

# EL NIÑO INVISIBLE Y EL ESPEJO MÁGICO

## INTERVENCIÓN GRUPAL EN ESQUIZOFRENIA

Bueno Álvarez, J.; Higón Sancho, J.M.; Martínez Sapena, E.

### RESUMEN

El presente artículo describe una experiencia de intervención sistémico grupal, dirigida a un grupo de personas diagnosticadas de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que se encuentran internados de manera involuntaria en un dispositivo residencial para enfermos mentales, y cuyo sistema familiar no supone apoyo en su proceso terapéutico de salida del centro. Esta experiencia persigue fundamentalmente poder ayudarlos, desde la mirada sistémica y mediante el uso de técnicas reconfirmatorias, a construir narrativas alternativas que puedan generar mayor bienestar y calidad de vida en su día a día. Se trata de una propuesta de tratamiento alternativo que pudiera ser incorporada a los programas de intervención mínimos que regula la normativa vigente en la Comunidad Valenciana para desarrollar en este tipo de dispositivos.

Palabras clave: esquizofrenia, narrativismo, técnicas reconfirmatorias, intervención grupal, autoconcepto.

### ABSTRACT

*This paper describes an experience of a systemic group intervention, addressed to a group of people diagnosed with schizophrenia and other psychotic disorders, who are involuntarily admitted into a residential facility for the mentally ill, and whose family system means no support in the process of their therapeutic discharge from the center. This experience aims to help, from a systemic view and using re-confirmatory techniques, to construct alternative narratives that can generate greater well-being and quality of life in their day to day. This is a proposal for an alternative treatment that could be incorporated into intervention programs governed by current regulations in the Valencian Community to develop such strategies.*

Keywords: schizophrenia, narrativism, re-confirmatory techniques, group intervention, self-concept.



## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se centra en un grupo de personas diagnosticadas según DSM-IV-TR de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, que se encontraban internados de manera involuntaria en un dispositivo residencial para enfermos mentales, para los que sus familias de origen no representaban apoyo ni estaban incluidas en su proyecto de rehabilitación, bien porque no mantenían ningún contacto, bien porque se habían convertido en meros visitantes de su familiar enfermo. Son personas que perdieron incluso su capacidad de decidir por sí mismos y autogobernarse; todos ellos se encontraban incapacitados legalmente. Personas cuya cronicidad, historia de vida y falta de apoyos, terminaron por recluirlas en centros de enfermos mentales, con escasas posibilidades de recuperación y reinserción, por los motivos descritos.

Nuestro trabajo se construyó en base a dos pilares: por una parte la teoría de los fenómenos psicóticos vistos desde la perspectiva sistémico-relacional de J.L. Linares, y por otra la intervención grupal.

En el modelo del Dr. Linares, la **triangulación desconfirmatoria** deviene elemento central para entender las psicosis. En su abordaje, el autor parte de cuatro elementos que son, a nivel individual la **identidad** y la **narrativa**, y que a nivel familiar se corresponderían con la **organización** del sistema y su **mitología**. Considera que si la nutrición relacional y emocional de los padres al niño se resiente por una desconfirmación vehiculizada desde una organización triangular, ésto, junto a otros factores relacionales, es un elemento de riesgo para la precipitación de una psicosis.

Por otra parte, fueron sobre todo las características deficitarias a nivel familiar, las que nos hicieron pensar en una *intervención grupal* que, en cierta medida, pudiera sustituir mediante el encuentro con el otro, la carencia de nutrición emocional con sus familias de origen, a la vez que ir tejiendo mediante el empleo de narrativas no identitarias un vínculo grupal. El grupo como microcosmos social y recreación de la familia primaria tal como lo definió Irwin Yalom.

Con base en lo anterior, planteamos la siguiente Hipótesis: El trabajo en grupo con técnicas reconfirmatorias resulta de utilidad para mejorar la percepción del sujeto sobre sí mismo, proporcionando diferencias significativas entre las puntuaciones medias pre y post test, obtenidas mediante el pase de una prueba que mide el autoconcepto.



## MÉTODO

El presente trabajo se enmarca dentro de un diseño de investigación-acción, operativizado en un proyecto que recoge los recursos de los agentes intervinientes para movilizar los recursos del objeto a intervenir.

