

Análisis e Intervención en una Demanda por un Adolescente con una Dinámica Familiar Paranoide

Analysis and Intervention under Request by an Adolescent in a Family with Paranoid Dynamics

Angélica Esteban Arroyo

Centro de Salud Mental de Villaverde*, España

Resumen. Se presenta la intervención inicial realizada en un centro de salud mental público en una demanda por un adolescente. El funcionamiento familiar es paranoide, basado en una *folie à deux* de la pareja parental, siendo este aspecto esencial en la comprensión y valoración de una posible intervención clínica, que contemple las características del ambiente familiar, del paciente y de la situación clínica por la que se consulta, así como del lugar desde el que se interviene.

Palabras clave: dinámica familiar paranoide, *folie à deux*, análisis de la demanda.

Abstract. The article presents the initial intervention carried out in a public health centre under demand by an adolescent. The family behaviour is paranoid and based on a *folie à deux* of de parental couple. This is an essential aspect to take into consideration in order to understand the case and to assess the family on the possibility of a clinical intervention envisaging the characteristics of the family environment, of the patient and of the clinical situation motivating the demand, as well as of the centre from where the intervention is taking place.

Key words: paranoid family dynamic, *folie à deux*, demand analysis.

En las consultas de salud mental sobre niños y adolescentes se analiza la demanda teniendo en cuenta la implicación en la misma del paciente y de la familia, y también otros aspectos esenciales, como las características de la dinámica familiar. Factor éste de gran importancia por la dependencia emocional del niño de sus padres, y su influencia en la conformación de su aparato psíquico y en su evolución emocional. Si el funcionamiento parental, además, tiene características predominantemente paranoides, la posibilidad de una intervención psicoterapéutica resulta compleja y difícil de llevar a cabo. A continuación se expone un caso clínico en el que aparece un funcionamiento paranoide, con características de una *folie à deux* en los padres. La *folie à deux* consiste en un trastorno con ideas delirantes que son compartidas por dos o más personas, próximas entre sí, y fue descrito por primera vez por Lasague y Falret (1877). En la CIE-10 aparece como “Trastorno de ideas delirantes inducidas” (OMS, 1992) y en la DSM-IV como “Trastorno psicótico compartido” (American Psychiatric Association, 2002). El paciente, de 13 años, al que llamaré Adrián, es derivado a nuestro centro de

*Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital 12 de Octubre de Madrid.
La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a e-mail: angelicaeste3@hotmail.com

salud mental por su pediatra, por timidez, dificultades en la relación con iguales, inmadurez y dependencia del adulto y porque el curso pasado, según los padres, “fue objeto de acoso por parte de compañeros con burlas continuadas”.

Se omitirán varios datos concretos sobre la familia y el chico, para preservar su identidad.

Primera consulta

Vienen a consulta Adrián y sus padres. La madre dice: “Nos derivó el pediatra... Le hemos tenido que cambiar de centro. Él no quería venir al psicólogo porque no quería recordar”. Pregunto a qué se refieren. Comienzan a hablar de que Adrián ha necesitado muchas ayudas desde pequeño por dificultades en el rendimiento escolar, en el habla... Y ha tenido varios cambios de centro escolar, el último este año (hace un mes que ha comenzado el curso). “Le han mandado al instituto” y ellos creen que debería de haber repetido en lugar de haber sido cambiado de centro. Cuatro años antes tuvo un accidente en su centro escolar y la causante fue una profesora. Afirman que el centro no actuó correctamente en la atención al niño, y que se desentendieron. Refieren que el niño preguntó entonces si se lo habían hecho aposta, y que ellos no lo quieren recordar. Comentan que el chico dice que está harto de que se metan con ellos. Ellos inicialmente no denunciaron. La madre habla largamente y de forma confusa de la no denuncia y de cómo en el colegio no hicieron lo que debían.

Al padre le plantearon entrenar un equipo de fútbol en el colegio “y a raíz del accidente le empezaron a separar” (y aunque lo pregunto, yo no acabo de entender si al padre o al hijo).

Ahora ha empezado en un centro escolar nuevo y “le ha pasado lo mismo”: Hay chicos que se meten con él.

Creen que después, tras denunciar y ganar ellos el juicio al colegio, desde éste se utilizaba a la gente a la que el centro escolar ayudaba con comida, para que se metieran con ellos y les insultaran. Les pregunto sobre ello y ésta es una versión compartida por ambos padres.

Adrián cuenta que empezaba bien un curso, pero que poco a poco los compañeros se iban metiendo con él y que finalmente acababan pegándole. Y los padres afirman que “todos los niños” le iban dejando solo. La madre: “Le vacilaban, se metían con él (...) Yo no le dejo ir solo al instituto (...) También fui a observarle en el patio (...) Él decía que le gastaban bromas. Yo le decía: se meten contigo. Y ya iban todos a por él”

Hasta ese momento prácticamente no tuve la oportunidad de preguntar. La información iba fluyendo dejándome escasas oportunidades para intervenir, y cuando lo hacía, el discurso seguía su ritmo y no parecía verse influido por mis preguntas.

Adrián es hijo único. El padre está en paro. La madre es ama de casa. Ella refiere haber tenido “problemas de ansiedad”. Ha sido atendida en varias ocasiones en nuestro centro. Entre los padres dicen llevarse bien, “siempre estamos juntos”.

