

**NARRATIVAS DE EXPERIENCIAS
PSICÓTICAS EN PRIMERA PERSONA**

**Dando voz a lo incomprensido: lo que las voces
y las ideas cuentan**

Isabel Amez Antuña, Janire Fernández Olivares, Edurne
Iriarte Gurbindo

**ESPECIALIDAD DE PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

**UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE
SALUD MENTAL DEL PRINCIPADO DE
ASTURIAS**

ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	5
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
2. MÉTODO	13
2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	13
2.2. POSICIÓN DEL EQUIPO INVESTIGADOR.....	14
2.3. PERIODO DE ESTUDIO.....	15
2.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	15
2.5. PROCEDIMIENTO.....	18
2.6. ANÁLISIS DE DATOS.....	20
2.7. CRITERIOS DE RIGOR.....	21
2.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	24
3. RESULTADOS	25
3.1. IMPACTO EN LA VIDA COTIDIANA.....	25
3.2. VIVENCIAS DE APOYO.....	29
3.3. NECESIDADES.....	31
3.4. EXPERIENCIA SUBJETIVA.....	33
3.5. BIOGRAFÍA Y VULNERABILIDAD.....	39
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	42
4.1. IMPACTO EN LA VIDA COTIDIANA.....	44
4.2. VIVENCIAS DE APOYO.....	49
4.3. NECESIDADES.....	51
4.4. EXPERIENCIA SUBJETIVA.....	55
4.5. BIOGRAFÍA Y VULNERABILIDAD.....	65

4.6 CONCLUSIONES.....	71
4.7 LIMITACIONES Y FORTALEZAS.....	76
5. AGRADECIMIENTOS.....	78
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
7. ANEXOS.....	103
7.1. ANEXO I. CUESTIONARIO VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	103
7.2. ANEXO II. FORMULARIO DE DERIVACIÓN Y VARIABLES CLÍNICAS	105
7.3. ANEXO III. GUIÓN TEMÁTICO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.....	108
7.4. ANEXO IV. TABLAS.....	122
7.4.1. TABLA 1. TABLA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	122
7.4.2. TABLA 2. TABLA DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	123
7.4.3. TABLA 3. TABLA DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. TIPO DE SÍNTOMAS.....	124
7.4.4. TABLA 4. TABLA DE CÓDIGOS.....	126
7.5. ANEXO V. HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES.....	132
7.6. ANEXO VI. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.....	136
7.7. ANEXO VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y REVOCACIÓN DE PARTICIPACIÓN.....	137
7.8. ANEXO VIII. MAPAS CONCEPTUALES DE DATOS CUALITATIVOS	

REALIZADOS CON EL PROGRAMA MAXQDA 26.0.....140

7.9. ANEXO XIX. MODELOS JERÁRQUICOS DE DATOS CUALITATIVOS

REALIZADOS CON EL PROGRAMA MAXQDA 26.0.....146

Resumen y palabras clave

El objetivo principal de este estudio fue explorar cómo las personas atendidas en distintos dispositivos de Salud Mental del Principado de Asturias vivencian y significan sus síntomas psicóticos positivos.

Para ello, se diseñó un estudio cualitativo de perspectiva fenomenológica, en el que se realizaron entrevistas semiestructuradas a 9 participantes con una historia de síntomas psicóticos de al menos dos años de evolución. Los datos se analizaron mediante un análisis de contenido temático utilizando el programa MAXQDA 26.0.

El tema principal fue “Experiencias Psicóticas” y las categorías encontradas fueron 5: “Impacto en la vida cotidiana” que cuenta con 5 subcategorías, “Vivencia de apoyos” compuesta por 3 subcategorías, “Necesidades” dividida en 4 subcategorías, “Experiencia subjetiva” donde se han hallado 4 subcategorías y 14 sub-subcategorías, y “Biografía y vulnerabilidad” que se organiza en 2 subcategorías y 5 sub-subcategorías.

Los hallazgos muestran que los síntomas psicóticos no siempre son vividos por las personas de manera negativa y angustiante. Éstos, pueden adquirir un valor narrativo y defensivo en el contexto de las personas, funcionando como intentos de sostenerse frente al sufrimiento vital. Comprender estas experiencias, desde el significado que tienen para cada uno y no solo desde su etiqueta diagnóstica, permite abrir nuevas vías de acompañamiento clínico, más respetuosas con la subjetividad de cada persona.

Palabras clave:: Investigación Cualitativa; Trastornos Psicóticos; Servicios de Salud Mental; Fenomenología; Percepción; Participación del Paciente.

1. Introducción y justificación

A lo largo de la historia, el término "psicosis" ha sido objeto de múltiples definiciones y usos. Acuñado en 1845 por Ernst von Feuchtersleben para referirse a trastornos mentales graves que afectan a la personalidad en su conjunto (Beer, 1996), el concepto fue posteriormente moldeado por autores como Kraepelin y Bleuler. Estos sentaron las bases del modelo biomédico, que entendía la psicosis como una enfermedad crónica de base orgánica, comparable a una patología física. Esta concepción se consolidó en el siglo XX y se reflejó en prácticas psiquiátricas como el uso sistemático de neurolépticos, la institucionalización prolongada y una visión diagnóstica centrada en los síntomas observables. El modelo categorial y nosológico alcanzó su apogeo con la publicación del DSM-III en 1980, que priorizó la objetividad diagnóstica y reforzó una mirada reduccionista del sufrimiento psíquico (Kendell & Jablensky, 2003).

Sin embargo, desde finales del siglo XX, esta visión ha empezado a ser fuertemente cuestionada (Szasz, 1961). La ausencia de marcadores biológicos confiables, la eficacia limitada de los tratamientos farmacológicos y el surgimiento de nuevas voces —especialmente las de quienes han vivido estas experiencias en primera persona— han motivado una transformación del paradigma (Johnstone & Boyle, 2018). Hoy, ya no se considera universalmente que la psicosis sea una enfermedad crónica e incurable, de base exclusivamente orgánica. Las experiencias psicóticas se entienden progresivamente como comprensibles dentro de la historia vital del sujeto y no como signos de un déficit cerebral.

En este giro teórico y ético se inscribe nuestra investigación, que busca comprender la experiencia psicótica más allá del síntoma, reconociendo su valor subjetivo y narrativo. Ahora bien, aunque partimos de la base de que la reducción de la psicosis a un conjunto de síntomas

clínicos puede resultar simplista, entendemos que el síntoma merece una atención particular, al poder revelar coordenadas fundamentales de la subjetividad de cada individuo y aportar claves sobre el modo en que cada persona ha intentado sobrevivir a su malestar.

El síntoma ha sido, a lo largo de la historia, escenario de una tensión casi paradigmática entre dos maneras de comprenderlo. Por un lado, se concibe el síntoma como déficit, signo de que algo falta o se ha roto (Gottesman, 1991); por otro lado, se concibe como defensa, intento del sujeto por preservar un equilibrio frente a lo insoportable (Freud, 1936). Nuestra investigación se orienta hacia esta segunda concepción, pues entendemos los síntomas, y en particular los síntomas psicóticos positivos, como expresiones que tienen un sentido en la historia y en la vida del sujeto y que, más que un déficit, en muchas ocasiones se constituyen como aquello que le estructura y sostiene, pudiendo ser tanto una amenaza para la propia identidad como una forma de preservarla (Romme & Escher, 2005).

Esta perspectiva es coherente con planteamientos actuales, como los defendidos por el Movimiento Internacional de Escuchadores de Voces (Hearing Voices Movement), iniciativa que surge en los años 80 a raíz de la colaboración entre el psiquiatra Marius Romme, la investigadora Sandra Escher y la escuchadora de voces Patsy Hage, quienes promovieron un espacio de reunión donde 20 personas que escuchaban voces pudieran compartir sus ideas y experiencias, surgiendo así el primer congreso de escucha de voces en 1987 (Corstens et al., 2014). Este movimiento implica una perspectiva alternativa respecto a la escucha de voces, donde se parte de la idea de los escuchadores como “expertos por experiencia”, centrándose en la aceptación de las voces como parte del espectro de experiencias perceptivas humanas, promoviendo un enfoque normalizador (Corstens et al., 2014). De esta forma, se propone que experiencias como la escucha de voces -también denominadas alucinaciones verbales- no

necesariamente deben entenderse únicamente como signos de enfermedad, sino como fenómenos que pueden aparecer en cualquier persona y que poseen un significado vinculado a circunstancias emocionales, sociales e interpersonales (Powers et al., 2017). Tanto el inicio como el contenido de estas experiencias no serían arbitrarios ni simples reflejos de una patología, sino que se relacionan estrechamente con hechos significativos de la historia vital y biográfica del individuo (Corstens et al., 2014). Nuestra investigación amplía esta perspectiva no sólo a las voces, sino al conjunto de vivencias que tradicionalmente han sido consideradas síntomas psicóticos positivos. Esto incluye las alucinaciones y los delirios, pero también fenómenos menos explorados como las vivencias de pasividad, los automatismos mentales o las experiencias de influencia externa, tradicionalmente agrupados en la literatura fenomenológica bajo el término de ‘alteraciones del self/yo’ (Parnas et al., 2005). Al igual que las voces, todas estas experiencias pueden adquirir un significado profundo en la historia vital de quien las experimenta.

En esta línea, si partimos de un enfoque contextual y biográfico, este conjunto de fenómenos- alucinaciones, delirios, alteraciones del yo-, se podrían entender como experiencias transdiagnósticas, es decir, vivencias que, aunque tradicionalmente se han considerado nucleares y propias de los trastornos psicóticos, irían más allá de esta o cualquier otra categoría diagnóstica (Van Os & Reininghaus, 2016), pues se entienden dentro de la historia biográfica particular del individuo (Longden et al., 2012). Así, la literatura y la práctica clínica muestran que los síntomas psicóticos también aparecen con frecuencia en personas con historias de trauma severo, especialmente en cuadros como el trastorno de estrés posttraumático complejo (TEPT-C) o el trastorno de identidad disociativo (TID), con un solapamiento sintomático cada vez más documentado (Compean & Hamner, 2019; Panayi et al., 2022; Dudley et al., 2024). Muchas personas con trastornos disociativos complejos

presentan fenómenos clínicos que, desde una mirada nosológica tradicional, cumplen criterios de síntomas psicóticos, incluyendo voces, pérdida del sentido de realidad o fenómenos de primer rango de Schneider (Van der Hart et al., 2008). Del mismo modo, muchas personas diagnosticadas con trastornos psicóticos refieren síntomas típicamente considerados disociativos, como amnesia, despersonalización o fragmentación de la identidad (Van der Hart et al., 2008). De hecho, numerosos estudios han señalado que las experiencias adversas en la infancia constituyen un factor de riesgo significativo para el desarrollo de cuadros psicóticos, con una prevalencia de trauma entre estas personas de entre el 38 % y el 87 % (Hardy et al., 2005; Giannopoulou et al., 2023; Zhou et al., 2025). Del mismo modo, cabe señalar que, más allá de estructuras psíquicas concretas y diagnósticos clínicos, vivencias de tipo alucinatorio o delirante también se dan en población no clínica, por lo que resultaría interesante considerar este tipo de síntomas como fenómenos continuos y dinámicos dentro de la experiencia humana (Van Os & Reininghaus, 2016). Todo ello sugiere que, más allá de las etiquetas, muchas de estas experiencias pueden entenderse como intentos de la psique por sostenerse en contextos profundamente dolorosos.

No obstante, esta visión no significa ignorar el sufrimiento que tales síntomas pueden generar, ni dejar de lado la posibilidad de intervenir sobre ellos. Así, puede ser necesario abordarlos y tratarlos si están causando malestar o limitaciones en la vida de la persona, sin olvidar su valiosa función defensiva (Florenzano, 2019). Pero tratar no significa necesariamente o exclusivamente medicar para eliminar o despojar al sujeto de su síntoma (Izcovich, 2012). Escuchar, comprender, respetar y ayudar a construir una narrativa que otorgue sentido ya es, en sí mismo, una forma de tratamiento (Fuchs, 2010). Como señalan Martín & Colina (2022), cuando nuestras intervenciones se limitan a eliminar los síntomas, al concebirlos solo como déficits, dejamos a los sujetos desamparados, les despojamos del medio protector que les

permitió avanzar y sostenerse en una realidad que les desbordaba. Tratar implica acompañar, no borrar. Implica facilitar que el sujeto encuentre sus propios modos de tramitar el sufrimiento, incluso cuando esos modos desafían nuestra idea de lo "normal". Estos autores entienden por tanto los síntomas como "muletas imprescindibles" (Martín & Colina, 2022). En la misma línea, la locura se puede comprender como una "defensa necesaria", siendo los síntomas una especie de bastón en el que el sujeto se apoya para seguir adelante (Álvarez, 2020). De esta forma, el tratamiento debería orientarse hacia un reequilibrio, independientemente de si se adapta o no a la realidad imperante (Álvarez, 2020).

Podemos concluir por tanto que, aun desde una visión despatologizadora y comprensiva del síntoma, es necesario reconocer la gran angustia y sufrimiento que estas vivencias pueden generar en la persona (Fuchs, 2010). Sin embargo, la intervención ha de ir más allá del objetivo de eliminarlas y erradicarlas, adoptando una visión más global donde éstas sean entendidas como un elemento que tiene sentido dentro de la historia de vida del individuo y que, ya sea en el presente o en algún momento de su historia, le ha permitido seguir adelante y resignificar su realidad (Sass & Parnas, 2003).

Como marco teórico utilizaremos por tanto la combinación de varias perspectivas. En primer lugar nos apoyaremos en el movimiento previamente comentado de Escuchadores de Voces, siendo una de las ideas cardinales del mismo la aceptación, considerando así las voces como una experiencia real de la persona y sujeta a su subjetividad y no como algo a negar o eliminar (Corstens et al., 2014). Los grupos de apoyo que se promueven desde esta perspectiva, grupos de escuchadores de voces, se constituyen así como espacios donde compartir estas experiencias desde la normalidad, dando cabida a los diferentes significados, marcos explicativos y narrativas construidas (Dos Santos & Beavan, 2015; Hayward &

Denietolis, 2014). La investigación parece rescatar el valor de estos grupos como espacio seguro y despatologizante, donde los participantes, al encontrarse con otras personas con vivencias similares, aumentan su deseo de compartir estas experiencias, disminuyendo su miedo a ser juzgados o incomprendidos, y donde la angustia generada por las voces disminuye (Longden et al., 2018). Se busca por tanto generar un espacio similar de escucha, partiendo de los principios de normalización, despatologización, aceptación y curiosidad (Corstens et al., 2014). Otro de los marcos actuales en el que nos basaremos es el modelo de Poder, Amenaza y Significado (PAS), promovido por la División de Psicología Clínica de la British Psychological Society (Johnstone & Boyle, 2018). En lugar de clasificar síntomas, este modelo propone comprender el malestar como respuesta a contextos de adversidad y relaciones de poder, desde los significados que la propia persona otorga a su experiencia (Johnstone & Boyle, 2018). Este modelo es coherente con la perspectiva contextual, autobiográfica y de respeto a la significación personal del síntoma que vertebra nuestra investigación. También el movimiento del Orgullo Loco y colectivos como La Revolución Delirante insisten en el respeto a la diferencia psíquica y en la necesidad de una práctica clínica no impositiva (Martín & Colina, 2022). Reivindican que ser escuchado, nombrado y tratado con dignidad es parte fundamental del proceso terapéutico (Martín & Colina, 2022). El profesional no debe situarse por encima del paciente, sino a su lado, como testigo de su historia, como alguien que pone su saber —siempre limitado— al servicio del otro, sin imponerlo (Martín & Colina, 2022). En este sentido, en este proyecto perseguimos ese mismo posicionamiento horizontal, desde el acompañamiento a la persona en sus vivencias y máximo respeto por su forma de entender el mundo. Nuestra perspectiva buscar seguir la línea de lo comentado por Álvarez (2020), para quien lo mejor que podemos hacer como terapeutas ante la locura, es comportarnos como “secretarios del alienado”, es decir, ser testigos de las

historias que nos quieran compartir, dejando que la persona “tome” de nosotros lo que necesita en cada momento. Siempre devolviéndoles una escucha sin juicio ni cuestionamiento y con total respeto por sus vivencias.

La literatura previa evidencia un claro predominio de investigaciones de corte cuantitativo en el ámbito de la psicosis, especialmente en lo que respecta a los análisis epidemiológicos de prevalencia e incidencia (Kelleher et al., 2012; McGrath et al., 2015; Monshouwer et al., 2023), los estudios correlacionales sobre factores de riesgo (Fonseca-Pedrero et al., 2020; McKay et al., 2022; Trotta et al., 2015; Varese et al., 2012; Vila-Badia et al., 2021), los diseños longitudinales (Caspi et al., 2020; Monshouwer et al., 2023) y los trabajos centrados en la comorbilidad (McGrath et al., 2015; Yung et al., 2009). Frente a esta evidencia, los estudios cualitativos y fenomenológicos centrados en la experiencia subjetiva de la psicosis son comparativamente menos numerosos, aunque aportan una comprensión más profunda del fenómeno. En este sentido, Parnas y Sass (2001) plantean que la psicosis implica una alteración del sentido básico del yo, mientras que Boden y Johnstone (2016) muestran, a partir de narrativas de recuperación, cómo las personas construyen significados personales y biográficos en torno a su experiencia. Por su parte, Romme y Escher (2000) destacan que el impacto de las voces depende de la interpretación subjetiva y del contexto vital del individuo. En la misma línea, otros trabajos fenomenológicos (Fusar-Poli et al., 2022; Pienkos et al., 2017; Tyson et al., 2020) subrayan la necesidad de comprender la psicosis como una experiencia compleja y singular, que requiere integrar la perspectiva en primera persona. En este sentido, se pone de relieve la necesidad de seguir desarrollando aproximaciones cualitativas que permitan complementar los hallazgos cuantitativos y profundizar en la comprensión del fenómeno experiencias psicóticas.

Desde esta perspectiva, proponemos la siguiente pregunta de investigación: “¿Cómo interpretan y vivencian los síntomas psicóticos positivos las personas atendidas en el Servicio de Salud del Principado de Asturias?”

Así, la presente investigación tiene como objetivo promover una comprensión de la experiencia psicótica más allá del síntoma, centrando la atención en la vivencia subjetiva de la persona. Por ello, en nuestro trabajo no pretendemos discernir si se trata de síntomas de raíz “psicótica” o “disociativa”, ni encajar las experiencias dentro de diagnósticos específicos, sino abrir un espacio donde estas vivencias sean acogidas en su singularidad y poder escuchar cómo las personas significan y conviven con ellas. Nos interesa explorar el síntoma desde su sentido y no desde su etiqueta diagnóstica, con la convicción de que solo así podremos acercarnos verdaderamente a su función en la historia de cada sujeto. De este modo, el objetivo principal de este estudio es conocer cómo vivencian y significan sus síntomas las personas con experiencias psicóticas atendidas en los dispositivos de Salud Mental del Principado de Asturias. Como objetivos específicos, se plantean los siguientes: (1) explorar cómo las personas comprenden y elaboran el significado de sus síntomas; (2) analizar la relación entre estas experiencias y su historia vital y emocional; (3) examinar el impacto de dichas vivencias en su vida cotidiana, identidad, vínculos y proyecto de vida; y (4) identificar los recursos personales y relacionales que emplean para afrontar y convivir con sus síntomas.

2. Método

2.1. Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio con metodología cualitativa y diseño fenomenológico, centrado en el relato de personas con historia de síntomas psicóticos positivos, con el fin de profundizar en cómo los vivencian en su día a día y cómo se relacionan con ellos. Se optó por

este enfoque porque la fenomenología permite aproximarse a los fenómenos tal y como son percibidos y experimentados por quienes los viven, favoreciendo una comprensión más profunda de la experiencia subjetiva desde la perspectiva de los propios participantes (Van Manen & Van Manen, 2021).

2.2. Posición del equipo investigador

El equipo de investigación está integrado por tres psicólogas internas residentes en formación en la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias.

El tema principal del estudio surgió al compartir las tres integrantes la misma inquietud acerca de las creencias, tratamientos y enfoques utilizados para abordar los síntomas de carácter psicótico. A lo largo de nuestra formación, así como en la experiencia directa con las personas atendidas, fuimos conscientes de la importancia de escuchar tratando de reducir al máximo los prejuicios y preconcepciones clínicas por nuestra parte, ya que este acercamiento resulta mucho más respetuoso con el carácter personal e intransferible de estas experiencias, propias de la persona que las vivencia y significa.

El abordaje tradicional de todas estas experiencias, desde la psiquiatría y desde la psicología, se ha encaminado principalmente a tratar de reducir o, incluso, eliminar los síntomas. Sin embargo, nos planteamos cómo los viven los participantes en primera persona y si la oferta de tratamientos tan escasa y rígida podía abarcar la complejidad de unas experiencias tan subjetivas como son las percepciones. Queríamos saber si podrían existir otros abordajes terapéuticos alternativos u otras maneras de entender y convivir más amablemente con estas experiencias.

El equipo investigador diseñó el guión temático de la entrevista semiestructurada,

basándose en la entrevista propia del movimiento de Escuchadores de Voces (Romme & Escher, 1989) y ampliándola para cubrir una mayor gama de experiencias. También llevó a cabo la recogida de información y realizó su posterior análisis. Al ser tres integrantes, hemos tratado de homogeneizar el procedimiento de recopilación de datos, manteniendo, no obstante, una actitud flexible en la observación. A lo largo de todo el estudio, las investigadoras hemos tratado de preservar una postura reflexiva, libre de juicio, con la firme intención de minimizar nuestras ideas preconcebidas respetando así al máximo la subjetividad y el relato de los participantes.

2.3. Periodo de estudio

Tras recibir la aprobación por parte del Comité de Ética, el estudio tuvo una duración de 7 meses, con inicio en septiembre de 2025 y fin en marzo de 2026. La propia naturaleza cualitativa del estudio no permite un cumplimiento rígido del cronograma en el que se insertan las fases de investigación, ya que todas ellas se produjeron de manera recursiva y flexible.

2.4. Población de estudio

La población a estudio fueron personas con una historia de síntomas psicóticos de, al menos, dos años de evolución, atendidas en distintos dispositivos de Salud Mental del Principado de Asturias. Para la muestra, se trató de incluir participantes de todas las Áreas Sanitarias, aunque finalmente se obtuvieron de las Áreas III (Avilés), V (Gijón) y VI (Arriendas).

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: 1) presencia de síntomas psicóticos positivos (delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento, alteraciones

del yo etc) con una evolución mínima de dos años, 2) que dichos síntomas hayan estado presentes en los últimos diez años, aunque no se manifiesten en la actualidad, 3) capacidad para identificar y narrar experiencias subjetivas asociadas a dichos síntomas, 4) capacidad para reflexionar y metacomunicar sobre vivencias emocionales y posibles situaciones de adversidad, 5) valoración positiva sobre la idoneidad de la participación, consensuada entre la persona y su profesional de referencia, 6) tener entre 18 y 70 años, 7) capacidad para comprender y responder a la entrevista semiestructurada, 8) consentimiento de participación firmado, 9) que los síntomas sean compatibles con alguno de los siguientes diagnósticos, o que exista un diagnóstico principal recogido en la historia clínica comprendido entre los Trastornos psicóticos (F20–F29), el Trastorno de personalidad paranoide (F60), el Trastorno de estrés postraumático crónico (F43.12), el Trastorno de identidad disociativa (F44.81) y/o el Trastorno disociativo no especificado (F44.9), según la CIE-10.

Los criterios de exclusión fueron: 1) presencia de dificultades cognitivas que impidan el trabajo de reflexión y narrativa necesario, 2) episodio agudo actual grave que dificulte la evaluación, 3) rechazo a participar en el estudio.

Se recogieron tres tipos de variables descriptivas de la muestra. Por un lado, mediante un cuestionario ad hoc (ANEXO I), se informan las características sociodemográficas de los participantes (edad, género, número de hijos, nacionalidad, nivel educativo, situación laboral, situación socioeconómica y apoyo social percibido). Por otro lado, los profesionales derivantes remitieron al equipo investigador un formulario de derivación (ANEXO II) en el que se recogen variables clínicas (número de historia clínica, diagnóstico CIE-10, tiempo de evolución de los síntomas psicóticos positivos, tratamiento psicofarmacológico actual, dispositivo asistencial en el que realiza seguimiento, número de hospitalizaciones previas y

diagnósticos comórbidos). Por último, en el guión temático de la entrevista semiestructurada (ANEXO III), se recogen en profundidad las características de las posibles experiencias perceptivas inusuales de los participantes (presencia o ausencia de: alucinaciones auditivas, visuales, olfativas, gustativas, táctiles, cenestésicas y cinestésicas, delirios, automatismos; características de las percepciones auditivas o visuales; relación con dichas voces o presencias; desencadenantes, funciones e impacto en la vida cotidiana de las percepciones en cualquier modalidad; relación de dichas experiencias con la historia autobiográfica; infancia; historia de tratamiento y estrategias de afrontamiento de las percepciones).

Los datos sociodemográficos y los datos clínicos fueron recabados a partir de los cuestionarios y formularios mencionados, por lo que, finalmente, no fue necesario en ningún caso acceder a las historias clínicas de los participantes por parte del equipo investigador.

Se realizó un muestreo intencional entre las personas atendidas en distintos dispositivos de los Servicios de Salud Mental del SESPA. En total diez personas fueron derivadas, tras valorar la idoneidad de su participación y confirmar su interés en formar parte del estudio. Finalmente se decidió que una de estas personas no cumplía los criterios de inclusión para participar en el estudio en el momento de realizar la entrevista. La muestra quedó finalmente compuesta por nueve personas (dos mujeres y siete hombres), momento en que se consiguió la saturación de datos, es decir, la información nueva ya no aportaba aspectos novedosos al estudio (Flick, 2009).

Las características sociodemográficas de los participantes se recogen en la tabla 1. Las características clínicas de las participantes aparecen en la tabla 2 y 3. Las tablas pueden consultarse en el ANEXO IV.

2.5. Procedimiento

Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias y de la Dirección del Área de Gestión Clínica de Salud Mental de las áreas correspondientes, se procedió a la selección de participantes con la colaboración de profesionales de los Servicios de Salud Mental del SESPA. Para ello, se estableció contacto, tanto telefónico como por correo electrónico, con psicólogos clínicos y psiquiatras de distintos dispositivos asistenciales, abarcando recursos de rehabilitación psicosocial (hospitales de día, comunidades terapéuticas y centros de tratamiento integral) y recursos ambulatorios (centros de salud mental y programas que atienden habitualmente a personas con experiencias psicóticas). Finalmente, la derivación de participantes fue realizada por profesionales de referencia de los siguientes dispositivos: Centro de Tratamiento Integral de Montevil (Área V), Comunidad Terapéutica de Arriondas (Área VI), Programa de Adicciones del Área de Gijón (Área V) y Centro de Salud Mental La Magdalena de Avilés (Área III). A los profesionales colaboradores se les remitió por correo electrónico información detallada sobre el estudio, que incluía la hoja informativa para participantes (ANEXO V) y el formulario de derivación diseñado ad hoc por el equipo investigador. Este formulario recogía de manera sintética los objetivos principales y específicos del estudio, los criterios de inclusión y las variables clínicas a cumplimentar -diagnóstico principal, tiempo de evolución de los síntomas psicóticos, tratamiento actual, dispositivo de seguimiento, número de hospitalizaciones previas y posibles diagnósticos comórbidos-, con el fin de unificar los criterios de derivación y garantizar una recogida de datos homogénea. Los profesionales valoraban si alguna de las personas atendidas cumplía los criterios establecidos y, en caso afirmativo, les informaban acerca del estudio, subrayando su carácter voluntario y confidencial. Si la persona mostraba interés en participar, se completaba junto a ella el

formulario de derivación y se le facilitaba la hoja de información para participantes para que pudiera leerla detenidamente. Posteriormente, el equipo investigador contactaba con las personas derivadas para resolver posibles dudas, confirmar su deseo de participar y acordar la fecha y el lugar de la entrevista.