A partir de esta premisa básica del diseño, construimos un programa de intervención grupal dirigido a una muestra específica, ubicada en un contexto institucional.

### CONTEXTO Y MUESTRA

El trabajo de campo se llevó a cabo en el Centro Específico de Enfermos Mentales (en adelante CEEM) ASIGER Vistabella, situado en la urb. De Calicanto-Chiva (Valencia). Es un centro de creación y gestión privada.

En el CEEM ASIGER-VISTABELLA, en torno al 60% de los residentes se encuentran incapacitados legalmente (lo que significa que han perdido la capacidad de decidir y gobernarse por sí mismos), la mayoría de los cuales son tutelados por Generalitat Valenciana (lo que significa que ninguno de sus familiares se encuentra en disposición de hacerse cargo de su tutela).

A nivel reglamentario, las normas que regulan el funcionamiento de estos centros en la Comunidad Valenciana\* definen el CEEM como un *“servicio residencial comunitario abierto y flexible destinado a enfermos mentales crónicos que no requieren hospitalización. La residencia trabajará siempre desde una perspectiva de rehabilitación enfocando su actuación en la mejora de la autonomía personal y social de los residentes y apoyando su normalización e integración comunitaria”*.

Para la consecución de este precepto legal, así como el resto de objetivos marcados por normativa en función del tipo de estancia de los residentes (corta-transitoria-indefinida), la reglamentación referida establece una metodología y unos programas de intervención mínimos:

- *“Entrenamiento en habilidades de autocuidado”*.
- *“Entrenamiento en habilidades de la vida diaria”*.
- *“Psicoeducación y promoción de estilos de vida saludables”*.
- *“Actividades de ocio y tiempo libre”*.
- *“Intervención familiar”*.



No obstante, la práctica diaria indica que sin un adecuado soporte socio familiar que acompañe y apoye el proceso de rehabilitación e integración de la persona, resulta extremadamente complicado alcanzar los objetivos de normalización e integración comunitaria prevista en la misma definición del dispositivo que figura en la normativa vigente.

La muestra elegida para participar en el proyecto se compuso de 11 varones, en edades comprendidas entre los 28 y los 55 años.

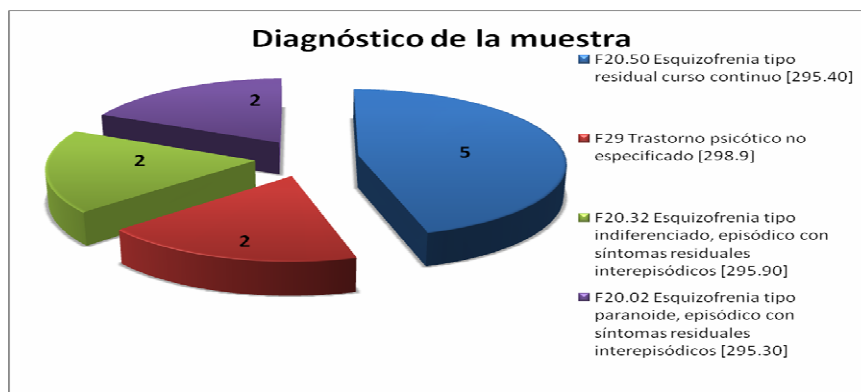
5 residentes del total de la muestra eran solteros sin hijos, 4 separados con un hijo/a con el/la que no mantenían relación desde la separación, 1 separado sin hijos y 1 con pareja estable fuera del centro, con la cual, desde su ingreso en junio de 2013, sólo había mantenido una visita.

En cuanto a criterios de inclusión, observamos los siguientes:

- Residentes de larga estancia en el centro. Tipología de estancia “*indefinida*” según Orden de 3 de febrero de 1997, de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales de la Comunidad Valenciana.
- Residentes con diagnóstico, según DSM-IV-TR, del grupo esquizofrenia y otros trastornos psicóticos sin presencia de síntomas positivos clínicamente significativos.
- Incapacitados legalmente.
- Sistema familiar de origen, o propio, definido como “visitante”, es decir, no incluido en el proceso terapéutico de salida del residente del centro.

