

## Orientaciones para la atención primaria de los familiares y allegados del paciente con psicosis (IV): la vida en la familia con psicosis\*

Jorge L. Tizón\*\*

Prevençió en Salut Mental-EAPPP (Equip d'Atenció Precoç als Pacients en risc de Psicosi). Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

### Puntos clave

- Hemos de tener claro que el dilema “la familia tiene la culpa/la familia no tiene la culpa” es un falso dilema, sin apoyos científicos.
- Desde el punto de vista científico, hoy sabemos que la familia casi siempre siente culpa, que es un sentimiento, es decir, una emoción, cognitivizada y compleja. Pero eso no significa que la familia tenga o haya de tener responsabilidad legal, ni moral en la etiología del trastorno.
- Mejorar el funcionamiento familiar casi siempre es posible, si se sabe en qué, cómo y con qué ayuda.
- La existencia de un paciente con psicosis en la familia es un importante factor de riesgo para su calidad biopsicosocial de vida y, a menudo, implica un descenso de clase social o nivel social.
- Componentes de ese descenso de la calidad de vida son los enormes dispendios socioeconómicos que el trastorno implica, el aumento de la incidencia en la familia de los trastornos mentales, la morbilidad somática, los riesgos de suicidio, etc.

**Palabras clave:** Familia. Psicosis. Culpa • Problemas de convivencia • Comunicación familiar.

\* La realización de esta serie de trabajos ha sido apoyada por los siguientes fondos:

– Proyecto SASPE (Señales de Alerta y Síntomas prodrómicos de la Esquizofrenia), beca de investigación 02E/1999 de la Fundació Seny, tras evaluación a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya.

– Proyecto LISMEN (Listado de Ítems de Salud Mental en edad Preescolar y Escolar), Ayuda 2002/ 0133, de la Fundación Marató TV3, tras concurso y evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva.

– Ayuda a la Investigación concedida por la Unitat de Suport a la Recerca de Barcelona del Institut Català de la Salut y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (03/08), al proyecto de investigación “Validació d’un instrument de detecció de factors de risc en salut mental a la infància i la adolescència: Llistat d’Ítems en Salut Mental (LISMEN)”.

\*\*Correspondencia: Premio a la Excelencia en Calidad en Psiquiatría y Salud Mental 2009 de la Fundación Avedis Donabedian. eappp.bcn.ics@gencat.cat

### Recordando el punto de partida

Desde la primera entrega de esta serie de artículos para que el médico de familia pueda orientar a los allegados del paciente con psicosis, venimos insistiendo en el hecho de que nuestra perspectiva actual del trastorno psicótico ha cambiado de forma notable en el último decenio, aunque las nuevas perspectivas encuentran fuertes resistencias para ser implantadas en los servicios sanitarios y de salud mental españoles. Recordemos que partimos de una concepción de las psicosis y la esquizofrenia no como una “enfermedad” (como alguno de sus síndromes probablemente será clasificado en el futuro), sino como un trastorno biopsicosocial, una agrupación sindrómica realizada sobre bases muy inseguras. Y no lo decimos así porque aquí estemos centrándonos en la atención

primaria de salud, por definición de orientación biopsicosocial, sino porque esa es la definición real de los trastornos en las clasificaciones internacionales. No es que “suavicemos” el tema hablando de trastornos, sino que los que hablan de “enfermedades” caen en un reduccionismo biologicista más o menos inconsciente o interesado: por ejemplo, a determinados servicios o empresas puede interesarles esa definición parcial y reduccionista de las psicosis como “enfermedades”, pero incluye siempre un error a nivel teórico, técnico y práctico.

Por ejemplo, para las consideraciones prácticas y de la técnica en atención primaria de salud (APS), es sumamente interesante tener en cuenta los factores de riesgo y los desencadenantes de tales trastornos, así como una consideración realista de los factores protectores que puedan evitar, al menos, las recaídas de cada psicosis, e incluso sus primeras crisis. Además, desde un punto de vista estrictamente pragmático, tal como han investigado Read et al, no está demostrado que la concepción “biomédica” de la esquizofrenia y las psicosis sea menos estigmatizadora hoy que otras acepciones populares del trastorno (Read et al. 2006). Por último, tener una perspectiva que incluya lo psicosocial, tanto a nivel individual como familiar, puede permitirnos valorar la importancia de algunos temas clave en los conflictos y sufrimientos tanto del paciente como de su familia, que es a lo que dedicaremos las tres entregas siguientes de esta serie. Por ejemplo, el tema de la culpa de y en la familia.