Finalmente, las entrevistas se realizaron de forma presencial en los dispositivos donde las personas participantes se encontraban en seguimiento, garantizando un entorno cómodo y de confianza. Antes de iniciar la recogida de datos, se ofreció un breve espacio para que pudieran plantear dudas o inquietudes sobre el estudio y se administró tanto el consentimiento informado como el cuestionario de variables sociodemográficas. A continuación, se llevó a cabo la entrevista semiestructurada ad hoc, elaborada por el equipo investigador tomando como referencia el modelo de Romme & Escher (2005) “*Entrevista con una persona que escucha voces*”, e incorporando adaptaciones orientadas a explorar los distintos tipos de experiencias psicóticas positivas contempladas en el estudio. A partir de este modelo, se desarrolló una entrevista ampliada que incluía no solo experiencias auditivas, sino también alucinaciones en diferentes modalidades sensoriales (visuales, táctiles o cenestésicas), delirios, así como fenómenos relacionados con alteraciones del sentido de agencia o del yo (automatismos mentales, vivencias de pasividad o experiencias de influencia, entre otros). Para su aplicación, la entrevista se estructuró en varios bloques temáticos que abarcaban las principales áreas de interés del estudio y se aplicaron de manera flexible según la experiencia de cada participante. Algunos apartados fueron comunes a todas las entrevistas, mientras que otros se exploraron únicamente cuando las vivencias relatadas lo hacían pertinente. Esta estructura permitió adaptar la entrevista a la singularidad de cada caso, manteniendo la coherencia general de los contenidos abordados. Se emplearon preguntas abiertas que facilitaron la expresión libre de las experiencias, promoviendo la comprensión de su sentido

subjetivo, su contextualización en la biografía de cada persona y los significados que adquirirían en su vida cotidiana, sin reducir estos fenómenos a categorías clínicas rígidas, y favoreciendo la reflexión personal sobre los mismos.

Las entrevistas comenzaron con una breve introducción donde se presentaban los objetivos del estudio y se recordaban las garantías de confidencialidad, respeto y anonimato, creando un clima de confianza que favoreció la apertura del relato. En función de la complejidad del relato y de la cantidad de bloques explorados, la duración de las entrevistas osciló entre 90 y 240 minutos, distribuidos en una o dos sesiones, procurando que ninguna sesión individual superase los 120 minutos para evitar la fatiga y mantener la calidad narrativa. Asimismo, durante todas las entrevistas se ofreció la posibilidad de realizar pausas en caso de que la persona entrevistada así lo necesitara. La recogida de datos se desarrolló entre los meses de noviembre de 2025 y febrero de 2026. Las entrevistas fueron realizadas por las tres miembros del equipo investigador, quienes habíamos llevado a cabo una formación conjunta previa para asegurar la homogeneidad en el uso de la entrevista y en la actitud de escucha. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio con el consentimiento expreso de las personas participantes y, tras su transcripción literal, las grabaciones fueron eliminadas para garantizar la confidencialidad de los datos.

2.6. Análisis de datos

Se realizó un análisis de contenido temático conforme al enfoque propuesto por Taylor & Bogdan (1996). El análisis se realizó con el software MAXQDA 26.0 (VERBI Software, 2025) a través de un proceso de codificación en el que se identificaron temas, categorías, subcategorías y códigos emergentes a partir de los propios datos. A través de revisiones sucesivas, los códigos con significados similares se agruparon en subcategorías y, cuando fue

necesario un mayor nivel de detalle, se organizaron también en sub-subcategorías dependientes de las subcategorías correspondientes. Estas subcategorías se integraron en categorías temáticas más amplias, que fueron revisadas y ajustadas de forma continua a medida que avanzaba el análisis, con el fin de incorporar los nuevos códigos emergentes hasta alcanzar la saturación de la información. Finalmente, las categorías se articularon en un tema central que sintetizaba los principales significados derivados del conjunto de los relatos. Todas las entrevistas fueron codificadas por los miembros del equipo investigador. El proceso analítico fue objeto de revisión constante. Asimismo, un investigador externo replicó la codificación de las transcripciones. Las discrepancias identificadas fueron discutidas por el equipo investigador, que refinó las categorías y resolvió las diferencias mediante consenso.

2.7. Criterios de rigor

A lo largo de la investigación se han tenido en cuenta, en la medida de lo posible, los principios promovidos por el movimiento de la Open Science (UNESCO, 2021). Este enfoque propone una forma de producción de conocimiento científico más abierta, accesible, transparente, colaborativa e inclusiva, orientada al beneficio colectivo y al impacto social del conocimiento generado (UNESCO, 2021). En el contexto de la investigación cualitativa, estos principios se han concretado especialmente en el énfasis en la transparencia del proceso analítico, la claridad en la descripción metodológica y la reflexividad del equipo investigador, respetando en todo momento las consideraciones éticas relacionadas con la confidencialidad y la protección de las personas participantes.

En el ámbito de la salud mental, esta perspectiva también implica fomentar la participación activa de las personas usuarias de los servicios en el propio proceso investigador

y promover una investigación más conectada con sus necesidades y realidades (Bacellar et al., 2023). Desde este marco, consideramos que la investigación en salud mental no debería limitarse a la generación de nuevo conocimiento, sino también comprometerse con la utilidad social de dicho conocimiento, favoreciendo que los estudios repercutan en la calidad de vida de las personas que viven las experiencias que investigamos, en la asistencia sanitaria y en la sociedad (Van Os y Vanheule, 2024).

La investigación se desarrolló acorde a los criterios de rigor y calidad propuestos por Lincoln y Guba (1985) para los estudios cualitativos: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. Para garantizar la credibilidad, se mantuvo un contacto estrecho con el material empírico a lo largo de todo el proceso de análisis. El formulario de derivación clínica, diseñado ad hoc por el equipo investigador, permitió la identificación de los informantes clave, asegurando que todos los participantes cumplieran los criterios de inclusión y mostraran disposición para participar. Las entrevistas fueron transcritas de forma literal y analizadas por las tres integrantes del equipo investigador, lo que permitió la posibilidad de contrastar y consensuar los significados emergentes. Además, se realizó una triangulación de investigadoras, comparando los resultados de forma conjunta y discutiendo las discrepancias hasta alcanzar un acuerdo común.

La confirmabilidad se garantizó mediante la asignación de un código identificativo a cada transcripción, con el fin de preservar el anonimato y asegurar la trazabilidad de los datos. Asimismo, se llevó a cabo una replicación parcial del análisis por un evaluador externo, lo que permitió contrastar las interpretaciones y reforzar la independencia del proceso analítico. Durante las entrevistas se promovió, además, una verificación constante de los significados,

contrastando con cada participante la comprensión de sus relatos para asegurar la fidelidad interpretativa. Los resultados se contrastaron con la literatura científica existente, cuidando la coherencia entre los hallazgos y el marco teórico del estudio. A lo largo de todo el proceso, el equipo investigador mantuvo una actitud reflexiva y autocrítica, procurando minimizar la influencia de la propia subjetividad en la interpretación de los datos y cumpliendo los criterios de adecuación y relevancia descritos por Noreña et al. (2012).

En cuanto a la dependencia, se garantizó mediante la aplicación de un procedimiento sistemático y coherente en todas las fases del estudio. Se utilizó y aplicó de manera uniforme la entrevista semiestructurada, previamente consensuada y pilotada, y las tres investigadoras se formaron conjuntamente en su aplicación para homogeneizar el enfoque y la actitud de escucha. El uso del software MAXQDA 26.0 (VERBI Software, 2025) permitió mantener un registro ordenado y trazable de las decisiones analíticas, asegurando la consistencia interna del proceso y la estabilidad del sistema de codificación.

Finalmente, para favorecer la transferibilidad de los resultados, se ofreció una descripción detallada del contexto de investigación, de los dispositivos participantes y de las características sociodemográficas y clínicas de las personas entrevistadas. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo opinático o por conveniencia, en colaboración con los profesionales de referencia, y el tamaño muestral vino determinado por el criterio de saturación teórica, deteniéndose la inclusión de nuevos casos cuando las entrevistas dejaron de aportar información novedosa.

Esta investigación se considera relevante, ya que sus hallazgos aportan una comprensión más amplia y profunda de las experiencias psicóticas positivas desde la perspectiva de las propias personas que las viven, contribuyendo a un enfoque más humano,

contextualizado y sensible dentro de los dispositivos de salud mental. Por último, el trabajo siguió las recomendaciones del listado de verificación COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) de 32 elementos (Tong et al., 2007), garantizando la transparencia y exhaustividad en la descripción del proceso metodológico.

2.8. Aspectos éticos

La presente investigación ha recibido la aprobación por parte del Comité Ético de Investigación del Principado de Asturias bajo el código CEImPA 2025.413 (ver ANEXO VI), tras recibir la aprobación por parte de la Dirección de las distintas áreas sanitarias, y se ha llevado a cabo conforme los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Todas las personas participantes fueron informadas de manera detallada sobre los objetivos y características del estudio, garantizando en todo momento la completa voluntariedad en la participación, y con la previa firma del consentimiento informado por escrito (ANEXO VII). Todo ello se realizó de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE-A-2002-22188). Los datos personales y clínicos han sido tratados de forma estrictamente confidencial, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (BOE-A-2018-16673). Para preservar el anonimato, las entrevistas se identificaron mediante códigos alfanuméricos consecutivos asignados según el orden de realización (P1, P2, P3... P9), evitando la inclusión de cualquier información que permitiera la identificación directa de los participantes.

3. Resultados

Del análisis de las entrevistas emergieron 699 fragmentos codificados. Los resultados muestran 1 tema, 5 categorías, 18 subcategorías, 19 sub-subcategorías y 177 códigos, los cuales se ilustran en la tabla 4 (ver ANEXO IV). Los mapas conceptuales de los datos pueden visualizarse en el ANEXO VIII.

El tema principal fue “Experiencias Psicóticas” y las categorías encontradas fueron 5: “Impacto en la vida cotidiana” que cuenta con 5 subcategorías, “Vivencia de apoyos” compuesta por 3 subcategorías, “Necesidades” dividida en 4 subcategorías, “Experiencia subjetiva” donde se han hallado 4 subcategorías y 14 sub-subcategorías, y “Biografía y vulnerabilidad” que se organiza en 2 subcategorías y 5 sub-subcategorías.

3.1. Impacto en la vida cotidiana

Esta categoría incluye los factores identificados como causantes de malestar en la vida de los participantes en relación a sus experiencias psicóticas. Se identificaron cinco subcategorías: Barreras institucionales, Procesos de estigmatización, Impacto relacional debido al síntoma, Experiencias de sufrimiento emocional y Experiencias negativas con el tratamiento farmacológico.

3.1.1 Barreras institucionales

Los participantes relataron experiencias vinculadas a obstáculos y limitaciones impuestos por el funcionamiento institucional. Se identificaron los códigos Rigidez administrativa, Vulneración de derechos y Bloqueo de propósitos vitales, referidos a dinámicas burocráticas inflexibles, transgresiones de la autonomía y los derechos de las personas, como situaciones de coerción o contención, y condiciones institucionales que

dificultaron el desarrollo de metas, decisiones y proyectos de vida.

- *Se acabó el vivir sólo. Para mí fue terrible. Indignante e indigno a partes iguales (P9).*
- *Me metieron en el psiquiátrico, en Oviedo, en el manicomio. Y tuve que fugarme de ahí porque cuando nació mi hija yo quería verla y no me dejaban (P4).*

3.1.2 Procesos de estigmatización

Los participantes informaron experiencias relacionadas con el autoestigma, el propioestigma y el estigma público. El código Autoestigma se refiere a la internalización de creencias negativas sobre sí mismos; el código Propioestigma, a la reproducción de actitudes estigmatizantes hacia otras personas con experiencias similares; y los códigos Estigma social, Estigma familiar y Estigma institucional, a experiencias de señalamiento, rechazo o trato diferenciado por parte del entorno social, familiar e institucional respectivamente. Estas experiencias hacen referencia a sentimientos de vergüenza, miedo a ser juzgados, cuestionamiento y silenciamiento de la propia experiencia, asociación de la psicosis con incapacidad o peligrosidad y percepción de ser reducidos a una etiqueta diagnóstica.

- *Pero es que vas por la calle y si lo saben ya te señalan, “mira ahí va el que está chiflado”. Y eso es un trauma también porque yo normalmente estoy bien, voy por la calle y voy bien, pero hay gente que dice eso, oye vas ahí al CTI, al psiquiatra, que ye que estás mal?, Tienes que andar dando explicaciones y a mí eso no me gusta (P3).*
- *Y fue como... ¿pero qué necesidad? Es que yo no me siento menos. Cuando tienes un papel que te pone que eres minusválida, en ese momento, te llega al alma (P5).*
- *Las personas están con otras cosas, muchos se cachondean, se ríen, otros te insultan, te quieren pegar, te amenazan, te odian, te mandan que te apartes... Muchas cosas (P4).*

3.1.3 Impacto relacional debido al síntoma

Los participantes relataron transformaciones en sus vínculos interpersonales en el contexto de los síntomas. Se identificaron los códigos Rechazo social, Silenciamiento de la subjetividad, Ausencia de interés, Perjuicio, Sentirse una carga, Aislamiento, Conflicto y Desconfianza. Estas experiencias incluyeron deterioro de relaciones, desinterés y falta de escucha por parte del entorno, situaciones de exclusión, pérdida de vínculos significativos, y dificultad para confiar en los otros.

- *Estoy sólo prácticamente siempre, solo cuando voy a comer a casa de mi madre o cuando encuentro alguna amistad, que tengo amistades muy escasas, o los vecinos, es lo que hablo yo con las personas... el resto del día estoy sólo (P6).*
- *Perdí amigos por esto, porque yo siento las cosas de otra manera, como no las sienten como yo, me desplazaron (P8).*
- *Porque si le voy con estas movidas a mis colegas, alguna intentará entenderme, pero habrá otra que diga “anda tía, estás chiflada, déjame en paz (P5).*

3.1.4. Experiencias de sufrimiento emocional

En los relatos de los participantes emergieron experiencias de Incomprensión, Rabia, Miedo, Culpa, Angustia, Falta de privacidad, Tristeza, Limitación de experiencias placenteras, Humillación, Indefensión ante el síntoma, Vivencia de vacío, Remordimiento y Tensión. Estos códigos aluden a un malestar interno persistente, caracterizado por la sensación de amenaza, desbordamiento emocional, la vulnerabilidad, y el deterioro del bienestar subjetivo, en relación con la vivencia de los síntomas y la dificultad para

comprenderlos, manejarlos o darles sentido.

- *Es que no puedo ir ni al baño ni puedo hacer nada, esto es terrible. La privacidad... las necesidades físicas, ahí meten una caña... te llaman cerdo, te llaman de todo. Es terrible, se vive terrible (P6).*
- *Pero bueno, ahora me veo solo. No tengo ganas de nada. Si no me dice una persona, “vamos”, a mi no me apetece salir para ningún lado. Solo tomar un café, estar viendo un poco la televisión, leer la prensa... cenar temprano, acostarme temprano... Eso no es vida (P4).*
- *Hasta cierto punto es como si fuera Eva. Hasta cierto punto es como que yo tengo la culpa de todos los males habidos y por haber (P5).*

3.1.5 Experiencias negativas con el tratamiento farmacológico

En los relatos de los participantes emergieron experiencias negativas con el tratamiento farmacológico. Se identificaron los códigos Consecuencias relacionales, Consecuencias emocionales, Consecuencias cognitivas y Consecuencias somáticas, referidos a efectos adversos que impactaron en los vínculos con otras personas, en el estado emocional, en el pensamiento y la memoria, y en el funcionamiento corporal.

- *Estuve ingresado en la clínica un mes y entonces me daban una medicación que me impedía hablar, me paralizaba la lengua. Entonces empecé a no tomarla, a tirarla, escupirla (P1).*
- *Quetiapina fue el que me costó el divorcio, mi mujer me decía deja el tratamiento porque te va a matar de la angustia (P6).*

- *¿Para qué me hiciste los TEC, para borrar la memoria? y me dijo sí. Porque algún trauma tenía de la infancia o de la adolescencia que me quería borrar. Me duele porque he olvidado cosas muy agradables (P1).*
- *Sí, el Lorazepam me ablandaba la mente como si fuese mayonesa. Me venían ideas que yo no tenía, como órdenes de hacer daño a gente y yo decía “yo eso no lo pude pensar, es imposible que yo piense eso” (P6).*
- *La única ayuda que ahora puedo obtener es llorar, que antes no podía llorar. Antes me pasaba que no podía llorar y yo creo que es por la sertralina (P5).*
- *Eso me pasó con el Haloperidol, pero yo creo que eso fue el medicamento, que me quedé en la inercia absoluta de la nada (P6).*

3.2. Vivencia de apoyos

Esta categoría agrupa las experiencias y factores que los participantes señalaron como favorecedores importantes del bienestar subjetivo. Se identificaron tres subcategorías: apoyo familiar, apoyo social y apoyo institucional.

3.2.1. Apoyo familiar

Los participantes relataron experiencias vinculadas a formas de sostén y cuidado procedentes del entorno familiar. Se identificaron dos códigos: Validación y Reconocimiento, y Acompañamiento. Estos códigos aluden a expresiones de valoración personal, así como a la cercanía y disponibilidad de familiares en situaciones difíciles.

- *Mis tíos me aconsejan, me dan consejos buenos. Y eso para mí vale mucho también. Mis tíos me dicen “oye, ¿estás bien? Anímate un poco, da una vueltina, tomamos un café”, y*

eso me ayuda también. Mis tíos son un gran apoyo (P3).

- *Hace tiempo que aprecio mucho todo lo que han luchado mis padres para salir adelante los tres (P7).*

3.2.2. Apoyo social

Se identificaron dos códigos: Comprensión del entorno y Sentirse querido. Estos códigos aluden a experiencias de escucha, entendimiento y normalización de lo vivido por parte del entorno social, así como a la percepción de afecto y aceptación en estas relaciones.

- *Soy una persona que me gusta mucho relacionarme con la gente, conozco mucha gente y presta sentirse querido por la gente (P7).*
- *Porque al final el santo remedio es hablarlo con la gente, el poder hablarlo con gente que siente lo mismo que tú, o similar. Y gente que, a lo mejor, no pasó por ello ni va a pasar, pero intenta comprenderme (P5).*

3.2.3. Apoyo institucional

Se identificaron tres códigos: Experiencia de mejoría con la medicación, Espacio seguro y Sentirse entendido. Estos códigos aluden a percepciones de alivio o mejoría asociadas al tratamiento farmacológico, a la vivencia de los entornos institucionales como espacios de protección y seguridad, y a experiencias de escucha, comprensión y reconocimiento por parte de profesionales.

- *Depende el grado en que llegaba, la psiquiatra me subía la medicación o yo le pedía a veces bajadas o subidas... pero siempre algo consensuado, me trató estupendamente (P6).*

3.3. Necesidades

Esta categoría agrupa los factores que los participantes consideraron necesarios para vivir con mayor libertad, confianza y reconocimiento. Se identificaron cuatro subcategorías: necesidades de autonomía y agencia, necesidades vinculares y de confianza, necesidades de reconocimiento y validación, y necesidades de entendimiento y búsqueda de significado.

3.3.1. Necesidades de autonomía y agencia

En los relatos de los participantes emergió la importancia de contar con mayor capacidad de decisión sobre sus propias vidas. Se identificaron dos códigos: vida independiente y decisión sobre el tratamiento. Estos códigos aluden a la importancia de contar con recursos y condiciones para sostener una vida propia, así como a la posibilidad de participar activamente en las decisiones relacionadas con el tratamiento.

- *Entonces yo, desde el principio, tenía en mente sacarme la inyección obligatoria de alguna manera. Armarme con documentación, conseguirla por internet, por oficinas, los derechos del paciente, del usuario, la voluntad expresa, la capacidad de negarte. Y cuando lo tuve más o menos a los nueve meses, me atreví a ir a decírselo a mi psiquiatra (P9).*
- *La PNC es algo que nunca quise y que, por unos y por otros, a día de hoy recibo. Y lo agradezco, pero por otra parte, yo las veces que trabajé, no me sentía minusválida. Yo soy igual que los demás, ¿que soy un poco más lenta? puede ser, ¿Qué esté un poco la cabeza en bacia? También. Pero yo intentaba hacer el trabajo como los demás (P5).*

3.3.2. Necesidades vinculares y de confianza

Los relatos de los participantes dieron cuenta de la importancia de disponer de vínculos seguros y relaciones basadas en la confianza. Se identificaron tres códigos: Sentirse

persona confiable, Privacidad y Compañía. Estos códigos aluden a la necesidad de ser percibidos como persona digna de confianza, de preservar espacios de intimidad y de contar con compañía y vínculos seguros.

- *A veces es como joe... si confiaran en mí, yo no tendría ningún problema... (P5).*

3.3.3. Necesidades de reconocimiento y validación

En las narrativas de los participantes se expresó la necesidad de que sus vivencias y formas de estar en el mundo fueran reconocidas y respetadas. Se identificaron dos códigos: Respeto a su forma de estar en el mundo y Sentirse comprendido. Estos códigos aluden a la importancia de que sus perspectivas no sean descalificadas, así como a la necesidad de encontrar comprensión y ausencia de juicio por parte de otras personas.

- *Es que cuesta mucho a veces diferenciar qué es lo normal y que es debido a la enfermedad, pero claro también lo normal es relativo, lo normal para ti puede ser una cosa, para mi otra (P7).*
- *¿Hasta qué punto debería de saber dónde está la verdad? ¿Que me da la sensación de telepatía? no pasa nada, ¿que me da la sensación de intuición? no pasa nada, ¿Que no sé si me lo estoy imaginando? Tampoco pasa nada! Y bueno, saber dónde está la verdad... cada uno tiene la suya, es que eso es así. Simplemente concibo la realidad de otra forma y no por eso no voy a ser menos (P5).*
- *Si una persona sólo entiende el estudio, el estudio merece la pena (P8).*

3.3.4. Necesidades de entendimiento y búsqueda de significado

Los relatos recogieron la necesidad de comprender, nombrar y dar sentido a lo

que les ocurría. Se identificaron tres códigos: Cuestionamiento de los diagnósticos, Hablar de la enfermedad y Explicación del síntoma. Estos códigos aluden a la búsqueda de marcos explicativos sobre sus experiencias, a la necesidad de hablar acerca de ellas y al cuestionamiento acerca de la utilidad de las categorías diagnósticas con las que éstas son nombradas.

- *Continuamente me pregunto por qué escucho esta voz, pero no sé por qué, pero quiero saber por qué. A veces sí que necesito una explicación (P8).*
- *Lo que más me afecta es no poder hablarlo. Me gustaría tener con quien hablarlo, me angustia el no poder hablar con la gente de ello (P8).*

3.4. Experiencia subjetiva

Esta categoría recoge la dimensión más íntima y elaborativa de la experiencia, atendiendo a cómo los participantes la viven, al lugar que ocupa en su mundo interno y a las explicaciones y sentidos que construyen en torno a ella. Asimismo, recoge los modos en que los participantes se sitúan ante con su experiencia y ante aquello que la modula. Se identificaron cuatro subcategorías: Vivencia, Explicación del síntoma, Estrategias de afrontamiento y Factores que aumentan percepciones.

3.4.1. Vivencia

En los relatos de los participantes emergen diversas formas de experimentar y significar sus propias experiencias internas. Se identificaron cuatro sub-subcategorías: Experiencias de relación con la muerte, que incluyen los códigos Intento autolítico e Ideas de muerte; Pensamiento sobre la experiencia y capacidad reflexiva, que incluye los códigos

Percepción de agencia y Capacidad de cuestionamiento; Modalidades vivenciales del síntoma, que incluye los códigos Clarividencia, Vivencia de abducción, Vivencia de estar muerto, Esperanza, Interdependencia con el síntoma, Vivencia de intrusión sexual, Impureza corporal, Fragmentación corporal, Intento de distanciamiento, Vivencia de alerta, Premonitorio, Sentirse diferente, Incontrolabilidad, Confusión, Susplicacia, Experiencia de comunidad dentro del síntoma, Realidad propia, Certeza y Egosintónica; y Aporte subjetivo de la experiencia, que incluye los códigos Doble valencia del síntoma, Alegría, Cuidado, Intimidad, Esperanza, Aprendizaje, Paz, Alivio, Mayor conciencia del presente, Valía, Protección, Consejo y ayuda, y Compañía. En conjunto, estos códigos muestran la complejidad con que la experiencia es vivida desde dentro, entrelazándose en ella vivencias muy diversas, desde el sufrimiento, la extrañeza, la certeza y la reflexión, hasta formas de protección, alivio o acompañamiento.

- *Cuando aparece la voz me hace sentir un poco menos solo (P8).*
- *Cuando voy hablando solo, que llevo cascos o lo que sea, pero se que voy hablando con mis voces, sean o no... es como una realidad distinta a la vuestra. Yo voy hablando con mis voces, y entonces oigo a gente decir “habla solo”, “cree que le hablan”, pero yo pienso que hablo con un plano, un mundo paralelo que es entendido por mí, ellos no lo entienden... son vidas distintas! (P6).*
- *La mayoría no es verdad, pero hay algo de verdad (P9).*
- *El intento de suicidio tuvo que ver con esto de no poder entender los pensamientos que tenía, y estaba desesperado... (P7).*
- *Lo mío es muy productivo y muy creativo y muy bueno (P6).*

- *Veía cosas y luego pasaban de verdad. Entonces claro, le acabé cogiendo miedo. Por lo que te digo, veo a mi marido pasear en una caja de pino y digo “¡que se va a morir! (P5).*
- *Si, y a lo mejor a la hora de estudiar, una de las voces me decía “cuéntamelo a mí, si quieres, por telepatía nosotros cogemos tu libro y te lo decimos”. Y yo le decía “vale, pero ven el día del examen, porque si no la liamos”. (Ríe). Como si fuera una memoria externa ¿sabes? (P5).*
- *¿Dónde está la realidad? Por eso te digo, que al final lo de analizar qué es real y qué es imaginario, da un poco lo mismo. Porque al final si estás buscando siempre la verdad, la verdad, la verdad pues... déjala porque no la vas a encontrar (P5).*
- *De chavalina pensaba que se lo montaban conmigo los tíos, me dolía el cuerpo por dentro bastante, llegué a la conclusión de que podía ser que me estuvieran follando los tíos (P2).*
- *Posiblemente me quitaron todos los órganos, posiblemente funcione con un solo marcapasos y que no tenga órganos en el cuerpo (P2).*
- *Una vez me vino la idea de que iba haber la 3ª guerra mundial, para mi era real que iba a pasar...fue como una visión, una sensación, una premonición, yo estuve llamando a la gente, llamé a la policía incluso, a los amigos para que se protegieran (P7).*
- *Es muy difícil separar lo que es de la realidad, de lo que yo pienso, y me da mucha rabia no poder distinguirlo. Estás como soñando despierto, alucinando, todos los sentidos te engañan. Lo único real es que esto es confuso (P9).*

- *Yo lo que tengo es esto aquí ahora, entonces es guay porque es una metafísica que, a lo mejor te puede dar orden en el coco, no lo sé, una manera de soñar despierto que no te hace mal, ni hace daño a otros... (P9).*
- *Y hay veces que las voces me tranquilizan: “no te preocupes que estamos contigo, estamos aquí” (P6).*
- *De lo bueno y de lo malo siempre se aprende algo, igual que aprendes de los buenos amigos y también de la gente que te ha hecho mal, siempre puedes sacar algo constructivo, siempre hay un aprendizaje. He sido capaz de sacarle muchos aprendizajes a todo eso (P7).*

3.4.2. Explicación del síntoma

Los participantes relataron diferentes modos de comprender y dar sentido a aquello que les ocurría. Se identificaron tres sub-subcategorías: Origen externo o trascendente, que incluye los códigos Relación con eventos traumáticos, Espiritual y Atribución a agentes externos; Dimensión personal, que incluye los códigos Influencia de contenidos simbólicos, Sacrificio, Don especial, Desconcierto, Función defensiva del síntoma, Síntoma de malestar y Proveniente del interior; y Bases fisiológicas y de salud, que incluye los códigos Alteración en los procesos del pensamiento, Enfermedad y Fisiológica. En conjunto, estos códigos recogen la pluralidad de maneras de hacer pensable la experiencia y de inscribirla en una lógica propia.

