



**Sant Pau**



Escuela de Terapia Familiar  
del Hospital San Pau - Barcelona

Universitat Autònoma de Barcelona

**“LA INFLUENCIA DE LOS  
BENEFICIOS SECUNDARIOS EN EL  
PROCESO DE RECUPERACIÓN DE  
LA PSICOSIS – UN CASO CLÍNICO”**

2º año de master - junio de 08

Trabajo realizado por: Vitor Manuel Viegas Silva

## Agradecimientos

A mis padres por todo el amor que me han dado, por la confianza y la fuerza que siempre me han sabido transmitir.

A mi maestro y amigo Dr. Juan Luís Linares que me ha brindado con la oportunidad de poder aprender de su persona y de su trabajo clínico.

A todos aquellos que han estado, directa o indirectamente, involucrados a lo largo de todo este proceso: amigos, profesores, familias, colegas y conocidos.

A todos, eternamente agradecido.

## Índice

Resumen .....	pág. 1
Introducción .....	pág. 2
<i>Recuperación en Psicosis – La Psicoterapia</i> .....	pág. 7
<i>Un poco de historia – Identidad y Poder</i> .....	pág. 8
Metodología .....	pág. 11
El caso de David .....	pág. 14
<i>Genograma familiar</i> .....	pág. 18
Resultados .....	pág. 24
<i>Tabla 1 – Los aspectos más significativos del caso David</i> .....	pág. 25
<i>Tabla 2 – Indicios significativos, al inicio y al final del proceso     psicoterapéutico, de cara a la recuperación</i> .....	pág. 27
Discusión .....	pág. 28
Conclusión .....	pág. 36
Bibliografía .....	pág. 38

*Es bastante difícil delimitar el campo de la libertad y de la necesidad; la fijación de ese límite es objeto de la psicología; pero cuando observo las condiciones en que se manifiestan nuestra mayor libertad y nuestra mayor dependencia, no puedo dejar de reconocer que cuanto más abstracta y por consiguiente menos ligada a la actividad de otros hombres es nuestra actividad, tanto más libre es; y a la inversa, cuanto más ligada está nuestra actividad a la de los demás, menos libre es.*

*El vínculo más fuerte e indisoluble, más penoso y constante con los demás hombres es el llamado poder sobre los otros, que en su verdadero significado no es más que una mayor dependencia con respecto a los demás”*

*Liev Tolstói - Guerra y Paz, 1888*

## Resumen

*Este trabajo tiene como focus central los beneficios secundarios en los trastornos psicóticos y cómo eso se ha convertido en uno de los principales obstáculos de cara a una intervención psicoterapéutica exitosa – de recuperación.*

*Se tiene en cuenta como a lo largo de la historia, los discursos sociales dominantes - de poder- con relación a “La Locura” han ido moldeando, tanto al individuo como a la sociedad, a la vez que a su contexto relacional básico – la familia.*

*Siendo la Psicosis un terreno donde todo confluye más crudamente y donde la paradoja se muestra más viva y evidente, el presente trabajo pretende ampliar la mirada, haciendo reflexionar sobre uno de los muchos factores que interfieren y mantienen la resistencia en psicoterapia.*

**Palabras clave:** *psicosis; beneficios secundarios; recuperación; familia; discursos sociales dominantes*

## Abstract

The present work is focused on the secondary benefits of psychotic disorders and on how these may constitute the main obstacle towards a successful psychotherapeutic intervention – an intervention that may lead to recuperation.

Considering through human history, the dominant social discourse –of power-related to “Insanity”, has shaped the individual, society and the basic relational context –being the family.

Psychosis being conceived as a ground where everything comes together in a cruder way and where the paradox appears more evident and vivid, the present work aims to widen the known perspective, allowing us to reflect upon one of the many factors that interferes and creates resistance in psychotherapy.

**Keywords:** *psychosis; secondary benefits; recovery; family; dominant social discourse.*

## **Introducción**

La terapia familiar, a finales de los años 50, surge como una alternativa potente a las hegemónicas y poderosas corrientes psiquiátricas de la época, siendo la psicosis su fuerza máxima de inspiración. Bateson (1956) y sus colaboradores de Palo Alto en *Towards a Theory of Schizophrenia* desafían la epistemología psiquiátrica predominante, al considerar la psicosis como consecuencia de un padrón comunicacional disfuncional (doble vínculo), siendo la conducta esquizofrénica una respuesta adaptativa. Searles (1959) detectó la participación activa de hijos esquizofrénicos en la satisfacción narcisista de sus padres; Frieda Fromm Reichmann (1965) postula su famoso concepto de la madre esquizofrenogénica; Lidz y sus colaboradores en *Schizophrenia and the Family* (1965) destacan algunos aspectos relacionales disfuncionales en familias con miembros esquizofrénicos; Laing (1965) resalta en los

esquizofrénicos la confusión inducida por sus padres; Bowlby (1989) da a luz la valiosísima Teoría del Apego. A pesar del gran aporte teórico que todo esto supuso, a la larga, también contribuyó para un importante sesgo, a una extremada y excesiva culpabilización en los familiares de los enfermos.

Con la Revolución Industrial a finales del siglo XVIII y principios del XIX, los problemas dejan, en primera instancia, de ser lo más importante. Tampoco su etiología. Ante todo, lo fundamental, son las soluciones a los problemas (cuando las hay). La industria farmacéutica al tanto de toda esta revolución psico-social no dejó escapar la oportunidad de expandir su sector y a finales de los años 80 algunos profesionales de la salud mental, así como grupos cada vez más numerosos de usuarios, empiezan a expresar su creciente disconformidad y desconfianza con relación al sector psiquiátrico y farmacéutico, viéndolo como paternalista, iatrogénico, generador de sentimientos de desesperanza e indefinición, promotor de dependencia y alentador de estigmas.

Hoy día, es prácticamente unánime que los trastornos psicóticos tienen múltiples causas etiológicas. La génesis multifactorial (biológica, familiar, social y temporal) es la que más se aproxima a una explicación coherente de dichos trastornos. Con todo, al trabajar con nuevos modelos de intervención, nuevas propuestas y paradigmas, hemos reparado en un importante factor de resistencia a la terapia, a lo que hemos llamado *los beneficios secundarios de los trastornos psicóticos*. Por ello entendemos toda y cualquier ganancia instaurada a raíz de una crisis psicótica, de manera sutil e implícita, en el funcionamiento de los individuos que pertenecen a un determinado sistema – la familia, sobre todo, enraizado en la dinámica relacional del paciente

identificado. Estos mismos beneficios, tal como sucede con la etiología de la psicosis en la actualidad, solo tienen sentido ser analizados y comprendidos, en base a una visión multifactorial: a) el individuo; b) la familia; c) el contexto cultural y d) el tiempo. Esto es lo que trataremos de explicar y comprender en este trabajo.

Mara Selvini Palazzoli, a finales de los ochenta, empezó por detectar en sus investigaciones los llamados *giochi psicotici nella famiglia*. Por primera vez se descentra el enfoque de los padres y se pone de relieve también al paciente en el mantenimiento de dicho “juego”, asumiendo un papel crucial en la turbia homeostasis familiar. Esto explica que todos los elementos van, progresivamente, amoldándose a sus perversos roles, construyendo sobre sí mismos historias y narrativas que dificultan el posterior trabajo psicoterapéutico, sobre todo, porque eso se va inscribiendo y enraizando en la *identidad*, tanto de los individuos como en el mismo sistema - familia.