De Adrián dicen que “no se enfada nunca”. Tiene reconocida una minusvalía psíquica por una deficiencia intelectual ligera. Sus antecedentes personales no son especialmente significativos. Es un alumno con necesidades educativas especiales, escolarizado en la E.S.O., con adaptación curricular.

Según van respondiendo a mis preguntas, van dando quejas del colegio, del equipo de orientación...

Lleva una semana en el nuevo colegio y va contento, pero los padres insisten en que no debían de haberle pasado al instituto. “Todo son engaños y mentiras”, dice la madre.

¿Cómo fue que se plantearon venir a salud mental? Dicen que se lo comentaron a la pediatra y que Adrián no contaba nada del colegio. Ellos lo traen “por el acoso” y porque no saben cómo estará su autoestima. El chico no quería venir al psicólogo. Dice: “Prefiero dejarlo pasar y no recordar”. Y que en este colegio, de momento bien.

La madre dice: “Siempre nos han tratado mal”. Se queja también de la ubicación del colegio actual.

Al final les comunico una primera valoración:

- Adrián no tiene la sensación de tener problemas.
 - Según ellos actualmente parece que las cosas están más tranquilas que otros años en relación al colegio.
 - Resalto que ellos parecen estar muy preocupados –y la madre especialmente angustiada– respecto a los posibles problemas que su hijo pudiera tener en el colegio, dado lo que han vivido anteriormente. (Con mucho cuidado, empiezo a recoger aspectos del sistema familiar, a mi juicio pseudodelirante).
- Ofrezco a los padres nueva cita para poder profundizar, con la posibilidad de valorar a Adrián.

Valoración inicial

Intento hacer una valoración de la situación por la que demandan, de la hipótesis diagnóstica y de las posibilidades y modalidades de una intervención por parte nuestra. Me baso en 3 puntos:

1. ¿Quién demanda y qué demanda?
2. ¿Es adecuada la demanda a salud mental? Es decir, ¿hay patología, sufrimiento subjetivo o situación de riesgo? ¿En quién?
3. ¿Cuál es la actitud del paciente y de los padres ante lo que les pasa? ¿Es posible y adecuada una intervención por parte nuestra? ¿Cuál debería de ser teniendo en cuenta las características del caso y las posibilidades nuestras de intervenir en él (por el propio funcionamiento de la institución y sus posibilidades terapéuticas)?

Quién y qué demanda

La demanda es formulada en nombre de un tercero: es la pediatra quién dicen que demanda. Y la demanda se basa en que el chico no habla de lo que pasa.

El sujeto por el que se demanda (Adrián) no quiere venir ni “recordar”, y está ahora bien en el centro escolar (motivo central de la queja de los padres) lo que define claramente el sentir del paciente: no desea recibir nuestros cuidados, ni recordar lo que le ha sucedido en un pasado.

Los padres, más que demandar, se quejan de haber sido tratados mal, así como su hijo. Luego formulan una demanda un tanto inespecífica: “por el acoso” pasado y por cómo estará su autoestima.

Con las demandas así formuladas, la intervención es difícil, pues no están puestos en juego el deseo o el compromiso personal de alguien en ellas. De hecho, no piden nada. Es más un relato de quejas respecto a haber sido tratados mal, sin conciencia de enfermedad en lo que cuentan.

Adecuación de la demanda

Los padres no refieren que Adrián esté teniendo síntomas o signos que indiquen alteraciones o trastornos emocionales en este momento. Ellos tampoco dicen estar mal personalmente.

Pero sí se valora que hay un sistema familiar con una dinámica patológica, predominantemente paranoide, que puede constituir una situación de riesgo respecto a la evolución psíquica y emocional del hijo, quien parece sumarse a las vivencias paranoides de los padres, pero sin la implicación ni la convicción de éstos y pudiendo tomar cierta distancia: quita importancia a las diferencias con los compañeros –a veces se refiere a ellas como bromas–, no se engancha en el discurso de los padres, y prefiere olvidar lo que ha pasado (quizás él sienta que puede pasar página a lo sucedido. Los padres, no).

Es decir, se valora que hay patología, pero no parece que esté en el sujeto por el que se consulta, y que ésta no es vivida como tal por los padres.

Actitud ante la demanda y posibilidades terapéuticas

El paciente no demanda y no desea ser atendido. Los padres tampoco realizan una demanda para ellos por su malestar subjetivo respecto a lo que cuentan. Solo expresan la rabia, el enfado o la queja por lo que les ha sucedido en el pasado. Tampoco quieren recordar, dicen (y recordar implica hablar de ello y rememorar emociones, aspectos esenciales para poder realizar una intervención psicoterapéutica), solo expresan su malestar hacia un hecho que ellos sienten que se repite en sus vidas: “siempre nos han tratado mal”.

¿Qué puede y debe hacerse?

Me planteo que si exploro a Adrián en estos momentos, lo designaría como paciente, y no parece que sea él quien sustente la parte más patológica. Si les designo a ellos como parte más enferma, no lo van a poder reconocer y posiblemente será interpretado como que les trato mal.