El total de la muestra estaba ingresado en el CEEM con Orden judicial de Internamiento involuntario, con una estancia mínima semestral revisable, e incapacitados legalmente, siendo los tutores de ocho de ellos la Unidad Técnica de Tutelas de Valencia, de uno la Unidad Técnica de Tutelas de Castellón y de dos de ellos, miembros del sistema familiar de origen, en concreto una madre y un hermano.

Los diagnósticos de la muestra se agrupaban de la siguiente manera:



El Equipo Técnico del CEEM, a través del servicio de atención psicológica, había trabajado con la muestra en sesiones individuales, previo al desarrollo del presente trabajo de investigación. Resultado de ese trabajo se elaboraron genogramas, cronogramas y mapas relacionales, objetivándose, por parte de éstos, que siete residentes del total de la muestra habían presentado en su familia de origen pautas relacionales desconfirmatorias. Pongamos un ejemplo:

*Roberto, el residente psicótico más joven de la muestra, ingresa en el CEEM tras ser dado de alta en la unidad de psiquiatría el pasado abril de 2013, donde había ingresado tras alteraciones comportamentales, llegando a la agresividad, secundarias a ideación de perjuicio.*

*Siendo el único varón y más pequeño en la fratría y teniendo un hijo al que apenas conoce, se crió con unos padres exigentes, con una relación entre ellos de cierto amor y odio, donde el trabajo era el lema y virtud familiar, cumpliendo, Roberto, con esa expectativa al máximo sin apenas reconocimiento, ni "mirada" alguna de sus padres, "quemados" por tanto trabajar.*

*Más vinculado a su padre que a su madre, poseedor éste primero, como varón y cabeza de familia, del "derecho" de otorgar reconocimiento laboral y fidelidad familiar, llega a reconocer agresiones físicas por parte de éste hacia él.*

*Con 18 años sufre su primer brote y durante los 10 años posteriores requiere de múltiples ingresos en psiquiatría por agresiones en el ámbito familiar de él hacia sus padres.*

*En el centro se muestra totalmente adaptado, sin clínica psicótica relevante ni alteración comportamental alguna. No obstante, siempre que se han producido salidas al domicilio familiar de más de un día ha habido problemas de conducta.*

*En consulta, al abordar la problemática anterior, Roberto verbaliza que "(...) en mi casa no me preguntan cómo me encuentro, cómo estoy en el centro, qué planes tengo de futuro, me siento vacío, un cero a la izquierda. Mis padres piensan, que por mi enfermedad, sólo debo tomar la medicación y descansar en un cuarto cuando estoy en casa (...) cuarto que no es el mío, porque el mío está lleno de cosas del bar de mi padre".*

## DISEÑO Y METODOLOGÍA

Para el desarrollo del trabajo de campo, diseñamos el correspondiente programa de sesiones de intervención grupal, junto con los instrumentos y técnicas a utilizar, todas ellas con un marcado carácter apreciativo, reconfirmatorio y validante .

Realizamos una programación de 10 sesiones, con el siguiente contenido básico:

- **SESIÓN 1: ¡VIAJEROS AL TREN!**

El objetivo fundamental de esta sesión fue presentar el trabajo al grupo y que éste lo aceptara y se sintiera motivado para participar en él; Invitarlos a acompañarnos en el "viaje" que les proponíamos, y que la propuesta les resultara atractiva y motivadora, tratando de construir un vínculo terapéutico de calidad, y al mismo tiempo, generar cohesión y sentido de pertenencia al grupo.

- **SESIÓN 2: ASÍ ES COMO TE VEMOS.**

El eje principal del programa de sesiones radica en tratar de devolver a cada individuo una mirada apreciativa del grupo en particular y del sistema residencial en general, sobre sí mismo.



En esta línea, el objetivo principal de la sesión 2, fue validar y reconocer a través del grupo y del personal laboral del centro aquellas cualidades positivas que el sujeto posea, relacionadas con el desempeño de tareas y talleres programados del centro, en su día a día.

- **SESIÓN 3: ABRE TUS OJOS, ASÍ ES COMO TE VEMOS.**

En la sesión 3 tratamos de anclar la mirada apreciativa del grupo sobre cada uno de los miembros, trabajada en la sesión anterior, promoviendo cohesión, confianza y apoyo mutuo, de forma que generase un contexto grupal adecuado para la expresión de emociones, y facilitador de cambios.