¿Pero que es la *identidad*? Juan Luís Linares define la identidad como “la parte de la narrativa seleccionada por el sujeto como definitoria de sí mismo, es lo que no cambia y sobre la cual no se negocia ni se aceptan transacciones”. Defiende que la psicosis es una enfermedad identitaria, en la cual la *desconfirmación* se asume como eje central de todo el proceso: la identidad de los individuos se va hipertrofiando, relegando la *narrativa no identitaria* a un espacio mínimo. Esta narrativa “es la base de la actividad psicológica, el proceso a través del cual se van dando atribuciones de significado a la relaciones. Tanto la narrativa como la identidad individuales se constituyen en estrecho contacto con los sistemas relacionales (especialmente la familia), en los cuales destacan la *organización* y la *mitología*.” (Juan Luís Linares, 2001).

Partiendo de este modelo, podemos entonces suponer que si un individuo define sobre si mismo una identidad inerte, de signo victimista (totalmente invadido por beneficios secundarios), es porque seleccionó, en un primer momento, dichos elementos de su narrativa no identitaria y, en un segundo momento, porque vivió en su sistema relacional pautas y/o dinámicas de signo perverso que ayudarían a sostener, a la vez que a re-crear, a priori y a posterior, dicha identidad. Se trataría de un fenómeno complejo, de múltiple causalidad, donde todos los elementos tendrían su cota parte de responsabilidad. Por otro lado, Linares nos habla de una *organización* y de una *mitología* familiar, espacios idóneos para la intervención psicoterapéutica. Define la primera como siendo “lo más parecido a la identidad del sistema: la evolución de su estructura a lo largo del ciclo vital” y la segunda como “el espacio de convergencia de las narrativas individuales dentro del sistema”. Esto explicaría que dentro del sistema existirían narrativas individuales y dinámicas relacionales proclives a la emergencia de nuevas estructuras deficitarias - *beneficios secundarios*, que mantendrían intacto el funcionamiento del sistema a lo largo de su ciclo vital así como protegerían su homeostasis de la ruptura. A su vez, en un contexto relacional más amplio – la sociedad – existirían mecanismos que delimitan, dificultan y a la vez mantienen el funcionamiento de todo el proceso precedente. La interacción e influencia micro y macro relacional se establece.

Por otras palabras, los pacientes identificados construyen sobre sí mismos una imagen-víctima que les permite sobrellevar de manera más tranquila, relajada y coherente la vida de sufrimiento al que fueron y siguen estando expuestos, obteniendo así una especie de reparación “vitalicia” por parte de

aquellos que, desde su mirada, les han maltratado y damnificado -la familia-, y también por aquellos que, en su debido momento, no les han sabido proteger – la sociedad. Verificamos que tanto las familias como la propia sociedad participan en la construcción de un macro-sistema que en vez de desacreditar y debilitar tal constelación le imprime aún más credibilidad. Nos encontramos así con pacientes jóvenes que no creen viable su recuperación, que transmiten continuamente el mensaje de que no pueden trabajar ni tomar ninguna responsabilidad; que no se sienten capaces de enfrentarse a los demás y que se estresan muy fácilmente – “están enfermos”. Dicen implícita o explícitamente que quieren consagrar sus vidas a cuidar de sus padres, poniendo énfasis en que éstos necesitarán en un futuro a alguien que los cuide (una paradoja más); se resisten a cualquier intervención terapéutica que tenga como objetivo romper sus inertes y acomodadas vidas (tiranía de los síntomas). A su vez, nos encontramos con padres que no consiguen tener la fuerza suficiente como para romper con la poderosa tiranía de los síntomas de sus hijos (estando ellos mismos tiranizados), que, ya sea por sentimientos de culpabilidad, o bien por mecanismos más implícitos que mantienen el “juego”, dejan de luchar contra el apoltronamiento de sus hijos, relegando sus vidas a cuidarlos como niños. El ciclo se cierra y los espacios de *organización* y *mitología* familiar se hacen más resistentes al cambio, imponiendo sus fortalezas al curso psicoterapéutico. De acuerdo con Linares, si la recuperación sólo es viable y de signo positivo cuando podemos trabajar ambos espacios, las intervenciones están muy limitadas. Padres e hijos expresan el deseo de obtener una pensión mensual, que les ayude económicamente. Esto convierte al paciente identificado en un disminuido psíquico y por consiguiente en un

enfermo de por vida, a la vez que consolida y sumerge el sistema familiar en sus fuerzas de entropía. Los pacientes son etiquetados, por los servicios sanitarios y sociales, como “enfermos mentales graves”, por lo tanto, inviables para la sociedad. Los padres, a su vez, personas que se tienen que resignar a la dura pena que les ha tocado vivir en este mundo: cuidar a un enfermo mental. Si el paciente ha obtenido ya su pensión por discapacidad, el proceso de dejar de depender de ella para vivir es, desde nuestra experiencia, casi irreversible. Y, en muchos casos los servicios sociales se resisten y dificultan enormemente la reversibilidad del proceso; es decir, incorporar dicho sujeto al mundo laboral.

### ***Recuperación en Psicosis – La Psicoterapia***

La palabra *recuperación*, hoy día, es clave a la hora de hablar de los trastornos psicóticos. Su definición más concensuada consiste en: un parámetro o un grado de funcionamiento que se alcanza y mantiene durante un cierto período (p. ej., dos años), que es un reflejo trasversal del estado funcional y que puede alternar con periodos de recaídas. No exige una remisión total de los síntomas, y por ello puede alcanzarse en presencia de síntomas leves y moderados. Supone un grado normalizado de funcionamiento en una serie de importantes actividades de la vida cotidiana, como el trabajo y las relaciones sociales, conjuntamente con la capacidad de vivir con independencia y siendo responsable de la propia persona. Harrow y cols (2005) va más lejos demostrando en sus estudios que algunos pacientes pueden alcanzar la recuperación sin farmacoterapia de mantenimiento. Como sabemos, una amplia proporción de personas con esquizofrenia suponen una

carga económica y psicológica continuada para los miembros de la familia siendo esta una condición determinante que permite con más facilidad el surgimiento de los *beneficios secundarios*. El enfoque de la anterior definición se centra, sobre todo, en la salud y en el bienestar, que incluye la calidad de vida, así como la capacidad de vivir independientemente, de funcionar de forma adecuada en trabajo y/o escuela y de mantener relaciones sociales. Estos son criterios que, cuando trabajados y negociados en terapia, imposibilitan la emergencia de aspectos más “cancerígenos” –los beneficios secundarios-, siendo la recuperación de los individuos más sólida y eficaz. Importante dejar bien claro que cuanto más temprano sean detectados indicios de un primer brote y, cuanto más rápida sea la inclusión de dicho individuo en un programa psicoterapéutico específico, mejor pronóstico tendrá. El factor tiempo está, indudablemente, asociado al concepto de cronicidad.

En la actualidad es unánime que el tratamiento de índole familiar/sistémico – psicoterapéutico, así como los programas psicoeducacionales, son aquellos que más apuntan a una recuperación del tipo que hablábamos anteriormente.

### ***Un poco de historia – Identidad y Poder***

Podríamos decir que la forma más primitiva del concepto *locura* fue la de “posesión”: la transformación del hombre en otro distinto, aquel que actúa o en el que se debate una fuerza venida no se sabe de donde. Los latinos lo llamaban *mente captus*, mientras los griegos el *energoumenos*. Este último es recogido por la tradición cristiana y durante siglos, el *poseído* es la presencia encarnada del demonio. Después del Renacimiento la definición de “poseído” cambia. No es más una perversión del cuerpo que deja intacta la libertad del alma, sino de

una posesión del espíritu y abolición de la libertad de éste, mientras la naturaleza, obra divina, permanece indiferente al tumulto del corazón. La libertad no queda ahora resguardada, más allá de la posesión sino que es la armonía de la naturaleza la que se conserva a pesar de la locura. El Hombre tiende, progresivamente, a preocuparse más en proteger y cuidar al todo al cual pertenece - su contexto, que al individuo mismo. Schopenhauer viene a decir que ese fenómeno es inevitable, pues es el instinto de la condición humana al servicio de la propia especie.