Tampoco se debe dejar pasar la situación, planteando que ahora las cosas no están tan mal y que hay que ver qué va pasando, porque sí hay patología, aunque no está donde ellos la ponen. Esto último puede ser claramente una tentación del clínico, pues una situación así planteada despierta inquietud en el terapeuta por varios motivos: por un lado, sensación de impotencia, ya que no se le pide nada al profesional, ni parece esperarse gran cosa de él. Además, puede haber un temor a que la dinámica paranoide se repita con uno, por lo que se podría tener una respuesta fóbica, alegando lo anteriormente expuesto. Y más si a esto le sumamos la presión asistencial que solemos tener en una institución pública, que hace difícilmente soportables situaciones complicadas y/o potencialmente amenazantes (aunque solo lo sean para la autoestima del profesional), o en las que podemos prever un posible fracaso de nuestra intervención, o por el poco tiempo que hay para poderlas pensar y elaborar, lo que puede causarnos frustración.

Todo ello me lleva a realizar una profundización en la situación y en el paciente, para ver si es posible una intervención sobre la dinámica familiar, sin descartar una valoración del chico, recabando más datos respecto a su situación emocional y valorando posibilidades de cambio mediante una intervención psicoterapéutica.

Me planteo que en mi intervención debo de mantener una actitud neutra, que permita y acoja la expresión de sus ideas y sentimientos, sin entrar a cuestionar lo paranoide, al menos inicialmente, pues suele resultar improductivo, produciría resistencias a la intervención y a su vez, seguramente, daría lugar a una reacción paranoide hacia mí (recelo, desconfianza si no se sienten escuchados ni aceptados en lo que puedan decir). Tampoco podré realizar interpretaciones o conexiones que supongan un cuestionamiento directo de ellos o lo que sienten. Habría que crear una alianza terapéutica enfocada a ayudar al hijo para que esté mejor. El trabajo tendrá que hacerse sobre lo consciente, sobre lo que vaya apareciendo en cada momento y que ellos vayan pudiendo y queriendo abordar.

La frecuencia de las citas será espaciada, no solo por el propio funcionamiento del centro, que no puede ofrecer una atención frecuente, sino porque los padres no tienen una demanda tan estructurada como para poder soportar los cuestionamientos propios que se movilizarían (o sería lo deseable) si se les atiende cada poco tiempo.

Segunda consulta. Padres. mes y medio después

Adrián viene con los padres, y se queda fuera.

Los padres dicen de él que “bueno, parece que bien”. Y vuelven a hablar ampliamente y de forma compartida de lo mal que lo han pasado y “de lo mal que lo han hecho todos y todo”, que porque pusieron una queja la tomaron con ellos... Me comentan las valoraciones que el año pasado hicieron en el equipo psicopedagógico. Creen que les dieron los resultados tarde aposta para perjudicarlos. Y se quejan de que los del equipo ponen en su informe que tienen al hijo muy sobreprotegido. ¿Y lo tienen? –les pregunto–. Dicen que sí, que le llevan a sitios, pero siempre con ellos. Ambos dicen estar muy volcados en él. En casa le ayudan a vestirse, le ducha

la madre. Él les ayuda a poner la mesa. Duerme solo y sin problemas...

En esta ocasión comienzo a abordar con mucho tiento aspectos como:

- Las ansiedades de separación de la madre respecto al hijo. Ésta se escandaliza cuando les pregunto si creen que él podría salir a hacer pequeños recados. Aparecen claramente las proyecciones de la propia angustia de la madre sobre el hijo. Y la visión catastrofista que tiene la madre respecto a las relaciones de su hijo a nivel social (siempre va a tener problemas, lo mal que lo pasa porque se meten con él...).
- La sobreprotección innecesaria y tratarle como si fuera más pequeño... ¿será bueno para Adrián?
- La pasividad de Adrián, planteando si no creen ellos que sería bueno para él que se fuera manejando algo más por sí mismo.

Tercera consulta. Padres. dos meses después, tras la anulación de la cita

Adrián de nuevo les acompaña y se queda fuera.

La madre se muestra muy enfadada y en actitud querulante dice que “aquí a ella no le han tratado bien y está harta” y que en todas partes le han dado “una puñalada traperera”. Y que hablo más de ellos que del niño. Pasa un buen rato así, sin poder parar de expresar este tipo de ideas, ni escuchar.

Luego el padre relata los comienzos de los problemas de Adrián, ya desde la escuela infantil, donde otros niños comenzaron a portarse mal con él, y también su profesora. Y en el centro no hacían caso a sus quejas. El padre llegó a enfrentarse al padre de otro niño. Le cambiaron de centro. Al principio bien, pero al poco se repitió la situación. Luego el accidente. Y nuevo cambio de centro en el que se repite la historia. “El niño, en su inmadurez, cree que todo es una broma”. Y que “le querían pegar otra vez los de la clase. Y no uno, sino varios”....

Les pregunto cómo creen que ha podido influir a Adrián lo sucedido. El padre dice que ahora es más reacio a decirles cosas y que se encierra “y no cuenta muchas cosas porque quizás quiere evitar”. “Evitar... ¿preocuparles?” –les digo–. El padre dice que sí o que quizás en el colegio le dicen que no diga nada, porque eso es chivarse. Abordo (con gran cuidado) la angustia con que ellos parecen vivirlo. El padre dice “a lo mejor el niño piensa: si lo cuento, mi madre se pone muy mala y mi padre... a ver cómo reacciona”. Y que él no suele ser agresivo.