- **SESIÓN 4: NO ESTÁS SOLO, CUENTA CONMIGO.**

El objetivo fundamental de esta sesión fue valorar la importancia de las relaciones sociales positivas, y de la red social de apoyo. De manera indirecta, continuamos promoviendo sentido de cohesión grupal, y favoreciendo un contexto de confianza, facilitador de cambios.

- **SESIÓN 5: TIENES CAPACIDAD Y VALÍA; TÚ PUEDES HACERLO.**

En la sesión 5 tratamos de corresponsabilizar a cada sujeto en su propia historia como parte activa de la misma, con capacidad para generar cambios positivos en su entorno, y con las personas significativas para cada uno de ellos.

- **SESIÓN 6: ES IMPOSIBLE NO COMUNICARSE...¡APROVÉCHALO!**

En línea con la sesión anterior, en esta ocasión trabajamos la expresión y percepción de emociones, favoreciendo y estimulando sus habilidades para metacomunicar.

- **SESIÓN 7: TU ASPECTO ES IMPORTANTE.**

Considerando que, en general, las personas que sufren esquizofrenia suelen presentar déficit en el área de higiene personal y autocuidado, esta sesión la dedicamos a resaltar la importancia de este aspecto para el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales y sociales satisfactorias.

- **SESIÓN 8: BUSCANDO PUNTOS DE LUZ EN UNA HISTORIA FAMILIAR OSCURA.**

El objetivo principal de esta sesión era facilitar que cada participante pudiera encontrar en el presente la parte positiva, o los beneficios obtenidos de los errores o injusticias que cometieron con ellos sus padres/familias en el pasado, de forma que permitiera promover sentimientos de perdón y/o de reparación del daño.



- **SESIÓN 9: FAMILIA, TESOROS Y BUENOS RECUERDOS.**

En línea con la anterior, en esta sesión tratamos de redefinir la relación del sujeto con su sistema familiar, a través de recuerdos del pasado que ofrecieran una mirada más positiva del rol desempeñado, con el objetivo de anclar los contenidos trabajados en la sesión anterior, referidos al cambio de mirada sobre su historia familiar.

- **SESIÓN 10: FINAL DE TRAYECTO, EL VIAJE CONTINUA.**

Con el objetivo de anclar los contenidos trabajados durante todo el programa de sesiones, intentamos promover que, tanto el grupo como el sistema residencial, pudieran devolver a cada miembro de la muestra una mirada apreciativa y reconfirmatoria de sí mismo, dejando a su vez la puerta abierta para que cada sujeto pudiera continuar el "viaje" iniciado en este programa, a través y con la ayuda del servicio de psicología del propio centro.

El Eje vertebrador del programa de sesiones fue la Narrativa “El Niño Invisible y El Espejo Mágico”, narrativa secuenciada a lo largo de las diez sesiones, según la cual, un Espejo Mágico devolvía al niño invisible una imagen apreciativa de sí mismo que no había observado hasta el momento. El propósito de ésta técnica fue generar un hilo conductor para todo el programa, que sirviera a su vez para introducir los objetivos a trabajar en cada sesión, y/o anclar lo trabajado, en su caso.

Se contó con la colaboración de todo el personal laboral del centro, incluyendo de esta forma al sistema residencial en el proceso terapéutico.

Equipo Terapéutico estaba compuesto por Terapeuta y Coterapeuta en sala, y observador externo. El observador externo visualizaba la sesión utilizando cámara web y ordenador portátil, situándose en una sala diferente a la del grupo.

### INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

La recogida de información se realizó en tres fases (antes, durante, y después de la intervención) y se instrumentalizó a través de las herramientas que a continuación se exponen:

#### A. MEDIDAS PREVIAS A LA INTERVENCIÓN:

- Pase de prueba de autoconcepto (Pre-test), mediante el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5). García, F., y Musitu, G. (1999). Universitat de València.



Este instrumento evalúa 5 dimensiones de autoconcepto (académico/laboral, social, emocional, familiar, físico), con 6 ítems cada una de ellas.

Con el objetivo de aproximar el cuestionario a la realidad diaria de la muestra del CEEM se adaptaron 13 ítems de los originales del cuestionario AF5.