Es en este sentido que se desarrollan en el siglo XVII las nuevas prácticas hospitalarias, en las que el régimen de fuerza no tiene un sentido de castigo sino de salvaguardia. El cristianismo, entidad de enorme poder e influencia, empieza a despojar a la enfermedad mental de su sentido humano, y a partir del siglo XVIII, aleja definitivamente al enfermo mental del mundo de los humanos: “la locura no es una superposición de un mundo sobrenatural al orden de lo natural, un añadido demoníaco a la obra de Dios, sino sólo la desaparición de las facultades más altas del hombre. La locura no es más que privación” (Foucault). En el siglo XIX, a raíz de la revolución burguesa, se pone énfasis en la *libertad* de los individuos, diciendo que ésta es la capacidad y/o facultad perdida por el enfermo mental, algo que pasa a ser reconocido por la declaración de los derechos jurídicos. Si el enfermo mental no puede ejercer su función primaria y decidir sea lo que sea voluntaria y libremente, tiene que ser un tercero (consejo de familia) el que asuma su responsabilidad y su decisión. Y para tal reconocimiento, el médico psiquiatra es aquel que decide si el individuo es o no un enfermo mental, por lo tanto, si es capaz de tener dominio coherente sobre sus propios actos. Lógicamente el poder psiquiátrico empieza

a estar socialmente aceptado e instaurado. Por otro lado, hasta 1838, se internaba de oficio a todos los individuos que ponían en riesgo y/o perturbaban la tranquilidad pública. Pero el caso de los “alienados” que no alteraban el orden no estaba reglamentado. Para liberar a sus familias se creó una “internación voluntaria” independiente de la voluntad explícita del enfermo, pero dependiente de la de la familia, considerada como su representante cuando se confirmaba el diagnóstico del médico. Se sustituye la voluntad del sujeto por la voluntad, considerada su equivalente, de la familia. Se transfieren a otros los estrictos derechos de la libertad individual. Esta alienación se expande y señala todas sus relaciones sociales, todas sus experiencias, todas las condiciones de su existencia. El enfermo mental empieza a verse como un extranjero en un mundo de extranjeros. Su libertad es su sufrimiento. Por lo tanto, la alienación es para el enfermo mucho más que un estatus jurídico: es una experiencia real, que se inscribe necesariamente en el hecho patológico. La sociedad, progresivamente, signa al enfermo con estigmas demoledores y la psiquiatría colabora, leyendo paralelamente en él los signos de la esquizofrenia. El cristianismo va delegando a la psiquiatría su estatus y su poder. Ésta va ganando terreno sobre la conducta humana, asumiendo la verdad de su condición.

Es partiendo de esta perspectiva y de su lógica asociada que los *beneficios secundarios* en los trastornos psicóticos tienen también un sentido. No solo son un producto colateral inevitable de la alienación social sobre el individuo enfermo, donde resultan progresivas transformaciones micro y macro sociales, sino también una forma y/o mecanismo del mismo individuo en conseguir reparar, incluso a nivel interno, su sentimiento de inexistencia: “Si no soy nadie,

no soy libre y no tengo ningún derecho sobre mi mismo, tengo que ser alguien único, para que los demás se preocupen conmigo y me cuiden. Esto me confiere exclusividad”. Por otro lado, todo este embrollo está, también él, al servicio de una misma lógica cristiana que salvaguarda la familia: “hay que soportar la cruz que nos ha tocado vivir. Tenemos que cuidar a nuestro hijo/niño que es un enfermo mental y no puede valerse por si mismo”.

## **Metodología**

El caso clínico que se encuentra en estudio procede de una investigación que se está llevando a cabo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, en Barcelona. El contexto de la misma se inserta dentro del centro de Terapia Familiar que dicho servicio dispone. Todas las visitas fueron realizadas en su *setting* correspondiente – salas habilitadas para el funcionamiento del modelo sistémico que disponen de todo el equipamiento necesario: cámaras y material de grabación audiovisual; espejo unidireccional y equipo investigador. Todas las sesiones fueron gravadas en video, transcritas y previamente analizadas y preparadas. Toda y cualquier estrategia/procedimiento de intervención psicoterapéutica está a cargo del equipo investigador. El programa está basado en una propuesta de terapia familiar para la psicosis de Juan Luís Linares (2001-2007), siendo la *reconfirmación* la base de todo el proceso.

El programa está compuesto por sesiones de terapia familiar (bimensual); terapias relacionales (grupo de pacientes - bimensual); grupo multifamiliar (mensual); grupo farmacológico (mensual) y seguimiento individual farmacológico (siempre que sea oportuno y necesario).

La terapia familiar tiene como objetivos: (1) la construcción de una alianza terapéutica con todos los elementos de la familia, sobre todo con el paciente identificado, que es el eje central de toda la psicoterapia; (2) re-construir, con la colaboración de todos, una nueva atmósfera/dinámica relacional que se viva como menos conflictiva, adversa y más funcional; (3) hacer que todos los elementos del sistema aprendan a manejarse mejor, dentro de las dificultades que puedan surgir, procurando instaurar bases de negociación y dialogo; (4) trabajar los sentimientos de culpa y angustia/desesperanza que existan, intentando sustituirlos por otros como la responsabilidad; (5) ayudar a los padres a no dejarse tiranizar/paralizar por los síntomas de sus hijos así como por sus sentimientos de culpa, imponiendo límites y/o distancia cuando sea necesario; (6) promover nuevas narrativas que posibiliten la emergencia de nuevos sistemas de creencias así como nuevas estructuras y/o dinámicas relacionales; (7) que el equipo terapéutico sea un elemento clave de *reconfirmación* hacia todo el sistema, pero especialmente, para con el paciente; (8) hacer del equipo terapéutico un filtro importante de cara a los elementos de desconfirmación provenientes de la dimensión parental y/o fratría; (9) ayudar al paciente a liberarse de la auto y hetero estigmatización, proponiendo estrategias.

Con relación a los grupos (de pacientes y multifamiliares), la intención no es hablar de la enfermedad ni tampoco de los síntomas (prodrómicos o de cualquier otro tipo) sino de todo y cualquier asunto que les preocupe y/o inspire satisfacción y curiosidad en el presente, tema que puede ir desde la cultura a la política, del arte a la religión o, sin ir más lejos, de sus rutinas cotidianas (dificultades y logros). Es un espacio de índole micro-social que permite a los

usuarios correspondientes (padres o hijos) hablar de sí mismos sin tener otro subsistema familiar presente (como sucede en la terapia familiar), compartiendo de un modo claro con sus iguales: que los padres puedan hablar de sus vidas, de sus dificultades como pareja, como padres, como agentes sociales, etc.; y que los hijos (pacientes) expresen sus miedos, frustraciones, deseos, fantasías, experiencias, proyectos, etc. También sirve como espacio para promover/promocionar nuevos proyectos personales: escribir o leer poesía, cuentos, historias, compartir dibujos, pinturas, etc. Esto permite formar una red de apoyo interna que se traduce en nuevos “paradigmas” y creencias, lo que ayuda, posteriormente, a la construcción de una nueva narrativa micro (intra y inter) relacional. Tanto los pacientes como sus familiares empiezan a tener una nueva visión de sí mismos y de los demás, a constatar que no están solos frente al mismo problema/conflicto y que existe una nueva luz al final del túnel, una esperanza, que les hace recuperar fuerzas para emprender nuevas batallas.