Y pasan a hablar con enfado y en tono de queja del conflicto que tuvieron con la madre de un compañero y lo que sucedió: que se apartaron de ellos.

Les pregunto cómo le está yendo al chico en el colegio ahora. Sin problemas. Creen que va contento “pero ya no tiene la misma ilusión”. No le gusta estudiar. No hace actividades extraescolares “porque le han pasado cosas y le hemos tenido que sacar” de todas de ellas, porque en todas hubo problemas, dicen.

En casa Adrián no suele enfadarse nunca con ellos. En situaciones límites, como mucho se encierra en su habitación “hasta que uno va y le hace las carantoñas”, dice el padre.

Análisis de las primeras consultas:

Mis primeras intervenciones comenzando a recoger y mostrar algunos aspectos implicados en lo que cuentan de Adrián y su funcionamiento con él, ponen de manifiesto que el sistema familiar es, en efecto, muy sensible a cualquier cuestionamiento e intervención de un tercero. Pero hay aspectos que es necesario ir abordando, como la discriminación entre sus propias preocupaciones y ansiedades, y la necesidad del hijo de madurar e irse separando de ellos progresivamente.

En la siguiente cita, como reacción a la anterior, muestran una actitud desconfiada y querulante hacia mí. Y como mecanismo que se repite, vuelven a dirigir sus quejas al ámbito escolar y a las agresiones de los demás

como causa de los problemas del hijo. Es una dinámica que tolera mal los cuestionamientos, que les remiten a una posible amenaza a ser tratados mal de nuevo, en la que me sitúan en esta ocasión. Ya me dice la madre que “aquí a ella no le han tratado bien”. Solo hay un viraje a la reflexión a través de una pregunta mía que conlleva que el hijo sufra y quiera cuidarles con su silencio (no preocuparles o enfadarles), y que nos proporciona una importante información sobre sus reacciones: la madre se pone muy mala y el padre agresivo. Sería un avance si ellos pudieran asumir que el hijo pueda sufrir por las reacciones de ellos y no solo por lo externo. También aparece de nuevo claramente como todas las actividades del chico han sido vividas desde la angustia y con una sobreprotección feroz por parte de ellos, y se le ha ido apartando de lo social, con las consecuencias que esto puede tener para cualquier chico. Y la hiperadaptación del chico al sistema familiar, con actitudes infantilizadas, sin poder rebelarse ni discriminarse de los padres, como es normal que vaya sucediendo a lo largo de la infancia a través de los conflictos cotidianos padres-hijos.

Planteo atender en dos ocasiones a Adrián para valorarle y nueva entrevista con ellos.

Cuarta consulta. Primera consulta con Adrián

Le pregunto sobre diversos aspectos de sí mismo, de sus relaciones. Intenta ser adecuado, pero con respuestas breves y evitativas. Le pregunto por el tema de la demanda de los padres: sus relaciones con iguales. Si sus compañeros se meten con él –dice– se lo cuenta a los profesores. Hablo con él de este posicionamiento pasivo frente a la agresión.

Le planteo un dibujo libre. Fuertes resistencias. Le animo. Repite que no se le ocurre nada, pero luego se pone. Lento y tomándose tiempo. (¿Qué ha dibujado?) “Una casa” (Que se invente algo sobre ella) “No sé... dónde vivo yo, por ejemplo, no sé” (¿Qué puede estar pasando en ese momento ahí?) “Es que no he puesto detalles (?) ... que alguien sale de la casa para ir a comprar”.

No se anima a dibujarse a sí mismo, tal como le propongo luego.



22/04/11

Después, le paso el Test Desiderativo. Elijo esta prueba porque su administración requiere poco tiempo y proporciona una valiosa información acerca del funcionamiento psíquico y emocional del paciente, y sus mecanismos de defensa y su eficacia. La consigna del Test Desiderativo es: “Imagina que tienes que nacer de nuevo. Y que no puedes nacer siendo persona, aunque puedes ser cualquier otra cosa. ¿Qué te gustaría ser si no pudieras ser persona?” Son tres elecciones positivas y tres negativas: qué le gustaría y qué no le gustaría ser. La prueba supone un ataque a la integridad emocional de paciente que moviliza su capacidad defensiva (mecanismos de defensa frente a lo conflictivo) (Grassano de Píccoli, 1980).

Respuestas al Test Desiderativo

- 1+) “... Ahora mismo no se me ocurre nada (Le animo. Tarda en responder) Por ejemplo, un gato (¿Por qué un gato?) No sé... No sé, lo primero que se me ocurre... (¿?) No se me ocurre nada”.
- 2+) “Ahora mismo no sé... Es que no estoy centrado... Un perro, por ejemplo (¿Por qué un perro?) No sé, a mí me gustan mucho (¿Por qué te gustan los perros?) Que te hacen caso.
- 3+) “Un pez, porque me gusta mucho el agua”.
- 1-) “No se me ocurre nada (¿?) Un mono (¿?) porque solo te alimentas de plátanos”.
- 2-) “Un elefante, porque son muy pesados”.
- 3-) “Una planta (¿?) Una cualquiera, no sé (¿?) porque no te puedes mover”.