- *El estrés, el estrés, las descargas de adrenalina marcan genéticamente, modifican tu estructura genética (P1).*
- *Parece como de espiritista, yo no quiero ser médium espiritual ni nada de eso (P5).*

- *Porque me faltaba sueño y probablemente químicamente no estaba en condiciones, no estaba oyendo nada por las orejas y, sin embargo, estaba generando sonidos realistas cien por cien, voces concretas, humanas, con voces de personas concretísimas y con un discurso que yo me inventaba (P9).*
- *No entiendo por qué pasa, no le encuentro explicación, pero no me angustia (P7).*
- *Cuando una de las partes del vínculo familiar se rompe o falla, otra de las partes inconscientemente enferma para desviar la atención a otra parte, ¿no? Y yo ahí empecé a atar un poco cabos... (P5).*
- *¿Que cómo puedo ser yo capaz de tener esas percepciones? Pues a lo mejor pienso, la abuela de mi abuela era un poco brujilla, y a lo mejor tengo un don especial (P5).*

3.4.3. Estrategias de afrontamiento

Los participantes relataron distintas formas de hacer frente a las experiencias y al malestar asociado a ellas. Se identificaron tres sub-subcategorías: Acciones físicas y conductuales, que incluyen los códigos Búsqueda de soledad, Hablar, Estar ocupado, Escuchar música, Consumo de drogas, Búsqueda de anclajes, Evitación y Deporte; Búsqueda de apoyo externo, que incluye los códigos Rezar, Petición al entorno y Entorno seguro; y Regulación interna, que incluye los códigos Mantener esperanza, Apoyo de voces positivas, Aceptación, Silencio y Autoinstrucción. Estos códigos muestran los distintos modos en que los participantes trataron de sostenerse frente a lo que les ocurría, buscando aliviar el malestar, recuperar cierto equilibrio y hacer más habitable la experiencia.

- *Simplemente rezo y se me calma el malestar (P8).*

- *Cuando voy a ver la mar, eso es paz, relajarte sólo con el sonido y dejar que te invada... (P5).*
- *Cuando camino se me quitan las cosas que pienso. Dejo de pensar cosas raras. Cuando camino. O cuando hago algún ejercicio (P3).*
- *Yo creo que si juntas todo y le pones ganas, se puede tener una forma de vida más o menos bien, con la ayuda de los profesionales, tomando la medicación, haciendo las cosas bien, haciendo deporte, teniendo ocio, quedando con amigos, puedes llegar a un nivel de vida como cualquier persona (P7).*
- *Los anulo considerando que son parte de mi don o de mi enfermedad y no les hago caso (P1).*

3.4.4. Factores que aumentan las percepciones

Los participantes relataron distintas circunstancias en las que sus percepciones tendían a intensificarse. Se identificaron cuatro sub-subcategorías: Contexto social e interpersonal, que incluye los códigos Estar enamorado, Navidad, Aglomeración y Soledad; Factores fisiológicos o de actividad corporal, que incluye los códigos Reacciones sexuales y Consumo de tóxicos; Entorno y estímulos externos, que incluye los códigos Naturaleza, Ruido y Momento del día; y Estados afectivos, que incluye los códigos Dolor emocional, Inseguridad, Miedo y Tristeza. En conjunto, estos códigos muestran que la intensificación de las percepciones no aparece de forma aislada, sino en relación con determinadas condiciones relacionales, corporales, ambientales y emocionales.

- *Cuando hay mucha gente, que se me cruza la realidad, la intuición y la imaginación, ahí es cuando peor estoy (P5).*

- *Me pasa siempre de noche. De noche pasa todo (P8).*
- *Aumentan cuando me siento inseguro, cuando tengo miedo o cuando estoy triste (P8).*

3.5. Biografía y vulnerabilidad

En este apartado se recogen los elementos de la historia vital de los participantes que pueden haber contribuido a configurar un contexto de vulnerabilidad personal, relacional y social en ellos. Se han encontrado las subcategorías de Eventos adversos de la historia vital y Contexto al inicio de las voces.

3.5.1. Eventos adversos de historia vital

Se refiere al conjunto de experiencias difíciles que los participantes han vivido a lo largo de su trayectoria biográfica. Incluye 5 sub-subcategorías: Vulnerabilidad y falta de apoyo, compuesta por los códigos Exposición a situación impactante, Falta de atención, Humillación, Invasión de la intimidad, Sentimiento de no pertenencia, Inseguridad, Falta de vínculos, Falta de ayuda e Indefensión; Pérdidas y eventos de transición vital, que incluye los códigos Pérdida del proyecto vital, Crisis económica, Deshaucio, Muerte de persona cercana, Boda, Separaciones, Cambios de domicilio y Servicio militar; Trauma por violencia e impacto, con los códigos de Intrusión del espacio privado, Vulneración corporal, Incidentes físicos en la infancia, Asesinatos, Infancia dolorosa, Exposición o consumo problemático en familiares, Violencia física, Violencia psicológica y Violencia sexual; Trauma social y escolar, que incluye los códigos Humillación, Estrés laboral y *Bullying*; y Trauma familiar y parental, compuesto por los códigos Discusiones en el entorno familiar, Crianza estricta, Hacer sentir defectuoso, Doble vínculo, Falta de confianza en figuras de referencia, Vivencia de no ser deseado, Falta de comunicación, Incertidumbre sobre los orígenes, Trauma transgeneracional,

Cuestionamiento paterno de la paternidad, Ausencia física o emocional paterna y Abuso del rol parental.

- *No se ocupaban de mí casi, se tenían que ocupar tanto de mi hermano que yo me quedaba por ahí... ausente, un poco a la sombra, era él quien absorbía la atención (P6).*
- *Mi madre siempre tendrá una tendencia al cuidado sobreprotector y a la falta de respeto a mi intimidad (P9).*
- *Sabían que yo era diferente, no me sentía como ellos, siempre me sentí un bicho raro, incomprendido, a nadie le ha interesado nunca mi discurso... (P8).*
- *Mi padre se metió al alcohol, era alcohólico porque no quería ver nada de lo que estaba pasando... Entonces no podías hacer nada (P3).*
- *¿Sabes lo que es llegar del colegio y que las llaves no entren en la cerradura porque nos habían desalojado? muchas cosas, muchas cosas...se juntaron muchas cosas (P7).*
- *Cuando fallece una persona, el mundo parece que cae alrededor tuyo. Que no eres el mismo, o sea, ahí no hay manera de asimilarlo. Hay gente que lo asimila muy bien, pero hay gente que lo asimila mal (P3).*
- *Cuando me enteré de la muerte de mi hermano... eso me rompió el cerebro (P6).*
- *Cómo no estar mal dándome palizas (P2).*
- *Que mi hermano fuese a la cárcel... Eso me destrozó la vida. Me frustró la vida... (P6).*
- *He vivido muchas cosas, incluyendo Bullying en el colegio y en el instituto. Me insultaban, me han pegado, los cabrones eran ellos, pero iban por mí por la forma de ser*

que yo tenía. Siempre me ha pasado que me han parecido muy mal las injusticias, me duelen mucho (P7).

- *Mi hermano me pegaba palizas para que no fuera con él, pero palizas eh. Yo le agarraba y le decía “déjame ir contigo”, era muy pequeñín yo...(P6).*
- *Mi padre no era mi padre, entonces no hacíamos cosas de padre e hijo como llevarme a los partidos, compartir conmigo ese tiempo, ayudarme con los deberes... Él me quería, pero yo no era su hijo, por eso no podía hacer conmigo esas cosas (P7).*
- *Siento que no fui deseado, mis padres querían una niña, me lo dijeron (P8).*

3.5.2. Contexto al inicio de las voces

Se recogen los factores que los participantes identifican como posibles desencadenantes o condiciones asociadas al comienzo de las voces. Incluye los códigos Falta de sueño, Exposición a contenido significativo, Suma de experiencias vitales adversas, Separaciones, Uso de sustancias y Fallecimientos.

- *Mi padre falleció de un cáncer, ¡ah, sí! es el motivo por el que empezaron muchas cosas mal de mi vida, fue algo que no he conseguido superar nunca (P1).*
- *Mi abuela fue la primera persona querida que murió, y al poco de morir ella me dio el primer brote. Yo le encuentro relación, seguramente algo tuvo que ver porque fue como mi madre, la primera persona querida que perdí, nunca antes se había muerto ningún familiar, y al poco me dio el brote (P7).*
- *El negocio que fue a pique, la muerte de un familiar... un cúmulo de cosas que hizo que algo fallara. Llegue a un punto que estallé (P7).*

- *Cuando mi mujer pidió la separación, mi cerebro empezaba a trabajar a una velocidad muy grande. Me venían cosas con los juzgados, el matrimonio es sagrado... Y entonces empezaba a trabajar el cerebro a una cantidad de velocidad... (P4).*

4. Discusión y conclusiones

El presente estudio surgió con el propósito de poder ampliar la escucha y comprender los relatos de las experiencias psicóticas en primera persona en pacientes atendidos en los dispositivos de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias. El propósito principal fue poder ampliar y comprender los relatos que estas personas construyen sobre dichas vivencias. Concretamente, se buscó conocer la historia vital y las experiencias que han atravesado antes, durante y después de la irrupción de la sintomatología psicótica; profundizar en cómo vivencian, significan y afrontan sus síntomas; explorar las huellas que estas experiencias, así como la respuesta del entorno ante las mismas, han dejado en su vida, en su identidad y en sus vínculos; e identificar los apoyos con los que cuentan, las barreras con las que se encuentran y las necesidades que expresan en su vida cotidiana, en sus vínculos y en sus procesos de atención y acompañamiento.

Para ello, se diseñó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico descriptivo. El reclutamiento de participantes se llevó a cabo mediante un muestreo teórico intencionado, quedando la muestra finalmente compuesta por 9 personas, a quienes se realizaron entrevistas semiestructuradas elaboradas ad hoc por el equipo investigador.

Los resultados del estudio revelaron 1 tema central, 5 categorías, 18 subcategorías, 19 sub-subcategorías y 177 códigos. El tema encontrado, al que hemos denominado “Experiencia psicótica”, se organiza en torno a las siguientes categorías: Impacto en la vida cotidiana,

Vivencias de apoyo, Necesidades, Experiencia subjetiva y Biografía y vulnerabilidad.

Con respecto a la categoría Impacto en la vida cotidiana, los códigos a los que los participantes dedicaron mayor espacio fueron Perjuicio y Silenciamiento de la subjetividad, ambos dentro de la subcategoría Impacto relacional debido al síntoma. También fue muy mencionado Estigma social, perteneciente a la subcategoría Procesos de estigmatización, así como Vulneración de derechos, recogido en Barreras institucionales. Del mismo modo, aparecieron de forma destacada experiencias de Miedo, Angustia y Falta de privacidad, recogidas en la subcategoría de Experiencias de sufrimiento emocional, siendo esta la subcategoría con mayor presencia total dentro de esta categoría.

En cuanto a la categoría Vivencias de apoyo, los códigos más destacados fueron Espacio seguro, seguido de Experiencia de mejoría con la medicación y Sentirse entendido, todos ellos vinculados a la subcategoría Apoyo institucional, que fue, a su vez, aquella a la que los participantes dedicaron una mayor extensión de sus relatos.

Respecto a la categoría Necesidades, la experiencia más nombrada fue Respeto a su forma de estar en el mundo, correspondiente a la subcategoría Necesidades de reconocimiento y validación, que fue también la subcategoría más mencionada dentro de este bloque. A continuación, destacó el código Vida independiente, correspondiente a la subcategoría Necesidades de autonomía y agencia.

En la categoría Experiencia subjetiva, el código al que más alusión hicieron los participantes fue Capacidad de cuestionamiento, correspondiente a la sub-subcategoría Pensamientos sobre la experiencia y Capacidad reflexiva. También dedicaron gran parte de sus relatos a hablar acerca de Confusión, situada en Modalidades vivenciales del síntoma;

Consejo y ayuda, perteneciente a Aporte subjetivo de la experiencia; y Entorno seguro, dentro de Estrategias de afrontamiento. Asimismo, dentro de la subcategoría Explicación del síntoma, destacaron los códigos Don especial, Atribución a agentes externos y Relación con eventos traumáticos. En términos más generales, la subcategoría Vivencia fue la que concentró un mayor número de fragmentos codificados dentro de esta categoría.

Por último, en la categoría Biografía y vulnerabilidad, adquirieron especial protagonismo en los relatos de los participantes las experiencias de Violencia física, Violencia psicológica, Indefensión y Trauma transgeneracional, poniendo de relieve el peso que las experiencias tempranas de vulnerabilidad, desprotección y sufrimiento relacional tuvieron en sus narrativas.

Los diferentes modelos jerárquicos que ilustran lo aquí mencionado pueden visualizarse en el ANEXO XIX.

A continuación, se presentan los principales hallazgos en relación con los objetivos planteados.

4.1. Impacto en la vida cotidiana

La categoría de Impacto en la vida cotidiana está formada por 5 subcategorías: Barreras institucionales, Procesos de estigmatización, Impacto relacional debido al síntoma, Experiencias de sufrimiento emocional y Experiencias negativas con el tratamiento farmacológico.

La subcategoría más nombrada por todos los participantes ha sido la de Experiencias de sufrimiento emocional. Los resultados apuntan a que, ante todas esas percepciones inusuales, la mayoría de participantes reportaron sensaciones de Miedo y Angustia. Esto va

en la línea de Yébenes (2016), donde se habla de lo atemorizante que puede llegar a ser cualquier experiencia para la que no tenemos una explicación, como una alucinación en cualquiera de sus modalidades. Cuando el delirio no viene a ofrecer una posible interpretación de lo que están viviendo, las experiencias psicóticas se viven de forma muy real, sin un marco simbólico que ayude a darles algún sentido, de manera que la persona se queda sola y desconcertada ante una realidad que no entiende y que nadie más parece vivir.

A lo largo de este trabajo, hemos encontrado que las personas que presentaban un delirio más estructurado, reportaban menos angustia y miedo. Esto podría deberse a que, a pesar de haber sido concebido tradicionalmente como un síntoma deficitario o una distorsión de la realidad, el delirio puede tener una función estabilizadora, tal como señalan Lacan (1981), Jaspers (1993), Freud (1911/1973) y otros enfoques clínicos y fenomenológicos. Desde estas perspectivas se teoriza que, ante la irrupción de una angustia intensa (frecuentemente vinculada a dificultades en la simbolización), el sujeto elabora formaciones delirantes que permiten reorganizar su experiencia. Aunque a ojos ajenos el delirio pueda parecer irracional o incomprensible, éste puede estar cumpliendo una función defensiva ante dicha angustia desbordante en un intento de dar sentido y organización a una realidad que resulta extraña y confusa a quien la vive. De esta manera, podemos avanzar desde la idea de que el sujeto “cae” en el delirio, a la idea de que al delirio “se llega” después de un esfuerzo de reconstrucción simbólica y como medio para calmar el miedo y la angustia (Castilla del Pino, 2012).

Otro de los sentimientos más nombrados por los participantes ante las experiencias psicóticas es el de Falta de privacidad. El vivir con la sensación de que leen tu pensamiento, te vigilan o te persiguen, implica que estas personas no puedan encontrar intimidad ni en su

propia mente. Winnicott (1965) y Zahavi (2008) señalan lo importante que resulta para cualquier persona el poder desarrollar su propia subjetividad, es decir, su realidad interna y privada a la que sólo tiene acceso uno mismo. Es necesario tener partes opacas a los ojos del mundo y tener la posibilidad de elegir qué parte de mí comparto con el mundo y qué parte es sólo mía.

En segundo lugar, y englobándose dentro de la subcategoría Impacto relacional debido al síntoma, los participantes han hablado repetidamente de cómo las experiencias psicóticas han tenido influencia en sus relaciones personales. La sensación más vivida por todos ha sido la de Perjuicio, es decir, que otras personas querían causar un daño o actuar en contra de uno mismo. Estas vivencias, irremediablemente, desembocan en una desconfianza generalizada hacia los demás y en conductas defensivas con el fin de protegerse a uno mismo como el aislamiento o la evitación social, en la misma línea de lo concluido en el trabajo de Vasan (2026).

Dentro de esta misma subcategoría, el siguiente tema más hablado por los participantes fue el Silenciamiento de su subjetividad, es decir, el sentir que nadie quiere (o puede) escuchar lo que ellos necesitan decir acerca de sus vivencias (Campodonico et al., 2022). Además, la mayoría de participantes coinciden en haber sentido Rechazo social por parte del entorno que no les comprende y les da de lado. Trabajos como Carleton (2016) y Maleval (2010), hablan sobre cómo las personas tendemos a alejarnos de lo que no entendemos o nos resulta extraño. Esto, unido al estigma imperante hacia la psicosis, y a las propias dificultades de estas personas para vincularse cuando se sienten violentados, perseguidos y amenazados por el resto, deriva en una dificultad para sostener relaciones personales y que éstas puedan ser un lugar seguro en el que apoyarse y refugiarse.

Respecto a la subcategoría de procesos de Estigmatización, lo más nombrado a lo largo de las entrevistas como causa de malestar y sufrimiento, ha sido el Estigma social seguido del Autoestigma. Esto es, todos aquellos prejuicios, estereotipos y actitudes negativas hacia ellos por parte de la sociedad y de sí mismos, por el hecho de considerarse “locos”. Esto da buena cuenta de lo lejos que estamos de una sociedad tolerante, inclusiva y respetuosa con la diversidad humana. Y cómo todos estos ideales anticuados y pesimistas hacia la “locura” terminan generando en las propias personas diagnosticadas sensaciones de incapacidad, peligrosidad e inferioridad, cuestiones ya señaladas en investigaciones como Arboleya (2023).

También fueron relatados múltiples ejemplos de Estigma institucional, por sorprendente que pueda parecer. Estos hallazgos apoyan la idea de estudios como Kruse & Dodell-Feder (2025) donde se advierte que el estigma hacia la psicosis no sólo existe en la sociedad, sino también dentro del sistema sanitario por parte de los propios profesionales y la mirada de la institución.

Podemos concluir que todos los participantes sufren por su “etiqueta” y las implicaciones que ésta conlleva, sintiéndose desvalorizados, señalados y rechazados por la sociedad, por el sistema sanitario y por sí mismos. Estos resultados van en la línea de estudios como Gaggiu et al. (2024), Méndez et al. (2024) o Wang et al. (2025), siendo el estigma en salud mental un tema ampliamente estudiado y demostrado desde hace décadas.

Otro de los focos de malestar repetido por los participantes han sido las Experiencias negativas con el tratamiento farmacológico, principalmente los Efectos secundarios cognitivos. La mayoría hablan de problemas de memoria, falta de control sobre la propia mente, pensamientos intrusivos o sensación de embotamiento y vacío mental. Éstos y otros

efectos secundarios asociados a los psicofármacos son conocidos y se siguen documentando en la literatura científica, como muestran los trabajos de Sanmartín et al. (2025) y Castro (2025), donde se recogen algunas de las experiencias negativas con la medicación. Con estos resultados no se pretende cuestionar el uso del tratamiento farmacológico, ya que los pacientes también reportan su efectividad para atenuar los síntomas y la angustia, sino poner en valor que su uso no es inocuo.

En la última de las subcategorías, Barreras institucionales, el tema más nombrado por los participantes como causante de grave impacto en sus vidas, ha sido la sensación de Vulneración de sus derechos por parte de la institución. En las prácticas de salud mental se ven gravemente comprometidos varios derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la autonomía, el cual otorga la posibilidad de decidir sobre la propia salud y el tratamiento a recibir. Los participantes han contado que, en muchos casos, no han podido decidir libremente sobre estas cuestiones, ya que algunos tratamientos y decisiones importantes sobre su cuerpo y su situación vital son tomadas en contra de su voluntad (incapacitaciones, ingresos involuntarios...). También han hablado del derecho a la integridad física y psíquica, el cual han visto amenazado con el comportamiento de las autoridades hacia ellos en los momentos más agudos, y del derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y/o degradantes, como los que han recibido durante los ingresos en plantas de psiquiatría (con protocolos rígidos y hostiles, contenciones mecánicas...). Todos estos hallazgos van en la línea de trabajos como el de Gallardo (2023), Minkowitz (2021), Newey (2026) o Activament & Hierbabuena (2025), donde se señala la necesidad de que todas las prácticas de salud mental garanticen el cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas. Asimismo, legislaciones nacionales y regionales también han reparado en este asunto de importante gravedad y tratan de restringir al máximo las actuaciones institucionales que no respeten los

derechos de las personas atendidas (CDPD., 2019; ONU., 2008; Congreso Diputados, 2025; Principado de Asturias, 2025).

4.2. Vivencia de apoyos

La categoría Vivencia de apoyos se puede dividir a su vez en 3 subcategorías, siendo la más mencionada Apoyo institucional, seguida de Apoyo familiar y finalmente Apoyo social.

Respecto a la vivencia de Apoyo institucional, en el análisis cualitativo de las narrativas de los participantes destacó la percepción de un Espacio seguro, así como sentirse comprendidos por aquellos profesionales que los atendían. Los testimonios reflejaron una experiencia de confianza y satisfacción con la atención recibida, donde los entrevistados destacaron la importancia de la toma de decisiones compartida, señalando que cuando los ajustes en el tratamiento eran consensuados, se favorecía su implicación y percepción de control. En esta misma línea, los participantes destacaron el sentirse entendidos y creídos por aquellos profesionales que les atendían. Estos resultados siguen la línea de diversos estudios cualitativos, como el llevado a cabo por Messari & Hallam (2003), quienes muestran que el apoyo de los profesionales de salud mental puede constituirse como un espacio percibido como seguro por los pacientes, siempre que esté mediado por una relación terapéutica basada en la empatía, el respeto y la validación de la experiencia subjetiva. En este sentido, los entrevistados en dicho estudio destacaron que sentirse escuchados y no juzgados favoreció la apertura emocional y la exploración de sus síntomas, contribuyendo a una mayor implicación en el proceso terapéutico. Por tanto, la evidencia sugiere que la capacidad del profesional para generar un clima de seguridad psicológica es un elemento central en la efectividad del apoyo terapéutico en psicosis, siendo esto coherente con lo señalado por los participantes del

presente estudio, quienes destacaron esta percepción de espacio seguro como principal componente de la vivencia de Apoyo institucional. En esta misma línea, Álvarez-Jiménez et al. (2021) realizaron otro estudio cualitativo sobre la experiencia de jóvenes con un primer episodio psicótico en terapia online, el cual evidencia que el apoyo profesional puede configurarse como un espacio percibido de seguridad, incluso en entornos digitales, siempre que combine accesibilidad, contención emocional y adaptabilidad a las necesidades del paciente. En conjunto, los hallazgos encontrados por estos autores sugieren que la capacidad del apoyo profesional para generar un espacio seguro en contextos online depende del equilibrio entre flexibilidad y estructura, así como de la adaptación a las capacidades y preferencias individuales de los pacientes (Álvarez-Jiménez et al., 2021).

En lo que concierne al Apoyo familiar, las personas entrevistadas hicieron referencia a vivencias de Validación y reconocimiento y Acompañamiento por parte de sus familiares. Lahera et al. (2020) coinciden en destacar la importancia del apoyo emocional proveniente tanto del entorno familiar como social. Estos autores realizaron una encuesta a personas con psicosis en la que más del 90% de los participantes señalaron el apoyo emocional por parte de familiares como muy importante para su bienestar general.

Por último, el resto de las experiencias de apoyo mencionadas por los entrevistados se encuadran dentro del ámbito del Apoyo social. En este sentido, destacaron especialmente la Comprensión del entorno y el Sentirse queridos. La literatura previa destaca el papel del apoyo social percibido como factor protector en personas que experimentan síntomas psicóticos. Así, Norman et al. (2005) indican que altos niveles de apoyo social percibido se asocian con menor sintomatología positiva y un menor número de hospitalizaciones. Otros autores, como Peng et al. (2019) obtienen resultados similares, también indicativos del papel

protector del apoyo percibido. Destacan la importancia de que dicho apoyo, más allá de su valor instrumental, sea percibido por la persona que lo recibe. Así resulta importante reflexionar sobre cómo en ocasiones el apoyo que desde las instituciones o entornos cercanos se intenta brindar, más desde un punto de vista instrumental o práctico, puede distar de las necesidades de la persona, quizás más de corte emocional, de forma que no es percibido como ayuda. Esto se vería plasmado en el presente proyecto de investigación, donde sólo se hizo referencia a la vivencia de apoyo social en un total de 4 ocasiones, lo cual es sugestivo de bajos niveles de apoyo percibido. Serra-Arumí et al. (2023) señalan resultados similares en personas que han experimentado un primer episodio psicótico, percibiendo éstas menor apoyo afectivo y menor presencia o disponibilidad de personas con quienes poder comunicarse.

4.3. Necesidades

La categoría de Necesidades está formada por 4 subcategorías: Necesidades de reconocimiento y validación, Necesidades de autonomía y agencia, Necesidades vinculares y de confianza, y Necesidades de entendimiento y búsqueda de significado.

Respecto a la primera subcategoría Necesidades de reconocimiento y validación, que además resultó ser la más importante para todos los participantes, el código más nombrado fue el de Respeto a su forma de estar en el mundo.

Esto refleja la importancia de reconocer que “la realidad”, lejos de ser un hecho objetivo y único, puede entenderse como una construcción subjetiva mediada por la historia, las vivencias y el marco de significado de cada persona. En este sentido, lo que se suele denominar como “la realidad”, no sería más que una interpretación personal, que puede tener en mayor o menor medida puntos en común con la de otros. Tal como se señala en Romme &

Escher (2005) y en Cooke (2015), la forma en que cada persona se explica el mundo tiene sentido y validez en relación con su propia subjetividad y contexto, lo que implica reconocer que podrían existir tantas realidades como sujetos.

De este modo, se pone en tela de juicio la visión normativa o reduccionista de la psicosis como una simple distorsión de una supuesta realidad objetiva y única, abriendo la posibilidad de comprenderla como una interpretación singular, atravesada por una lógica propia, diferente en cada persona y no por ello menos válida.

Atendiendo a estas concepciones, la psicopatología es una forma más de estar en el mundo, no compartida por la mayoría. La psicosis dejaría de ser un trastorno mental cuya etiología es un déficit interno, y se podría entender como una transformación del modo en que el sujeto existe y se relaciona con el mundo (Mejías, 2023). La persona con psicosis no pierde la realidad, si no que la habita de otra forma. En esta línea, lo que los participantes necesitan es que no tratemos de anular su singular modo de estar en el mundo, sino respetarlo plenamente, como se respetan las distintas visiones de las personas no diagnosticadas, es decir, de los “cuerdos”.

Seguidamente, y dentro de esta misma subcategoría, se ha hablado repetidamente de la necesidad de Sentirse comprendidos. Los resultados concuerdan con trabajos como el de Rodríguez-Rivera et al. (2020) en el que encontraron que las personas suelen acudir primero a la familia y amistades, luego a recursos espirituales y finalmente a profesionales de salud mental. Asimismo, se señala que la elección de estos recursos dependía, principalmente, de la confianza, la cercanía y la comprensión que sintieran. Con todo esto, es posible pensar que las personas no sólo buscan reducir síntomas, sino también comprensión, apoyo y respeto por su visión del mundo.