- Presentación del instrumento de recogida de información cualitativa "silla vacía":

Durante todas las sesiones se contó con una silla de más en la sala que simbolizaba al grupo y sobre la cual se colocó, de manera sistemática, un espejo (el "espejo mágico"), como representación simbólica del sistema terapéutico.

El "Espejo Mágico" se configuró como una metáfora del propio grupo, planteando el sistema terapéutico como un instrumento de ayuda mutua:

- Para los participantes, el objetivo era que el "Espejo Mágico" (el grupo), al igual que ocurría en la narrativa utilizada en las sesiones, devolviera a cada uno una mirada más positiva sobre sí mismo y sobre su historia de vida, que permitiera aumentar autoconfianza y autoestima, iniciando de esta forma un proceso de reconfirmación que pudiera ser continuado tras la finalización del trabajo a través del Servicio de Psicología del CEEM.
- Para los Terapeutas, el "Espejo Mágico" devolvería cada semana información cualitativa sobre la evolución del grupo en relación con el objetivo propuesto, a través de las preguntas guía que se realizaron semanalmente, al finalizar cada sesión (feedback).

De esta forma, pretendimos transmitir también la idea de que todos los integrantes del grupo formaban parte activa del trabajo de investigación-acción que desarrollamos, y que jugaban un papel importante en el desarrollo del mismo, introduciendo una parte flexible del trabajo que permitía ir moldeándolo y adaptándolo, en función de las observaciones del propio grupo.

En la primera sesión sólo se presentó el instrumento.

#### B. MEDIDAS DURANTE LA FASE DE INTERVENCIÓN:

- Registro de información "detrás del espejo": Mientras se realizaban las sesiones, un tercer miembro del equipo observaba en directo las mismas, registrando información sobre sucesos significativos, narrativas, clima emocional, procesos reconfirmatorios y técnicas utilizadas para ello, u otros.





- Registro de información de la "Silla Vacía"; preguntas guía: Como ya hemos explicado en el apartado A, estas preguntas se hacían al grupo al finalizar cada sesión, con el objetivo de obtener información (feedback) sobre la evolución del grupo en relación con el objetivo propuesto. Eran las siguientes:
  - *¿Cómo te has sentido al realizar la actividad propuesta?*
  - *¿Cómo te has sentido con el grupo?*
  - *¿Cómo crees que ha recibido el grupo la sesión?*
  - *¿Qué cosas os han parecido de utilidad, y cuáles otras cambiaríais?*
- Registro de evaluación de las sesiones por equipo de investigación: Al finalizar cada sesión, Terapeuta, Coterapeuta y Observador revisaron la grabación de la misma con la finalidad de recoger impresiones y resonancias afectivas vivenciadas.

#### C. MEDIDAS POSTERIORES A LA INTERVENCIÓN:

- Pase de prueba de autoconcepto (Post-test), mediante el Cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5). García, F., y Musitu, G. (1999). Universitat de València, con el objetivo de poder valorar posibles cambios posteriores a la intervención con el grupo.
- En la última sesión, y con el objetivo de obtener una valoración final cualitativa del grupo sobre su evolución y posibles cambios posteriores a la intervención, a través del instrumento "silla vacía" planteamos a los sujetos de la muestra las siguientes cuestiones:
  - *¿Qué te ha aportado el grupo, y este programa de sesiones?*
  - *¿Qué cosas cambiarías del programa de sesiones?*

## RESULTADOS

### RESULTADOS CUANTITATIVOS

Para realizar el análisis cuantitativo de los datos utilizamos la prueba estadística t de Student para muestras dependientes.

En nuestro caso, el planteamiento de la hipótesis fue el siguiente:

- Hipótesis nula ( $H_0$ ): los cambios observados después del trabajo en grupo con técnicas reconfirmatorias se deben al azar y no hay diferencias estadísticamente significativas entre



las puntuaciones medias pre y post test de la prueba de autopercepción AF-5.  $H_0 = X_1 \geq X_2$ .

- Hipótesis alternativa ( $H_1$ ): los cambios observados después del trabajo en grupo con técnicas reconfirmatorias se deben al tratamiento aplicado, resultando diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias pre y post test de la prueba de autopercepción AF-5.  $H_1 = X_1 < X_2$ .
- Nivel de significación: para todo valor de probabilidad igual o menor que 0.05 se acepta  $H_1$  y se rechaza  $H_0$ .  $\alpha = 0.05$ .
- Zona de rechazo: para todo valor de probabilidad mayor que 0.05 se acepta  $H_0$  y se rechaza la  $H_1$ .

