al., 2011).

Síntomas y funcionamiento	Procesos de recuperación (modelo CHIME)
Reducción de síntomas positivos y negativos	Conexión (Connectedness): Reintegrarse en vínculos significativos y reconstruir un sentido de pertenencia que contrarreste el aislamiento generado por la enfermedad.
Estabilidad clínica y control de recaídas	Esperanza (Hope): Redescubrir la posibilidad de cambio y el deseo de futuro más allá de la recaída o la cronicación.
Mejora del funcionamiento social y laboral	Identidad (Identity): Reconstruir una identidad no definida por el diagnóstico ni por el rol de paciente, sino por la propia historia y potencial.
Adherencia al tratamiento y autocuidados	Significado (Meaning): Dar sentido a la experiencia de sufrimiento y encontrar coherencia narrativa en la biografía.
Ajuste conductual y control de impulsos	Empoderamiento (Empowerment): Desarrollar agencia, capacidad de decisión y participación activa en la propia recuperación.

Los síntomas y la identidad están entrelazados de forma dinámica: las experiencias psicóticas pueden ser tanto expresión del

sufrimiento como intentos de preservar una coherencia interna frente al caos (García-Mieres et al., 2020). Desde las terapias metacognitivas

(p. ej., Inchausti et al., 2018, 2023, 2025) se plantea que la recuperación emerge cuando la persona logra integrar sus propios estados mentales y los de los demás en narrativas cada vez más coherentes, integradas y compasivas.

Este enfoque converge con otras propuestas fenomenológico-contextuales (p. ej., Pérez-Álvarez y García-Montes, 2023) que conciben la conducta como una expresión situada de la persona en su entorno, y no como una mera disfunción. Estas perspectivas plantean la necesidad de un cambio de paradigma en la comprensión de la psicosis, orientado a situar las experiencias psicóticas dentro de un marco contextual y significativo, más que estrictamente patológico. En esta misma línea, las perspectivas funcionales de Guerin (2023, 2024) entienden la psicoterapia como una práctica cultural y relacional, en la que los síntomas se interpretan en función de las condiciones sociales y de los intentos adaptativos de la persona. Desde esta mirada, la recuperación no consiste en eliminar los síntomas, sino en comprender qué intentan comunicar o proteger.

A continuación, se trasladan estas ideas al escenario cotidiano de la consulta:

María (todos los datos del paciente han sido modificados) tiene 52 años. Lleva casi dos décadas en tratamiento por un diagnóstico de esquizofrenia residual. Ha pasado por múltiples ingresos, cambios de medicación y un largo historial de recaídas. Cuando llega a la consulta, su discurso está lleno de silencios: “ya no espero nada -dice-, solo que no me duela tanto la cabeza”. Durante meses, habla poco en las sesiones. El tiempo pasa con cautela, entre pausas largas y miradas que se sostienen.

Un día, al hablar de su infancia, menciona algo casi de pasada:

María: Mi madre decía que tocaba bien el piano. Hace años que no toco.

Terapeuta: (sonriendo) ¿Y si volvieras a tocar, aunque solo sea un par de notas?

María: No tengo piano... y además, ya no soy la misma.

Terapeuta: Quizás no se trata de volver a ser la misma, sino de volver a encontrarte.

María baja la mirada. Por un momento, el silencio deja de ser distancia y se convierte en un espacio compartido. Dos semanas después, entra en la consulta con una energía distinta:

María: “He encontrado un teclado en casa de mi sobrina. Me lo ha dejado y lo tengo en el salón. No recordaba que podía sonar así” (sonríe) “Las voces siguen ahí —añade—, pero ya no suenan tan solas. Cuando toco, siento que vuelvo a ser yo.

Esa frase, sencilla y luminosa, condensa lo que entendemos por recuperación: no la desaparición de los síntomas, sino el reencuentro con una identidad que sigue viva, con una voz que aún tiene música.

De la Intervención al Encuentro

La psicoterapia en el TMG no puede reducirse a la aplicación de técnicas. Debe concebirse como una práctica integradora, relacional y reflexiva: un espacio donde el sufrimiento se escuche antes de ser clasificado y donde la biografía del paciente encuentre lugar en el lenguaje clínico. Como señalan Inchausti, Dimaggio y Kramer (2026), el diálogo terapéutico constituye el escenario donde la persona recupera la posibilidad de pensarse, narrarse y sentirse comprendida, reconfigurando su experiencia dentro de un marco de sentido compartido.