En cuanto a las Necesidades de autonomía y agencia, el deseo más repetido entre los participantes ha sido el de Vida independiente, es decir, la necesidad que tienen de sentirse autosuficientes sin depender de familiares o del sistema para subsistir. Varias personas hablaron de su anhelo por trabajar, tener vivienda propia y mantenerse a sí mismos en una vida tranquila y normalizada. Asimismo, aparecen sentimientos ambivalentes respecto a la pensión no contributiva (PNC): por un lado, la agradecen y reconocen como una ayuda necesaria, pero por otro lado, la viven como un recordatorio de su propia limitación o dependencia, generándoles malestar emocional. En este sentido, el reconocimiento de la discapacidad no se experimenta únicamente como un trámite administrativo, sino como un acontecimiento con un fuerte impacto en la identidad personal, al confrontar a la persona con la idea de ser considerada diferente o incapaz.

Todos estos datos van en consonancia con el modelo de recuperación centrado en la persona, por suerte cada vez más extendido en salud mental como un nuevo paradigma desde el cual mirar y trabajar. Desde esta perspectiva, la recuperación no es simplemente la curación de los síntomas, sino fomentar que todas las personas con un diagnóstico de salud mental puedan mantener sus proyectos de vida, sus derechos y su participación social, entendiendo que llevar una vida plena, significativa y con sentido es posible (CERMI, 2021 y Davidson & González-Ibáñez, 2017).

En tercer lugar, dentro de la subcategoría Necesidades de entendimiento y búsqueda de significado, el tema principal compartido por la mayoría de los participantes ha sido el de Hablar de sus vivencias. Acorde a las reflexiones que aparecen en el estudio de Kidd & Ziebland (2016), las personas con experiencias psicóticas necesitan hablar de ello porque crear un relato sobre lo que les ocurre les ayuda a organizar y dar sentido a su vivencia,

porque hablar es el principal mecanismo de regulación emocional y ayuda a reducir la angustia y porque, en un espacio de comprensión y confianza, uno se puede sentir reconocido como persona digna y respetable.

Por último, la subcategoría menos mencionada, aunque también presente a lo largo de todas las entrevistas, ha sido la de Necesidades vinculares y de confianza. En este apartado, han destacado los deseos de Privacidad y de Compañía.

Respecto al primero, no resulta sorprendente que personas que viven con sensación de ser perseguidas, observadas y cuyos pensamientos no sienten como privados, necesiten sentirse a salvo de las miradas que les atraviesan, seguros en su intimidad. Es esperable que necesiten sentir la privacidad que todos damos por hecho cuando estamos a solas. Todos estos resultados van de la mano con los encontrados en el trabajo de Sass & Parnas (2003), donde se habla de que las personas con psicosis, que con frecuencia viven en contextos de supervisión y dependencia, la falta de espacios propios o de intimidad puede aumentar la sensación de invasión, pérdida de control y angustia. Por ello, disponer de un espacio propio, de momentos de soledad elegida y de la posibilidad de mantener partes de la propia experiencia en la intimidad puede contribuir al bienestar emocional y a la sensación de dignidad y autonomía.

En relación al segundo, se mencionó en varias ocasiones la necesidad de Sentirse acompañados. Esta cuestión va en la línea de los resultados obtenidos en estudios como el de Giacco et al. (2012) o Tee et al. (2022), donde se pone de relieve que las personas con psicosis tienen, de media menos personas significativas en el entorno social y que, el 68% de ellos, desean más contactos sociales. Además, las personas con peor calidad de vida eran quienes reportaban tener más necesidad de relaciones interpersonales.

4.4. Experiencia subjetiva

La Experiencia subjetiva está formada por las siguientes subcategorías: Vivencia, Explicación del síntoma, Estrategias de afrontamiento y Factores que aumentan las percepciones, cada una de estas dividida en diferentes sub-subcategorías y con sus códigos correspondientes. Los hallazgos de nuestro estudio muestran que la experiencia psicótica no se reduce a la aparición de síntomas aislados, sino que constituye una vivencia compleja en la que se entrelazan formas particulares de percibir, significar, explicar y afrontar lo que sucede. Esta forma de comprender la psicosis resulta consistente con los planteamientos fenomenológicos contemporáneos, que describen la psicosis como una transformación compleja del mundo vivido, en la que se ven comprometidos aspectos tan diversos como la experiencia del yo, la temporalidad, el espacio, la intersubjetividad, la relación con los otros y la construcción de significados (Fuchs & Van Duppen, 2017; Mosca et al., 2025; Sass & Feyaerts, 2024; Sass & Ratcliffe, 2017; Stanghellini et al., 2017). En este sentido, la experiencia psicótica constituiría una forma particular de vivirse a sí mismo y de habitar el mundo.

Algunos autores proponen que la psicosis puede entenderse como un estado alterado de conciencia, en la medida en que implica modificaciones en la percepción, la atribución de significado y la organización de la experiencia (Giersch & Mishara, 2017). Desde esta perspectiva, la conciencia es el resultado de una negociación constante entre, por un lado, la información del aquí y ahora procedente de los sentidos y de las propias sensaciones corporales y, por otro, los recuerdos, imágenes y huellas afectivas de experiencias previas. De esta articulación emergen tanto el significado que atribuimos al momento presente como la tonalidad emocional con la que nos relacionamos con él. Vanheule & Van Os (2024) plantean que, en la experiencia psicótica, este equilibrio parece alterarse de forma que los recuerdos,

imágenes y afectos del pasado adquieren un peso particularmente intenso en la construcción de la vivencia presente, disminuyendo el papel del aquí y ahora en esta negociación. En este proceso, la presencia de emociones intensas, desbordantes o pobremente reguladas asociadas a experiencias previas puede constituir uno de los mecanismos que contribuyen a este desequilibrio (Bloomfield et al., 2021; Grady et al., 2024; Hardy, 2017). Esta lectura resulta coherente con nuestros hallazgos, en los que los participantes no solo describieron los síntomas, sino que intentaron dotarlos de sentido, vincularlos con experiencias previas y reconocer condiciones que intensificaban o atenuaban su aparición. El resultado son experiencias que se apartan de la realidad compartida, pero que conservan una profunda coherencia subjetiva en relación con la historia vital de la persona, tal y como hemos podido apreciar en los relatos de los participantes de nuestro estudio.

Desde este marco, puede comprenderse mejor la vivencia de Confusión, que en nuestro estudio emergió como la Modalidad vivencial del síntoma con mayor presencia en los relatos. Tal como explican Vanheule & Van Os (2024), la confusión surge ante la experiencia de saber que algo inusual está ocurriendo sin lograr comprender del todo qué está pasando exactamente. De este modo, la experiencia consciente deja de presentarse como un flujo continuo y estable, y la persona pasa a sentirse invadida por fragmentos de significado correspondientes a vivencias del pasado, que irrumpen con intensidad y que resultan difíciles de ordenar en una secuencia comprensible. Experiencias similares fueron narradas por varios de nuestros participantes, lo que permite pensar la confusión como una posible consecuencia de este desequilibrio en la negociación de la conciencia. Estos hallazgos resultan consistentes con lo descrito por Fusar-Poli et al. (2022), quienes, en su revisión ascendente coescrita por expertos en primera persona y académicos, situaron la perplejidad como una experiencia nuclear en las primeras fases de la psicosis. En este sentido, las narrativas que hemos

codificado como Confusión guardan una clara proximidad fenomenológica con la perplejidad psicótica, entendida como una vivencia de desconcierto, extrañeza y pérdida de familiaridad con el mundo (Henriksen et al., 2010; Humpston, 2014). Así, en los relatos de nuestros pacientes apareció con frecuencia la sensación de desconcierto ante lo que sucedía, la incertidumbre respecto a su significado, la dificultad para distinguir entre lo real y lo imaginario y la vivencia de extrañeza frente al propio pensamiento, la percepción y el entorno.

Fusar-Poli et al. (2022) también señalan que, aunque la perplejidad constituya una de las vivencias más nucleares y características de la psicosis, ello no excluye la aparición de experiencias subjetivamente positivas vinculadas a los síntomas, lo cual resulta coherente con otros de nuestros hallazgos, ya que la experiencia psicótica fue vivenciada en ocasiones de forma Egosintónica, siendo ésta una de las Modalidades vivenciales del síntoma más referidas por los participantes. En algunos de nuestros relatos, las experiencias psicóticas aparecieron ligadas a vivencias de creatividad, curiosidad, productividad, fascinación o sensación de fuerza interior. En esta línea, trabajos previos han documentado cómo ciertos síntomas psicóticos pueden ser vividos con una valencia subjetivamente positiva (Sanjuan et al., 2004).

La denominada sensibilidad psicótica, en palabras de Vanheule & Van Os (2024), alude a la capacidad humana de ver cosas que no existen bajo la influencia de emociones y recuerdos intensos. Si pensamos en una persona que, tras ver una película de miedo, camina sola por un camino oscuro y cree percibir sombras amenazantes, sabiendo que esto es fruto de su imaginación, nos resulta relativamente fácil reconocer que dicha experiencia está influida por el contenido de la película, y no diríamos que se trata de una experiencia psicótica. Desde esta perspectiva, la diferencia entre una experiencia ordinaria y una experiencia psicótica no

radica tanto en la naturaleza del mecanismo como en su intensidad, duración y persistencia: mientras que en condiciones habituales esas imágenes emocionales se disuelven con relativa rapidez, en la experiencia psicótica los “fantasmas” del pasado persisten y terminan organizando la vivencia de realidad, aumentando progresivamente la convicción sobre lo vivido. Así, la psicosis puede entenderse como una forma particularmente intensa de atribución de significados emocionales personales a estímulos internos y externos, un proceso que forma parte del funcionamiento humano ordinario, pero que en este caso se extrema hasta producir experiencias difícilmente integrables en la realidad compartida. Nuestros resultados son consistentes con este planteamiento, ya que todos los participantes describieron Modalidades vivenciales del síntoma relacionadas temáticamente con sus experiencias vitales.

Por ejemplo, algunos participantes que refirieron Modalidades vivenciales de Intrusión sexual narraron también historias marcadas por experiencias de invasión o abuso sexual, mientras que quienes describieron experiencias de Clarividencia o Premonición relataron trayectorias atravesadas por la incertidumbre, el desconcierto o la sensación de no haber podido anticipar acontecimientos profundamente desbordantes. En estos casos, no resulta descabellado pensar que la necesidad de predictibilidad, propia de todo ser humano, pudiera verse compensada o reorganizada a través de estas modalidades de experiencia psicótica. Esta lectura es coherente con la literatura que vincula trauma y experiencias psicóticas, y con trabajos que muestran que los síntomas pueden mantener una relación temática y emocional con vivencias traumáticas o acontecimientos vitales previos (Campodonico et al., 2022; Ternamian et al., 2025; Van den Berg et al., 2022).

Algo similar podría plantearse respecto a la Modalidad vivencial de Sentirse diferente, que hemos encontrado en participantes que narraron durante su infancia historias de

exclusión, *bullying* o vivencias persistentes de no encajar. En algunos de estos relatos, la percepción de ser diferentes, inicialmente vivida como motivo de sufrimiento -por ejemplo, un participante explicaba el *bullying* recibido porque los demás le percibían como distinto-, parece transformarse dentro del marco psicótico en una diferencia que aporta sentido, especialidad o incluso una misión. En este mismo caso, la percepción de diferencia pasa a relacionarse con la idea de ser especial por tener una misión con Dios. Así, ser distinto deja de quedar únicamente asociado al dolor de la exclusión y pasa a vincularse con una posición subjetiva más habitable, en la que esa diferencia ya no solo hiere, sino que también explica y sostiene. Este hallazgo resulta coherente con trabajos que muestran que las experiencias delirantes y otras vivencias psicóticas pueden proporcionar, en algunos casos, sentido, pertenencia, identidad y una reorganización subjetiva del mundo vivido frente a experiencias previas de sufrimiento (Isham et al., 2021; Ritunnano et al., 2022).

Algo semejante ocurre con la Modalidad vivencial de Fragmentación corporal, entendida como la vivencia de que el cuerpo pierde su unidad e integridad. En varios relatos, esta experiencia aparecía acompañada de historias infantiles en las que no había existido respeto por los límites personales, incluidos los corporales, y en las que la persona había vivido intensamente la invasión del otro. Finalmente, la Modalidad sintomática de Vivencia de comunidad, referida por algunos participantes, coincidía con trayectorias biográficas marcadas por la soledad, el aislamiento y la falta de vínculos, lo que sugiere que esta modalidad podría también estar operando como una forma de respuesta frente a una historia previa de desvinculación. En este sentido, nuestros hallazgos encuentran un claro eco en el planteamiento de Colina (2001), según el cual toda psicosis posee raíces biográficas.

Otra de las Modalidades vivenciales del sintoma que adquirió un peso importante en

los relatos de nuestros participantes fue la que hemos denominado Realidad propia. A través de este código, los participantes describieron vivencias que podían reconocer como ajenas a la realidad compartida o difíciles de entender para los demás, sin que ello anulara la verdad subjetiva con la que eran experimentadas. En este sentido, varios participantes parecían reconocer la distancia entre lo que vivían y la mirada del otro, manteniendo al mismo tiempo la convicción de que aquello que vivían era verdadero. Estos hallazgos resultan coherentes con Feyaerts et al. (2021), quienes plantean que la realidad delirante no se comprende adecuadamente sólo como una falsa creencia sobre la realidad cotidiana, sino como una modalidad de realidad distinta que puede diferir de la realidad compartida en diversas dimensiones; en consonancia con ello, observaron que muchos de sus participantes eran capaces de distinguir entre ambas. Esta capacidad de sostener simultáneamente ambas dimensiones de experiencia ha sido descrita por Bleuler (1950) como doble contabilidad, y conecta claramente con nuestros resultados. En la misma línea, Colina (2001) ya señalaba que la persona que experimenta síntomas psicóticos puede compatibilizar la duda con la convicción, pudiendo afirmar que delira y, al mismo tiempo, continuar sosteniendo el contenido delirante.

Junto a esta modalidad de Realidad propia, otro hallazgo relevante de nuestros resultados fue el peso que adquirió la Capacidad de cuestionamiento, siendo el código más representado dentro de toda la categoría de Vivencia, en contraste con la menor presencia de relatos asociados a la Certeza. En varios fragmentos emergieron dudas parciales sobre contenidos inicialmente vividos con gran convicción, así como intentos de reinterpretar lo vivido y reconsiderar las explicaciones iniciales. Este resultado resulta especialmente significativo si se tiene en cuenta que una parte importante de la literatura sobre psicosis ha descrito la certeza como un rasgo característico del fenómeno delirante (Kiran & Chaudhury,

2009; Olivos, 2009; Spitzer, 1990). Desde esta perspectiva, se ha llegado incluso a plantear que el acceso a la certeza, en oposición a la mera creencia, permitiría distinguir a los sujetos “psicóticos” de los “normales” (Cortés-Briones, 2008). Sin embargo, otros autores cuestionan este planteamiento y señalan que la certeza no constituye un fenómeno exclusivo de la psicosis, ya que la vida cotidiana también está atravesada por convicciones sobre las que no solemos dudar (Martin & Colina, 2022). En esta línea, So et al. (2012) observaron que menos de la mitad de su muestra informó niveles de convicción delirante del 100 %, además de apreciar un ligero descenso a lo largo del seguimiento.

Asimismo, estos resultados son coherentes con la literatura sobre insight, que distingue entre insight clínico, entendido como el reconocimiento de que lo vivido constituye un síntoma o una enfermedad, e insight cognitivo, que remite a la capacidad de reflexionar sobre las propias experiencias, reevaluar las propias interpretaciones, considerar explicaciones alternativas y responder a información correctiva (Andreu Pascual et al., 2018; Beck et al., 2004; Gutiérrez-Zotes et al., 2012). En nuestra muestra, el insight clínico no apareció de forma predominante, ya que muchas de las personas entrevistadas no conceptualizaban sus vivencias en términos de “síntomas” o “enfermedad”, sin embargo, sí se observó con frecuencia la presencia de insight cognitivo, en la medida en que varios participantes mostraban cierta conciencia de la cualidad inusual de sus experiencias y la posibilidad de revisarlas, cuestionarlas o ponerlas parcialmente en duda, lo cual es consistente con trabajos como el de Simón-Expósito & Felipe-Castaño (2022), que encontraron que en su muestra las personas con esquizofrenia presentan niveles de insight cognitivo comparables a los de los controles sanos.

Los participantes también hablaron acerca de cómo las experiencias psicóticas no solo

eran sufridas, sino que en ocasiones aportaban algo subjetivamente positivo en su contexto vital, ofreciendo protección, orientación, compañía, aprendizaje, valía personal o mayor conciencia del presente. Estos aportes no se limitaron a las voces, ya que también aparecieron vinculados a experiencias de carácter delirante; no obstante, fue en relación con las voces donde con más frecuencia los participantes narraron funciones positivas o protectoras, algo coherente con el hecho de que la literatura sobre escucha de voces haya descrito la benevolencia como una dimensión relacional de la experiencia, así como la coexistencia de vivencias negativas, neutras y positivas (Chadwick & Birchwood, 1994; Chadwick et al., 2000; Woods et al., 2015). En esta línea, la investigación cualitativa de Valavanis et al. (2019) identificó como principales aspectos positivos de oír voces la seguridad y protección, la orientación, el bienestar psicológico y emocional, la compañía, el crecimiento y desarrollo personal, y la conexión con sistemas de creencias religiosas o espirituales, categorías que guardan una clara proximidad con los códigos hallados en nuestro análisis. En nuestra muestra, las experiencias más narradas fueron precisamente la Protección, el Consejo y ayuda, la Compañía y el Aprendizaje, lo que refuerza la convergencia entre nuestros resultados y los descritos en dicho estudio. Además, nuestros participantes también hicieron referencia a experiencias de Esperanza, Alivio o Valía personal. Así, algunos relatos mostraron cómo ciertas voces o experiencias permitían sentirse especial, confortado o ayudado, mientras que en otros casos se describían como presencias que enseñaban, ayudaban a estar alerta o favorecían la comprensión de lo que ocurría. En conjunto, ello sugiere que ciertas vivencias psicóticas pueden contribuir, en algunos casos, a aliviar el malestar y a hacer la experiencia más soportable para quien la vive. En este sentido, Alderson-Day et al. (2021) mostraron que una proporción relevante de personas con psicosis describían voces positivas o útiles y les atribuían una función de compañía. Por su parte, Moernaut et al. (2018) subrayaron que el

contenido de estas experiencias puede organizarse en torno a cuestiones existenciales y aportar orientación, compañía o propósito subjetivo. Además, en relación con el delirio, Ritunnano & Bortolotti (2022) sostienen que los delirios pueden contribuir, al menos temporalmente, a restaurar un sentido de coherencia, dirección y pertenencia, así como aportar una sensación de agencia y creatividad, en línea con lo relatado por nuestros participantes.

En nuestros resultados, los síntomas psicóticos fueron con frecuencia situados por los participantes dentro de marcos explicativos diversos, en consonancia con lo señalado por Carter et al. (2018), quienes mostraron que las personas con psicosis se implican activamente en la elaboración de modelos causales sobre sus experiencias. Esto resulta coherente con la revisión sistemática de Ingall et al. (2025), que agrupa las explicaciones personales de la psicosis en modelos médicos, relacionados con drogas, estrés físico, trauma y adversidad, factores emocionales, religiosos, espirituales y mágicos, así como en la ausencia de explicación, subrayando además que estas explicaciones suelen ser múltiples y coexistir simultáneamente. En este sentido, muchos de los códigos que emergieron en nuestro análisis, tales como Relación con eventos traumáticos, Espiritual, Don especial, Enfermedad, Fisiológica, Función defensiva del síntoma, Síntoma de malestar, Desconcierto o Sacrificio, muestran una clara correspondencia con los marcos identificados en dicha revisión.

En nuestra muestra destacó especialmente la frecuencia del código Relación con eventos traumáticos, en consonancia con lo señalado por Ingall et al. (2025), que identificaron las explicaciones traumáticas y adversariales en 16 de los estudios incluidos. Del mismo modo, la relevancia que en nuestros resultados adquirieron los códigos Espiritual y Don especial converge con el peso que esta revisión otorgó a las explicaciones religiosas,

espirituales y mágicas, presentes en 22 estudios. Además, los autores señalaron que con frecuencia los participantes utilizaban estrategias de manejo acordes con su explicación personal, algo que también se apreció en nuestros resultados: mientras las explicaciones espirituales se asociaban a estrategias como rezar, las explicaciones más cercanas a la enfermedad o a lo fisiológico tendían a vincularse con estrategias corporales o de activación.

En relación con las Estrategias de afrontamiento, en nuestros resultados los participantes hicieron alusión a recursos muy diversos, tales como mantenerse ocupados, escuchar música o hacer deporte, así como buscar la soledad; estrategias más basadas en la búsqueda de apoyo externo, como pedir ayuda o rezar; y estrategias de regulación interna, como apoyarse en las voces positivas, hacer uso de autoinstrucciones, orientarse hacia situaciones o espacios de silencio y mantener la esperanza. Estos resultados son congruentes con la literatura previa sobre afrontamiento de las alucinaciones auditivas, donde se ha descrito que las personas que escuchan voces suelen recurrir a estrategias muy diversas para reducir su malestar, tales como ignorarlas, escucharlas selectivamente, responder a ellas, modificar la relación con ellas, poner límites a su influencia o recurrir a maniobras de distracción y modulación sensorial mediante la música, el aislamiento, la lectura o la focalización en estímulos externos significativos. Estos recursos de afrontamiento constituyen un componente importante en la regulación subjetiva de estas experiencias (Romme et al., 1992; Farhall et al., 2007; Ng et al., 2012).

Por último, nuestros participantes identificaron distintos factores que aumentaban la intensidad o favorecían la aparición de los síntomas. Entre los códigos que emergieron se encontraron Ruido, Aglomeraciones, Soledad, Momentos del día; estados afectivos como la Inseguridad, el Miedo, la Tristeza o el Dolor emocional; así como las Reacciones sexuales y

el Consumo de drogas. Este hallazgo resulta coherente con investigaciones previas que han señalado que, en personas con psicosis, el estrés cotidiano y la reactividad emocional se asocian con una mayor intensidad de las experiencias psicóticas, y que variables relacionales como la soledad también ocupan un lugar relevante en esta experiencia. (Michalska da Rocha et al., 2018; Myin-Germeys et al., 2003, 2005; Myin-Germeys & van Os, 2007)

4.5. Biografía y vulnerabilidad

La categoría de Biografía y vulnerabilidad está compuesta por dos subcategorías: Eventos adversos de historia vital y Contexto al inicio de las voces, estando estas a su vez divididas en diferentes sub-subcategorías y códigos.

En lo referente a la subcategoría de Eventos adversos de la historia vital, las narrativas de las personas entrevistadas en este estudio son un claro reflejo de la existencia de múltiples vivencias de corte traumático y vulnerabilidad psicosocial. Así, la totalidad de los participantes hicieron referencia a haber experimentado en algún momento de su vida episodios de corte traumático, contextos de vulnerabilidad y ausencia de apoyos o eventos estresantes de gran impacto. Estos hallazgos siguen la línea de un amplio volumen de literatura existente que relaciona el trauma y los eventos vitales adversos con el desarrollo de síntomas psicóticos (Allardyce et al., 2021; McKay et al., 2022; Skehan et al., 2012; Trotta et al., 2015; Varese et al., 2012; Vila-Badia et al., 2021). Por un lado, son varios los artículos, revisiones sistemáticas y meta-análisis que se han centrado en el estudio de experiencias adversas en la infancia y su papel en el desarrollo de sintomatología psicótica en la edad adulta (McKay et al., 2022; Skehan et al., 2012; Trotta et al., 2015; Varese et al., 2012; Vila-Badia et al., 2021). Skehan et al. (2012) realizaron una revisión de literatura con estudios epidemiológicos, clínicos y teóricos en la que concluyeron que las personas que experimentan

sintomatología de corte psicótico tienen más probabilidad de haber sufrido experiencias adversas en la infancia. Estos autores entienden la adversidad en la infancia como experiencias negativas o traumáticas ocurridas durante el desarrollo temprano, incluyendo el abuso físico, emocional y sexual, la negligencia, *bullying* u otras formas de victimización o la presencia de entornos familiares disfuncionales (Skehan et al., 2012). La asociación entre ambos fenómenos se mantuvo incluso controlando otras variables como la edad, consumo de sustancias o genética, demostrando así que el trauma infantil constituye un importante factor de riesgo para la sintomatología psicótica. Otros meta-análisis y revisiones sistemáticas han llegado a conclusiones similares, encontrando asociaciones significativas entre la adversidad y trauma en la infancia y la psicosis (McKay et al., 2022; Trotta et al., 2015; Varese et al., 2012; Vila-Badia et al., 2021). Varese et al. (2012) concluyeron a través del análisis de estudios de caso-control que aquellas personas con psicosis tenían 2.72 veces mayor probabilidad de haber estado expuestas a eventos adversos y traumáticos durante la infancia. En la misma línea Trotta et al. (2015) determinaron la existencia de una asociación positiva entre la exposición a diversos tipos de adversidad en la infancia y la aparición y evolución tanto de experiencias psicóticas como de síntomas psicóticos clínicamente relevantes. En concreto este estudio sugiere que la probabilidad de persistencia de los fenómenos psicóticos se duplica en quienes reportaron adversidad durante la infancia. Se puede concluir por tanto que los hallazgos encontrados en la presente investigación, indicativos de una elevada prevalencia de eventos vitales adversos y traumáticos en personas que tienen o han tenido experiencias psicóticas, son coherentes con la literatura existente que plantea asociaciones claras entre el trauma y el riesgo de psicosis (Allardyce et al., 2021).

Dentro de esta subcategoría, uno de los temas más mencionados es el Trauma por violencia e impacto, haciéndose aquí referencia principalmente a vivencias de Violencia

física, Violencia psicológica y Violencia sexual. La literatura existente sigue la misma dirección (Hardy et al., 2016; Skehan et al., 2012; Strathearn et al., 2020; Varese et al., 2012). En concreto destacan las asociaciones entre el abuso sexual infantil y las alucinaciones auditivas y el abuso emocional y contenido delirante de tipo persecutorio y autorreferencial (Bentall et al., 2014; Hardy et al., 2016).

Por otro lado, en el discurso de los entrevistados también se menciona de forma frecuente la vivencia de Vulnerabilidad y falta de apoyo, especialmente la sensación de Inseguridad e Indefensión. En esta línea, estudios recientes, si bien no hacen hincapié en estas vivencias específicas, afirman que la psicosis se ve fuertemente influida por factores de vulnerabilidad psicosocial (Pruessner et al., 2011), existiendo una especial asociación entre el bajo apoyo social y el mayor riesgo de psicosis (Jester et al., 2023).

Otro de los temas mencionados dentro de esta subcategoría es el Trauma familiar y parental, teniendo especial relevancia el Trauma transgeneracional. En este sentido Bolhuis et al. (2022) establecieron una relación entre la adversidad infantil materna y la aparición de alucinaciones en la descendencia, estando dicha relación mediada por la adversidad experimentada por los hijos durante la infancia. Estos autores concluyeron por tanto que la transmisión intergeneracional de las adversidades en la infancia es de relevancia en la etiología de la psicosis, aspecto que encaja con los resultados obtenidos en el presente trabajo, donde el trauma transgeneracional es mencionado en un total de 6 ocasiones.

Dentro del apartado de Eventos adversos de historia vital, las personas entrevistadas también hicieron referencia a haber vivenciado múltiples Pérdidas y eventos de transición vital relevantes. Así, los Cambios de domicilio y la Muerte de una persona cercana fueron los temas más mencionados en este ámbito. En esta línea, en un meta-análisis realizado por

Beards et al. (2013) se analiza cómo la exposición a eventos estresantes en la edad adulta puede influir en la aparición de experiencias psicóticas.

Por último, dentro de esta subcategoría se menciona el Trauma social y escolar, destacando el *Bullying* como tema más mencionado. En este sentido, Cunningham et al. (2016) y Trotta et al. (2013) señalan que la victimización por *bullying* está asociada con un mayor riesgo de síntomas psicóticos, coincidiendo en la mayor prevalencia del mismo en personas que posteriormente desarrollan sintomatología psicótica.