## La culpa y la psicosis en la familia

La “culpabilidad familiar” en la psicosis es hoy un tema ampliamente debatido. A menudo se insiste en que la familia no tiene ninguna culpa o responsabilidad con respecto al desarrollo de la psicosis, como si hubiera habido grupos de profesionales e investigadores que hubieran dicho lo contrario (papel que, habitualmente, se le carga al psicoanálisis y a las perspectivas psicológicas y familiares del estudio de la psicosis). Es la vieja técnica de la pseudoidentificación: primero se inventa un enemigo y luego nos identificamos como “desculpabilizadores” con respecto a él. Pero desde un punto de vista más serio, hemos de partir de la asunción de que difícilmente, en un trastorno tan complejo, de bases biopsicosociales, podemos atribuir una etiología y ni siquiera una patogenia a la familia, por mucho que simplifiquemos la cuestión. Como tampoco a cualquier otro factor de riesgo aislado. Lo cual no significa que la familia no tenga ninguna responsabilidad en lo que se pueda hacer por el paciente, ni que la sociedad no debiera apoyar mucho más activamente a las familias colocadas en ese difícil trance y con necesidades de cambiar pautas y organizaciones, pero que se encuentran sin apoyos y ayudas adecuadas para hacerlo.

Hemos de tener claro que el dilema “la familia tiene la culpa/la familia no tiene la culpa” es un falso dilema, sin apoyos científicos. Desde el punto de vista científico, hoy sabemos que la familia “casi siempre siente culpa”, que es un “sentimiento”, una emoción cognitivamente compleja. Lo cual no significa que tenga responsabilidad, ni legal, ni moral. Sabemos que hay algunas organizaciones disfuncionales de la familia que facilitan o desarrollan reacciones psicóticas, como sabemos que, hoy por hoy, y sobre todo en los países mediterráneos y, en general, en los países del sur del planeta, la familia es el principal cuidador de los pacientes con psicosis, a menudo con un esfuerzo demasiado poco apoyado por los servicios comunitarios y por la sociedad toda.

Por eso, como profesionales de la salud, hemos de tener claro que la culpa la sienten (casi) todas las familias con un miembro psicótico; a menudo es una culpabilidad persecutoria e insoportable, y lleva a reacciones a su vez anómalas. Pero eso no significa que tengan ni toda, ni la mayor parte de la responsabilidad. Es sumamente importante para comunicarnos con esas familias. Observando desde dentro la organización y el funcionamiento de algunas de tales familias, puede que percibamos disfuncionalismos chocantes, marcados, aunque, a menudo, tales alteraciones no son visibles desde el exterior, por parte del observador no informado o sin conocimientos específicos. Pensar que de tales disfuncionalismos es responsable directa la familia o alguno de sus miembros significa no entender la familia como sistema o estructura, un elemento clave para su conocimiento; significa no comprender la complejidad del cuadro relacional de las psicosis, siempre biopsicosocial, ni el dato ya mencionado de que la psicosis ha comenzado a gestarse normalmente años antes, sobre vulnerabilidades genéticas, biológicas o psicológico-familiares, disparadas por relaciones personales y sociales anómalas. Lo “normal” entonces es, ante su desarrollo, instaurar defensas cerradas. Incluso en los casos en los cuales las relaciones alteradas, las familias caóticas, inexistentes o disfuncionales, son la principal etiología o desencadenante de las reacciones psicóticas, siempre existen factores biológicos y sociales que favorecen ese desarrollo. Es decir, que ni en este caso podríamos responsabilizar a la familia o a alguno de sus miembros de sus disfuncionalismos. Mucho más en las familias del sur del planeta, que son las que suelen cargar con gran parte de los trabajos afectivos de sus miembros, a menudo con el factor de riesgo añadido de una escasa comprensión y colaboración de las redes sociales.