La amplia evidencia sobre los factores comunes del cambio (Norcross y Lambert, 2018) converge con esta perspectiva integradora, al subrayar que la alianza terapéutica, la responsividad del terapeuta y la coherencia narrativa son procesos nucleares del cambio, más allá de las diferencias entre modelos teóricos. Sin embargo, comprender los factores comunes no basta: es preciso también identificar los mecanismos específicos que explican cómo y por qué se produce la transformación. Solo al integrar ambos niveles —las condiciones relacionales que sostienen el proceso y los mecanismos que lo activan, como la reconsolidación mnésica, la mentalización o la reorganización narrativa del self— puede

alcanzarse una teoría unificada del cambio terapéutico.

Desde esta mirada, la unificación de la psicoterapia exige articular un lenguaje funcional que vincule los factores comunes con los mecanismos subyacentes, transformando la diversidad técnica en un sistema coherente centrado en los procesos verdaderamente significativos de cambio humano. El terapeuta no actúa sobre el paciente, sino con él, adaptándose a su ritmo, a sus expectativas y a su modo singular de otorgar significado a la experiencia (Kramer y Stiles, 2015; Wu y Levitt, 2020). De esta manera, la psicoterapia en TMG se asemeja menos a una intervención estandarizada y más a un encuentro humano, guiado por el respeto, la presencia y la escucha compartida.

Como en toda relación profunda, el cambio ocurre en los márgenes del lenguaje: en los silencios, las metáforas y los momentos de comprensión mutua que no siempre pueden medirse. Autores como Inchausti (2025) subrayan la importancia de considerar las etapas del cambio psicológico, la asimilación de experiencias problemáticas (Stiles, 2001) y la responsividad terapéutica (Kramer y Stiles, 2015) como procesos recursivos donde cada conversación abre nuevas formas de entender el sufrimiento.

Ilustremos estas ideas de nuevo con un ejemplo:

Javier tiene 28 años. Fue diagnosticado con un trastorno esquizoafectivo hace cinco años. Su lenguaje es a veces elíptico, salta entre ideas y se defiende con ironía. En las primeras sesiones mantiene las manos en los bolsillos, los ojos perdidos. Habla poco de sí mismo, pero mucho de los otros:

Javier: Mi madre dice que no me esfuerzo bastante. Que podría estar trabajando si quisiera. Pero no entiende que no es tan fácil.

El terapeuta escucha, sin corregir ni interpretar todavía. Sabe que en el TMG la comprensión precede a la explicación: el sufrimiento se escucha antes de clasificarse. La relación debe ofrecer un espacio seguro donde el lenguaje empiece a rearticular la identidad.

Varias semanas después, en una sesión más silenciosa de lo habitual, Javier murmura:

Javier: No sé quién soy cuando no estoy enfermo.

Terapeuta: Eso suena doloroso.

Javier: Sí... Es como si la enfermedad me hubiera robado el nombre.

Terapeuta: Quizá no te lo robó del todo. Tal vez solo lo escondió, esperando que volvieras a buscarlo.

Javier: (*sonríe con un gesto escéptico*) ¿Y si no lo encuentro?

Terapeuta: Entonces lo inventamos juntos. No se trata de recuperar al Javier de antes, sino de construir uno nuevo que tenga sitio para todo lo que te ha pasado.

Silencio. Javier aprieta las manos y asiente. El terapeuta continúa:

Terapeuta: ¿Te parece si empezamos por recordar algo que aún sientas tuyo?

Javier: Supongo que... dibujar. De pequeño dibujaba mucho.

Terapeuta: ¿Qué pasaría si volvieras a hacerlo?

Javier: Nada... o tal vez algo.

Terapeuta: Ese "tal vez" suena como un comienzo.

En las semanas siguientes, Javier trae dibujos: figuras abstractas, líneas tensas, trazos que se deshacen. Dice que no son arte, "solo ruido en papel". Pero con el tiempo, las líneas se abren, aparece color. En la sesión veinte, deja uno sobre la mesa: un rostro dividido en dos mitades.

Javier: El de antes y el de ahora. A lo mejor no tengo que elegir cuál soy.

Ese instante condensa el sentido profundo de la psicoterapia en el TMG: la integración de las partes escindidas del self, la reconsolidación de una identidad fragmentada a través de la relación. La cura no ocurre por la eliminación del síntoma, sino por la aparición de una mirada

compartida que permite volver a habitar el mundo desde un nuevo relato de sí mismo.

En este tipo de encuentros, la comprensión sustituye al control. El objetivo no es confrontar una idea delirante ni corregir un pensamiento, sino crear las condiciones relacionales para que la experiencia pueda pensarse sin miedo. El terapeuta no actúa sobre el delirio: acompaña el significado que lo sostiene, ayudando a que el paciente lo narre, lo observe y, finalmente, lo transforme.

El cambio emerge cuando la relación se convierte en un espacio de responsividad y resonancia mutua, donde lo incomprensible empieza a ser habitable. Esta forma de psicoterapia —más dialogada que técnica, más humana que protocolaria— se nutre de la presencia y de la escucha compartida. El sufrimiento se transforma cuando puede ser reconocido, narrado y comprendido, no explicado ni juzgado.