Recojo su sensación inicial de que no va a poder hacer, no va a saber hacer... antes de intentarlo. Pero cómo luego se pone y puede.

Análisis del gráfico:

En el contacto con un otro extraño para él, intenta una adaptación desde lo formal, pero sin implicarse y evitando lo personal. Pero puede ir manteniéndose en la relación.

Inicialmente aparece inhibición y resistencias a hacer, a mostrar. Pudiera ser como consecuencia de ansiedades internas de tipo paranoide: Si lo va a hacer bien, qué le va a parecer al otro... dichas ansiedades son esperables en sujetos inseguros y en chicos, como él, con experiencias repetidas de no poder hacer tan bien las cosas como otros, dado su funcionamiento personal y cognitivo. Vencidas dichas resistencias, puede producir un gráfico, con un ritmo de trabajo lento.

Es una realización gráfica de forma, tamaño y trazo adecuado, en el que no aparecen elementos que indiquen una distorsión perceptiva psicótica, ni datos que indiquen alteraciones orgánicas a nivel cerebral. El trazo es con poca presión, lo que indica poca energía interna y escasa autoafirmación.

Es el dibujo de una casa plana, vacía, sin aposento en la tierra, con ningún elemento interno ni externo significativo (exceptuando el manillar de la puerta). Le representa a él mismo y representa bien lo que sobre todo es su mundo: la casa familiar (Hammer, 1989).

En el relato le cuesta fantasear, simbolizar, se vive como insuficiente a los requerimientos que se le hacen (“es que no le he puesto detalles”). Pero puede adaptarse y dar una respuesta formal.

Todo ello denota muchas inseguridades ante el contacto, en el que tiende a no implicarse, a actuar de forma pasiva, pero puede responder de forma adaptada y sin crear conflictos. Quizás lo más llamativo es lo que no aparece: la fantasía, los conflictos, la relación con lo externo. Denota un mundo interno pobre, con pocas capacidades para simbolizar, expresar y afrontar posibles situaciones conflictivas internas y externas.

Mucho más difícil es para él responder a mi demanda de que se represente a sí mismo en un dibujo, a lo que no puede (ni quizás quiera) responder.

Análisis del Test Desiderativo:

Ante el ataque al mundo interno que promueve la prueba, le cuesta organizar una respuesta y se bloquea. Después se repone y responde desde una pseudoadaptación formal adecuada, pero sin implicación. Aparecen inseguridades internas, en forma de críticas a sí mismo, a sus capacidades. Los mecanismos que se movilizan apuntan a la pasividad, al deseo de agradar, al sometimiento o dependencia del otro (“te hacen caso”) y a lo regresivo en relación a la figura materna (respuesta regresiva del pez y el agua).

En la parte negativa, aparecen también respuestas formales, con más elementos: respuestas orales con una crítica a lo que se recibe, lo que le nutre (“solo plátanos”); un símbolo con elementos fálicos (el elefante, posible representante paterno, y que aparece en la parte rechazada y “es muy pesado” (que quizás puede interpretarse en su literalidad), y termina con ansiedades paralizantes, de no poder moverse, actuar, hacer: la inhibición y la pasividad como respuesta ante los conflictos (Grassano de Píccolo, 1980).

Es una organización defensiva poco rica y poco madura, y centrada en defensas que apuntan a la dependencia de los padres, la inhibición y la falta de respuesta ante los conflictos. Si fuera más pequeño, esta organización no sería tan ineficaz como debe de serlo en estos momentos de su desarrollo, al tener que afrontar cada vez más situaciones complicadas externas e internas, sobre todo las que puedan irse movilizándose en relación a los cambios adolescentes.

Probablemente este funcionamiento mental y personal es lo que ha dado lugar a que sus rendimientos escolares sean pobres y que sus resultados en las pruebas intelectuales le sitúen con una deficiencia mental ligera, aunque seguramente no haya una deficiencia de base, sino un empobrecimiento paulatino a todos los niveles.

Ni en el gráfico, ni en el desiderativo, aparecen mecanismos paranoides (aunque sí ansiedades), ni patología actual paranoide.

Quinta consulta. segunda consulta con Adrián. Llega 10 minutos después

A mi pregunta sobre cómo le va, dice que mal. En tono de enfado y con preocupación cuenta que ha descubierto que los profesores le han estado engañando y poniendo buenas notas, pero que él va mal en los estudios aunque le aprueben y que quizás no se pueda sacar el título de graduado en E.S.O. Abordo y trabajo con él este tema desde la maduración que supone este descubrimiento y el que pueda pensarse su futuro, incluyendo su malestar al descubrir que él no es, ni va en los estudios como los otros chicos (la toma de contacto con sus peculiaridades y sus limitaciones).

Con iguales, reconoce tener dificultades para relacionarse “por todo lo que pasó. No me fío”. Pero sí está jugando al fútbol y al baloncesto con algunos compañeros.

Él no quiere venir, desde el principio. Y lo dice con soltura. Lo hablamos y le digo que apoyo su decisión y que lo haré ante los padres (dejando la puerta abierta a que él pueda venir si lo necesitara).