Analizando los datos con el programa informático SPSS, en una primera sección, se describen las mediciones pre y post test a comparar:

Autoconcepto académico/laboral:

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 académico/laboral	7,3964	11	1,82661	,55074
1 académico/laboral	8,0455	11	1,01328	,30551

Autoconcepto social:

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 social	6,7127	11	1,81393	,54692
1 social	6,9182	11	1,66985	,50348

Autoconcepto emocional:

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 emocional	6,2482	11	2,39997	,72362
1 emocional	6,9036	11	2,04709	,61722

Autoconcepto familiar:

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 familiar	6,0091	11	2,56734	,77408
1 familiar	7,3955	11	2,30022	,69354

Autoconcepto físico:

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 físico	6,0173	11	2,09103	,63047
1 físico	6,5955	11	2,36524	,71315



Observando las medias pre y post tratamiento en las cinco dimensiones del Autoconcepto Forma 5, éstas parecen indicar que, al finalizar las 10 sesiones, los componentes de la muestra mejoraron su percepción en el desempeño de su rol como residentes del CEEM, en el manejo de las relaciones sociales, su estado emocional, su implicación, participación e integración en el medio familiar y una mejor percepción sobre su aspecto y condición física.

En la siguiente sección, al utilizar el SPSS, se obtiene, entre otros, la prueba t:

Autoconcepto académico/laboral:

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	academico/laboral - academico/laboral	-,64909	1,83149	,55221	-1,87950	,58132	-1,175	10	,267

Autoconcepto social

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	social - social	-,20545	1,30996	,39497	-1,08550	,67459	-,520	10	,614

Autoconcepto emocional:

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	emocional - emocional	-,65545	1,64518	,49604	-1,76070	,44979	-1,321	10	,216

Autoconcepto familiar:

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	familiar - familiar	-1,38636	1,48070	,44645	-2,38111	-,39162	-3,105	10	,011

Autoconcepto físico:

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	físico - físico	-,57818	1,11016	,33473	-1,32400	,16763	-1,727	10	,115



Observando los datos anteriores, sólo podemos rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) en el autoconcepto familiar,  $p= 0.011 < 0.05$ , lo cual parece indicar que, tras la intervención grupal con técnicas reconfirmatorias, los miembros del grupo tienen una mejor percepción de su implicación, participación e integración en el medio familiar.

En las restantes cuatro dimensiones evaluadas, es decir autoconcepto académico/laboral, social, emocional y físico, no podemos rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). Por lo tanto, no podemos interpretar que las diferencias entre las medias pre y post test se deban al tratamiento aplicado, si no que éstas son resultado del azar o, como decíamos al inicio, diferencias aleatorias que limitan, desde un punto de vista de significación estadística, la tendencia, inicialmente observada, de una mejor percepción de los miembros del grupo en las cinco dimensiones tras recibir el tratamiento.

## **RESULTADOS CUALITATIVOS**

Para poder realizar un análisis más estructurado y comparativo del proceso de intervención dividimos éste en tres fases generales:

### **1. Fase inicial de la intervención: sesiones 1, 2 y 3.**

Durante esta fase inicial observamos al grupo participativo desde un primer momento, pero desde una perspectiva de expectación y curiosidad por la intervención.

Trabajamos con una muestra de residentes que ya se conocían previamente, que eran compañeros del CEEM y tenían experiencia de trabajo en grupo.

Esto nos permitió, desde un principio, contar con un clima en sala de colaboración y respeto mutuo, gracias al cual, y añadiendo la narrativa del “El Espejo Mágico”, se pudo generar un *caldo de cultivo* para que, de forma gradual, el grupo se fuera agrupando en una matriz única de intervención, generando cohesión y pertenencia.

Al finalizar la tercera sesión, todos los componentes del grupo decían “*sentirse como el niño del cuento*” y mostraban curiosidad por ver cómo continuaba. Miguel, al finalizar esta sesión, ya comentaba “*Somos como una familia*”.

A nivel de estructura grupal se observó que Adrián y Alejandro estaban poco integrados con sus compañeros, aspecto que progresivamente corrigió el propio grupo.