Allí, en esa frontera donde la clínica se encuentra con lo humano, ocurre el verdadero proceso de recuperación: cuando el otro deja de ser un paciente y vuelve a sentirse persona.

Conclusión

Reducir síntomas es necesario, pero no suficiente. La auténtica recuperación en el TMG comienza cuando una persona puede decir: *“Me siento mejor conmigo mismo, entiendo lo que me pasa y puedo seguir adelante.”* Ese es el tránsito del síntoma al sentido: de la enfermedad al significado, del control al encuentro, del diagnóstico a la dignidad.

Hoy sabemos que no basta con la eficacia farmacológica ni con la aplicación rigurosa de los protocolos de tratamiento. Lo que verdaderamente transforma la vida es la posibilidad de reconectar, de recuperar la esperanza, de reconstruir una identidad más allá del trastorno, de dar sentido al sufrimiento y de sentirse capaz de vivir con elecciones propias. Estos son los pilares del paradigma CHIME (Leamy et al., 2011): Conexión, Esperanza, Identidad, Sentido y Empoderamiento.

Por eso, necesitamos una ciencia que no solo mida constructos, sino que comprenda vidas. La investigación en psicoterapia debe abrirse a métodos narrativos, fenomenológicos y relacionales, que no se limiten a estudiar qué reduce los síntomas, sino que exploren qué hace posible una vida con sentido, cómo se recupera la capacidad de soñar, de pertenecer, de amar.

Y necesitamos también un sistema de salud mental donde profesionales, familias, personas afectadas y comunidad caminemos juntos. Solo así podremos mejorar el pronóstico de los trastornos mentales más complejos, promoviendo no solo la remisión, sino la recuperación real, aquella que devuelve a las personas su voz, su historia y su lugar en el mundo.

Con este propósito, bajo el paraguas de la Sociedad Española de Psicología Clínica, hemos creado un nuevo Grupo de Trabajo sobre el Espectro de la Psicosis y el Trastorno Bipolar, destinado a aunar esfuerzos desde la clínica, la docencia y la investigación para avanzar hacia un modelo de atención más humanizado, eficaz y justo. Este grupo busca visibilizar la labor esencial de los psicólogos especialistas en psicología clínica, favorecer el intercambio de conocimiento entre profesionales y generar propuestas concretas de mejora asistencial y formativa, siempre alineadas con las necesidades reales de la población.

Nuestro compromiso es firme: con la ciencia y con la humanidad, con el ejercicio digno de nuestra profesión y, sobre todo, con las personas que atendemos. Porque en última instancia, la psicoterapia —como la vida— no trata solo de curar, sino de reconstruir la esperanza de ser uno mismo en el mundo.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2020). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841>

- Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine*, 53(16), 7504–7511.
<https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>
- Borsboom, D., Cramer, A. O., y Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Sciences*, 42, e2.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X17002266>
- Castanguay, L. G., y Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: An introduction. *Psychotherapy Research*, 25(1), 1-5.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.966348>
- de Winter, L., van der Krieke, L., Sytema, S., y Mulder, C. L. (2024). Long-term changes in personal recovery and quality of life among patients with schizophrenia spectrum disorders and different durations of illness: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 268, 86–97.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.10.009>
- Fusar-Poli, P., Estradé, A., Stanghellini, G., Venables, J., Onwumere, J., Messas, G., ... y Maj, M. (2022). The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*, 21(2), 168-188.
<https://doi.org/10.1002/wps.20959>
- García-Mieres, H., Usall, J., Feixas, G., Ochoa, S., y Saldaña, C. (2020). The role of personal identity on positive and negative symptoms in psychosis: A study using the repertory grid technique. *Schizophrenia Bulletin*, 46(3), 572-580.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbz082>
- Garson, J. (2022). The biological mind: A philosophical introduction. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003030065>
- Geekie, J., y Read, J. (2009). Making sense of madness: Contesting the meaning of schizophrenia. Routledge.
- Guerin, B. (2023). Contextualizing 'psychosis' behaviors and what to do about them. In *Psychological Interventions for Psychosis: Towards a Paradigm Shift* (pp. 105-123). Cham: Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-031-27003-1_6
- Guerin, B. (2024). Delusions as storytelling gone wrong in bad life situations: Exploring a discursive contextual analysis of delusions with clinical implications. *The Psychological Record*, 74(4), 507-520.
<https://doi.org/10.1007/s40732-023-00549-x>
- Haro, J. G., Pascual, H. G., y González, M. G. (2018). Cuando los síntomas no dejan ver el sentido. Viaje existencial al centro de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 39-68.
- Helfer, B., Samara, M. T., Huhn, M., Klupp, E., Leucht, C., Zhu, Y., y Leucht, S. (2016). Efficacy and safety of antidepressants added to antipsychotics for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 173(9), 876-886.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15081035>
- Howes, O. D., McCutcheon, R., Agid, O., de Bartolomeis, A., van Beveren, N. J. M., Birnbaum, M. L., ... y Correll, C. U. (2023). A network meta-analysis of efficacy, acceptability, and tolerability of antipsychotics in treatment-resistant schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274(917–928).
<https://doi.org/10.1007/s00406-023-01654-2>
- Inchausti, F. (2025). Sufrimiento y cambio en psicoterapia. Teoría, investigación y tratamiento. Pirámide.
- Inchausti, F., Dimaggio, G., y Kramer, U. (2026). Hacia una psicoterapia unificada: Integración, convergencia y retos contemporáneos. En S. Al-Halabi y E. Fonseca (Eds.), *Enfoques de psicopatología* (Tomo II, pp. xxx-xxx). Pirámide.
- Inchausti, F., García-Mieres, H., García-Poveda, N. V., Fonseca-Pedrero, E., MacBeth, A., Popolo, R., y Dimaggio, G. (2023). Recovery-focused metacognitive interpersonal therapy (mit) for adolescents with first-episode psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53(1), 9–17.
<https://doi.org/10.1007/s10879-022-09569-0>
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Aldaz-Armendáriz, J. A., Mole, J., Dimaggio, G., Ottavi, P., y Fonseca-Pedrero, E. (2018). The Effects of Metacognition-Oriented Social Skills Training on Psychosocial Outcome in Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1235–1244.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbx168>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... y Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders.