Análisis:

Por primera vez aparece una formulación subjetiva fuera del discurso de los padres (aunque tenga una forma similar, al plantearlo como cierto engaño por parte de los profesores). Es un movimiento interno que implica una mirada a sí mismo y la toma de contacto con lo externo separado del universo sobreprotector de los padres. Es un planteamiento que tiene más que ver con un cuestionamiento de la identidad propio de los movimientos internos adolescentes. Por eso le suscita enfado (no le gusta lo que ha descubierto de sí mismo) y le angustia (motor de la inquietud sobre su futuro si no se saca el graduado en E.S.O.).

Por otra parte se hace cargo de su deseo al expresar con seguridad que no quiere venir al psicólogo (o lo que

es lo mismo: venir a ser cuidado por otro, a que otro resuelva dificultades personales suyas, según lo que demandan los padres) pudiendo sostener así su diferencia con ellos.

Todo ello implica un movimiento hacia la maduración y la discriminación de los padres que pudiera estar potenciado por cambios en la actitud de los padres con él. Pero esto es una hipótesis.

Cito a los padres y me planteo intentar una intervención psicoterapéutica con ellos, con los siguientes objetivos:

- Promover cambios en el vínculo padres-hijo, especialmente en lo relacionado con la sobreprotección e interdependencia con el hijo, que les lleva a un importante aislamiento social, potencia las ansiedades (paranoides) de todos ellos respecto a la relación con lo externo y obstaculiza el desarrollo madurativo y de las capacidades personales de Adrián.
- Ayudarles a diferenciar entre sus propios temores patológicos y las necesidades del hijo de relacionarse socialmente e irse separando progresivamente de ellos.
- Reforzar las capacidades yoicas del chico, potenciando la normalización de lo social.
- Disminuir y contener las ansiedades de los padres.
- Intentar conocer y comprender las vivencias de los padres que están relacionadas con el funcionamiento patológico.

Coordinación con el EOEP

En la reunión semestral que el equipo de salud mental de niños y adolescentes tenemos con el Equipo de Orientación Psicopedagógica, la orientadora del curso anterior refiere que Adrián ha estado en diversos colegios, porque los padres solicitaban el cambio y en todos ellos ha habido una relación complicada con los padres, porque nunca confiaban en que lo que se hacía era para ayudarles. Los padres siempre amenazaban con denunciar al centro escolar. No le llevaban si llovía, iban a vigilarle desde fuera en los recreos, etc. Los miembros del Equipo pensaban que la sobreprotección era enfermiza. Recalca que la dificultad era sobre todo con los padres, y que Adrián no presentaba problemas especiales en el aula. El curso pasado estaba relativamente bien en su clase y también participaba en ella. Pero dadas las quejas de los padres se les propuso un cambio de centro escolar.

En otra coordinación posterior con un miembro del EOEP que le atendió cuando él tenía 5 años, me informa de que ese curso los padres tuvieron graves conflictos con el profesorado, porque pensaban que se trataba mal al niño. Estuvieron muy alterados diciendo que la gente hablaba mal de ellos, que les perseguían, les insultaban por la calle. Que sucedió tras la muerte de un hermano de la madre (toxicómano). Se pelearon con la profesora, el director del centro y con la inspectora a la fueron a quejarse.

Sexta, séptima y octava consulta. Padres

Los padres se van sosegando. Van contando cosas sobre Adrián en tono menos persecutorio. Pero siempre aparece en algún momento de la sesión la queja por haber sido tratados mal.

Refieren, por ejemplo, que el hijo cuenta poco de lo que le pasa en el colegio, pero que últimamente más, “pero son tonterías, cosas de niños”. Parece que le gusta una niña de clase, etc. Recojo cómo me están contando cosas normales. Dicen que sí. El otro día volvió a casa con un golpe en la cara y en el labio, y que “debió de ser jugando”. La madre añade: “Le pregunté si había sido aposta y me dijo que jugando, pero ha perdido la ilusión. Va por ir al colegio”. Y comentan la decepción de Adrián al haberle bajado de curso (con la adaptación curricular).

La profesora les ha dicho que le cuesta relacionarse, que es tímido, cortado. Pero que no tiene problemas especiales en el aula.

Van avanzando en dar datos relacionados con la dinámica familiar. No le dejan nunca solo en casa, ni baja

las escaleras solo. Pregunto el por qué. Cuentan que hace un par de años tuvieron muchos problemas con el vecindario. El padre tuvo peleas con algún vecino “y de pequeño él vio como me sacaron una navaja. Nos intentaban echar”. Parece que esta situación duró un tiempo y que Adrián tenía mucho miedo. Actualmente está mejor, pero persiste su temor a que les entren en la casa, y a que les puedan agredir.

Respecto a ellos, cuentan que el padre se crió desde los tres años a la adolescencia en una institución, a la que le llevaron sus propios padres por dificultades económicas. Y que guarda buen recuerdo de su estancia allí. La madre se muestra siempre reacia a profundizar en datos de su familia y suele decir que no tuvo problemas y que todo era normal.

En estas tres ocasiones voy abordando con ellos diversos aspectos del funcionamiento de Adrián y sus necesidades para poder ir evolucionando, del vínculo interdependiente entre ellos y su hijo, e intento irles ayudando a reconocer sus propios temores que les llevan a la sobreprotección del chico, como algo que no les deja avanzar ni a él ni a ellos. Apoyo sus esfuerzos por promover cambios en el hijo hacia una progresiva maduración, así como por discriminar sus angustias de las necesidades del chico.