El espacio farmacológico grupal tiene como fundamento básico que los pacientes puedan compartir toda y cualquier experiencia que han tenido y/o tienen (en la actualidad) con respecto a la medicación, tal como miedos, conflictos, efectos secundarios, etc. Esta interacción permite no sólo un ajuste personal en términos farmacológico (siempre en función del proceso terapéutico individual en curso) sino también el asistir al progreso/retroceso y/o estancamiento de los iguales. Existe una clara filosofía: “la medicación es esencial mientras la vida no cambia, son como unas muletas que ayudan a que sea más fácil el camino hacia la recuperación” (Linares). Se trata de una nueva

experiencia/realidad donde es posible compartir lo más íntimo de su funcionamiento biológico.

Todos los grupos son abiertos, de presencia opcional y carácter flexible.

El tiempo mínimo de duración de todo este proceso es de dos años de tratamiento. Es imprescindible el ajuste terapéutico a cada caso particular, y por eso no hay una regla unánime/rígida de durabilidad y/o de intervención. La flexibilidad y la tolerancia/paciencia son, desde nuestra experiencia, las claves para un buen proceso de recuperación.

### **El caso de David**

David, paciente identificado, 32 años, soltero. Su núcleo familiar de convivencia es su madre, de 58 años, divorciada, actualmente funcionaria administrativa; y su hermana, de 26 años, periodista, que recién acaba de casarse e ir a vivir con su nueva pareja. Todos asisten a la primera sesión a la cual estaban convocados. En la hoja de solicitud, rellena por la madre y por la hermana, cuando se les pregunta el motivo por el que acuden a terapia familiar, contestan: “Para que David pueda curarse de su enfermedad. Hasta ahora no ha habido suerte y no se ha encontrado el profesional adecuado para curar a David. La vida de David está estancada y nos gustaría que saliera adelante”.

El paciente tiene su primera crisis psicótica en el año de 1996. Tenía entonces 22 años. Cuenta que iba por la calle y empezó a ver unas pancartas escritas con su nombre y el de su padre: “Todos estaban en mi contra”. Estuvo ingresado tres semanas. Desde entonces dispone de una paga por discapacidad. Está en tratamiento farmacológico y es visitado por su médico

psiquiatra una vez cada tres meses. La hermana, a su vez, está diagnosticada con un trastorno de anorexia-bulimia y está en tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en el ámbito privado.

Cuando se les pregunta por el padre, la madre nos cuenta que se ha divorciado hace once años (justo un año antes de la primera crisis de David): “fue lo mejor que ha podido pasar en mi vida, aparte de haber podido encontrar el trabajo que tengo ahora”. Desde entonces, no tiene ninguna relación con su ex-marido. Lo describe como una persona violenta, enferma, que ha marcado negativamente a los hijos y a ella misma. Cuenta que siempre ha tenido miedo de separarse y ha tenido que sacrificarse por sus hijos para que ellos pudieran tener algún futuro. Él, entonces, era el único que trabajaba. Ella, en aquellos tiempos era ama de casa. Su matrimonio duró veinte tres años: “No debería haber durado ni tres meses”. Puntualiza que nunca se ha sentido conquistada por su ex-marido. Se fue con él porque tenía ganas de salir de casa de sus padres y ésa era la solución del momento: “Si hubiera tenido otra familia, seguro que no habría estado con él, habría elegido mejor. Uno, cuando no tiene prisas, hace mejor las cosas”. Vivía con la esperanza de poder cambiarlo. Cree que se desenamoró de él después de casarse. Pero como la boda fue contra la voluntad de su madre, no podría volver de nuevo a la casa materna, estaba un poco desamparada, y eso la hizo continuar: “Por lo menos los hijos tenían la posibilidad de seguir adelante, cosa que yo no había tenido en mi familia”.

La hermana comenta que desde pequeña ha sido muy poco cercana al padre. Lo recuerda como una persona mala, conflictiva, muy narcisista, celosa, muy insegura y poco después de que su madre se separara (aproximadamente

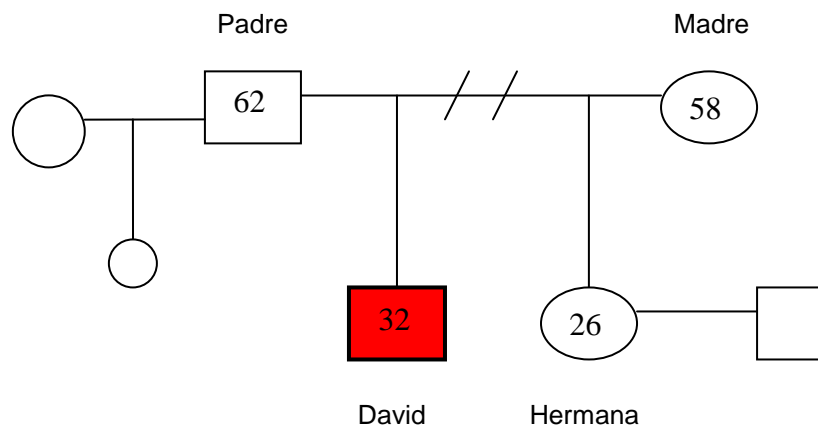
un año) quiso dejar de tener contacto con él. No lo siente como un padre: “por dentro es una persona muy insegura, aunque no lo parezca. Es un montaje, lo que aparenta es falso. Al inicio te puede eludir mucho, te puede vender la luna pero después, cuando lo vas conociendo más, es una persona que repele”.

David explica que ha seguido manteniendo contacto con el padre aun después de que su madre se haya separado, pero que a raíz de una propuesta-trampa que el padre le quiso hacer para dejar de pasarle la pensión, cortó definitivamente relaciones (casi tres años después del divorcio de sus padres, dos años después de su primera crisis). Nos comenta que de pequeño tenía una relación cercana con el padre, que éste ha sido un referente importante para él aunque siempre ha vivido y visto cosas raras (enfados espontáneos y repentinos, discusiones, explosiones de rabia, etc.) y que durante algún tiempo trabajó con él en los doblajes que, por cierto, era un trabajo que le gustaba mucho y que le iba bien: “siempre lo he visto como una persona muy inmadura, como un niño, tal vez por eso, de pequeño jugaba más con él. Pero eso fue solo hasta los doce años, después empecé a ver las cosas de otra manera”. Corroboramos toda la descripción hecha, tanto por su madre como por su hermana, con relación a la figura del padre: “es un hombre enfermo, con muchos problemas. No le tengo odio, me da lástima”. Cuando optó por distanciarse del padre, nunca más volvió al mundo de los doblajes ni tampoco al mundo laboral. Su vida es monótona y escasa en actividades. Nos explica que ha dejado de ir al gimnasio porque sentía y veía que los demás le miraban raro. En lo que toca a las tareas domésticas, nunca tiene ganas de hacer nada, le cuesta muchísimo motivarse, lo cual conlleva algunas discusiones con su madre, que, aparte de trabajar, tiene que llevar la casa: “es