- American Journal of psychiatry, 167(7), 748-751.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Jauhar, S., Lawrie, S. M., y McKenna, P. J. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: Systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry*, 204(1), 20-29.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116285>
- Johnstone, L., y Boyle, M. (2018). The power threat meaning framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 0022167818793289.
<https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
- Köhne, A. C., y van Os, J. (2021). Precision psychiatry: promise for the future or rehash of a fossilised foundation? *Psychological Medicine*, 51(9), 1409-1411.
<https://doi.org/10.1017/S0033291721000271>
- Kotov, R., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Dombrovski, A., Eaton, N. R., ... y Wright, A. G. (2022). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research. *Psychological Medicine*, 52(9), 1666-1678.
<https://doi.org/10.1017/S0033291722001301>
- Kramer, U., y Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/cpsp.12107>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., y Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leendertse, J. C., Wierdsma, A. I., Veling, W., y Mulder, C. L. (2021). Personal recovery in people with a psychotic disorder: A systematic review and meta-analysis of associated factors. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 622628.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.622628>
- Ministerio de Sanidad. (2025). Guía de práctica clínica sobre el trastorno mental grave (TMG). Ministerio de Sanidad.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management (NICE Clinical Guideline CG178). NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315.
<https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Pérez-Álvarez, M., y García-Montes, J. M. (2023). Toward a change of paradigm in psychosis: A contextual phenomenological approach. En J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga, H. Laffite, y E. Morris (Eds.), *Psychological interventions for psychosis: Towards a paradigm shift* (pp. 1-22). Springer Nature Switzerland AG.
https://doi.org/10.1007/978-3-031-27003-1_1
- Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., y Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(12), CD000088.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub3>
- Sitko, K. R., et al. (2020). Meta-analysis and meta-regression of cognitive behavioural therapy for psychosis. *Schizophrenia Bulletin Open*, 1(1), sgaa023.
<https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa023>
- Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R., Pesola, F., Wallace, G., Williams, J., y Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): A multisite, cluster, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 503-514.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00086-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3)
- Stanghellini, G. (2022). The power of images and the logics of discovery in psychiatric care. *Brain Sciences*, 13(1), 13.
<https://doi.org/10.3390/brainsci13010013>
- Stanghellini, G. (2023). Logics of discovery II: Lessons from poetry—Parataxis as a method that can complement the narrative compulsion in vogue in contemporary mental health care. *Brain Sciences*, 13(10), 1368.
<https://doi.org/10.3390/brainsci13101368>
- Stanghellini, G. y Lysaker, P. H. (2007). The psychotherapy of schizophrenia through the lens of phenomenology: intersubjectivity and the search for the recovery of first- and second-person awareness. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 163-179.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.163>

- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38(4), 462–465.
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.462>
- van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., y de Haan, L. (2018). The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631–642.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088>
- van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A., y Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry*, 18(1), 88–96.
<https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- Wu, M. B., y Levitt, H. M. (2020). A qualitative meta-analytic review of the therapist responsiveness literature: Guidelines for practice and training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(3), 161–175.
<https://doi.org/10.1007/s10879-020-09450-y>