En función de lo anteriormente expuesto, se puede concluir que la narrativa de las personas entrevistadas en este proyecto es un claro reflejo de la vivencia de múltiples eventos traumáticos y situaciones de vulnerabilidad psicosocial. Esto está en consonancia con la literatura previa, donde se ha dado una especial relevancia al papel del trauma y la adversidad en la infancia en relación a la posterior vivencia de experiencias psicóticas. Son múltiples las vías hipotetizadas por las que el trauma puede llevar a las experiencias psicóticas. Desde modelos cognitivo-conductuales se hace hincapié en la influencia del mismo en las creencias, atribuciones de significado y estrategias de afrontamiento de la persona (Bentall et al., 2014; Hardy, 2017), así como en la existencia de dificultades para diferenciar el origen interno o externo de las percepciones. Otros enfoques de corte epigenético se han centrado en los cambios que el trauma temprano puede generar en el eje Hipotalamo-Pituitaria-Adrenal (Read et al., 2009).

Un modelo comprensivo interesante es el modelo de estrés postraumático en psicosis planteado por Hardy (2017). Esta autora se basa en una perspectiva cognitivo-conductual, de apego y neuropsicológica para explicar cómo el trauma influye en la psicosis. Plantea así tres factores de vulnerabilidad relacionados con el trauma: La regulación emocional, la memoria

de eventos (episódica y perceptual) y la memoria semántica personal. La regulación emocional hace referencia a las estrategias empleadas para manejar las emociones derivadas del trauma, incluyendo la disociación. Sobre la memoria de eventos, se hipotetiza cómo aquellos recuerdos codificados bajo alta emoción pueden ser almacenados de forma más vívida y descontextualizada, reapareciendo como intrusiones involuntarias en el presente. Por último, la memoria semántica personal representaría las creencias y conocimientos sobre uno mismo y el mundo, que podrían volverse negativos tras el trauma. El modelo plantea que la interacción entre estos factores podría dar lugar a una serie de intrusiones sensoriales y perceptivas involuntarias, modulando su interpretación y respuestas de afrontamiento.

La disociación también se ha estudiado como una de las principales vías entre el trauma y el desarrollo de síntomas psicóticos (Perona-Garcelán et al., 2010; Melegkovits et al., 2025). Longden et al. (2020) amplían la evidencia sobre la relación entre trauma, disociación y psicosis, concluyendo que no solo las alucinaciones auditivas, sino también otras formas de experiencias psicóticas pueden estar vinculadas con mecanismos disociativos y antecedentes de adversidad en la infancia. Esta línea de literatura respalda por tanto la idea de que las experiencias disociativas se vinculan profundamente con las vivencias psicóticas, siendo necesario considerar modelos explicativos integrados (Longden et al., 2016). Los resultados de la presente investigación son coherentes con estos planteamientos, encontrando en las narrativas de varios de los entrevistados vivencias que más allá de entenderse como psicóticas encajarían en el ámbito de la disociación.

Finalmente se puede concluir que, dados los resultados encontrados en la presente investigación, los cuales siguen la línea de la literatura existente que apoya el peso del trauma en la psicosis, resultaría esencial de cara a la práctica clínica la evaluación sistemática del

historial de trauma en personas con psicosis. Nuestros hallazgos subrayan así la necesidad de cambiar el enfoque y práctica actual en psicosis e implementar actuaciones desde una perspectiva del trauma. Esto sigue la línea de otros artículos existentes que sugieren que, al igual que en poblaciones no clínicas, aquellas personas que vivencian síntomas psicóticos están dispuestas a hablar sobre el trauma y consideran que la generación de un espacio seguro donde compartir dichas experiencias podría ser beneficiosa (Campodonico et al., 2022). Del mismo modo, en su investigación Rhodes et al. (2018) encontraron que muchos de los participantes consideraban que su pasado había influido en sus vivencias y sufrimiento adultos, aspecto también señalado por varios de los participantes en la presente investigación, quienes afirmaron que ciertas vivencias traumáticas tuvieron peso en el inicio de sus síntomas y malestar. Resultaría por tanto de vital importancia en la clínica generar un espacio donde explorar estas vivencias y su impacto en las personas que las sufrieron.

En la segunda subcategoría, Contexto al inicio de las voces, se recogen los distintos eventos y situaciones vitales que los participantes identificaron como relevantes en el inicio de las experiencias de escucha de voces. Destaca especialmente el Fallecimiento de alguna persona del círculo cercano, identificada por varios de los participantes como el momento en el que comenzaron las vivencias de escucha de voces. La identificación de eventos vitales concretos que tuvieron relevancia en el inicio de las experiencias psicóticas es coherente con otros estudios previos que señalan cómo el inicio de estos fenómenos suele estar estrechamente vinculado a sucesos vitales específicos que actúan como crisis personales, siendo especialmente significativo el fallecimiento de personas cercanas, lo cual confronta al individuo con su propia vulnerabilidad y le obliga a reconfigurar su narrativa vital (Vanheule & Van Os, 2024). En esta línea Vanheule & Van Os (2024) plantean que cuando una experiencia vital desequilibra la historia personal y las estructuras narrativas que organizan el

sentido del yo, puede generar angustia y desorientación profunda, dejando la mente consciente de poder procesar esta complejidad. En este contexto, el surgimiento de síntomas psicóticos no debe entenderse como la mera aparición de un “trastorno”, sino como manifestaciones lógicas de una crisis existencial en la que la narrativa vital estalla y el sentido del yo queda amenazado o fragmentado.

Otros estudios de corte más cuantitativo también plantean la existencia de una asociación entre eventos vitales estresantes y el inicio de síntomas psicóticos, encontrando que las personas con síntomas psicóticos presentaron más acontecimientos vitales estresantes en los meses previos al inicio de los mismos (Bebbington et al., 1993).

Por tanto, teniendo en cuenta lo planteado por estos autores, coherente con las narrativas encontradas en el presente trabajo, se podría llegar a la conclusión de que comprender el inicio de las voces en psicosis exige situarlo en el marco narrativo y experiencial de la persona, especialmente centrándose en eventos traumáticos y situaciones de crisis que hayan desestabilizado profundamente su equilibrio vital. Adoptar esta perspectiva no solo favorece una comprensión más humana del fenómeno, sino que también nos dirige hacia el desarrollo de enfoques clínicos centrados en la historia personal y la reconstrucción narrativa.

4.6. Conclusiones

El presente trabajo ha pretendido profundizar en la comprensión de la psicosis y los síntomas psicóticos, abriendo un espacio de escucha a las personas que los experimentan en primera persona. A lo largo de la investigación, se han explorado formas alternativas de entender estas experiencias, atendiendo no solo a la presencia de síntomas, sino también a cómo son vividos, interpretados, afrontados e integrados en la historia personal de cada

individuo, donde adquieren su significado. En este sentido, los hallazgos obtenidos contribuyen a ampliar la comprensión de la psicosis desde una perspectiva centrada en la experiencia subjetiva. A partir de esta mirada, se derivan las siguientes conclusiones:

- Las experiencias psicóticas se configuran como un fenómeno complejo y multidimensional, relacionado con el impacto en la vida cotidiana, las vivencias de apoyo, las necesidades, la experiencia subjetiva y la biografía y vulnerabilidad.
- El sufrimiento emocional es un eje central de la experiencia psicótica, destacando el miedo, la angustia y la sensación de falta de privacidad, especialmente ante vivencias que resultan difíciles de comprender o simbolizar. Las personas con un delirio más estructurado tienden a referir menos angustia, lo que apunta a una posible función estabilizadora del delirio frente al desbordamiento.
- Una parte importante del sufrimiento deriva del Silenciamiento de la subjetividad y del rechazo percibido, evidenciando la dificultad para encontrar espacios seguros donde las experiencias sean escuchadas, validadas y elaboradas.
- El impacto en las relaciones interpersonales es significativo, predominando la desconfianza, la sensación de perjuicio, el aislamiento y la evitación social, lo que limita la posibilidad de establecer vínculos seguros.
- La sensación de falta de privacidad adquiere un papel relevante, al vivirse como una invasión del espacio interno (pensamientos, intimidad), comprometiendo el sentido de identidad y seguridad personal.
- Los procesos de estigmatización aparecen como una fuente añadida de sufrimiento, destacando el estigma social y el autoestigma, seguidos de las experiencias de estigma institucional, lo que favorece sentimientos de incapacidad, peligrosidad e inferioridad

y reforzando la exclusión.

- Las experiencias con el tratamiento farmacológico son ambivalentes, combinando efectos percibidos como beneficiosos relacionados con la reducción del malestar y efectos secundarios, especialmente cognitivos, que impactan en la vivencia de control y la calidad de vida.
- Las vivencias de coerción y vulneración de derechos en el ámbito institucional implican la pérdida de autonomía, los ingresos involuntarios y prácticas percibidas como invasivas, afectando a la dignidad y a la agencia personal.
- El apoyo percibido ocupa un lugar central en la experiencia de los participantes, destacando especialmente el apoyo institucional cuando los profesionales eran vividos como generadores de un espacio seguro y respetuoso con su subjetividad, favoreciendo la escucha y la toma de decisiones compartida.
- El apoyo familiar y el apoyo social aparecen con menor frecuencia. Los relatos subrayaron la importancia del reconocimiento, la validación emocional y la posibilidad de sentirse querido y comprendido.
- Entre las necesidades expresadas por los participantes destaca especialmente el respeto a su forma singular de estar en el mundo, junto con la necesidad de sentirse comprendidos sin ser invalidados.
- Cobra especial importancia la necesidad de poder hablar de sus vivencias en espacios de confianza, sin que estas sean automáticamente desautorizadas o patologizadas.
- Destacan necesidades de autonomía y agencia, vinculadas al deseo de llevar una vida independiente y no quedar definidos por la dependencia respecto de la familia o del sistema.

- Los participantes expresan también necesidades de intimidad, seguridad y acompañamiento, especialmente en relación con la búsqueda de vínculos confiables.
- La experiencia psicótica aparece como una vivencia compleja. La confusión ocupa un lugar central en los relatos. Junto a ello, tiene un peso importante la descripción de modalidades vivenciales egosintónicas o subjetivamente positivas ligadas a los síntomas.
- Los participantes describen en gran medida experiencias de realidad propia, en las que podían reconocer cierta distancia entre su experiencia y la realidad compartida sin que ello anulara la convicción o verdad subjetiva con la que la vivían.
- Los relatos sugieren que varias modalidades vivenciales del síntoma guardaban una relación temática con experiencias biográficas previas.
- Los síntomas se sitúan dentro de marcos explicativos diversos, lo que sugiere que las personas se implican activamente en la búsqueda de significado sobre lo que les ocurre.
- La capacidad de cuestionamiento es uno de los hallazgos más relevantes y frecuentes de esta categoría, ya que la gran mayoría de los participantes se relacionaba con sus vivencias desde la duda, la revisión y la reflexión. En esta línea, en la muestra predominó más el insight cognitivo que el insight clínico.
- Las estrategias de afrontamiento tienden a guardar coherencia con los marcos explicativos desde los que cada persona trataba de comprender lo que le ocurría.
- Los relatos de los participantes muestran una presencia generalizada de trauma, adversidad, desprotección y vulnerabilidad psicosocial a lo largo de sus trayectorias vitales, siendo estas vivencias un marco fundamental para comprender la emergencia, el contenido y el significado de las experiencias psicóticas.

- Varios participantes identifican acontecimientos concretos, especialmente fallecimientos y otras situaciones de crisis, como momentos relevantes en el inicio o intensificación de las experiencias psicóticas.
- Los resultados refuerzan la necesidad de comprender la psicosis en relación con la trayectoria biográfica de la persona, incorporando una perspectiva sensible al trauma y a la disociación, así como espacios seguros donde estas experiencias puedan ser exploradas.

En conjunto, los resultados de este estudio muestran que la psicosis debe entenderse como una experiencia humana compleja y multidimensional, que cuestiona los modelos explicativos puramente orgánicos, descontextualizados y centrados en el déficit. Así, estas experiencias atraviesan distintas dimensiones de la vida de la persona, desde su cotidianidad, sus vínculos y su identidad hasta sus necesidades, y, junto al sufrimiento que conllevan, pueden estar también atravesadas por sentidos, funciones y lógicas subjetivas que solo se hacen visibles cuando la voz de quien las vive es escuchada.

La incorporación de la perspectiva en primera persona resulta fundamental, ya que permite reconocer que los síntomas psicóticos no son errores o fallos de un sistema orgánico, sino expresiones con sentido vinculadas a conflictos, pérdidas, necesidades y procesos de reorganización subjetiva.

Nuestros hallazgos invitan, por tanto, a seguir construyendo una clínica capaz de escuchar sin aplastar el sentido, de acompañar sin invalidar y de tomar en serio la verdad subjetiva de quien sufre. Quizá una de las aportaciones más importantes de este trabajo sea precisamente recordar que, para comprender la psicosis, no basta con preguntarse qué le pasa

al sujeto; también es necesario preguntarse qué ha vivido, qué ha perdido, qué necesita y qué ha tenido que construir para poder seguir siendo.

De cara a futuras líneas de investigación, sería relevante profundizar en la evaluación crítica de las prácticas institucionales en salud mental, especialmente aquellas relacionadas con medidas coercitivas o situaciones que puedan implicar vulneración de derechos, con el objetivo de analizar y desarrollar alternativas asistenciales más respetuosas con la autonomía, la dignidad y la participación activa de los pacientes en su proceso terapéutico. Asimismo, sería de interés estudiar con mayor detalle los factores terapéuticos clave en la relación asistencial, poniendo el foco en la importancia de la creación de espacios seguros, la validación de la experiencia subjetiva del paciente y la toma de decisiones compartida como elementos centrales del proceso de recuperación. Por último, futuras investigaciones podrían orientarse al desarrollo y evaluación de intervenciones clínicas y psicosociales dirigidas a potenciar la autonomía, la agencia personal y la construcción de una identidad que trascienda el diagnóstico, favoreciendo procesos de recuperación más integrales y centrados en la persona.

4.7. Limitaciones y fortalezas.

Este estudio fenomenológico está sujeto a las limitaciones propias de la investigación cualitativa. Aunque se han aplicado los criterios necesarios para respaldar en la medida de lo posible la aplicabilidad de los hallazgos a contextos similares y para garantizar la solidez de la adecuación teórica, se recomienda cautela al generalizar los resultados, ya que estos pueden resultar más representativos de muestras que presenten características similares a las analizadas en esta investigación.

Una de las limitaciones del estudio se relaciona con la disponibilidad de los espacios

destinados a la realización de las entrevistas, ya que estos dependieron de las franjas horarias y despachos disponibles en los distintos dispositivos asistenciales. Esta circunstancia pudo condicionar tanto la planificación como el desarrollo de las entrevistas, al no poder garantizar siempre un entorno óptimo y constante para su realización.

Por otro lado, otra de las limitaciones del estudio se relaciona con la duración de las entrevistas, que en algunos casos resultaron especialmente extensas. Esto ocasionó que no siempre se dispusiera del tiempo suficiente para su realización en una única sesión, siendo necesario en ocasiones fraccionarlas en varios encuentros para respetar los tiempos de descanso de los participantes. Esta circunstancia pudo suponer un corte en la fluidez narrativa de las entrevistas.

Otra limitación relevante del presente estudio se relaciona con las restricciones temporales para su desarrollo, lo cual condicionó el diseño de la investigación, las posibilidades de acceso a la muestra y, por ende, el tamaño de la misma, así como el proceso de recogida de información.

Por último, también se ha de destacar como limitación el tamaño reducido de la muestra, lo cual afecta a la representatividad de los resultados obtenidos. Al tratarse de una muestra limitada, no es posible garantizar la generalización de los hallazgos, lo cual restringe el alcance externo del estudio. No obstante, esta característica se considera habitual en estudios de corte cualitativo, donde el objetivo principal no es la generalización estadística en sí, sino la profundización en las experiencias subjetivas de los participantes.

En otro orden de cosas, la principal fortaleza de este estudio radica en la profundidad y riqueza del material cualitativo obtenido. Resulta interesante destacar que el guión temático

seguido en las entrevistas con los 9 participantes, recogía de manera exhaustiva un amplio abanico de información en cuanto a sus vivencias, en sesiones con una duración entre 2 y 3 horas. Esto ha permitido explorar de manera detallada y contextualizada la narrativa subjetiva de sus experiencias perceptivas.

Asimismo, el enfoque fenomenológico seguido, ha facilitado comprender la experiencia vivida desde la perspectiva de los propios pacientes, aportando información difícilmente accesible mediante otros métodos como los exclusivamente cuantitativos. Además, la transcripción literal y la codificación sistemática de todas las entrevistas favorecen la rigurosidad del análisis y la consistencia de los resultados obtenidos.

En este sentido, es provechoso que nuestro estudio haya incorporado las experiencias en primera persona como fuente central de conocimiento, permitiendo que sean los propios participantes quienes expresen sus necesidades respecto a los servicios y señalen posibles aspectos de mejora en la atención que les brindamos.

5. Agradecimientos

Las 3 investigadoras del equipo queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a Tatiana Arboleya Faedo, tutora metodológica de este proyecto, por su paciencia, acompañamiento e implicación a lo largo de todo el estudio.

Asimismo, agradecemos enormemente a Ana Álvarez Fontecha, Isabel Saavedra Rionda y Margarita López Noche, por llevar ayudándonos y guiándonos en este camino de la residencia desde hace 4 años.

Por otro lado, nos gustaría agradecer a todos los profesionales que nos han inspirado con sus conocimientos, con su particular mirada acerca de nuestra profesión y que se atrevieron a sembrar las primeras semillas de lo que hoy termina siendo nuestro proyecto de investigación. Gracias a todos los clínicos colaboradores que, además de eso, se han implicado en las derivaciones eligiendo con cuidado los participantes y facilitándonos llevar a cabo las entrevistas, con todas las gestiones logísticas y administrativas que ello supone.

Por último, agradecemos con afecto y profundo respeto a todos los participantes que han prestado su voz y nos han abierto las puertas de su mundo de manera voluntaria y altruista. Esperamos que esta investigación os represente y os haga sentir que mereció la pena.

6. Referencias bibliográficas

ActivaMent, & Hierbabuena. (2025). *Posicionamiento respecto al Proyecto de Ley 121/000064 presentado por el Gobierno de España que aborda el internamiento y tratamiento forzoso en salud mental.*

<https://www.activament.org/es/2025/posicionament-respecte-al-projecte-de-llei-121-000064-presentat-pel-govern-despanya-que-aborda-linternament-i-el-tractament-forcos-en-salut-mental/>

Alderson-Day, B., Woods, A., Moseley, P., Common, S., Deamer, F., Dodgson, G., & Fernyhough, C. (2021). Voice-hearing and personification: Characterizing social qualities of auditory verbal hallucinations in early psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 47(1), 228–236.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa151>

Allardyce, J., Hollander, A. C., Rahman, S., Dalman, C., & Zammit, S. (2021). Association of trauma, post-traumatic stress disorder and non-affective psychosis across the life course: A nationwide prospective cohort study. *Psychological Medicine*, 53(4), 1620–1628. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003287>

Álvarez, J. M. (2020). *Principios de una psicoterapia de la psicosis.* Xoroi Edicions.

Álvarez-Jiménez, M., Rice, S., D’Alfonso, S., Leicester, S., Bendall, S., Pryor, I., Gleeson, J., & McGorry, P. D. (2021). Young people’s experience of online therapy for first-episode psychosis: A qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6), e25873.

<https://doi.org/10.2196/25873>

Andreu Pascual, M., Vilaplana Pérez, A., Pedrós Roselló, A., & Martínez Mollá, P. (2018). Insight, sintomatología y funcionamiento neurocognitivo en pacientes con psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 491–508.

<https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000200008>

Arboleya, T. (2023). *Procesos y vivencia del autoestigma en personas con psicosis crónica* (Tesis doctoral, Universidad de Oviedo).

Bacellar, I. O., Morin, G., Daniels, S., Turecki, G., Palaniyappan, L., & Lepage, M. (2023). Opening up mental health research. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 48(3), 209–216. <https://doi.org/10.1503/jpn.220175>

Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L., & Morgan, C. (2013). Life events and psychosis: A review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 740–747. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt065>

Bebbington, P. E., Wilkins, S., Jones, P. B., Foerster, A., Murray, R. M., Toone, B. K., & Lewis, S. W. (1993). Life events and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 162(1), 72–79.

Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2–3), 319–329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)

Beer, M. D. (1996). Psicosis: Una historia del concepto. *Psiquiatría Integral*, 37(4), 273–291.

Bentall, R. P., de Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M., & Read, J. (2014). From adversity to psychosis: Pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(7), 1011–1022. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0914-0>

Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International Universities Press.

Bloomfield, M. A. P., Chang, T., Wood, M. J., Lyons, L. M., Cheng, Z., Bauer-Staeb, C., Hobbs, C., Bracke, S., Kennerley, H., Isham, L., Brewin, C., Billings, J., Greene, T., & Lewis, G. (2021). Psychological processes mediating the association between developmental trauma and specific psychotic symptoms in adults: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 20*(1), 107–123. <https://doi.org/10.1002/wps.20841>

Boden, Z. V. R., & Johnstone, E. C. (2016). Experience of psychosis and recovery narratives: A qualitative study. *Psychosis, 8*(4), 302–314. <https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1153678>

Bolhuis, K., Steenkamp, L. R., Tiemeier, H., Blanken, L., Pingault, J.-B., Cecil, C. A. M., & El Marroun, H. (2022). A prospective cohort study on the intergenerational transmission of childhood adversity and subsequent risk of psychotic experiences in adolescence. *Schizophrenia Bulletin, 49*(3), 799–808. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac195>

Campodonico, C., Varese, F., & Berry, K. (2022). Trauma and psychosis: A qualitative study exploring the perspectives of people with psychosis on the influence of traumatic experiences on psychotic symptoms and quality of life. *BMC Psychiatry, 22*, 213. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03808-3>

Carleton, R. N. (2016). Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 5–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.011>

Carter, L., Read, J., Pyle, M., & Morrison, A. (2018). “I believe I know better even than the psychiatrists what caused it”: Exploring the development of causal beliefs in people experiencing psychosis. *Community Mental Health Journal, 54*(6), 805–813. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0181-0>

Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Rasmussen, L. J. H., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B. S., & Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, 3(4), e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>

Castilla del Pino, C. (2012). *El delirio: Un error necesario* (Vol.24). Ediciones N6bel.

Castro, M. A. (2025). Experiencias y transformaciones subjetivas: Sufrimiento y coerci3n en el uso de psicof6rmacos en el tratamiento psiqui6trico en Chile. *Salud Colectiva*, 20, e5388. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.5388>

Chadwick, P., & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*, 164(2), 190–201. <https://doi.org/10.1192/bjp.164.2.190>

Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ–R). *The British Journal of Psychiatry*, 177(3), 229–232. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.3.229>

Colina, F. (2001). *El saber delirante*. Editorial S6ntesis.

Comit6 Espa1ol de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). (2021). *El bienestar personal y social como derecho: Determinantes, indicadores y garant6as de efectividad para las personas con discapacidad*. Ediciones Cinca. <https://back.cermi.es/catalog/document/file/636120ddf0dbe.pdf>

Comit6 sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2019). *Observaciones*

finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España. Naciones Unidas. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FESP%2FCO%2F2-3&Lang=es

Compean, E., & Hamner, M. (2019). Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): Diagnostic and treatment challenges. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 88, 265–275. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.001>

Congreso de los Diputados. (2025). *Proyecto de Ley 121/000064 por la que se modifican el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social y la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.* https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-64-1.PDF

Cooke, A. (Coord.). (2015). *Comprender la psicosis y la esquizofrenia.* British Psychological Society.

Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., & Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: Implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40(Suppl. 4), S285–S294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>

Cortés Briones, J. (2008). Acerca de la experiencia del sinsentido en la locura y la normalidad. *Alpha (Osorno)*, 26, 119–133. <https://doi.org/10.4067/S0718-22012008000100008>

Cunningham, T., Hoy, K., & Shannon, C. (2016). Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies.

Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 8(1), 48–59.

<https://doi.org/10.1080/17522439.2015.1053969>

Davidson, L., & González-Ibáñez, Á. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189–205. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100011>

Dos Santos, B., & Beavan, V. (2015). Qualitatively exploring Hearing Voices Network support groups. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 10(1), 26–38. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-07-2014-0017>

Dudley, R., White, S., Miskin, R., Oakes, L., Longden, E., Steel, C., Swann, S., Underwood, R., & Peters, E. (2024). Hallucinations across sensory domains in people with post-traumatic stress disorder and psychosis. *Psychiatry Research*, 342, 116229. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116229>

Farhall, J., Greenwood, K. M., & Jackson, H. J. (2007). Coping with hallucinated voices in schizophrenia: A review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 476–493. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.002>

Feyaerts, J., Kusters, W., Van Duppen, Z., Vanheule, S., Myin-Germeys, I., & Sass, L. (2021). Uncovering the realities of delusional experience in schizophrenia: A qualitative phenomenological study in Belgium. *The Lancet Psychiatry*, 8(9), 784–796. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00158-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00158-7)

Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4th ed.). Sage Publications Ltd.

Florenzano, R. (2019). *Mecanismos de defensa*. En R. Florenzano (Ed.), *Psiquiatría*. Editorial

Mediterráneo.

Fonseca-Pedrero, E., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Inchausti, F., & Ortuño-Sierra, J. (2020). Psychotic-like experiences and cannabis use in adolescents from the general population. *Adicciones*, 32(1), 41–51. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1149>

Freud, S. (1911/1973). Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente (Caso Schreber). En *Obras completas* (Vol. 8). Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1936). *The ego and the mechanisms of defence*. Hogarth Press.

Fuchs, T. (2010). Phenomenology and psychopathology. En D. Schmicking & S. Gallagher (Eds.), *Handbook of phenomenology and cognitive science* (pp. 546–573). https://doi.org/10.1007/978-90-481-2646-0_28

Fuchs, T., & Van Duppen, Z. (2017). Time and events: On the phenomenology of temporal experience in schizophrenia (ancillary article to EAWE domain 2). *Psychopathology*, 50(1), 68–74. <https://doi.org/10.1159/000452416>

Fusar-Poli, P., Estradé, A., Stanghellini, G., Venables, J., Onwumere, J., Messas, G., Gilardi, L., Nelson, B., Patel, V., Bonoldi, I., Aragona, M., Cabrera, A., Rico, J., Hoque, A., Otaiku, J., Hunter, N., Tamellini, M. G., Maschião, L. F., Puchivailo, M. C., Piedade, V. L., Kéri, P., Kpodo, L., Sunkel, C., Bao, J., Shiers, D., Kuipers, E., Arango, C., & 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>

Gagiu, C., Dionisie, V., Manea, M. C., Mazilu, D. C., & Manea, M. (2024). Internalised

stigma, self-esteem and perceived social support as psychosocial predictors of quality of life in adult patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Medicine*, 13(22), 6959. <https://doi.org/10.3390/jcm13226959>

Gallardo, S. R. (2023). Psiquiatrización y cuerdisimo: Las voces en primera persona en el estado español. *En Libro de actas: IX Congreso de la REPS* (p. 175). Red Española de Psicología Social.

Giersch, A., & Mishara, A. L. (2017). Is schizophrenia a disorder of consciousness? Experimental and phenomenological support for anomalous unconscious processing. *Frontiers in Psychology*, 8, 1659. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01659>

Giacco, D., McCabe, R., Kallert, T., Hansson, L., Fiorillo, A., Priebe, S. (2012). Friends and symptom dimensions in patients with psychosis: A pooled analysis. *PLoS ONE*, 7(11), e50119. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050119>

Giannopoulou, I., Georgiades, S., Stefanou, M. I., Spandidos, D. A., & Rizos, E. (2023). Links between trauma and psychosis: Review. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 26(2), 386. <https://doi.org/10.3892/etm.2023.12085>

Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. W. H. Freeman.