Finalmente, desde la percepción de sí mismo (autoconcepto) que tenían los diferentes componentes del grupo, observamos en la primera sesión afirmaciones poco apreciativas como la de Pedro *“Yo me siento como si el mundo fuera un circo y yo fuera el payaso”*, que transcurridas dos sesiones fueron mostrando una tendencia más validante y funcional. En la segunda sesión, Pedro decía *“Nos estáis alegrando el día hoy, más que en todos los días”* y en la tercera añadía *“Cada sesión que pasa va siendo más útil”*.

## **2. Fase intermedia de la intervención: sesiones 4, 5, 6 y 7.**

Son tres “cortes” cualitativos los que definen la fase intermedia.

### **El valor del GRUPO como elemento apreciativo:**

Es durante la cuarta sesión cuando el grupo permite intuir al Equipo Terapéutico cierta tendencia apreciativa entre sus miembros. Entre ellos hablan de compañerismo, de existencia de grupo y de apoyo mutuo.

En este sentido Andrés dice *“Estando aquí siento la mano amiga y es suficiente y necesaria”*, Roberto añade *“(…) Cuando he encontrado a alguien he cambiado a positivo”*.

### **La “UTILIDAD” de la intervención:**

Durante la quinta sesión se percibe en el grupo una alta expectativa respecto a la utilidad de la intervención. Un claro ejemplo de ello son las palabras de Paco, cuando dice *“Vuestra presencia es un cable al que poder cogerme para salir de aquí”*.

### **El “CAMBIO”:**

Es durante la sexta sesión cuando, tras la narrativa de “El Espejo Mágico”, el grupo por primera vez habla de “cambio”. A la pregunta de la Terapeuta *¿Qué creéis que quería decirle el Espejo Mágico al niño invisible?*, de forma espontánea, Miguel contesta *“Cambio. Piensa que va bien. Cambio de actitud. Cambio de chip”*. Posteriormente Iván dice *“El niño tiene que madurar”*, a lo que Alejandro añade *“Cambio de perspectiva”*.

## **3. Fase final de la intervención: sesiones 8, 9 y 10.**

Congruentemente con los datos cuantitativos, son las sesiones octava y novena las que parecen lograr mayor insight en el grupo. Paco, al finalizar la octava sesión, comenta en el grupo *“Me he sentido positivo, he descubierto algo bueno (en mi familia)”*.



Son varios los ejemplos que nos hacen pensar que los componentes del grupo pudieron llegar a vivenciar cierto perdón en sus narrativas familiares durante las últimas sesiones, facilitando, quizá, de esta forma una mejor sensación en ellos. Por ejemplo Miguel nos decía *“Agradezco a mi madre que me calentaba el vaso de leche antes de ir a trabajar (...) Me hacía sentir importante para ella, y cuidado”*, Iván: *“Cuando mi hermano Adolfo robó a mi madre y pensaban que fui yo, y luego me pidió disculpas”*, o Paco: *“Cuando mi padre me compró mi primer coche, un Ford Fiesta (...) Me sentí recompensado, y que mi padre reconocía mi esfuerzo trabajando”*.

En la última sesión, a la pregunta *“¿Qué te ha aportado el grupo y este programa de sesiones?”*, los distintos componentes de la muestra respondieron lo siguiente:

- Roberto: *“Más sabiduría, menos miedo. Recuerdos buenos y malos”*.
- Andrés: *“El conocerme a mí mismo”*.
- Iván: *“El no sentirme solo”*.
- Paco: *“Una oportunidad a la paz”*.
- Adrián: *“Nada, yo ya me conocía”*.
- Óscar: *“Los ejercicios me ha hecho sentir mejor”*.
- Rubén: *“Confianza, amistad”*.
- Alejandro: *“Confianza y seguridad”*.
- Ricardo: *“Este grupo y sesiones me han aportado mucho porque me he conocido a mí mismo y a mis compañeros un poco más y nos ha ayudado a querernos”*.
- Miguel: *“Fuerza en mí mismo”*.
- Pedro: *“Confianza con ellos”*.