una especie de pereza crónica lo mío”. Otro aspecto bastante relevante en la historia de David en los últimos diez años (desde que tuvo el primer brote) es que cíclica y periódicamente (cada año), empieza en septiembre algún curso de formación, por ejemplo, de secretariado, de idiomas, de turismo, etcétera, con el objetivo de poder más tarde encontrar algún trabajo relacionado, pero siempre los acaba dejando. Dice que, al igual que le pasó con el gimnasio, los demás lo miran de una manera extraña y que él mismo se siente descontextualizado. Su miedo (pánico) es que los colegas de curso, por lo general más jóvenes que él, le pregunten qué ha hecho en el pasado y, no sabiendo él que contestar, tenga que decir que ha sufrido una crisis psicótica y/o que es esquizofrénico. La madre y la hermana frente a esta dinámica recurrente (apuntarse a algún curso cada septiembre) ya no guardan ninguna esperanza ni le dan ningún tipo de credibilidad. David siente no tener fuerzas para mantenerse firme y seguir haciendo, pero se resiste a aceptar que tiene una enfermedad y/o es un enfermo, como ya le han dicho tantas veces. Explicita que no se ve como tal. Por todo ello, cada noviembre, después de romper el compromiso con el curso recién empezado y de incluso haber pagado la matrícula correspondiente, empieza a prepararse psicológicamente para el año siguiente, convenciéndose a sí mismo, a su madre y a su hermana, de que el nuevo curso (que empezará en septiembre del próximo año) le será más ventajoso y que no le pasará lo mismo de siempre. En esos momentos toda clase de excusas sirven para convencerse: que el curso que había elegido no era lo que realmente buscaba; que los alumnos eran muy jóvenes y/o él no se sentía a gusto; que la profesora lo miraba raro y/o que los demás sabían que él era una persona con problemas; que la escuela que había elegido no

tenía el prestigio y la credibilidad que él se había imaginado y creído; que estaba lejos y por eso había dejado de ir; que antes no estaba bien y que ahora sí, etc. Esto va sucediendo año tras año y el mismo David se ve cansado y derrotado: “siempre he tomado malas decisiones. Siempre me equivoco. Nunca consigo encontrarme. Siempre estoy viviendo en el futuro y eso no me permite centrarme en el ahora. No consigo ver la importancia del momento presente. Siempre pienso que mañana estaré mejor. Y eso me hace estar más apático”. Su madre transmite agotamiento y desaliento, también por los gastos que todo ello conllevaba. Su hermana, descreída, siempre puntualiza que su hermano no pone realmente de su parte y que está bastante acomodado: - “yo sé muy bien lo que es tener problemas psíquicos y si no te pones tú las pilas, nadie te puede ayudar. Yo no lo veo con esas ganas... son excusas”.

**Genograma familiar:**



Con relación al padre de David, hemos sabido, a parte de su profesión y edad, que había constituido una nueva familia de la cual había nacido una nueva hija. También que no tiene contacto con sus hijos (David y su hermana) desde hace muchos años (con el primero menos, aproximadamente siete años). Todo lo demás era como la personificación del “diablo” o de un

monstruo. Todos, sin excepción, señalaban al padre como el motor principal de tanta desgracia familiar, aunque David intentaba, siempre que podía y se veía con fuerzas, mantener el espectro con algún color y no solo en blanco y negro como siempre lo hacían ver su madre y hermana. Lo que estaba claro, desde el inicio, es que la figura paterna no quedaba legitimada para el trabajo psicoterapéutico. El padre era una tecla que no se podría tocar, saliendo “chipas” al mínimo roce.

En cuanto a la relación de David con su hermana nos explican que siempre ha sido buena. Ambos son personas reservadas, aunque el primero siempre ha tenido fama de juguetón. Al respecto, muchas veces nos comentaban en sesión que la madre se había enfadado con David porque éste no paraba de “chincharla” con bromas de mal gusto. Cuando lo explorábamos, la madre explicaba que a David le hacía gracia que ella tuviera algún amigo especial o una nueva relación con otra persona. Ella no estaba por la labor, se sentía bien sola y no quería que David siempre la estuviera atormentando con el tema: “Él proyecta en mí sus deseos y necesidades. Seguramente es él quien necesita una novia...”. De hecho había, al comienzo de la terapia, una persona (colega de trabajo) rondando a la madre. Ésta se veía preocupada con sus miedos y dudas, y David, a pesar de que se mostraba, medio en broma medio en serio, satisfecho y colaborador, sentía una especie de celos que se traducían en un discurso pícaro y burlón, creando una atmósfera de pseudorivalidad.

A David y a su madre, desde el primer día, se los veía con una relación muy ambigua, una especie de “sí, pero no”. Por un lado, muy unidos, centrados y preocupados el uno por el otro, con intercambio de miradas de afecto y complicidad, como si se tratara de una especie de pseudopareja matrimonial.

Nos dio la sensación de que David estaba ocupando la posición del padre ausente. La madre, mujer de muy pocas amistades y con escasa relación con su familia de origen, nos comunicaba sus preocupaciones con relación a David, expresándonos que lo mejor que ahora le podía pasar en la vida era que David hiciera su vida y fuera más independiente. Al mismo tiempo enviaba mensajes continuos de descrédito y desesperanza, confirmando a David en su apatía y pereza crónica, como él mismo lo llamaba. Reclamaba más ayuda en casa y cuando David hacía algo fuera de lo habitual o simplemente no estaba tan pendiente de ella, dando una sensación de más autonomía, la madre se asustaba, pensando que él podía estar incubando alguna crisis. En alguna que otra ocasión, cuando la madre tenía la intención de hacer alguna actividad sola, por ejemplo ir de vacaciones unos días (una vez que David no quería acompañarla o no se sentía cómodo yendo con ella), ésta pasaba el mensaje de que no le gustaba estar sola ni se encontraba a gusto en esta situación: “que no me guste estar sola no significa que no quiera vivir sola, es distinto; y una cosa no tiene nada que ver con la otra. Yo deseo que David salga adelante”. La hermana al respecto puntualizaba: “que nuestra madre desee mucho que David se independice, no quiere decir que no lo vaya a echar de menos. Todos los padres echan de menos a los hijos cuando se van de casa, es normal”.

David, por su parte, reconocía el esfuerzo (o era forzado a reconocer por lealtad) que su madre hacía en cuidarle y estar por él. No la quería ver desamparada, sola y desanimada, quería cuidarla y protegerla, pero a la vez sentía que eso no era lo mejor que podía hacer por su vida. Por otro lado, cuando se encontraba más enfadado y rebotado por su triste inercia y situación

(digamos doble vincular), de pronto acusaba a la madre por haber estado veinte y tres años casada con un tipo que solo les ha maltratado y hecho daño: “no tendrías que haber estado ni tres días...”. Era una especie de acusación y reproche mutuo, donde la madre, repetidamente, decía que se había sacrificado por sus hijos y que eso no era justo.

Cuando hemos explorado un poco la familia de origen de la madre, ésta nos explica que en total son cuatro hermanos (eran cinco pero una de las hermanas murió). Con todos se lleva bien, excepto con una hermana. Puntualiza que no hay mucha relación con los hermanos, pero que ella la intenta preservar al máximo, a pesar de que ellos tampoco la buscan especialmente. Su padre, según nos explicó, tenía problemas con el alcohol, y era muy autoritario, rígido y agresivo. La madre, una persona muy subordinada a él. Tiene una hermana con un hijo que también padece esquizofrenia. Desde muy temprano ha querido salir del ambiente enfermizo en que vivía.

Otro acontecimiento bastante relevante que brotó en medio del curso psicoterapéutico es que a la madre le diagnosticaron un Alzheimer leve. Tanto David como la hermana se mostraron muy solidarios. Esta última tenía claro que debía preservar su vida (su matrimonio, su trabajo, su independencia y autonomía) a pesar de que también había que cuidar a la madre y estar por ella. David, que convive diariamente con su madre y mantiene con ésta una relación más cercana (pseudomrimonial), sentía que lo que la hermana reivindicaba para ella también sería ventajoso para él, pero David no dispone del control de su vida y, en consecuencia, de la fuerza necesaria para pasar a la acción. Así pues, es lógico que se encontrara en una posición de mucha más vulnerabilidad, cosa que ayudaría a reforzar su crónica y monótona vida

cotidiana. Si antes era necesario encontrar argumentos que justificasen su situación de apoltronamiento y comodidad, ahora la vida le había brindado la excusa perfecta: tenía que cuidar a su madre. En todo caso, la terapia propuso, como intervención paradójica, esta nueva realidad como una posible solución: David podría dedicarse perfectamente a cuidar a su madre una vez que ella ahora lo necesitaba. Rechazó la propuesta desde el principio, afirmando que él tenía que rehacer su vida y no quería resignarse.