Grady, S., Twomey, C., Cullen, C., & Gaynor, K. (2024). Does affect mediate the relationship between interpersonal trauma and psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 264, 435–447. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.01.008>

Gutiérrez-Zotes, J. A., Valero, J., Cortés, M. J., Labad, A., Ochoa, S., Ahuir, M., & Salamero, M. (2012). Adaptación española de la Escala de Insight Cognitivo de Beck (EICB)

en esquizofrénicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 2–9.
[https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(12\)70009-6](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70009-6)

Hardy, A., Emsley, R., Freeman, D., Bebbington, P., Garety, P. A., Kuipers, E. E., Dunn, G., & Fowler, D. (2016). Psychological mechanisms mediating effects between trauma and psychotic symptoms: The role of affect regulation, intrusive trauma memory, beliefs, and depression. *Schizophrenia Bulletin*, 42(Suppl. 1), S34–S43.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbv175>

Hardy, A. (2017). Pathways from trauma to psychotic experiences: A theoretically informed model of posttraumatic stress in psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8, 697.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00697>

Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., Garety, P., Kuipers, E., Bebbington, P., & Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 501–507.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000172480.56308.21>

Hayward, M., & Denietolis, B. (2014). The Hearing Voices Movement and the role of peer support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(4), 275–280.
<https://doi.org/10.1037/prj0000084>

Henriksen, M. G., Škodlar, B., Sass, L. A., & Parnas, J. (2010). Autism and perplexity: A qualitative and theoretical study of basic subjective experiences in schizophrenia. *Psychopathology*, 43(6), 357–368. <https://doi.org/10.1159/000320402>

Humpston, C. S. (2014). Perplexity and meaning: Toward a phenomenological “core” of psychotic experiences. *Schizophrenia Bulletin*, 40(2), 240–243.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbt195>

Ingall, B. R., McPhilbin, M., Lewandowski, F., Kotera, Y., Jordan, G., Slade, M., & Ng, F. (2025). Personal explanations for psychosis: A systematic review and thematic synthesis. *Schizophrenia Bulletin Open*, 6(1), sgaf012. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaf012>

Isham, L., Griffith, L., Boylan, A. M., Hicks, A., Wilson, N., Byrne, R., & Freeman, D. (2021). Understanding, treating, and renaming grandiose delusions: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(1), 119–140. <https://doi.org/10.1111/papt.12281>

Izcovich, L. (2012). El síntoma necesario. *Desde el Jardín de Freud*, (12), 15–30. <https://doi.org/10.15446/djf.n12.36933>

Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. Fondo de Cultura Económica.

Jester, D. J., Thomas, M. L., Sturm, E. T., Harvey, P. D., Keshavan, M., Davis, B. J., Saxena, S., Tampi, R., Leutwyler, H., Compton, M. T., Palmer, B. W., & Jeste, D. V. (2023). Review of major social determinants of health in schizophrenia-spectrum psychotic disorders: I. Clinical outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 49(4), 837–850. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbad023>

Johnstone, L., & Boyle, M. (2018). The power threat meaning framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 65(4), 800–817. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>

Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M., & Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological Medicine*, 42(9), 1857–1863.

<https://doi.org/10.1017/S0033291711002960>

Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, *160*(1), 4–12.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>

Kidd, J., & Ziebland, S. (2016). Narratives of mental health and illness on healthtalk.org.

BJPsych Bulletin, *40*(5), 273–276. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050955>

Kiran, C., & Chaudhury, S. (2009). Understanding delusions. *Industrial Psychiatry Journal*,

18(1), 3–18. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57851>

Kruse, E. A., & Dodell-Feder, D. (2025). Schizophrenia spectrum stigma in healthcare: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *16*, 1648957.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1648957>

Lacan, J. (1981). *El seminario, libro 3: Las psicosis (1955–1956)*. Paidós.

Lahera, G., Cid, J., González-Pinto, A., Cabrera, A., Mariner, C., Vieta, E., Arango, C., & Crespo-Facorro, B. (2020). Necesidades de las personas con psicosis y sus cuidadores: «En voz propia».

Revista de Psiquiatría y Salud Mental, *13*(2), 80–89.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.11.002>

Lavin, R., Bucci, S., Varese, F., & Berry, K. (2020). The relationship between insecure attachment and paranoia in psychosis: A systematic literature review. *British Journal of Clinical Psychology*,

59(1), 39–65. <https://doi.org/10.1111/bjc.12231>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

Longden, E., Corstens, D., Escher, S., & Romme, M. (2012). Voice hearing in a biographical context. *Psychosis*, *4*(3), 224–234.

<https://doi.org/10.1080/17522439.2011.596566>

Longden, E., House, A. O., & Waterman, M. G. (2016). Associations between nonauditory hallucinations, dissociation, and childhood adversity in first-episode psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(7), 545–560.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1155193>

Longden, E., Read, J., & Dillon, J. (2018). Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network self-help groups. *Community Mental Health Journal*, 54(2), 184–188. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0148-1>

Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S., & Varese, F. (2020). The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(6), 1104–1113. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa037>

Maleval, J.-C. (2010). *Las psicosis y el vínculo social: El nudo deshecho*. Gredos.

Martín, L., & Colina, F. (2022). *Manual de psicopatología*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Chiu, W. T., de Jonge, P., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Lim, C. C. W., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., Ochoa, S., Sampson, N., Scott, K., Viana, M. C., & Kessler, R. C. (2015). Psychotic experiences in the general population: A cross-national analysis based on 31,261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry*, 72(7), 697–705. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0575>

McKay, M. T., Kilmartin, L., Meagher, A., Cannon, M. A., Healy, C., & Clarke, M. C.

(2022). A revised and extended systematic review and meta-analysis of the relationship between childhood adversity and adult psychiatric disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 268–283. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.015>

Mejías Rosas, P. (2023). *Las voces que no escuchamos*. La Revolución Delirante.

Melegkovits, E. A., Tang, R., Pounds, O., Ashcroft, K., Jung, P., Kennerley, H., Fonagy, P., & Bloomfield, M. (2025). The experience and role of dissociation in psychosis following developmental trauma: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 117, 102564. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102564>

Méndez, E., Figueroa-Barra, A., Martínez, C., & Durán, E. (2024). Explorando el estigma hacia las personas con esquizofrenia en los medios de comunicación y sus discursos privados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(4), 471–479. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.07.003>

Messari, S., & Hallam, R. (2003). CBT for psychosis: A qualitative analysis of clients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 171–188. <https://doi.org/10.1348/014466503321903580>

Michalska da Rocha, B., Rhodes, S., Vasilopoulou, E., & Hutton, P. (2018). Loneliness in psychosis: A meta-analytical review. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx036>

Minkowitz, T. (2021). *Reimaginando el apoyo en situaciones de crisis*. Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry.

Moernaut, N., Vanheule, S., & Feyaerts, J. (2018). Content matters: A qualitative analysis of verbal hallucinations. *Frontiers in Psychology*, 9, 1958. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01958>

Monshouwer, K., Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorsselaer, S., Bak, M., Gunther, N., Delespaul, P., van Os, J., & de Graaf, R. (2023). Prevalence, incidence, and persistence of psychotic experiences in the general population: Results of a 9-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 53(8), 3750–3761. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002690>

Mosca, A., Chiappini, S., Pasino, A., Miuli, A., Marrangone, C., Pettorruso, M., & Martinotti, G. (2025). Anomalous self-experience in schizophrenia spectrum disorders: Phenomenological and psychopathological correlates. *Schizophrenia Research: Cognition*, 42, 100389. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2025.100389>

Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & van Os, J. (2005). Behavioural sensitization to daily life stress in psychosis. *Psychological Medicine*, 35(5), 733–741. <https://doi.org/10.1017/S0033291704004179>

Myin-Germeys, I., Peeters, F., Havermans, R., Nicolson, N. A., DeVries, M. W., Delespaul, P., & van Os, J. (2003). Emotional reactivity to daily life stress in psychosis and affective disorder: An experience sampling study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 124–131. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02025.x>

Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2007). Stress reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 409–424. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.005>

Naval i Cucurella, A. (2026, febrero 25). Contra la toxicidad psiquiátrica: Voces de supervivientes como antídotos. *Primera Vocal*. <https://primeravocal.org/contra-la-toxicidad-psiquiatrica-voces-de-supervivientes-como-antidos-de-aina-naval-i-cucurella/>

Newey, I. (2026, enero 9). Volver al cuerpo. *Primera Vocal*.

<https://primeravocal.org/volver-al-cuerpo-de-irene-newey/>

Ng, P., Chun, R. W., & Tsun, A. (2012). Recovering from hallucinations: A qualitative study of coping with voice hearing of people with schizophrenia in Hong Kong. *The Scientific World Journal*, 2012, 232619. <https://doi.org/10.1100/2012/232619>

Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.5>

Norman, R. M. G., Malla, A. K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., & Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 80(2–3), 227–234. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.05.006>

Olivos, P. (2009). La mente delirante: Psicopatología del delirio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(1), 67–85. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272009000100009>

Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Panayi, P., Berry, K., Sellwood, W., Campodonico, C., Bentall, R. P., & Varese, F. (2022). The role and clinical correlates of complex post-traumatic stress disorder in people with psychosis. *Frontiers in Psychology*, 13, 791996. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.791996>

Parnas, J., & Sass, L. A. (2001). Self, solipsism, and schizophrenic delusions. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(2–3), 101–120. <https://doi.org/10.1353/ppp.2001.0010>

Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236–258.

<https://doi.org/10.1159/000087586>

Peng, M. M., Zhang, T. M., Liu, K. Z., Gong, K., Huang, C. H., Dai, G. Z., Hu, S. H., Lin, F. R., Chan, S. K. W., Ng, S., & Ran, M. S. (2019). Perception of social support and psychotic symptoms among persons with schizophrenia: A strategy to lessen caregiver burden. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7–8), 548–557.

<https://doi.org/10.1177/0020764019866230>

Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Cuevas-Yust, C., Pérez-Álvarez, M., Ductor-Recuerda, M. J., Salas-Azcona, R., & Gómez-Gómez, M. T. (2010). A preliminary exploration of trauma, dissociation, and positive psychotic symptoms in a Spanish sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 284–292.

<https://doi.org/10.1080/15299731003786462>

Pienkos, E., Silverstein, S. M., & Sass, L. A. (2017). The phenomenology of anomalous world experience in schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Phenomenological Psychology*, 48(2), 188–213. <https://doi.org/10.1163/15691624-12341328>

Powers, A. R., Kelley, M. S., & Corlett, P. R. (2017). Varieties of voice-hearing and the psychosis continuum. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 84–98.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbw133>

Principado de Asturias. (2025). *Pacto por la Salud Mental del Principado de Asturias.*

<https://www.asturias.es/documents/31867/0/Pacto+por+la+Salud+Mental+del+Principado+de+Asturias.pdf>

Pruessner, M., Iyer, S. N., Faridi, K., Joobar, R., & Malla, A. K. (2011). Stress and protective factors in individuals at ultra-high risk for psychosis, first episode psychosis and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 129(1), 29–35.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.03.022>

Read, J., Bentall, R. P., & 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.

<https://doi.org/10.1017/S1121189X00000257>

Rhodes, J. E., O'Neill, N. D., & Nel, P. W. (2018). Psychosis and sexual abuse: An interpretative phenomenological analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *25*(3), 351–360. <https://doi.org/10.1002/cpp.2176>

Ritunnano, R., & Bortolotti, L. (2022). Do delusions have and give meaning? *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, *21*(4), 949–968.

<https://doi.org/10.1007/s11097-021-09706-4>

Ritunnano, R., Humpston, C., & Broome, M. R. (2022). Finding order within the disorder: A case study exploring the meaningfulness of delusions. *BJPsych Bulletin*, *46*(2), 109–115.

<https://doi.org/10.1192/bjb.2021.63>

Rodríguez-Rivera, I., Martínez-González, J., & Martínez-Taboas, A. (2020). Estudio cualitativo de la experiencia de búsqueda de ayuda en pacientes de salud mental. *Revista Caribeña de Psicología*, *4*(1), 55-69. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i1.2051>

Rojas-Malpica, C., de la Portilla-Geada, N., Mobilli-Rojas, A., & Martínez-Araujo, D. (2012). La psicosis única revisitada: De la nosotaxia a la nosología. *Salud Mental*, *35*(2), 109–122. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2012.015>

Romme, M. A. J., & Escher, S. D. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(2), 209–216. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.209>

Romme, M. A. J., & Escher, S. D. (2000). *Making sense of voices: A guide for mental health professionals working with people who hear voices*. Mind Publications.

Romme, M. A. J., Honig, A., Noorthoorn, E. O., & Escher, A. D. M. A. C. (1992). Coping with hearing voices: An emancipatory approach. *The British Journal of Psychiatry*, *161*(1), 99–103. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.1.99>

Romme, M., & Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces: Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces* (1.^a ed. act. en español). Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis.

Sanjuán, J., González, J. C., Aguilar, E. J., Leal, C., & van Os, J. (2004). Pleasurable auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*(4), 273–278. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00376.x>

Sanmartín Galván, D. M., Scaffy Vivero, J. D., Sánchez Prado, R. E., & Vera Mena, M. E. (2025). Impacto de las reacciones adversas en la salud de la población asociadas al empleo de psicofármacos. *Más Vita. Revista de Ciencias de la Salud*, *7*(1), 81–91. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0261>

Sass, L., & Feyaerts, J. (2024). Schizophrenia, the very idea: On self-disorder, hyperreflexivity, and the diagnostic concept. *Schizophrenia Research*, *267*, 473–486. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.11.015>

Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, *29*(3), 427–444. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017>

Sass, L., & Ratcliffe, M. (2017). Atmosphere: On the phenomenology of “atmospheric” alterations in schizophrenia—Overall sense of reality, familiarity, vitality, meaning, or

relevance (ancillary article to EAWWE domain 5). *Psychopathology*, 50(1), 90–97.
<https://doi.org/10.1159/000454878>

Serra-Arumí, C., Vila-Badia, R., Del Cacho, N., Butjosa, A., Abella, M., Colomer-Salvans, A., Cunill, R., Tena, M. C., Véliz, D. I., Bustos-Cardona, T., Dolz, M., & Usall, J. (2023). Association of perceived social support with sociodemographic, clinical, and psychosocial variables in patients with first-episode psychosis. *Journal of Psychiatric Research*, 162, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.04.008>

Simón-Expósito, M., & Felipe-Castaño, E. (2022). Variables neuropsicológicas y psicopatológicas que modulan la introspección cognitiva en personas con esquizofrenia. *Anales de Psicología*, 38(1), 46–54. <https://doi.org/10.6018/analesps.472101>

Skehan, D., Larkin, W., & Read, J. (2012). Childhood adversity and psychosis: A literature review with clinical and societal implications. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 17(4), 373–391. <https://doi.org/10.1057/pcs.2012.33>

So, S. H., Freeman, D., Dunn, G., Kapur, S., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., & Garety, P. A. (2012). Jumping to conclusions, a lack of belief flexibility and delusional conviction in psychosis: A longitudinal investigation of the structure, frequency, and relatedness of reasoning biases. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 129–139. <https://doi.org/10.1037/a0025297>

Spitzer, M. (1990). On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry*, 31(5), 377–397. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(90\)90018-D](https://doi.org/10.1016/0010-440X(90)90018-D)

Stanghellini, G., Ballerini, M., & Mancini, M. (2017). Other persons: On the phenomenology of interpersonal experience in schizophrenia (ancillary article to EAWWE

domain 3). *Psychopathology*, 50(1), 75–82. <https://doi.org/10.1159/000454877>

Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4), e20200438. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>

Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper & Row.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Paidós.

Tee, H., Chevalier, A., Webber, M., Xanthopoulou, P., Priebe, S., & Giacco, D. (2022). Who wants more social contacts? A cross-sectional study of people with psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 244, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.04.019>

Ternamian, A. A., Marchal, M., Haesebaert, J., & Haesebaert, F. (2025). Positive symptoms and their associations with life and trauma events among young adults in a first-episode psychosis clinic: Qualitative analysis. *BJPsych Open*, 11(5), e178. <https://doi.org/10.1192/bjo.2025.178>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Trotta, A., Di Forti, M., Mondelli, V., Dazzan, P., Pariante, C. M., David, A., Mulè, A., Ferraro, L., Formica, I., Murray, R. M., & Fisher, H. L. (2013). Prevalence of bullying victimisation amongst first-episode psychosis patients and unaffected controls. *Schizophrenia Research*, 150(1), 169–175. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.001>

Trotta, A., Murray, R. M., & Fisher, H. L. (2015). The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(12), 2481–2498. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000574>

Tyson, J. W., House, E. M., & Donovan, A. L. (2020). Assessing youth with psychotic experiences: A phenomenological approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.002>

UNESCO. (2021). *Recommendation on Open Science*. UNESCO.

Valavanis, S., Thompson, C., & Murray, C. D. (2019). Positive aspects of voice-hearing: A qualitative metasynthesis. *Mental Health, Religion & Culture*, 22(2), 208–225. <https://doi.org/10.1080/13674676.2019.1590819>

Van den Berg, D., Tolmeijer, E., Jongeneel, A., Staring, A. B. P., Palstra, E., van der Gaag, M., & Hardy, A. (2022). Voice phenomenology as a mirror of the past. *Psychological Medicine*, 53(7), 2954–2962. <https://doi.org/10.1017/S003329172100394X>

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer.

Vanheule, S., & van Os, J. (2024). *Entender la psicosis en 33 preguntas*. SARA Ediciones.

Van Manen, M., & Van Manen, M. (2021). Doing Phenomenological Research and Writing. *Qualitative Health Research*, 31(6), 1069-1082. <https://doi.org/10.1177/10497323211003058>

Van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(2), 118–124. <https://doi.org/10.1002/wps.20310>

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of case-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>

Vasan, S., Sushil Antony, S., & Samuel, R. (2026). Exploring the impact of psychosis on functioning in persons with serious mental illness: A descriptive phenomenological study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1177/02537176261416243>

VERBI Software. (2025). *MAXQDA (Version 26)* [Computer software]. VERBI Software.

Vila-Badia, R., Butjosa, A., Del Cacho, N., Serra-Arumí, C., Esteban Sanjusto, M., Ochoa, S., & Usall, J. (2021). Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first episode psychosis: What is the evidence that childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A systematic review. *Schizophrenia Research*, 228, 159–179. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.047>

Wang, X., Hu, J., Wang, X., Liu, J., & Wang, Y. (2025). Prevalence of stigma among patients with schizophrenia: A multi-country systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 16, 1673832. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1673832>

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Hogarth Press.

Woods, A., Jones, N., Alderson-Day, B., Callard, F., & Fernyhough, C. (2015). Experiences of hearing voices: Analysis of a novel phenomenological survey. *The Lancet Psychiatry*, 2(4), 323–331. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00006-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00006-1)

World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki:

Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Yébenes Escardó, Z. (2016). Contar historias: Experiencia subjetiva y psicosis. Reflexiones a propósito de una investigación antropológica. *Tramas*, 46, 113–153. <https://doi.org/10.22201/iifs.18704654e.2016.46.1576>

Yung, A. R., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J. A., Baksheev, G., & Cotton, S. (2009). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: Implications for the continuum model of psychosis. *Schizophrenia Research*, 108(1–3), 84–90. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.11.006>

Zahavi, D. (2008). *Subjetividad e identidad: Investigación de la perspectiva en primera persona*. MIT Press.

Zhou, L., Sommer, I. E. C., Yang, P., Sikirin, L., van Os, J., Bentall, R. P., Varese, F., & Begemann, M. J. H. (2025). What do four decades of research tell us about the association between childhood adversity and psychosis: An updated and extended multi-level meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 182(4), 360–372. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240456>

7. ANEXOS

7.1. ANEXO I. CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Antes de llevar a cabo la entrevista, es necesario que contestes a una serie de preguntas para saber un poco más sobre tí y tu contexto. En aquellas preguntas con múltiples opciones de respuesta, responde seleccionando la opción que más se ajuste a tus circunstancias particulares.

- Fecha de nacimiento:

- Género:
 - Femenino
 - Masculino
 - Otro
 - Prefiere no contestar

- N° de hijos:

- Nacionalidad:

- Nivel educativo:
 - Sin estudios
 - Estudios primarios
 - Estudios secundarios
 - Grado medio/superior

- Estudios universitarios
- Superior (especialización, máster, doctorado...)

- Situación laboral:
 - Activo
 - ILT
 - Incapacidad permanente (parcial/total/absoluta)
 - Paro

- Situación socioeconómica (ingresos mensuales):
 - 0 - 500€
 - 500€ - 1000€
 - 1000€ - 1500€
 - +1500€

- Apoyo social percibido: ¿En qué medida sientes que puedes contar con las personas de tu entorno cuando enfrentas una situación difícil?

7.2. ANEXO II. FORMULARIO DE DERIVACIÓN Y VARIABLES CLÍNICAS

El presente formulario corresponde al Trabajo de Investigación de Fin de Residencia titulado *Dando voz a lo incomprensible. Lo que las voces y las ideas cuentan.*

Este proyecto de investigación parte de la siguiente pregunta: *¿Cómo interpretan y vivencian los síntomas psicóticos positivos las personas atendidas en el Sistema de Salud Mental de Asturias, según la experiencia recogida a través de entrevista semiestructurada?*

Equipo investigador y responsable:

Isabel Amez Antuña isabel.amez@sespa.es

Janire Fernández Olivares janire.fernandez@sespa.es

Eduarne Iriarte Gurbindo edurne.iriarte@sespa.es

OBJETIVOS:

4.1. Principal

Conocer cómo vivencian y significan sus síntomas las personas con experiencias psicóticas que son atendidas en los dispositivos de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

4.2. Específicos

- Explorar cómo las personas con síntomas psicóticos comprenden y elaboran el significado de sus síntomas.
- Profundizar en el modo en que estas experiencias se vinculan con su historia vital y emocional.
- Comprender cómo estas vivencias afectan a su vida cotidiana, y cómo impactan en la identidad, los vínculos y el proyecto de vida.
- Conocer qué recursos personales y relacionales emplean para afrontar y convivir con sus síntomas.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

1. Presencia en la historia clínica de síntomas psicóticos positivos (delirios, alucinaciones, desorganización del pensamiento, alteraciones del yo etc) con una evolución mínima de dos años.
2. Que dichos síntomas hayan estado presentes en los últimos diez años, aunque no se manifiesten en la actualidad.
3. Capacidad para identificar y narrar experiencias subjetivas asociadas a dichos síntomas.
4. Capacidad para reflexionar y metacomunicar sobre vivencias emocionales y posibles situaciones de adversidad.
5. Valoración positiva sobre la idoneidad de la participación, consensuada entre la persona y su profesional de referencia.
6. Edad comprendida entre los 18 y los 70 años.
7. Capacidad para comprender y responder a la entrevista semiestructurada.
8. Consentimiento informado firmado.
9. Que los síntomas sean compatibles con alguno de los siguientes diagnósticos, o que exista un diagnóstico principal recogido en la historia clínica que esté comprendido entre los Trastornos Psicóticos (F20-F29), el Trastorno de Personalidad paranoide (F60), el Trastorno de Estrés Postraumático crónico (F43.12), el Trastorno de Identidad Disociativa (F44.81) y/o el Trastorno Disociativo No Especificado (F44.9), según la CIE-10.

PROCEDIMIENTO DE DERIVACIÓN:

Para la participación en este proyecto de investigación será necesario rellenar y enviar al equipo investigador vía email el siguiente formulario con los datos del paciente interesado:

- Nombre y apellidos.....

- Número de Historia Clínica.....

- Diagnóstico principal (según criterios CIE-10).....

- Tiempo de evolución de los síntomas psicóticos (Años/meses transcurridos desde la aparición de los primeros síntomas psicóticos positivos)
.....
.....

- Tratamiento psicofarmacológico actual (indicar fármaco y tipo de toma/administración)
.....
.....

- Tipo de dispositivo asistencial en el que se encuentra a seguimiento en el momento actual:
.....
.....

- Número de hospitalizaciones previas:
.....
.....

- Presencia de otros diagnósticos comórbidos:
.....
.....

7.3. ANEXO III. GUIÓN TEMÁTICO DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Participante n°:

Código de participante:

Dispositivo en el que es atendido:

Fecha inicial de entrevista:

Fecha/s siguientes entrevistas:

Entrevistadora:

POSIBLES EXPERIENCIAS PERCEPTIVAS

Este cuestionario ha sido diseñado para realizar una exploración acerca de las posibles experiencias perceptivas y de aquellas formas personales de comprender la realidad que puede tener un ser humano. Las personas, contamos con un organismo preparado para captar por múltiples vías distinta información sensorial, tanto del entorno que nos rodea, como de nuestro propio cuerpo. Físicamente, tenemos 5 sentidos que reciben información visual, auditiva, táctil, olfativa y gustativa. Pero además, tenemos la capacidad de aportar significado a las experiencias que percibimos, dándoles un sentido que nos ayude a comprenderlas. Esta última capacidad, es totalmente personal. Todos la tenemos, pero cada uno la utiliza a su manera, ya que depende de nuestra historia biográfica, nuestro entorno, nuestras relaciones y nuestra propia subjetividad. De esta manera, nunca encontraremos dos personas que vivan experiencias exactamente iguales. Con estas preguntas, queremos conocer las percepciones que forman parte de tu mundo y tu visión sobre ellas.

BLOQUE 1: ALUCINACIONES

Percepciones auditivas

¿Te ha ocurrido alguna vez escuchar sonidos (música, pasos, golpes, ruidos...) cuando parecía que no venían de ningún lugar concreto?

¿Alguna vez has oído palabras, murmullos, susurros o has sentido que alguien te hablaba, aunque estuvieras solo y no vieras a nadie?

¿Alguna vez has oído a los vecinos o a la gente por la calle diciendo cosas que los demás parecen no percibir de la misma manera?

Percepciones visuales

¿Alguna vez has visto sombras, luces, figuras, destellos... que otras personas a tu alrededor no parecían ver?

¿Y te ha pasado que veas personas, animales, escenas, objetos o rostros que los demás no parecían ver o que después no encontraras?

¿Y no ver algo o a alguien que tenías delante (no verte al mirarte en un espejo, no ver algún objeto que estaba físicamente...)?

¿Te ha ocurrido en alguna ocasión que veas objetos o personas de un tamaño inusual (más pequeños o más grandes de lo habitual), o distorsionados de alguna manera?

¿Alguna vez has visto ángeles, demonios, espíritus, presencias, alienígenas, deidades... que las personas de tu alrededor no pueden ver?

Percepciones olfativas

¿Alguna vez has notado olores y parecía que nadie más los olía? (quemado, basura, podrido, perfume, flores, comida, olores de la infancia...)

Percepciones gustativas

¿Te ha pasado sentir un sabor (agradable o desagradable) sin saber por qué?

¿Alguna vez has sentido sabores raros, aunque no estuvieras comiendo nada diferente o en mal estado?

Percepciones táctiles, cenestésicas y cinestésicas

¿Te ha ocurrido alguna vez sentir que algo te rozaba, te tocaba o te agarraba de manera **agradable**, aunque no vieras nada?

¿Y alguna vez has sentido que algo te golpeaba, te empujaba, te pellizcaba o te rozara de manera **desagradable**, aunque no vieras nada?

¿Te ha pasado que sientas una sensación intensa en tu cuerpo como calor o frío súbito sin aparentes cambios de temperatura, descargas eléctricas, punzadas, vibraciones, incomodidad, placer...?

¿Alguna vez has notado que algo caminaba sobre o bajo tu piel, o has tenido sensación de hormigueo inexplicable?

¿Y te ha pasado que sientas partes del cuerpo de manera distorsionada sin razón aparente, por ejemplo, hinchazón, cambios en la forma o el peso...?

¿Alguna vez has notado que alguna parte de tu cuerpo no te pertenecía, o se sentía extraña?