En sentido opuesto, debemos evitar la tendencia especular, reactiva, a “desresponsabilizar a la familia” de casi todas sus dificultades relacionales con respecto al niño o chico en riesgo de psicosis y, después, con respecto al adulto con psicosis. En realidad, con cierta frecuencia, no es sino una forma mediante la cual los profesionales podemos intentar des-

responsabilizarnos de la difícil tarea de cómo ayudar a esta familia concreta en esta bien concreta y difícil situación familiar. En ese sentido, la tendencia a actuar como si la familia no tuviera nada que cambiar, en realidad es una desresponsabilización de nuestra escasa formación en entrevista y técnicas familiares, que deberían ser básicas en la formación del médico... *de familia* (y, más aún, de los especialistas en salud mental).

Con esas reflexiones *in mente*, creemos que una postura más cuidadosa en esos dilemas ha de partir de un principio: “Mejorar el funcionamiento familiar casi siempre es posible, si se sabe en qué, cómo y con qué ayuda”. Siempre pueden realizarse mejores adaptaciones y organizaciones familiares. Y más en estas familias y pacientes, tan desorientados por la situación. Ese principio puede llevarnos a tres tipos de orientaciones, dependiendo de la actitud del familiar consultante o la familia como grupo:

1. Si se declaran directamente culpables, responsables de lo que le pasa a su hijo, hermano, familiar: “*Tenemos la culpa, lo sé, por no haberle cuidado más/por haberle tenido que dejar allí, con su abuelo, cuando nos vinimos para acá porque le atendimos muy poco cuando la mayor enfermó*”... En este caso, si los sentimientos de culpabilidad no son muy exagerados ni delirantes, si tienen alguna base, nuestra postura ha de centrarse en no negar incontinentemente la culpa, pero tampoco contribuir a aumentarla. Es una postura que puede concretarse en los cuatro pasos que agrupo bajo el epígrafe de “Afrontando la necesidad de cambiar”: a) “*Es un tema complejo y no todo depende de la familia, ni mucho menos*” (idea, comunicación cognitiva básica de la educación sanitaria); b) “*Con lo difícil que debe haber sido para ustedes*”... (empatizar); c) “*Lo importante es qué podemos hacer a partir de ahora, qué cosas podemos cambiar para que todos sufran menos*” (infundir esperanza), y d) concretar pequeñas recomendaciones o cuestiones ya en ese momento o en los posteriores (concreción sanitaria de la esperanza en la relación asistencial).

2. Si los familiares *no* se declaran culpables en ningún momento: ni falta que hace. Sin embargo, en alguna entrevista, tras conseguir la vinculación, el médico de familia debe incluir en la relación las comunicaciones *b*, *c* y *d* que acabamos de señalar, pero apoyándose en la *a*, a menudo de forma implícita y, en ocasiones, de forma explícita.

3. Cuando los familiares proyectan y disocian la culpabilidad: “*Aquella chica que le hizo tanto daño/la droga/las malas compañías/los programas de televisión/aquella secta religiosa...*”, el profesional de APS, en este caso, ha de procurar no alterarse demasiado por mucho que, en ocasiones, las familias que así se expresan sean las más disfuncionales o patológicas. No es el momento de enfrentar esa proyección. Hay que saber contenerse y “esperar tiempos mejores”. Pero en algún momento tendremos que insistir en que “siem-

pre podremos ayudarle en algo para que todos sufran menos, siempre hay cosas que cambiar para que todos puedan ir mejor”. Cuando la familia proyecte menos, pasar a la actitud correspondiente (punto 2). Si la familia pasa a declararse culpable, hay que ser especialmente cuidadosos en este momento: esa familia ya nos ha demostrado que no soporta esa culpa.