Al final de la terapia (dos años y siete meses después), hemos podido entrar en contacto con el padre de David y hacer dos sesiones individuales con él. David había expresado mucho interés en ello, y puesto de relieve que su última esperanza sería volver a trabajar en los doblajes, y para ello, volver a tomar contacto con el padre era la mejor opción. La madre y la hermana, como gatos que defienden su territorio, intentaron boicotear la propuesta hecha por David. Éste justificaba sus intenciones diciendo que ellas no tenían por qué temer esa posible realidad una vez que el único que estaría y/o entraría en contacto con el padre sería él. La hermana incluso amenazó con dejar de venir a terapia si su padre ponía los pies en aquel espacio. La madre, a su manera, volvió a repetir todo el “currículum” monstruoso de su ex-marido, queriendo vender la idea de que sería inútil y totalmente fuera de lugar esa propuesta de su hijo, la cual nosotros, equipo terapéutico, apoyábamos incondicionalmente. Después de mucha persistencia, David consiguió que su hermana nos diera el teléfono de su padre.

En las dos sesiones que hemos podido hacer con el padre de David, éste se ha mostrado muy colaborador y dispuesto a reanudar la relación con su hijo sin ningún tipo de rencor; incluso dijo que David podría, si así lo desease, volver a

trabajar en los doblajes. Ha podido también expresar su versión de la historia de separación y divorcio y cómo eso ha complicado su relación con sus hijos. Su mujer, desde su narrativa, era la causa de tantos problemas y de la actual situación de sus hijos, de sus enfermedades. Afirmaba que él siempre ha querido que David trabajara y se dejara de líos psiquiátricos. Después del primer brote y de haber estado ingresado, se quedó convencido de que su hijo seguía totalmente capacitado para tirar adelante y construir una vida independiente. Le propuso firmar un contrato laboral en los doblajes, para motivarle, y que pudiera pasar página a lo sucedido. Todo eso, tanto la madre como la hermana y David lo interpretaron como una estrategia de signo burlón y perverso a la vez, para poder dejar de pasar la pensión que le correspondía. El padre explicaba que ese hecho conllevó la situación crónica e inerte de David y que la madre, de alguna manera, lo había promocionado.

Un par de días después de la última visita con el padre a solas, llegó la noticia de que David había ingresado. La hermana, a su vez, entró en contacto con el equipo terapéutico expresando toda su rabia. En resumen, estaba indignada de cómo el equipo terapéutico había permitido que la situación terminara de manera tan nefasta. Tanto ella como su madre estaban convencidas de que el ingreso de David se debía a la incorporación del padre en el proceso terapéutico. Explicó que David, en los últimos días, empezó a rebelarse contra su madre y que a raíz de esa “agresividad” lo tuvieron que ingresar.

Hemos podido hablar con David en una ocasión, cuando aún estaba ingresado. Nos comunicó lo mismo que su hermana: “mi padre solo quiere acercarse a mí para hacerme daño. No lo puedo soportar”.

El proceso terapéutico terminó por abandono. David no quiso seguir con la terapia familiar. La madre y la hermana lo apoyaron en su decisión. El padre, resignado, nos transmitió su frustración.

Es importante puntualizar que David participó en muy pocas ocasiones en los grupos terapéuticos, ya que se negó a asistir. Siempre presentó dificultades en mantener estables las pautas farmacológicas prescritas, e hizo sus experimentos con la medicación. Su madre y su hermana nunca se han presentado en el grupo multifamiliar.

## **Resultados**

Los resultados que aquí se presentan se pueden ver en formula de tablas (1 y 2). El objetivo es resumir de manera sencilla y directa los aspectos más significativos del caso clínico y con ello confirmar la hipótesis central de este trabajo: como los beneficios secundarios, a lo largo del tiempo, se hallan fuertemente en la dinámica relacional tanto de la familia como, sobre todo, del paciente identificado (p.i.) y como eso puede influenciar el curso de una psicoterapia de recuperación.

En la *tabla 1* podemos encontrar sintetizados los criterios en evaluación más significativos. En la *tabla 2* nos centramos, esencialmente, en aquellos aspectos más relevantes de cara a una terapia de recuperación. Se hace un levantamiento de los datos al inicio y al final del proceso. El objetivo es dar énfasis al estancamiento del curso psicoterapéutico, poniendo así de relieve la influencia de los beneficios secundarios en todo el proceso.

**Tabla 1 – Los aspectos más significativos del caso David.**

Criterios en evaluación	Resultados / Resumen
- Edad del paciente cuando inició el proceso de T.F. <sup>1</sup>	- 32 años.
- Con quien convive el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madre (58 años).</li> <li>- La hermana (26 años) salió de casa hace poco tiempo y vive con su actual marido.</li> <li>- David da la sensación de mantener con su madre una relación de pseudopareja matrimonial.</li> </ul>
- Nivel de estudios del paciente.	- Ha empezado (también a lo largo de la terapia) varios cursos pero no terminó ningún: turismo; secretariado; idiomas. Trabajó durante algunos meses con el padre haciendo doblajes.
- Nivel socioeconómico (N.S.E.) de los padres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La madre es funcionaria (administrativa) a partir del momento en que se separa de su ex marido (tenía 49 años - 1995). Antes ama de casa.</li> <li>- Su hermana trabaja como periodista (tiene estudios universitarios).</li> <li>- El padre es doblador de películas y de publicidad. Ha trabajado también en la radio como locutor.</li> </ul> <p>(N.S.E. – medio/bajo).</p>
- Situación laboral del paciente al inicio del tratamiento.	- David tiene una pensión y está de baja desde su primera crisis (1996).
- Quien rellena la solicitud para el tratamiento de T.F.	- La madre y la hermana.
- Motivo de demanda al iniciar el proceso terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estancamiento de David en su vida;</li> <li>- Curarse de la enfermedad.</li> </ul>
- Expectativas con respecto al tratamiento de T.F.	- Que ahora se pueda encontrar una solución al problema de David: "Hasta hora no ha habido suerte y no se ha encontrado el profesional adecuado para curar a David".
- Derivante.	- Particular. La terapeuta de la hermana (está en tratamiento psicoterapéutico por problemas de anorexia-bulimia).

- Existencia de otros tratamientos anteriores.	- Está en tratamiento farmacológico con el psiquiatra del centro de salud mental de su área de residencia.
- Tiempo de evolución del trastorno psicótico cuando inician terapia.	- 10 años.
- Período de tratamiento y número de sesiones realizadas en T.F.	- 2 años y 8 meses (41 sesiones de T.F.)
- Convocatorias y asistencias.	- <b>Los tres (madre, hermana y David – p.i.<sup>2</sup>)</b> – 11 sesiones - <b>Los hermanos</b> – 3 sesiones - <b>David solo</b> – 12 sesiones - <b>David y la madre</b> – 10 sesiones - <b>Solo con la hermana</b> – 1 sesión - <b>Madre y hermana</b> – 1 sesión - <b>Madre sola</b> – 1 sesión - <b>Padre solo</b> – 2 sesiones
- Existencia de patología en otro miembro de la familia.Cuál o Cuáles	- Sí, la hermana está en tratamiento por anorexia-bulimia; - La madre; durante el proceso terapéutico de David le han diagnosticado un Alzheimer leve.
- Motivo de finalización de la terapia	- Abandono. El hecho de intentar incorporar el padre al proceso terapéutico (a petición de David) ha llevado a un ingreso de David y al posterior abandono del tratamiento de todos los elementos del sistema familiar.
- Presencia en los grupos terapéuticos	- David ha estado muy pocas veces implicado en los grupos. Su presencia era inestable y escasa. - Su madre y su hermana nunca se han presentado en el grupo multifamiliar.
- Pautas farmacológicas	- David se saltaba la medicación. Hacia experimentos por su propia cuenta y criterio.