Hago una devolución respecto a la valoración realizada del chico y sus características. Recojo que, aunque no aparezca patología emocional, hay aspectos de Adrián que suponen una dificultad para su desarrollo personal y social, y un riesgo en su evolución, sobre todo lo referido a la pasividad, dependencia e inhibición. Planteo que él no desea venir a Salud Mental, lo que puede ser valorado como positivo ya que él puede querer afrontar sus problemas por sí mismo, lo que puede ser bueno para él. Y que quizás Adrián esté un poco harto de que le lleven a psicólogos, ayudas específicas, etc. Recojo también cómo el hijo tiene sus propias preocupaciones actuales y que no son las de ellos: por ejemplo, que le gusten las chicas o respecto a su futuro en los estudios. Considero que son ellos quienes más preocupados están por el chico y les planteo realizar un seguimiento de su evolución con ellos.

La actitud de los padres va siendo mas tranquila y receptiva, y van pudiendo escuchar lo que les voy diciendo –e incluso cuestionando– respecto a lo vincular.

Novena consulta. Padres. Tras el comienzo del nuevo curso escolar

En general, el hijo está bien... Ya “se suele duchar solo”. Aunque le ven muy despistado. Ha sido su cumpleaños.

En esta ocasión la madre, con mucho sufrimiento y dificultad, puede ir hablando de momentos duros en su vida: de la muerte de sus padres y de dos hermanos. Fue especialmente dolorosa la muerte de su hermano hace 8 años “por la droga”, al que estaba muy unida. Lloro y dice que es un tema del que prefiere no hablar, que sufrieron mucho, que su hermano sufrió mucho, por la gente. Que era muy bueno, aunque luego hizo cosas... por la droga. Y que jugaba mucho con Adrián y le llevaba regalos. “Como veo a mi hijo, así era mi hermano”. Dice que han sufrido mucho, también con la muerte de sus padres “y lo del accidente”. Y que ella buscaba un apoyo y no lo encontró.

Pasan a hablar de lo inocente que es el hijo, pero dicen que comienza a rebelarse, sobre todo con la madre. Aparecen sus angustias con el hijo. Ella dice que vive con miedo.

Y el padre cuenta que durante tiempo tuvieron muchos y muy serios problemas con los vecinos, que querían echarles de la casa; que llamaban a la puerta de madrugada; que a él lo provocaban en el portal y un día uno “le puso un destornillador en la barriga”; que les rayaban y rompían el coche... El padre dice que él no les teme, pero el problema es que “en cuanto le zumbas a uno, vienen cuarenta”. Y que una vez le dio un bofetón a uno y a raíz de eso tuvieron los problemas “y vino sin meternos con nadie”. Luego añade: “Yo siempre estoy precavido...”.

Siguen teniendo miedo, sobre todo la madre, aunque últimamente las cosas están más tranquilas y no tienen problemas con el vecindario, aunque ellos no acaban de fiarse.

Acaban hablando del nuevo trabajo del padre y de que actualmente están contentos.

La madre

Ha sido paciente en nuestro centro en repetidas ocasiones y ha sido atendida por diferentes profesionales. Recojo algunos datos de interés:

La primera atención en el centro: Presentaba crisis de ansiedad que relacionaba con el nacimiento de su hijo y el que estuviera en incubadora. Recibió tratamiento farmacológico, y fue dada de alta en poco tiempo.

La segunda ocasión fue cuando el hijo tenía 5-6 años. Presentaba aparatosas crisis de ansiedad. Un mes antes había fallecido su hermano. Posteriormente “comienza con ideas sobrevaloradas sobre la profesora y el hijo”. Después se recoge que va presentando una “actitud paranoide centrada en todo lo que proviene del colegio, promovida fundamentalmente por el cónyuge. Y adopta una actitud beligerante en las quejas hacia todo lo relacionado con el colegio”. Ese mismo año, otra profesional anota: “la madre dice que en el colegio se están cachondeando de ella y que no sabe si yo he tenido que ver en esto”.

La última ocasión en la que recibió tratamiento en nuestro centro fue seis meses después del accidente escolar del hijo, con una demanda por ansiedad. Unos meses después una profesional recoge que la madre dice que le “llaman de madrugada a su casa vecinos, y entre ellos el asesino de un chico que mataron en Leganés”. Y también que “centrada en el problema del hijo tiene un discurso absolutamente paranoide”. Más tarde otra profesional recoge que se sienten amenazados por amigos de un chico que asesinó a otro. Que no quieren salir a la calle. Que sufren una agresión y denuncian.

Diagnóstico propuesto

Considero que ambos padres presentan un funcionamiento paranoide con características de una *folie à deux*, al menos desde hace ocho años, con dos momentos especiales, el de la muerte del hermano de la madre, y el del accidente escolar del hijo, en los que hubo delirios sistematizados claros en relación al medio escolar, a los vecinos y a lo social. Es probable que la muerte del hermano de la madre y el hecho de que se llegase a conocer en el medio escolar su condición de toxicómano, tuviera en ella un valor psicotraumático, descompensándola mentalmente, teniendo una personalidad previa de tipo paranoide sensitiva (desconfiada, recelosa, susceptible, con un yo empequeñecido y con sentimientos de debilidad y fragilidad interna). Dicho acontecimiento pudo conllevar para los padres una vivencia de humillación interna y el temor al rechazo social. Posteriormente se pudo proyectar en el hijo este temor al rechazo social y a que se le tratase mal, apareciendo primero las ideas sobrevaloradas y posteriormente las delirantes.