## La psicosis en la familia y los problemas de convivencia

En definitiva, como vemos, al menos en nuestras sociedades, el grueso del sufrimiento y cuidados del paciente con psicosis sigue recayendo en la familia, hasta el extremo de que, a menudo, cuando el paciente mejora, todos los profesionales piensan: “*como está mejor, puede volver con la familia*”. Pero para todo profesional que haya podido observar las organizaciones sociales para el cuidado de la psicosis en otras culturas y subculturas, como por ejemplo las escandinavas, ese es un pensamiento y una actitud asistencial cultural y emocionalmente sesgados: primero, porque tal vez la familia no se encuentre en la posición emocional o familiar más adecuada para acoger *ahora* al paciente. Puede que esa familia concreta necesite ahora un descanso o un receso: obligarles a que se hagan cargo del paciente, a tiempo total, en este momento, puede no ser adecuado para el desarrollo o evolución del paciente y su trastorno... y para la precaria estabilidad familiar. En segundo lugar, tal vez tampoco es eso lo que desea el paciente. Y en tercer lugar, que, en determinados casos, tal vez sea un momento idóneo para favorecer la separación-individuación del paciente con respecto a una familia muy disfuncional, sobrecargada, desbordada, inconexa, incoherente, o, por el contrario, sobreimplicada, aglutinada, simbiótica.

En algunos países escandinavos, hace años que intentaron resolver estas situaciones dando a los jóvenes la posibilidad económica de ser independientes y creando residencias para jóvenes que abandonan el hogar, residencias individuales o de grupo, así como “residencias asistidas” para ayudar en las crisis. Posiblemente, en algunos casos, ese tipo de “residencias” o “pisos protegidos” intermedios fueran en ocasiones un recurso mejor que obligar a la familia a hacerse cargo del paciente: así lo han hecho durante años los servicios de Psiquiatría de adolescentes de Helsinki (Turpeinen 2007), o están difundiendo hoy dispositivos tipo “Soteria” en otras partes del mundo (Mosher y Read, Mosher y Bentall, 2006). En Helsinki y otros enclaves escandinavos, durante años se fueron cerrando camas de servicios de Psiquiatría y creando esas “residencias para crisis”, encargadas de proporcionar a los pacientes en crisis agudas y subagudas un lugar y un ambiente en el cual pudieran cuidarse todos esos aspectos, con lo cual los ingresos en servicios de Psiquiatría de agudos disminuyen drásticamente.

La realidad, sin embargo, es que hoy por hoy, en nuestras sociedades mediterráneas, es la familia el principal receptor y contenedor para este tipo de pacientes. Y, sin embargo, el inconveniente es que hoy en día la sociedad muestra ante ellos y sus familias, con todo su extremismo, muchos de los rasgos marginadores típicos del “capitalismo salvaje”, atemperados en parte en los países en los que existe una red de salud mental pública desarrollada: mediante la aplicación de inconscientes mecanismos represores sobre la familia, se la “obliga” (moralmente) a hacerse cargo del paciente, sin parar mientes en que es la sociedad la que debería hacerse cargo de estas personas (incluso por razones sanitarias y económicas, no solo humanitarias y de solidaridad). La sociedad y sus organizaciones asistenciales, y no solo las familias, están indefensas a veces ante tamañas obligaciones desbordantes. El resultado son bajas laborales e invalideces en diversos miembros de la familia, aumento de la conflictividad en ella y, por lo tanto, riesgo de más trastornos mentales, aumento de la morbilidad y la mortalidad, agravamiento de enfermedades ya existentes, bajo rendimiento laboral, pérdida de escalafón laboral, jubilaciones anticipadas frecuentes, etc. (tabla 1). En realidad, este es el capítulo económico más gravoso de la psicosis y hace que los gastos anuales de un paciente esquizofrénico sean de más de 80.000 euros/año (estudios realizados en el Reino Unido en 2008). Y ello sin contar el capítulo de sufrimientos personales, para el paciente, la fa-

milia y el equipo de cuidadores (entre ellos, los profesionales de APS).