1. Terapia Familiar
2. Paciente Identificado

**Tabla 2 – Indicios significativos, al inicio y al final del proceso psicoterapéutico, de cara a la recuperación.**

Indicios significativos de cara a la recuperación	Al inicio del proceso psicoterapéutico	Al final del proceso psicoterapéutico
- Presencia de síntomas positivos	- Ausentes	- Presentes de manera muy moderada (controlada).
- Ámbito de relaciones sociales del p.i.	- Muy bajo (pobre a nivel relacional)	- Muy bajo (pobre a nivel relacional)
- Ámbito laboral del p.i.	- David no trabajaba desde su primer brote psicótico (1996). Disponía de una paga por discapacidad y su madre lo ayudaba económicamente.	- No hemos conseguido que David empezara ninguna actividad laboral. Siguió viviendo de su paga y con la ayuda de su madre.
- Actividades realizadas por el p.i.	- Ninguna. Empezaba cada septiembre algún curso de formación pero lo dejaba al cabo de un par de días.	- Ninguna. No hemos conseguido romper con el mecanismo cíclico de David.
- Presencia de beneficios secundarios	- Alta.	- Posible cronicidad.
- Número de ingresos psiquiátricos	- Un ingreso a raíz de la primera crisis (1996).	- Un ingreso a raíz de la incorporación del padre al proceso psicoterapéutico.
- Nivel de autonomía e independencia del p.i.	- Muy bajo.	- Muy bajo.
- Otros	- David aparentaba un aspecto muy normal, centrado, cordial, con un discurso coherente y organizado. No daba ninguna sensación de ser una persona con problemas psíquicos.	- David siguió siempre siendo un experto en enseñar su honorable fachada. Aparentemente, todo estaba bien.

## Discusión

El caso de David es bastante ilustrativo con respecto al tipo de funcionamiento psicótico. Por un lado está *la triangulación perversa* (Haley) y el *Imbroglío* (Selvini) que tanto caracteriza el “juego” en la dimensión parental y conyugal, respectivamente, configurando una perfecta simetría encubierta (sutil e implícita), que hace de los hijos grandes aliados para después ser excluidos y desconfirmados (“antes lo era todo para ella/él, ahora ya no le sirvo para nada – ¿quién soy yo?”). Por otro está *la desconfirmación* (Watzlawick) que asume así el liderazgo en un segundo momento que garantiza, a posteriori, la confusión y la atrofia de lo más íntimo de nuestra condición: la identidad (“si no soy nadie, soy Napoleón”).

Desde una visión compleja y muy particular del funcionamiento familiar y en base al concepto de *Triangulación Desconfirmadora* (Linares, J.L., 2001), este ejemplo clínico nos sirve para demostrar cómo la emergencia de los beneficios secundarios en la psicosis se constituye como un importantísimo factor que interfiere en el proceso de recuperación en psicoterapia.

En la descripción del caso vimos que el matrimonio de la madre dura veinte y tres años, a pesar de que ésta afirma que desde el primer día que se casó ya se sentía desamorada, y tenía la intención y la esperanza de poder cambiar al otro. Esta profecía autoproclamada desde los primordios brinda a la relación conyugal peleas y discusiones, cocinándose así, a fuego lento, el caldo de cultivo de la psicosis de David. Éste, el primer hijo y seguramente el más metido en el ojo del huracán, es quien más ha habitado la *tierra de nadie*: primariamente aliado de una madre que tenía como prioridad máxima la disputa con su marido, y que hacía de los hijos, sobre todo de David, los

aliados perfectos, incondicionales, con el fin de ganar la batalla de siempre condenada al fracaso. Más tarde, despechado con la madre, David se pasa al bando del padre, intentando encontrar y/o dar algún significado y coherencia a su propia existencia, que hasta entonces, era pobre y carecía de mucha nutrición emocional. Pero, lamentablemente, el padre también le falla. Centrado sobre todo en sus necesidades más narcisistas, luchando vorazmente contra el enemigo (su mujer), no tuvo la capacidad ni el espacio psíquico necesario para poder contemplar a su hijo como a un chico sediento de amor, que buscaba desesperadamente a alguien que lo pudiera mirar/ *reconfirmar* como importante, único e incondicional y no, únicamente, como un instrumento de guerra, mirada a la que estaba ya acostumbrado. Una vez más la historia se repetiría. David regresa, desgastado, al bando de la madre, roto en su referente masculino, sintiendo que tanto ella como su hermana, aunque no le pudieran dar lo que él más necesitaba, por lo menos le podrían proteger y cuidar. Sumergido en una desesperada y conflictiva situación emocional, tener a alguien, en aquel entonces, era mejor que no tener a nadie, aun más cuando se es pequeño y dependiente de los adultos. Era evidente que no cabía la posibilidad de co-relacionarse libremente con sus dos referentes más importantes (padre y madre). Atormentado por una escisión brutal de lealtades y sentimientos, David fue, progresivamente, conducido a un estado de *alienación* y a ver coartada la libertad de sí mismo y de sus decisiones. Todo lo que ha podido aprender es contemplar desde un bando, al otro, como enemigo.

Más tarde, el padre intenta que David firme un contrato laboral (para los doblajes), motivándole a seguir adelante con su vida, para que sea independiente y pueda salir del ambiente enfermizo en que vive (con la madre

y la hermana). Aquí todo se complica porque, indudablemente, emerge una compleja y sutil intención del padre en hacer ver explícitamente a David que la madre y la hermana son (y han sido) la causa de tanto malestar y sufrimiento familiar. Como podemos imaginar, éste se vuelve a ver, una vez más, habitando el terreno de los conflictos de lealtades: si durante tanto tiempo su madre le ha hecho ver que era su padre el monstruo de la película, ¿cómo es posible que todo pueda cambiar tan rápida y drásticamente? Teniendo en cuenta que el padre era, dada la situación, el progenitor más distante, aislado y ausente, es lógico que el paciente sucumba más fácilmente a la narración dada/vivida por la madre. A su vez, el momento en el que el padre le ofrece la posibilidad de volver a trabajar con él en los doblajes, es interpretado por David como una trampa para que deje de pasarle la pensión que le corresponde. Esta interpretación es también corroborada por la madre y por la hermana, que en ningún momento abandonan sus roles de oposición. Este es el drama y la real trampa de David: teniendo a su madre y a su hermana como figuras que siempre le han protegido y cuidado (aparentemente), y, en suma, creciendo con el peso de una narración donde el padre es el forastero de la película, es muy difícil liberarse, cambiar y/o transformar todo este enredo, aunque David, en lo más íntimo de su alma, reclame el derecho a su libertad y a la posibilidad de, por él mismo, construir su nueva y propia narración.

La confusión y la desesperación de David está, de este modo, sembrada y la psicosis no hace más que añadir un sentido correctivo a su angustiante sentimiento de inexistencia: “soy alguien tan importante y especial que los demás están en mi contra y me quieren hacer daño”.