Hipótesis: Pudo ser un delirio sensitivo de referencia, tal como lo describe Kretschmer (1918/2000), que comenzó en la madre, y se convirtió en una *folie à deux*, entre la pareja parental (sin que se incluya el hijo), con un contenido de perjuicio fundamentalmente. El papel del padre en este funcionamiento delirante, resulta de momento más difícil de valorar, porque de él no tenemos aún datos que permitan formular hipótesis al respecto. Aunque sí podemos pensar en un funcionamiento emocional posiblemente marcado por su crianza en un medio institucional.

En estos momentos, aunque no hay un delirio sistematizado, persiste el funcionamiento paranoide conjunto en ambos padres, sin crítica alguna a los elementos delirantes del pasado.

Reflexiones

El trabajo con esta familia está constantemente inundado por lo paranoide: por el relato pormenorizado de todas las ocasiones que demuestran esa certeza que se repite en ambos y que es inmodificable por cualquier tipo de argumentación que pueda venir de fuera: “siempre nos tratan mal”. Parece que todo en sus vidas gira per-

manentemente en relación a ello, y que cualquier relación con los demás va a suponer un reaseguramiento de esta verdad para ellos (¿conseguirá librarse de ello la relación terapéutica?).

Me pregunto cómo se ha construido esta certeza (y no otra) que une a ambos padres con tanta fuerza. ¿Qué hay de cada uno de ellos en la literalidad de “siempre nos han tratado mal”? Podríamos imaginar que la infancia del padre institucionalizado en un centro de los de antes no ha sido fácil. En la última sesión él dijo que tuvo que aprender a defenderse “a la fuerza”. De la madre, he empezado a escuchar que sufrieron mucho con la toxicomanía y posterior enfermedad y muerte del hermano, al que ella se sentía muy unida desde la infancia y que se parecía a su hijo (sobre el que posiblemente se estén proyectando aspectos del tío). Me pregunto también cómo ha podido ser la infancia de la madre y la relación con sus padres. Desconozco casi todo de ellos. Los mecanismos paranoides (desconfianza, suspicacia, hipersensibilidad) hacen que la relación terapéutica esté siempre a prueba y condicionada por este funcionamiento: me dan una información parcial, ocultan datos, no me muestran lo que sienten (por si yo también me convierto en alguien que les trata mal) y se ponen a la defensiva muy fácilmente. El trabajo se sostiene en lo que les une: el amor al hijo. Hijo en el que se proyectan aspectos propios, miedos y angustias, y al que se intenta defender (vivido como indefenso y siempre agredido por los otros) y salvar del sufrimiento (del de ellos, pues se confunden con él) mediante una sobreprotección y aislamiento social que le daña sin que ellos sean conscientes.

Mi propuesta desde la posibilidad de una intervención con ellos es ayudarles a ayudar al hijo para que madure y pueda defenderse por sí mismo en la vida (pero no de los enemigos de los padres). Ardua tarea para mí, para ellos, cuando el enemigo es tan poderoso: relacionarse conlleva tomar contacto con lo propio y a ellos se les vuelve una y otra vez como una losa difícilmente modificable: Siempre los van a tratar mal. Espero tener el suficiente cuidado para no caer en la repetición, pues los mecanismos paranoides me sitúan fácilmente en la parte de los otros, y deseo poder ayudarles a construir una visión del hijo que les permita irle viendo como diferente a sus temores y proyecciones, rompiendo así un funcionamiento que les condena a la repetición de lo temido.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Kretschmer, E. (2000). *El delirio sensitivo de referencia. Contribución al problema de la paranoia y a la teoría psiquiátrica del carácter*. Madrid: Triacastela. (Original publicado en alemán en 1918).
- Lasègue, C. y Falret, J. (1877). La folie à deux ou folie communiquée. *Annales Medico-Psychologiques*, 18, 321-355.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Grassano de Pícolo, E. (1980). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas* (2 ed., vol. 1). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hammer, E. F. (1989). *Tests Proyectivos Gráficos* (Traducción de A. Brodesky). México: Paidós.

Bibliografía complementaria

- Anzieu, D. et al. (2003). *Psicoterapias del niño y del adolescente*. Madrid: Síntesis.
- Bleuler, E. (1971). *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Espasa Calpe.
- Cubero, P. (2005). *El grupo paranoide*. Barcelona: Ediciones Experiencia.

- Lebovici, S. y Robain-Lebovici, M. (1993). *Los hijos de familias psicóticas. En Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*, vol. IV. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moran, I. y de Concepción, A. (2008). Locura familiar: Revisión clínica y a propósito de un caso. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 46, 2.
- Schust, J., Contreras, M., Bersten, M., Carrara, P. y Parral, J. (1999). *Redes, vínculos y subjetividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, S.A.
- Utrilla, M. (1998). *¿Son posibles las terapias en las instituciones?* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.

Manuscrito recibido: 03/01/2012

Revisión recibida: 10/02/2012

Manuscrito aceptado: 15/02/2012