Por eso, a pesar de las rigideces culturales y de algunos servicios de Psiquiatría, el médico de familia, en colaboración con los especialistas, es un agente idóneo para ayudar a pensar a la familia a su cargo: cómo acoger al paciente, cómo y cuándo “descansar” de las obligaciones que impone, con qué familiares enviarlo, a qué familiares pedir ayuda, a qué servicios sociales pedir la (escasísima) ayuda domiciliaria hoy disponible para estos casos, cómo colaborar en que la propia familia no rechace o elimine esas escasas ayudas familiares (precisamente porque la culpa insoportable hace que prefieran que no entre nadie en su hogar, en su intimidad). Se trata de labores y tareas fundamentales, que aconsejamos pensar previamente a un alta o cuando se anuncia (según los indicadores señalados en las entregas anteriores) que puede haber una reagudización. En general, si una familia presenta resistencias a acoger al paciente, el médico de familia, en vez de intentar “convencerles” (usando para ello, sin que suela saberlo, la culpabilidad familiar, consciente o inconsciente), debería más bien: *a*) empatizar con su difícil situación, tal como antes dijimos; *b*) empatizar con sus sentimientos encontrados al respecto: “Entiendo que ustedes quieren cuidarle, y cuidarle lo mejor posible, pero que a veces se hace muy difícil, y más con la historia de sufrimientos que todos llevan soportando, ustedes y él/ella”; *c*) acoger como “normal” y no sólo culpógena la idea del “descanso durante un tiempo”: “Es cierto que a veces se piensa que, si pudiéramos descansar un poco, nos ayudarían un poco, a lo mejor luego podríamos cuidarle mejor”; *d*) pensar junto con la familia –y, previamente, con el/los especialistas–, si sería mejor que el paciente pasara una temporada en otro lugar: otra familia, familias “de descanso”, residencias, pisos protegidos, etc., y *e*) si ello no es posible, ayudándoles a aceptar una ayuda familiar, a domicilio (voluntariado, ONG, servicios sociales, grupos religiosos, etc.), siempre que el médico de familia y los especialistas se hayan enterado previamente de si existen.

Pero no hemos de engañarnos: en nuestros países de la Europa opulenta, aún en muchos lugares no existen esos medios de “ayuda y alivio”, con el resultado de que, precisamente en los casos más desorganizados y desorganizadores, se repiten una y otra vez los reingresos y/o se reproducen las relaciones familiares patógenas. En estas situaciones, el médico de familia sensible y preocupado por sus pacientes, en función de su grado de formación en entrevistas familiares, puede ayudar a la familia en adaptaciones concretas más realistas, siempre que llegue a comprender y asimilar internamente los razonamientos que hasta aquí venimos desgranando. Y si no sabe cómo, o no se siente preparado para ello, al menos ayudará mucho a esa familia escuchando sus quejas y dificultades. Sin demasiadas actuaciones o consejos –por otra parte, muy difíciles–, simplemente ayudándoles a pen-

**TABLA 1. Lo que la psicosis supone para la familia**

Aumento del sufrimiento emocional del paciente y la familia
Conflictos emocionales difícilmente resolubles
Problemas para tomar decisiones familiares importantes y necesarias
Divorcios, cambios de trabajo, migraciones, etc.
Disminución de la calidad de vida y, probablemente, de la clase social
Aumento de los trastornos mentales
Aumento de la morbilidad (somática)
Riesgos de suicidio (en el paciente y la familia)
Riesgos de conductas hetero-agresivas
Pérdida de productividad en varios de los miembros de la familia
Costes añadidos en la economía familiar: cuidadores, urgencias, situaciones inesperadas, adquisiciones de bienes o servicios inútiles, etc.
Pérdida de posibilidades de desarrollo en el futuro
Pérdida de las funciones emocionales introyectivas, básicas para el desarrollo individual y familiar: esperanza, confianza, solidaridad y capacidad de contención (por capaz que sea la familia, se irán agotando progresivamente)
<b>Consecuencia:</b> es indispensable la ayuda familiar en este tipo de trastornos. El sistema sanitario (y, en particular, el médico de familia) debería contar con los dispositivos adecuados para que ésta se realice

sar sobre ellas, aunque no se encuentren soluciones. El profesional de APS debe saber que esa posibilidad de pensar con alguien externo benevolente no es la situación habitual para muchas de tales familias, y en especial para las abiertamente disfuncionales, así como para las desbordadas por los sentimientos de culpa y la moralidad persecutorias. Pensar y ayudar a pensar a familias muy alteradas por estas situaciones puede ser una excelente colaboración ante los numerosos problemas que tales familias han de afrontar en la vida cotidiana (tabla 2), problemas sobre los que nos extenderemos en las próximas entregas de esta serie.