¿Alguna vez has sentido que algún órgano ha cambiado de lugar, o incluso que falta dentro del cuerpo?

¿Te ha ocurrido tener la sensación de que el cuerpo se pudre por dentro?

¿Y de tener materiales extraños dentro (metal, agua, piedras, microchips...)?

¿Alguna vez has sentido que el interior de tu cuerpo estaba siendo manipulado, cambiado o interferido por algo o alguien externo?

¿Y alguna vez has tenido experiencias de estimulación genital o caricias sexuales sin causa?

BLOQUE 2: DELIRIOS

Ideas o creencias particulares

¿Alguna vez has tenido la sensación o presentimiento de que algo importante está “a punto de suceder”, aunque no sepas exactamente qué es?

¿Alguna vez has experimentado la sensación de que el mundo o tu entorno comienzan a volverse extraños o distintos, de que algo diferente está ocurriendo, aunque no puedas precisar el qué?

¿Alguna vez has sentido que detalles pequeños —como miradas, gestos, palabras, sonidos, letreros, mensajes— parecían tener un significado especial dirigido a ti?

¿Y te has dado cuenta o has descubierto que ciertos hechos, cosas o personas tenían conexiones o sentidos que antes no percibías?

¿Te ha sucedido sentir que, de repente, todo en tu mundo se rompía o se desorganizaba, como si nada tuviera ya sentido?

¿Te ha pasado que, de pronto, aparecieran en tu mente imágenes, escenas o pensamientos muy intensos, que no sabías cómo entender, unir o explicar?

¿Te ha pasado sentir una gran confusión o miedo porque no podías darle sentido a lo que estabas experimentando?

¿Te ha pasado tener una idea o creencia muy firme sobre algo que para ti es totalmente verdadero, aunque otras personas no lo compartan?

¿Alguna vez has sentido que has encontrado una explicación que conecta muchas cosas que antes te parecían misteriosas o extrañas?

Después de haber vivido alguna experiencia intensa o especial, ¿te ha quedado la sensación de que algo de aquello sigue siendo cierto, aunque ya no lo sientas con tanta fuerza?

¿Alguna vez has sentido que alguien te vigila, te sigue o quiere hacerte daño?

¿Has sentido que tienes alguna misión especial o que eres diferente de una forma importante?

¿Has notado que tienes habilidades que otras personas no entienden o no pueden reconocer?

¿Has notado señales de que alguien te ama en secreto?

¿Sientes que alguien importante está enamorado de ti aunque no te lo haya dicho?

BLOQUE 3: AUTOMATISMO

Pérdida de control de cuerpo y mente: mis pensamientos y acciones no son míos.

¿Alguna vez has sentido que tus pensamientos no son tuyos, o que alguien más los pone en tu mente?

¿Sientes que alguien o algo externo controla tus pensamientos o acciones?

¿Sientes que alguien más aparte de ti puede saber o escuchar lo que estás pensando?

¿Has tenido la sensación de que tus pensamientos se escuchaban como si alguien los dijera en voz alta dentro de tu cabeza, como si pudieras escucharlos más allá de pensarlos?

¿Alguna vez has sentido que tu mente se vacía de repente, como si tus pensamientos se esfumaran o como si alguien o algo los sacara de tu mente sin tu control?

¿Alguna vez sentiste que tu voz hablaba sola, como si dijera algo sin que tú lo decidieras?

¿Alguna vez has sentido que tu cuerpo se movía solo o que una parte de él actuaba sin que tú lo decidieras, como si alguien o algo lo moviera?

¿Te ha ocurrido que hiciste un gesto o un movimiento sin saber por qué, como si no fueras tú quien lo hizo?

¿Alguna vez has sentido que tu cara expresaba algo (una sonrisa, una mueca, un gesto) sin que tú lo sintieras por dentro?

¿Alguna vez te has visto a ti mismo como si te observaras desde fuera?

¿Te ha pasado percibir que tu cuerpo estaba duplicado o que había otro "tú" cerca de ti?

BLOQUE 4

PREGUNTAS A REALIZAR EN CASO DE QUE HAYA EXPERIENCIAS

PERCEPTIVAS AUDITIVAS Y/O VISUALES

Características de las voces / visiones

Nº	NOMBRE	SEX O	EDA D	VALENCIA SUBJETIVA (Positivo, negativo, ansiógeno, relajante...)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

¿Qué dice cada una? / ¿Qué hace cada una? / ¿Qué quiere transmitir? / ¿Por qué se te aparece?

1	
2	
3	
4	
5	
6	

¿Qué te hace sentir cada una?

1	
2	
3	
4	
5	
6	

¿Alguna de las voces / visiones tiene relación con alguien que conoces o conociste en el pasado?

La actitud o el tono de alguna de las voces / presencias te recuerda a alguien que conoces o has conocido? Si es así, ¿a quién?

¿Las voces / visiones siempre han sido las mismas o van cambiando? ¿Aparecen o han aparecido nuevas? ¿Ha desaparecido alguna?

Relación con las voces/presencias

Estamos tratando de determinar de qué forma percibes las voces cuando aparecen.

¿Proviene de tu interior (egosintónicas/"soy yo") o proviene de otra persona o de algo del exterior (egodistónicas/"no soy yo"). ¿Puedes explicar por qué? (Exclusiva voces)

¿Puedes establecer un diálogo con las voces / presencias o comunicarse con ellas de alguna manera?

¿Eres capaz de ejercer algún tipo de influencia o control sobre las voces / presencias?

¿Siempre ha sido así?

¿Alguna vez llamas a las voces / a la presencia? ¿En qué momentos?

Si te dan una orden, ¿eres capaz de negarte a cumplirla? ¿Cuáles sí y cuáles no? ¿Cómo reaccionan?

Cuando aparecen, ¿puedes concentrarte en lo que te están diciendo? ¿Es diferente con alguna voz / presencia? ¿Es diferente en alguna situación?

BLOQUE 5.

PARTES COMUNES.

Desencadenantes y funciones

¿Hay momentos particulares en los que *las voces / presencias / tu mundo* se intensifican? ¿Y momentos en los que estén ausentes? ¿Sabes por qué?

¿Has notado si *las voces / presencias / tus percepciones* están más presentes cuando sientes determinadas emociones?

¿Tienen algún efecto sobre la emoción que estás sintiendo? Por ejemplo, ¿hacen que te sientas más o menos deprimido/a o, más o menos enfadado, más o menos sólo...?

Como persona capaz de experimentar este tipo de percepciones, seguro que has querido encontrar una explicación o, incluso, ya tengas tu propia interpretación acerca del significado de *las voces / tu mundo*. Aquí lo que nos interesa es conocer qué piensas que causa estas percepciones, tu interpretación. A continuación te mostramos algunas posibles explicaciones a fin de que nos cuentes si son afines a tu forma de comprender estas vivencias:

- Las voces son de una persona que está viva / Mi mundo está formado por personas vivas :

- Las voces pertenecen a una persona que está muerta / Mi mundo está formado por personas muertas :
- ¿Qué explicación le das? (Síntomas de una enfermedad, partes de tu personalidad etc):
- Las voces son... (un guía, un dios bueno, un espíritu maligno, provienen de los demás. etc):

Impacto en la vida cotidiana (Función)

¿Cómo influyen *tus voces* / *tus percepciones* en tu vida cotidiana?

Esta pregunta se plantea de forma abierta, figurando las posibles opciones de respuesta a modo orientativo para las investigadoras:

- o Te ofrecen la solución a un problema
- o Te dan consejo y ayuda
- o Describen lo que haces o piensas
- o Controlan tu pensamiento, por lo que no puedes distinguirlo de las voces.
- o Te insultan o critican duramente lo que estás haciendo
- o Te prohíben hacer cosas

- o Refuerzan tus sentimientos o lo que piensas
- o Te hacen compañía
- o Te interrumpen cuando estás haciendo las cosas que disfrutas
- o Interfieren en tus conversaciones con otras personas
- o Te ordenan hacer cosas
- o Otros...

¿Te afectan a ti o a otros de alguna forma *las voces / tu mundo*?

¿Cómo consiguen influirte, por la forma en que dicen las cosas o simplemente por su presencia? / ¿Qué es lo que más te angustia de esto que estás viviendo (no poder compartir tu mundo, que los demás no lo entiendan, el papel que tienes dentro de tu mundo...)? (delirio)

¿Es posible para ti distanciarte de todas esas percepciones? Algo así como conectar y desconectar de ellas.

¿Te sientes agusto *con algunas de las voces / con cómo es tu mundo*? ¿Por qué? ¿Ha sido siempre así?

¿Temes alguna de las voces / de las percepciones? ¿Por qué? ¿Te recuerda a alguien o a alguna situación pasada?

Las percepciones que experimentas, son en líneas generales:

- o Predominantemente positivas

- o Predominantemente negativas
- o Predominantemente neutras
- o Igual de positivas que negativas

Relación con historia

Volvamos a la época en la que *tu mundo empezó a cambiar / empezaste a escuchar las voces* por primera vez. ¿Qué edad tenías?

¿Recuerdas qué estaba pasando en tu vida cuando todo comenzó?

¿Has experimentado en algún momento de tu vida eventos o circunstancias que hayas vivido como estresantes y/o que hayan repercutido en tu bienestar de forma significativa? En caso afirmativo, ¿Podrías explicar cuáles fueron esos eventos/situaciones? ¿Qué edad tenías cuando ocurrieron?

¿Crees que existe alguna relación entre una o más de estas circunstancias y el comienzo o cambio de *las voces / su mundo*?

Infancia

¿Cómo recuerdas tu infancia?

¿Te sentías seguro? (En la escuela, en la calle, en el hogar...)

¿Fuiste maltratado? ¿De qué forma?

¿Has presenciado maltratos a otro miembro de la familia?

¿Qué tipo de castigos recibías (encerrarte, atarte...)?

¿Tuviste la sensación de no haber sido un niño deseado o de que nunca hacías nada bien?

¿Alguna vez has presenciado abusos sexuales en tu familia o fuera del hogar?

¿Has tenido alguna vez contacto sexual contra tu voluntad, es decir, por la fuerza y en una situación de la que no podías escapar?

Historia de tratamiento (tipo de terapia, cuándo, duración, ingresos, medicación...)

¿Pudiste hablar con alguno de esos profesionales acerca de *tus voces / tu realidad*?

¿Qué hicieron ellos, cómo reaccionaron (subir medicación, ingreso, negar mis experiencias...)?

¿Alguna vez has probado terapias alternativas (acupuntura, exorcismos, bioenergética, homeopatía, curación paranormal, terapia regresiva/de reencarnación...? ¿Te fue útil?

Afrontamiento

Me gustaría saber qué haces exactamente *cuando escuchas las voces/ cuando las percepciones se vuelven muy intensas*. ¿Has desarrollado algún tipo de estrategia para lidiar con ese tipo de vivencias? En caso afirmativo, ¿Podrías explicar en qué consisten esas estrategias y qué efecto han tenido/tiene?

7.4. ANEXO IV. TABLAS.

7.4.1. TABLA 1. TABLA DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Código	Fecha nacimiento	Género	Nº hijos	Nacionalidad	Nivel educativo	Situación laboral	Situación socio económica	Apoyo social percibido
P1	20/5/1963	Masculino	1	Española	Estudios universitarios	Activo	500-1000€	Bastante
P2	11/6/1964	Femenino	0	Española	Grado medio/superior	Incapacidad permanente	500-1000€	Bastante
P3	31/3/1970	Masculino	0	Española	Grado medio/superior	Incapacidad permanente	500-1000€	Poco
P4	20/6/1953	Masculino	3	Española	Sin estudios	Incapacidad permanente	500-1000€	Poco
P5	28/8/1984	Femenino	0	Española	Estudios secundarios	En paro	0-500€	Poco
P6	27/10/1965	Masculino	0	Española	Estudios secundarios	Incapacidad permanente	1000-1500€	Mucho
P7	27/9/1991	Masculino	0	Española	Grado medio/superior	Incapacidad permanente	500-1000€	Mucho
P8	3/8/1972	Masculino	1	Española	Estudios primarios	Incapacidad permanente	>1500€	Poco
P9	12/6/1973	Masculino	0	Española	Estudios secundarios	Paro	0-500€	Normal

7.4.2 TABLA 2. TABLA DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Código	Dispositivo	Dx	Evolución	Comorbilidad	Tto
P1	CT	Esquizoafectivo	42	Abuso de sustancias	2 antipsicóticos
					3 antidepresivos
					2 ansiolíticos
P2	HD	Esquizofrenia	28	Obesidad y DM	3 antipsicóticos
					1 ansiolítico
P3	HD	Esquizofrenia	10	DM y Tno de personalidad	2 antipsicóticos 1 antidepresivo
P4	HD	Esquizofrenia	52	Sin comorbilidad	2 antipsicóticos 1 antidepresivo 1 ansiolítico
P5	CSM	Esquizofrenia	24	Sin comorbilidad	4 antipsicóticos
P6	CSM	Esquizofrenia	38	Sin comorbilidad	2 antipsicóticos
P7	HD	Esquizofrenia	18	Sin comorbilidad	3 antipsicóticos 1 antidepresivo 1 ansiolítico
P8	HD	Esquizofrenia	8	TOC	3 antipsicóticos 1 antidepresivo 4 ansiolíticos
P9	CSM Adicciones	Psicótico no especificado	3	Sin comorbilidad	1 antipsicótico 1 antidepresivo 1 ansiolítico

7.4.3. TABLA 3. TABLA DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS. TIPO DE SÍNTOMAS

Código	Alucinaciones	Delirios	Fenómenos de pasividad	Síntomas disociativos	Experiencias pre-delirantes	Ideas de muerte	Intentos autolíticos
P1	Auditiva compleja Cenestésica Visual compleja Macropsia/micropsia	Persecución	Lectura del pensamiento	Desdoblamiento	Autorreferencialidad	NO	NO
P2	Auditiva simple Visual simple Visual compleja	Bizarro Cenestésico	Intrusión sexual	Fragmentación corporal	NO	NO	NO
P3	Auditiva simple Auditiva compleja Visual compleja	NO	NO	NO	NO	NO	NO
P4	Auditiva simple Auditiva compleja Visual compleja Cenestésica	Nihilista	Difusión del pensamiento Vivencia de control	Autoscopia	NO	NO	NO
P5	Auditiva simple Auditiva compleja Gustativa Olfativa Visual compleja Táctil Cenestésica	Capgras Persecución Erotomaníaco	Difusión del pensamiento Intrusión sexual	NO	Trema	SI	SI
P6	Auditiva simple Auditiva compleja Visual compleja Olfativa Táctil	NO	Lectura del pensamiento Defusión del pensamiento Lectura del pensamiento Control del cuerpo	Autoscopia Desdoblamiento	NO	NO	NO

P7	Auditiva simple Auditiva compleja Visual simple Visual compleja Micropsia/ Macropsia Olfativa Gustativa Táctil Cenestésica Cinestésica	NO	Defusión del pensamiento Lectura del pensamiento Sensación de vacío	NO	Autorreferenci alidad Ideas de perjuicio	NO	SI
P8	Auditiva simple Auditiva compleja Visual compleja Olfativa Táctil Cenestésica	Persecución Místico	Eco del pensamiento Difusión del pensamiento Automatism o corporal Vivencia de control	NO	Trema	NO	NO
P9	Auditiva simple Auditiva compleja	Nihilista	NO	NO	Sensación persecutoria	NO	NO

7.4.4 TABLA 4. TABLA DE CÓDIGOS.

Categorías, subcategorías, subsubcategorías y códigos del tema “experiencias psicóticas”.

Categorías	Subcategorías/Subsubcategorías	Códigos
1. Impacto en la vida cotidiana	1.1.Barreras institucionales	Rigidez administrativa, Vulneración de derechos, Bloqueo de propósitos vitales
	1.2.Procesos de estigmatización	Autoestigma, Propio estigma, Estigma social, Estigma familiar, Estigma institucional
	1.3.Impacto relacional debido al síntoma	Rechazo social, Silenciamiento de la subjetividad, Ausencia de interés, Perjuicio, Sentirse una carga, Aislamiento, Conflicto, Desconfianza
	1.4.Experiencias de sufrimiento emocional	Incomprensión, Rabia, Miedo, Culpa, Angustia, Falta de privacidad, Tristeza, Limitación de experiencias placenteras, Humillación, Indefensión ante el síntoma, Vivencia de vacío, , Remordimiento, Tensión
	1.5.Experiencias negativas con el tratamiento farmacológico	Consecuencias relacionales, Consecuencias emocionales, Consecuencias cognitivas, Consecuencias somáticas
2. Vivencia de apoyos	2.1. Apoyo familiar	Validación y reconocimiento, Acompañamiento.
	2.2. Apoyo social	Comprensión del entorno, Sentirse querido.

	2.3. Apoyo institucional	Experiencia de mejoría con la medicación, Espacio seguro, Sentirse entendido.
3. Necesidades	3.1. Necesidades de autonomía y agencia	Vida independiente, Decisión sobre el tratamiento.
	3.2. Necesidades vinculares y de confianza	Sentirse persona confiable, Privacidad, Compañía.
	3.3. Necesidades de reconocimiento y validación	Respeto a su forma de estar en el mundo, Sentirse comprendido.
	3.4. Necesidad de entendimiento y búsqueda de significado	Cuestionamiento de los diagnósticos, Hablar de la enfermedad, Explicación del síntoma.
4. Experiencia subjetiva	4.1. Vivencia 4.1.1. Experiencias de relación con la muerte 4.1.2. Pensamiento sobre la experiencia y capacidad reflexiva 4.1.3. Modalidades vivenciales del síntoma	Intento autolítico, Ideas de muerte. Percepción de agencia, Capacidad de cuestionamiento. Clarividencia, Vivencia de abducción, Vivencia de estar muerto, Esperanza, Interdependencia con el síntoma, Vivencia de intrusión sexual, Impureza corporal, Fragmentación corporal, Intento de distanciamiento, Vivencia de alerta, Premonitorio, Sentirse diferente, Incontrolabilidad,

	<p>4.1.4. Aporte subjetivo de la experiencia</p>	<p>Confusión, Susplicacia, Experiencia de comunidad dentro del síntoma, Realidad propia, Certeza y Egosintónica.</p> <p>Doble valencia del síntoma, Alegría, Cuidado, Intimidad, Esperanza, Aprendizaje, Paz, Alivio, Mayor conciencia del presente, Valía, Protección, Consejo y ayuda, Compañía.</p>
	<p>4.2. Explicación del síntoma</p> <p>4.2.1. Origen externo o trascendente</p> <p>4.2.2. Dimensión personal</p> <p>4.2.3. Bases fisiológicas y de salud</p>	<p>Relación con eventos traumáticos, Espiritual, Atribución a agentes externos.</p> <p>Influencia de contenidos simbólicos, Sacrificio, Don especial, Desconcierto, Función defensiva del síntoma, Proveniente del interior.</p> <p>Alteración de los procesos del pensamiento, Enfermedad, Fisiológica.</p>
	<p>4.3. Estrategias de afrontamiento</p> <p>4.3.1. Acciones físicas y conductuales</p>	<p>Búsqueda de soledad, Hablar, Estar ocupado, Escuchar música,</p>

	<p>4.3.2. Búsqueda de apoyo externo</p> <p>4.3.3. Regulación interna</p>	<p>Consumo de drogas, Búsqueda de anclajes, Evitación, Deporte.</p> <p>Rezar, Petición al entorno, Entorno seguro.</p> <p>Mantener esperanza, Apoyo de voces positivas, Aceptación, Silencio, Autoinstrucción.</p>
	<p>4.4. Factores que aumentan percepciones</p> <p>4.4.1. Contexto social e interpersonal</p> <p>4.4.2. Factores fisiológicos o de actividad corporal</p> <p>4.4.3. Entorno y estímulos externos</p> <p>4.4.4. Estados afectivos</p>	<p>Estar enamorado, Navidad, Aglomeración, Soledad.</p> <p>Reacciones sexuales, Consumo de tóxicos.</p> <p>Naturaleza, Ruido, Momento del día.</p> <p>Dolor emocional, Inseguridad, Miedo, Tristeza.</p>
<p>5. Biografía y vulnerabilidad</p>	<p>5.1. Eventos adversos de historia vital</p> <p>5.1.1. Vulnerabilidad y falta de apoyo</p>	<p>Exposición a situación impactante, Falta de atención, Humillación, Invasión de la intimidad, Sentimiento de no</p>

	<p>5.1.2. Pérdida y eventos de transición vital</p> <p>5.1.3. Trauma por violencia e impacto</p> <p>5.1.4. Trauma social y escolar</p> <p>5.1.5. Trauma familiar y parental</p>	<p>pertenencia, Inseguridad, Falta de vínculos, Falta de ayuda, Indefensión.</p> <p>Pérdida del proyecto vital, Crisis económica, Desahucio, Muerte de persona cercana, Boda, Separaciones, Cambios de domicilio, Servicio militar.</p> <p>Inclusión del espacio privado, Vulneración corporal, Incidentes físicos en la infancia, Asesinato, Infancia dolorosa, Exposición o consumo problemático en familiares, Violencia física, Violencia psicológica, Violencia sexual</p> <p>Humillación, Estrés laboral, Bulling.</p> <p>Discusiones en el entorno familiar, Crianza estricta, Hacer sentir defectuoso, Doble vínculo, Falta de confianza en figuras de referencia, Vivencia de no ser deseado, Falta de comunicación, Incertidumbre sobre los orígenes, Trauma transgeneracional, Cuestionamiento paterno de la</p>
--	---	---

		paternidad, Ausencia física /emocional paterna, Abuso del rol parental.
	5.2. Contexto al inicio de las voces	Falta de sueño, Exposición a contenido significativo, Suma de AVE's, Separaciones, Uso de sustancias, Fallecimientos.

7.5. ANEXO V. HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES

HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES

Usted ha sido invitada a participar en el estudio titulado ‘**NARRATIVAS DE EXPERIENCIAS PSICÓTICAS EN PRIMERA PERSONA. Dando voz a lo incomprendido: Lo que las voces y las ideas cuentan**’. Antes de decidir si desea participar, es importante que comprenda en qué consiste el estudio, por qué se realiza, qué implicaciones tiene su participación y qué riesgos o beneficios puede conllevar. Por favor, lea detenidamente la siguiente información y no dude en hacer cualquier pregunta que considere necesaria para aclarar sus dudas.

Investigadoras:

Isabel Amez Antuña, número de colegiada: O-03413

Janire Fernández Olivares, número de colegiada: O-03415

Eduarne Iriarte Gurbindo, número de colegiada: O-03407

Promotor del estudio: Servicio de Salud Pública del Principado de Asturias

Contacto: isabel.amez@sespa.es, janire.fernandez@sespa.es, edurne.iriarte@sespa.es

Investigadores que informan:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio de investigación en el que se le invita a participar. A continuación encontrará la información necesaria para que pueda decidir, de

forma libre e informada, si desea participar en este estudio. Le recomendamos que la lea con calma y detenimiento, y que no dude en consultar cualquier duda o plantear cualquier cuestión que considere importante.

¿Quién realiza este estudio?

Este estudio está siendo llevado a cabo por un equipo de investigación formado por residentes de Psicología Clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

¿Cuál es el propósito del estudio?

El objetivo de esta investigación es explorar cómo las personas vivencian e interpretan sus experiencias perceptivas e ideas. A través de entrevistas, buscamos comprender estas vivencias desde la propia perspectiva de quienes las han experimentado. Esta información podrá contribuir a mejorar la comprensión clínica y social de estos fenómenos y a desarrollar formas de atención más sensibles y ajustadas a las necesidades de las personas.

¿Qué implica mi participación?

Si usted decide participar en el estudio, se le realizará una entrevista de carácter individual, que podrá desarrollarse en una o varias sesiones. La entrevista tendrá una duración aproximada de entre 60 y 120 minutos y será realizada por una de las personas investigadoras, en un espacio cómodo, privado y acordado previamente. Con su consentimiento, la entrevista será grabada en audio con el único fin de facilitar su posterior transcripción y análisis.

Las preguntas estarán orientadas a conocer su experiencia personal, su historia de vida y los significados que usted atribuye a las vivencias que desee compartir.

¿Es voluntaria mi participación?

Sí. Su participación es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte en modo alguno a su atención sanitaria o a sus derechos como paciente.

¿Qué riesgos existen?

Es posible que hablar sobre su experiencia personal le genere malestar emocional. Si durante la entrevista usted se siente incómodo/a o afectado/a, el entrevistador/a está capacitado/a para acompañarle en ese momento. Además, si usted lo desea, se le ofrecerá orientación para recibir ayuda psicológica si lo desea.

¿Qué beneficios obtendré?

No se prevén beneficios directos por su participación. Sin embargo, su testimonio puede ayudar a ampliar el conocimiento sobre las experiencias perceptivas y el contenido de los pensamientos y a mejorar las formas de comprensión, acompañamiento y tratamiento en salud mental.

Confidencialidad y protección de datos

Toda la información obtenida será tratada con la máxima confidencialidad. Los audios serán transcritos, anonimizados (sin datos personales identificativos) y codificados. Tanto los audios como las transcripciones serán almacenados en un lugar seguro y de acceso restringido exclusivamente al equipo investigador.

Una vez finalizado el análisis del estudio, las grabaciones serán eliminadas.

Este estudio cumple con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y con el Reglamento Europeo (UE) 2016/679 (RGPD).

¿Qué ocurre si deseo retirar mi consentimiento?

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión. En ese caso, podrá decidir si autoriza o no el uso de los datos recogidos hasta el momento. Si lo desea, toda la información previamente aportada será eliminada.

Contacto

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre el estudio, puede contactar con las personas responsables de la investigación mediante el contacto facilitado en la parte superior de este documento.

7.6. ANEXO VI. AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias
CONSEJERÍA DE SALUD	Hospital Universitario Central de Asturias
	N-1, S3.19
	Avda. de Roma, s/n
Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento	33011 Oviedo
	Tfno: 9851079 27 (ext. 37927/38028), ceim.asturias@asturias.org

Oviedo, 20 de enero de 2026

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación (Trabajo Fin de Residencia) T.F.R., código del CEImPA nº 2025.413, titulado **“La narrativa en primera persona en las experiencias psicóticas”**. Investigadoras Principales: Dña. Edurne Iriarte Gurbindo; Dña. Isabel Amez Antuña; Dña. Janire Fernández Olivares, Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Mental del Principado de Asturias.

- **Protocolo:** Versión de 29/09/2025.
- **HIP/CI:** Versión de 09/01/2026.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Los Consentimientos informados deberán firmarse por duplicado (para dejar constancia de ello) y una copia deberá ser archivada con la documentación del estudio.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: PABLO ISIDRO MARRÓN
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias

ISIDRO MARRON
PABLO - DNI
09435520T

Firmado digitalmente por ISIDRO
MARRON PABLO - DNI 09435520T
Fecha: 2026.01.20 13:41:03
+01'00'

7.7.ANEXO VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y REVOCACIÓN DE PARTICIPACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE

Narrativas de experiencias psicóticas en primera persona

Investigadoras: Isabel Amez (isabel.amez@sessa.es), Janire Fernández (janire.fernandez@sessa.es) y Edurne Iriarte (edurne.iriarte@sessa.es).

Yo, Don/Dña., con DNI.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.**
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.**
- He recibido suficiente información sobre el estudio.**
- He sido informado y estoy conforme con el acceso a mi Historia Clínica a fin de recopilar información sobre variables clínicas relevantes para el desarrollo de la investigación.**
- He hablado con:**
- He tenido tiempo suficiente para considerar de manera adecuada mi participación en**

el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

.....

.....

Firma de la participante

Firma de la investigadora

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha: ____ / ____ / ____

FORMULACIÓN DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Don/Dña. //con DNI.....en representación de

Don/Doña // deseo retirarme del estudio.....

.....