## CONCLUSIONES

Después de analizar la información cuantitativa y cualitativa recogida durante todo el proceso de intervención, observamos en el conjunto de los integrantes de la muestra, que tras la intervención grupal realizada en las 10 sesiones propuestas, se produce una leve tendencia hacia la mejora de su percepción en las cinco dimensiones evaluadas, siendo estadísticamente significativa la mejoría en la dimensión de autoconcepto familiar.

Los resultados obtenidos parecen indicar, por una parte, que las técnicas de reconfirmación resultan una herramienta útil no sólo en contextos clásicos de Terapia Familiar, sino también en contextos grupales institucionales. Y por otra parte, nos inducen a pensar que el trabajo en grupo con técnicas apreciativas, validantes y reconfirmatorias resulta de utilidad para este tipo de



pacientes, en aras a conseguir mejor percepción de sí mismos, y generar mayor bienestar en su día a día.

En este sentido, entendemos que este tipo de intervención grupal puede configurarse como una alternativa de tratamiento válida para ser incorporada dentro de los programas de intervención mínimos a desarrollar a largo plazo, que regula la normativa vigente en la Comunidad Valenciana respecto a los Centros Específicos de Enfermos Mentales, como instrumento que favorezca la consecución de los objetivos propuestos por la referida normativa en la definición misma del propio Centro: *"Las residencias trabajarán siempre desde una perspectiva de rehabilitación, enfocando su actuación en la mejora de la autonomía personal y social de los residentes y apoyando su normalización e integración comunitaria"*.

Pensamos que este tipo de programas puede favorecer que los participantes construyan nuevas narrativas personales más validantes y funcionales, y generar en ellos mayor bienestar, consigo mismo y con su entorno social y familiar más próximo.

No queremos perder de vista lo limitado de nuestro trabajo y, con ello, lo limitado de nuestros resultados, pero pensamos que tenemos la obligación profesional de dar alguna respuesta a este tipo de residentes. Ya lo hemos expuesto con anterioridad, pero nos parece importante repetirlo: existe un grupo de residentes en los CEEM que, por multitud de circunstancias, tienen muy limitada la oportunidad de sentirse partícipes de la sociedad y que viven, generalmente, con la única expectativa, en muchos casos irreal, de que el Juez revise su Orden de Internamiento y los "saque de allí". Pensamos que a este colectivo hay que tenerlo presente, e intentar ofrecerle bienestar para su día a día. Y este tipo de intervención parece ayudar en ese sentido; tal y como decía Pedro, *"nos estáis ayudando a encontrarnos bien con uno mismo, y los demás"*.



## BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, P. (1985). *Psicodrama y esquizofrenia crónica. Un estudio clínico y sociométrico*. Tesis licenciatura. Departamento de psiquiatría de la facultad de medicina de la universidad autónoma de Madrid.
- Badilla, Y. (2012). *Elementos relacionales en esquizofrenia*. UAB: Tesis doctoral.
- Bou, J. (2010). *Una mirada a la actualidad del modelo sistémico y varios e inciertos vaticinios sobre su futuro*. *Informació psicològica*, 100, 14-23.
- Casón, P., y Martín, C. (2002). *La alternativa al juego I-II*. Madrid: Catarata.
- Cicero, D., Becker, T., Martin, E., Docherty, A., y Kerns, J. (2013). *The role of aberrant salience and self-concept clarity in psychotic-like experiences*. *Personal disord*; 4 (1): 33-42.
- De Chávez, M. (1991). *Autoconocimiento y reacciones especulares en psicoterapia de grupo con pacientes esquizofrénicos (I-II)*. Xth International Symposium for the Psychoterapy of Schizophrenia.
- First, M., Frances, A., y Pincus, H. (2005). *DSM-IV-TR Guía de uso*. Elsevier-Masson: Barcelona.
- Geekie, J. (2006). *Las voces que oímos*. En Read, J., Mosher, L., y Bentall, R. (eds.) *Modelos de locura: Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*: Barcelona: Herder.
- Linares, J.L. (1976). *La historia clínica en el manicomio: el pasaporte de la locura*. Barcelona: Anagrama.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Serebrinsky, H. (2012). *Psicoterapia de grupo: Ensayo*. *Ajayu*, 10(2), 135-155.
- Sluzki, C. (1999). *Investigación cualitativa y cuantitativa: una perspectiva construccionista*. *Redes*, diciembre, 73-84.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Barcelona: Paidós.