**TABLA 2. Algunos temas clave para la convivencia cotidiana en las familias con un miembro afectado de psicosis**

Intentar mejorar la comunicación y, en especial, la comunicación emocional
Intentar evitar o disminuir la “alta expresividad emocional”
Cómo mejorar la comunicación verbal
Cómo mejorar la comunicación no verbal
Subimplicación/sobreimplicación
Apoyo a su autoestima, diferenciado las “partes sanas de la personalidad” y las “partes dañadas”
La medicación: no insistir en ella como obligación tan sólo, como dogma, sin interesarse por qué le molesta, qué teme, y demás
Qué hacer con las propuestas de viajes, aventuras, vacaciones, etc.
Desarrollo de habilidades sociales, cognitivas, psicomotrices, etc.
Reglas y normas de convivencia
Limitación clara de las conductas agresivas y pacto previo sobre lo tolerable/intolerable en este ámbito
Armas, permisos de armas
Conducir y permisos de conducir
Limitación de la tendencia al aislamiento social, a ser posible, tras un pacto previo sobre el mismo
Higiene sanitaria, dietética, de hábitos corporales, de la sexualidad
Actividad laboral
Trabajos de voluntariado
Voluntarios y auxiliares en casa
El tema de las incapacitaciones, las bajas y las invalideces, definitivas o transitorias
Responsabilidades legales de la familia en la cura y tutela del paciente
Incapacitación y responsabilidades del paciente
Cómo cuidarse para poder cuidar

## Errores frecuentes

– Insistir demasiado en la esquizofrenia como “enfermedad”: De cara a la familia no está demostrado que la concepción “biomédica” de la esquizofrenia y las psicosis sea menos estigmatizadora hoy que otras acepciones populares del trastorno.

- Culpabilizar a la familia o a alguno de sus miembros.
- Desculpabilizar por sistema a la familia y no compartir con ella sus posibilidades de producir cambios y mejoras en el paciente y en el grupo familiar.
- Repartir consejos y orientaciones “al por mayor”: escuchar y contener suelen ser labores mucho más útiles por parte del médico de familia. Sobre todo, si no conoce a fondo lo que significa tener un paciente con psicosis en la familia.

## Bibliografía

### Libros básicos

- Alanen YO. Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment. London: Karnac; 1999 (traducido en Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004).
- Cullberg J. Psicosis: Una perspectiva integradora. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2006.
- Martindale B, Bateman A, Crowe M, Marginson F, editors. Las psicosis: Efectividad de los tratamientos psicológicos. Barcelona: Herder-PPP; 2009.
- Mckinnon R, Michels R. Psiquiatría clínica aplicada. México: Interamericana; 1996.
- Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R (coordinador), Chocrón L, Fernández C, García-Campayo J, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. El Programa del PAPPS y la SEMFyC, versión 2003. Disponible en: [www.papps.org/recomendaciones/2003/saludmental.pdf](http://www.papps.org/recomendaciones/2003/saludmental.pdf) (página del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria). Se puede encontrar un resumen en: Atención Primaria. 2003;32 Supl 2:77-101.
- Lines E, Mulder S. What can communities do? A community action guide to early psychosis intervention strategies. Ontario: Canadian Mental Health Association; 2005. Disponible en: [www.p3-info.es/PDF/CMHA3.pdf](http://www.p3-info.es/PDF/CMHA3.pdf)
- MHECCU: Early psychosis: a guide for physicians. Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit, MHECCU. British Columbia, Canada, 2000. Disponible en: [www.mheccu.ubc.ca/projects/EPI](http://www.mheccu.ubc.ca/projects/EPI)
- NICE (National Institute for Clinical Excellence): Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London: NICE 2002. Disponible en: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- Otros libros o artículos citados en esta entrega**
- Read J, Moshier L, Bentall R, editores. Models of madness: psychological, social and biological approaches to schizophrenia. London: UK Brunner-Routledge; 2004 (traducción española: Barcelona: Herder; 2006).
- Tizón JL. Psicosis en evolución: diferenciando tratamientos en función de las necesidades del sujeto, su familia y la comunidad. Prólogo a la traducción española al libro de Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J. Psicosis en evolución: diferentes estadios, diferentes tratamientos. Barcelona: Herder-PPP; 2008.
- Turpeinen P. Ahdingossa luova lapsi ja nuori. Helsinki: Tienviittoja Kasvuun; 2004. (traducción española: Adolescencia, creatividad y psicosis. Barcelona: Herder Ed.; 2007).