Firma del participante
facultativo

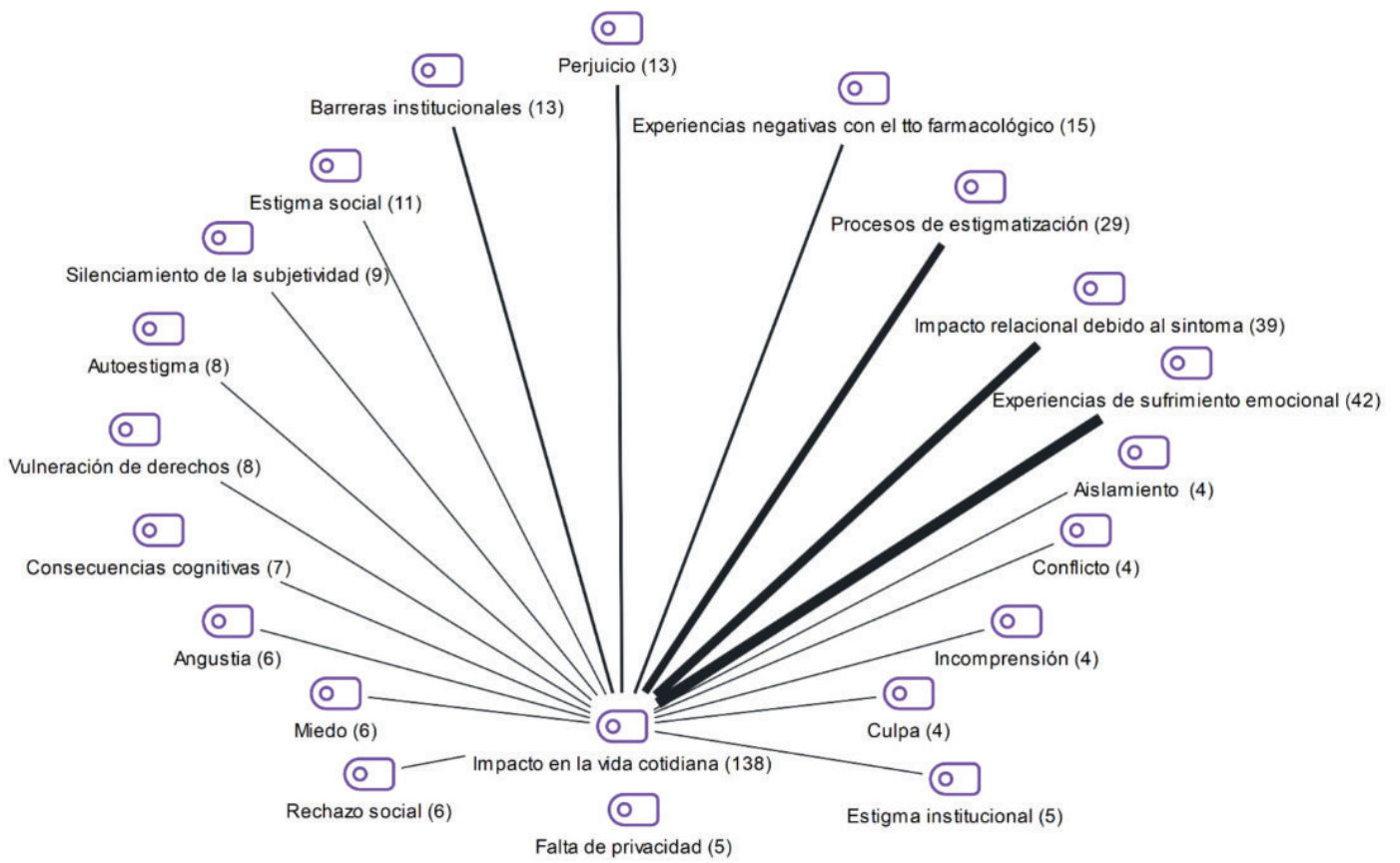
Firma del representante

Firma del

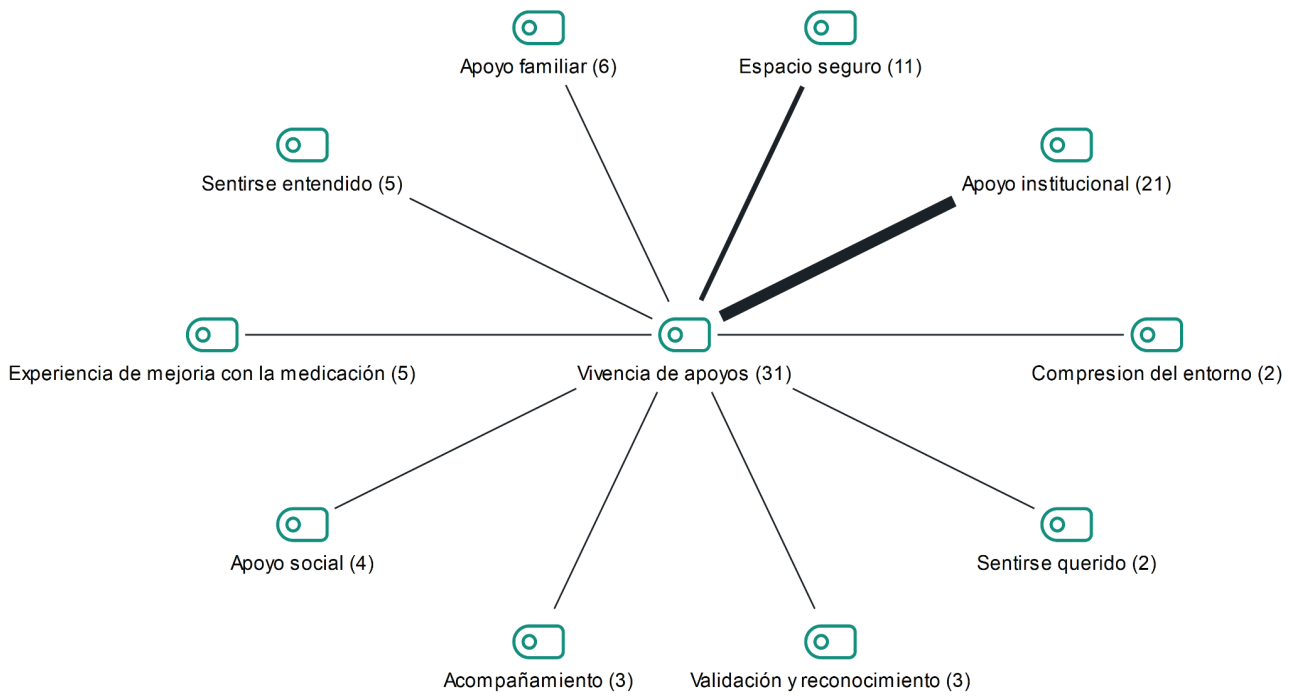
Fecha: ____/____/____
/____

Fecha: ____/____/____

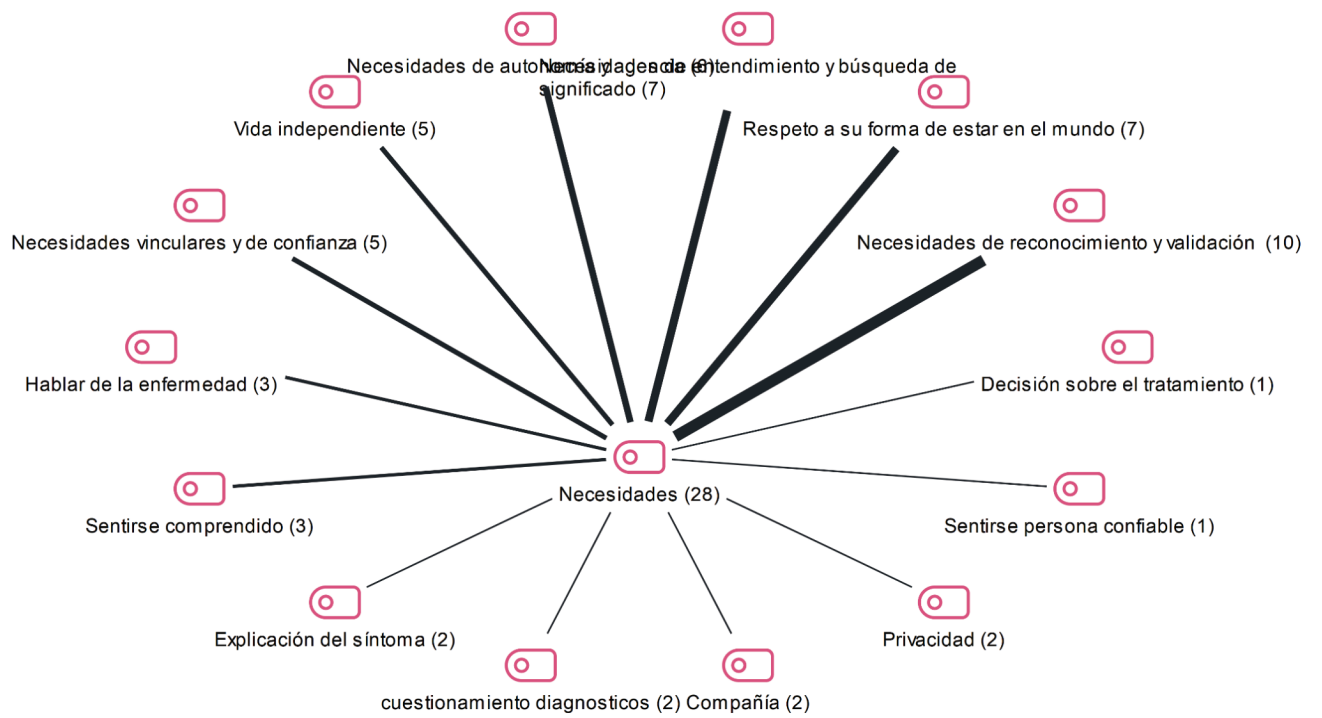
Fecha: ____/____



Anexo VIII: Anexo VIII: Modelo categoría - subcategoría - código - segmentos de la categoría “Impacto en la vida cotidiana”

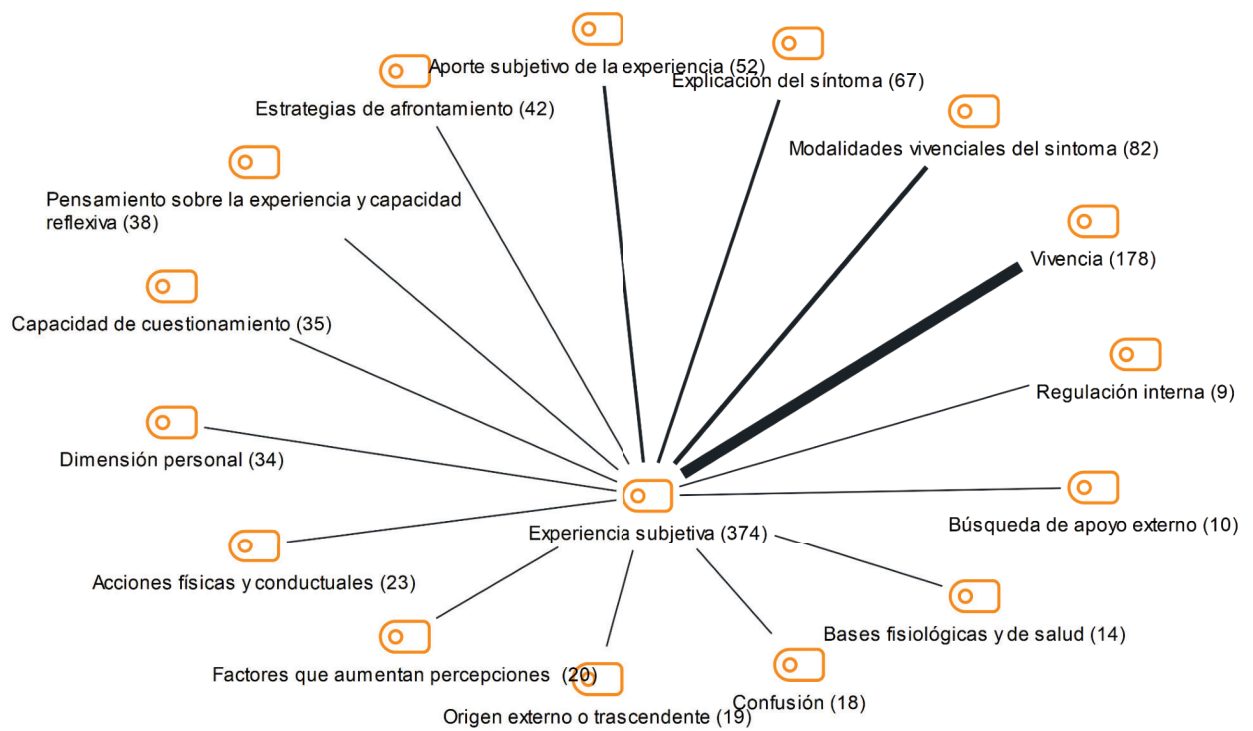


Anexo VIII: Modelo categoría - subcategoría - código - segmentos de la categoría “Vivencia de apoyos”

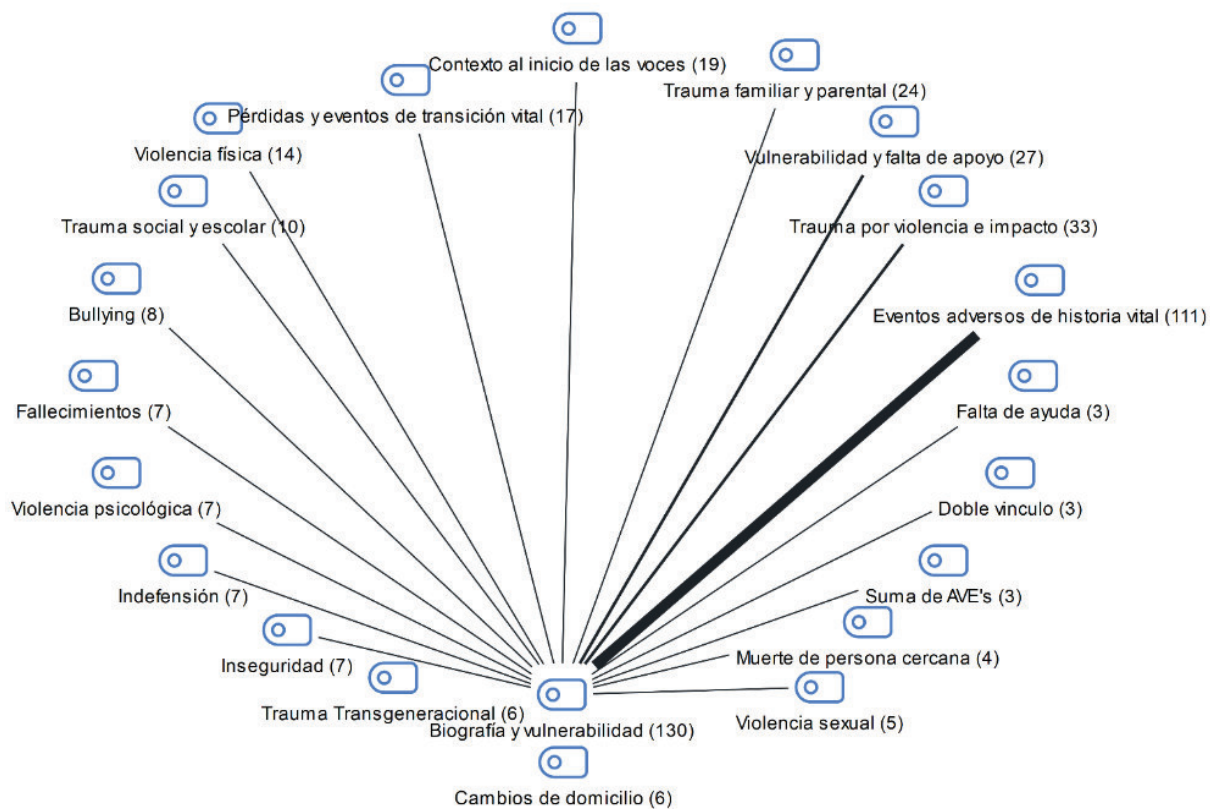


Anexo VIII: Modelo categoría - subcategoría - código - segmentos de la categoría

“Necesidades”



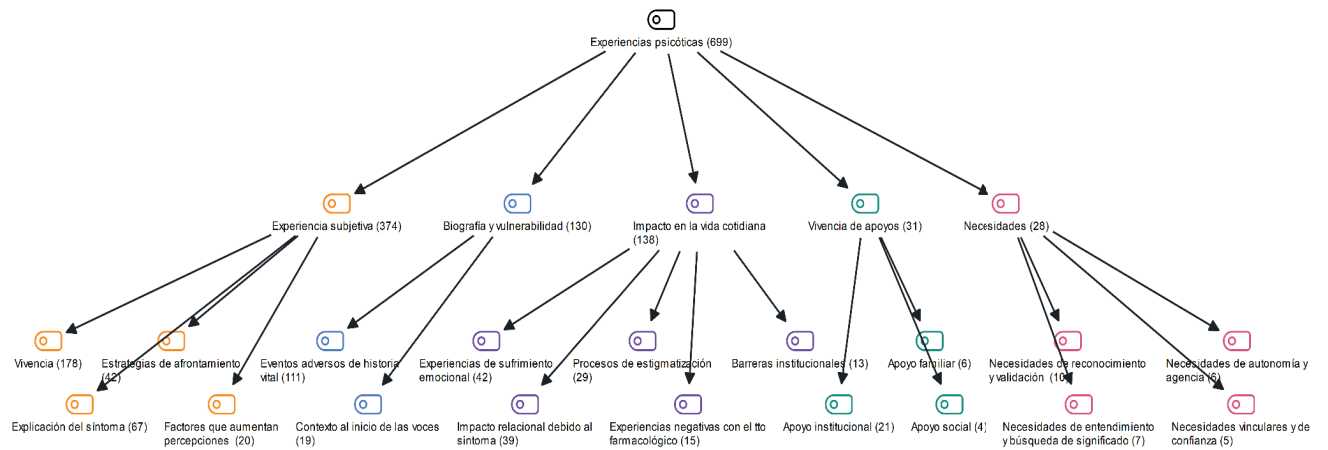
Anexo VIII: Modelo categoría - subcategoría - código - segmentos de la categoría
 “Experiencia subjetiva”



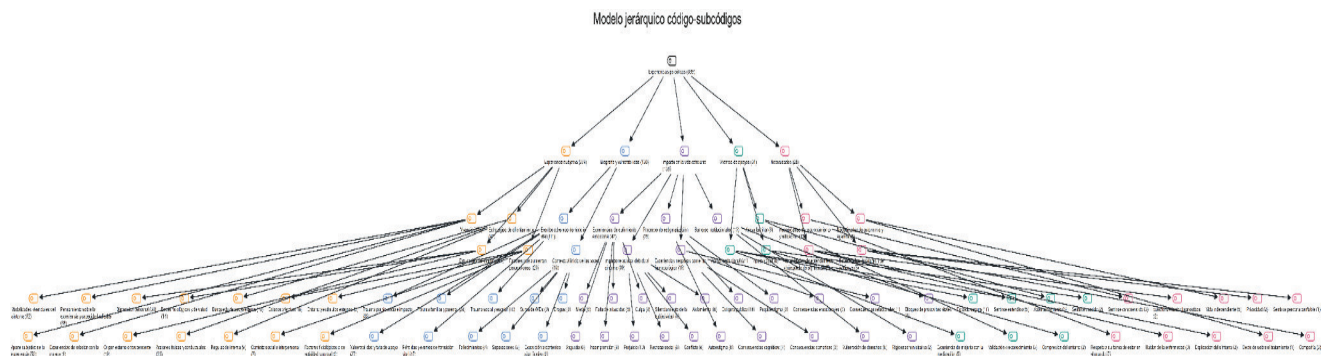
Anexo VIII: Modelo categoría - subcategoría - código - segmentos de la categoría “Biografía y vulnerabilidad”

7.9. ANEXO XIX. MODELOS JERÁRQUICOS DE DATOS CUALITATIVOS

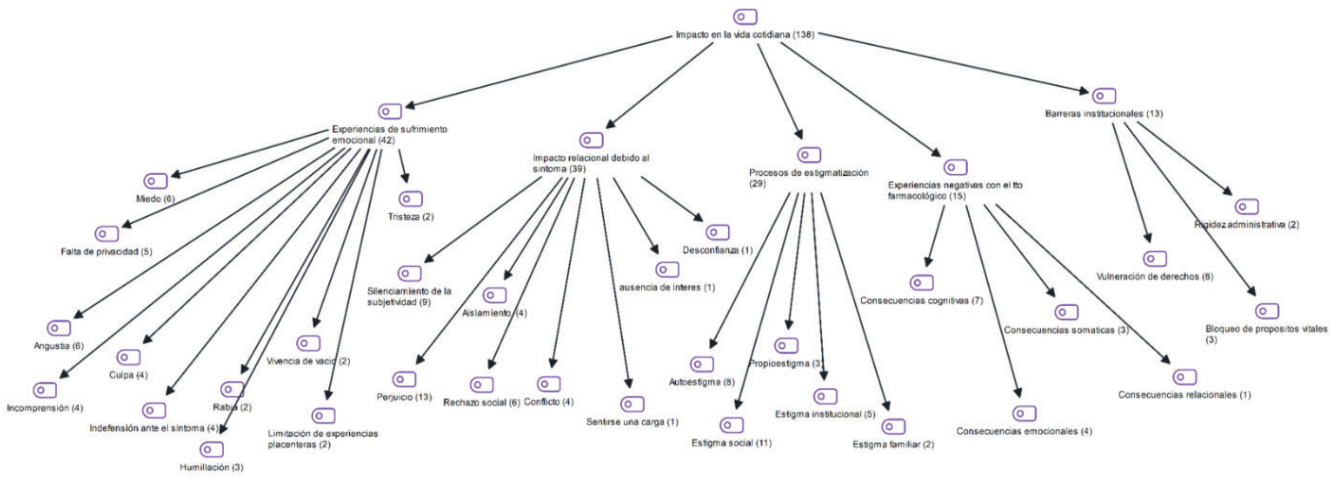
REALIZADOS CON EL PROGRAMA MAXQDA 26.0



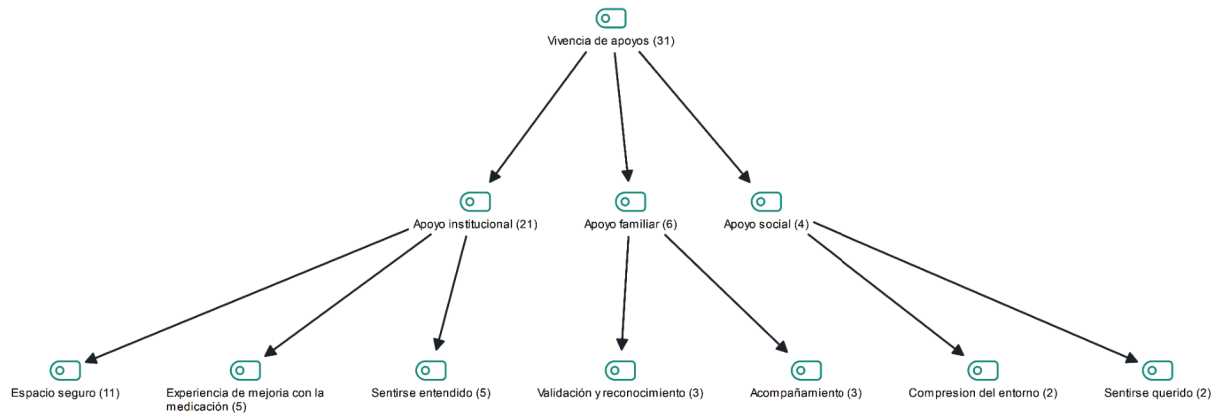
Anexo XIX: Modelo jerárquico código- subcódigo del tema “Experiencias psicóticas”
(categorías y subcategorías)



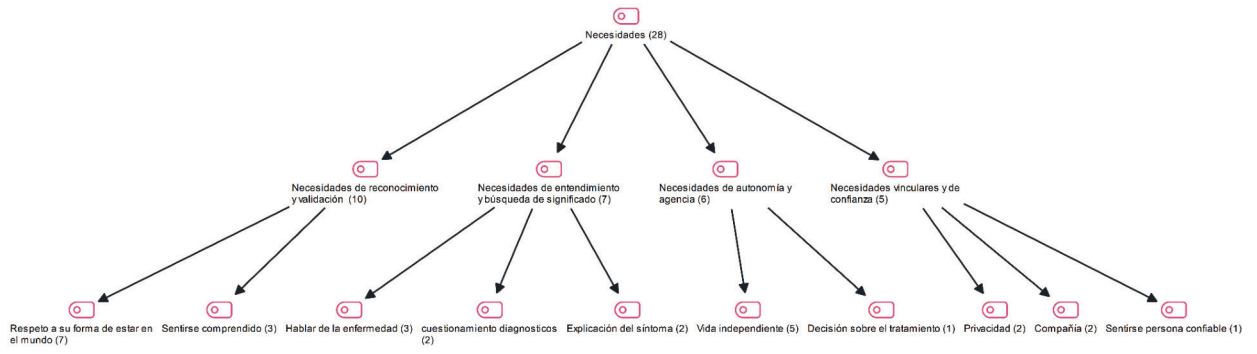
Anexo XIX: Modelo jerárquico código- subcódigo del tema “Experiencias psicóticas”
 (categorías, subcategorías, sub-subcategorías y códigos)



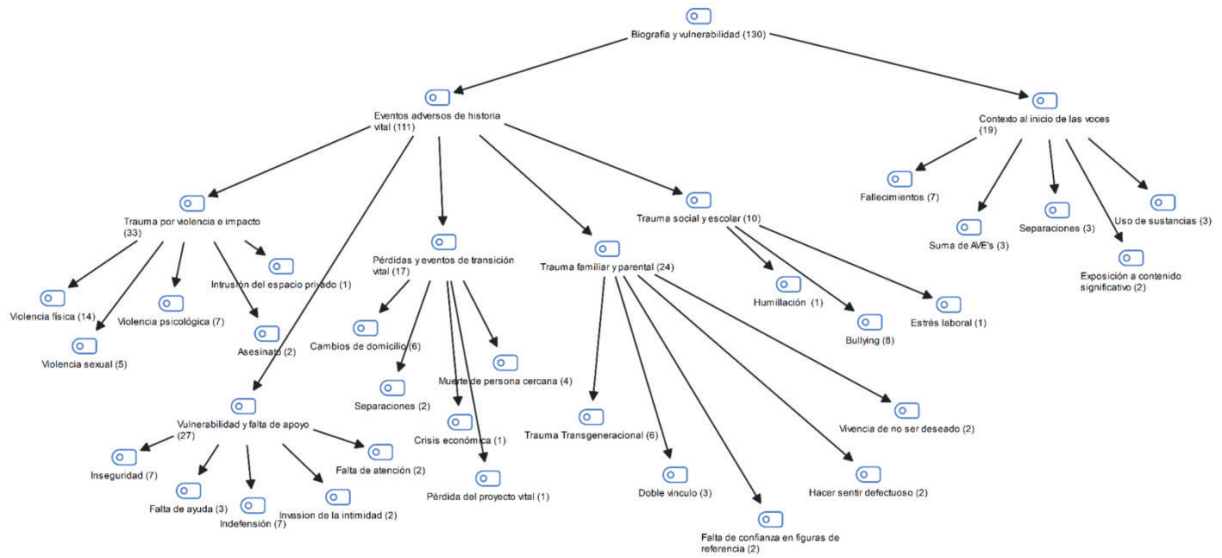
Anexo XIX: Modelo jerárquico código- subcódigo de la categoría “Impacto en la vida cotidiana”



Anexo XIX: Modelo jerárquico código- subcódigo de la categoría “Vivencias de apoyo”



Anexo XIX: Modelo jerárquico código- subcódigo de la categoría “Necesidades”



Anexo XIX: Modelo jerárquico código- subcódigo de la categoría “Biografía y vulnerabilidad”