Sabemos que, por ley, un padre tiene el derecho y el deber de dar pensión a su hijo hasta que éste cumpla los 18 años. Si tenemos en cuenta el momento cronológico en que el padre le propone a David que trabaje, verificamos que éste tenía veinte y tres años. Nos preguntamos entonces que sentido tiene la argumentación/justificación dada tanto por él, como por su madre y hermana, con respecto a la intención del padre. Es fácil entonces deducir que a estas alturas (un año después del primer brote) la emergencia de los beneficios secundarios en la psicosis de David ya se habían producido y, más aún, que estos beneficios estaban siendo, implícitamente, corroborados por los miembros del sistema correspondiente: la madre y su hermana. David estaba seleccionando en su narrativa no identitaria, de por sí pobre, los elementos que le servirían para más tarde crear una identidad delirante de signo victimista: “soy alguien que tiene que ser cuidado y protegido por los demás una vez que he sufrido muchísimo en esta vida”. Su madre y hermana, al estar de acuerdo en que la intención del padre es tramposa y que lo que deseaba era dejar de pasarle la pensión a su hijo, subrayan claramente que David no está en condiciones de poder trabajar ni de tener una vida independiente, antes es una persona enferma, incapacitada, con lo cual es importante tener el máximo de recursos económicos para poder cuidarlo y protegerlo. Se basa entonces en una *organización y mitología* familiar que, progresivamente, va definiendo la identidad del sistema, también él perverso, de signo victimista y exculpatorio, donde se van enraizando, con el pasar del tiempo, creencias, rituales y dinámicas que confirman su mecanismo precedente. El individuo enfermo va, muy lentamente, incorporando en su identidad las diversas narrativas que coexisten a su alrededor: soy un enfermo de por vida y por eso dependo de los

demás; tengo que ser protegido y cuidado; soy un pobre damnificado que ha sufrido mucho; no puedo trabajar y tener responsabilidades; necesito recursos económicos estables que me permitan vivir. A la vez, y en relación muy estrecha con este discurso, los demás elementos del sistema, en este caso la madre y la hermana, administran el analgésico de la responsabilidad retroalimentando un sistema relacional precario, tratando de que David incorpore su rol de *alienado* y cumpla con su función reguladora. Se forma así un todo patológico, coherente, que hace más soportable el dolor y el sufrimiento.

David, desde el primer brote, deja de trabajar y pasa a vivir de una pequeña paga por discapacidad y a depender de su madre, que lo mantiene y lo protege. A su vez, a la madre (muy sutilmente) esto le justifica todo el horror que su ex marido ha causado a sus hijos (da fuerza a su narración); la hace una especie de heroína que aún sigue sacrificándose por ellos (“como siempre lo ha hecho”) y consigue, a la vez, una relación que la mantiene lejos de la soledad y que la protegerá.

Los mensajes son, desde el comienzo de la terapia, doble-vinculares (característicos en estos caso) tanto por parte de David como también por parte de la madre, cosa que hace del proceso terapéutico un vaivén de dichos, posturas, deseos y creencias totalmente disparatado y paradójico. Cuando, por ejemplo, escuchábamos la madre decir que lo que más deseaba en el mundo era que su hijo tirara adelante, fuera independiente y saliera de su inerte vida cotidiana, intentábamos que el mensaje fuera sentido, por ambos, como genuino, sincero y dotado de la fuerza necesaria como para que pudiera ser vivido por David, esencialmente, como signo reconfirmatorio: “eres el hijo de mi

alma, te quiero muchísimo y seguiré siempre aquí para cuidarte y protegerte, pero tienes que tirar adelante con tu vida pues solo así serás feliz y yo también”. Pero cuando aparecía la posibilidad de plasmar este mensaje al terreno de lo pragmático, y hacer que David pusiera empeño en algunas actividades de forma continuada -por ejemplo, ir al gimnasio, buscar trabajo, hacer las tareas domésticas que le correspondían, verse como capaz de conocer gente y mantener abiertas las puertas de las relaciones humanas, etc.-, la madre en seguida lo mal interpretaba pensando que se podría estar cocinando una posible crisis en su hijo. Fácilmente decía que él estaba un poco raro, que ya no quería acompañarla a ningún sitio y que no le gustaba estar y/o ir sola a determinados lugares y que todas las intenciones o ideas de su hijo eran más de lo mismo: un decir sin sentido, y por ello les sacaba importancia y fuerza. David, muy automatizado, como quién va por pan a cada mañana para desayunar, volvía rápidamente a su rol y posición de enfermo, intentando armonizar las cosas y complacer a su madre; sin embargo, al mínimo roce salían sus heridas, se enfadaba con la madre y/o adoptaba un estilo gracioso a la vez que pícaro y burlón. Ambos sentían el deseo imperante de terminar con la acomodada situación pero por diferentes lógicas y beneficios terminaban por no conseguirlo: David al renegar sus beneficios tendría que también poner en tela de juicio todo lo que había pasado -su crisis y fenómeno psicótico- y, por consiguiente, poner en duda el sentido de su pasado y de él mismo (una vez más). La madre, dentro de la misma lógica, tendría que reformular toda su narración y asumir responsabilidades en lo que toca a la situación presente, tanto de sus hijos, como de ella misma, y así dejar de existir causas externas que la protegen y la hacen sentir menos culpable. Eso conllevaría a una

profunda reestructuración organizacional y mitológica del sistema familiar que podría poner en peligro no sólo la identidad del mismo, sino también la identidad de los diferentes elementos que lo constituyen, sobre todo la de la madre, puesto que la de David, dentro de esta posible reforma, sería sobre la que más signo benéfico y positivo tendría. La hermana, al estar casada y a no convivir bajo el mismo techo, tendría, a priori, algún margen y cierta flexibilidad de cara al cambio. Pero el sentido del deber y de lealtad hacia su madre, el tener que cuidarla y estar por ella, se traslada inevitablemente a su hermano que, estando enfermo y viviendo en la misma casa que la madre, cumple a la perfección con esta función, y consigue sustraer así más libertad para su propia vida.

En este cruce de intereses y beneficios, todos imprimen su huella ayudando de manera operacional el sistema al cual pertenecen, fuerza motriz a la que, inevitablemente, están subordinados.

La psicoterapia y todo el proceso adyacente terminaron casi después de tres años por abandono de toda la familia. El resultado, a nivel de la recuperación de David, fue un fracaso. No hemos conseguido que empezara ninguna actividad laboral; que se mantuviera estable en algún curso de formación o que, simplemente, empezara actividades que lo sacasen de su pobre y monótona vida cotidiana. David siguió siendo muy dependiente de su madre en todos los sentidos. Tres sesiones antes de dejar de venir, expresó su deseo de entrar en contacto con su padre: “me gustaría poder entrar en contacto con mi padre, desde aquí, tal vez pueda regresar a los doblajes y así tener un trabajo que me gusta y que siento que puedo hacer bien”. Tal vez David en su íntimo sintiera que esa era la única forma de romper con la dinámica patológica

instaurada en todo el sistema y, muy probablemente, la vía a través de la cual podría cerrar heridas que aún estaban abiertas y le generaban mucho sufrimiento y dolor. El equipo investigador, desde las primeras sesiones de terapia familiar, sintió esa necesidad como perentoria y benigna para todo el proceso psicoterapéutico, pero al palpar el terreno se dio cuenta de que era una propuesta totalmente condenada al rechazo y al posterior abandono del proceso. De manera muy isomórfica, fuimos llevados a la misma trampa a la que David había sido expuesto durante toda su vida: o estábamos del lado de los buenos -la madre y la hermana- o del lado del malo -el padre. Cuando brotó explícitamente este deseo en David, curiosamente enmascarado por el querer volver desesperadamente a trabajar en los doblajes, el equipo decidió dar forma y cuerpo a la petición de éste. Se lo apoyó incondicionalmente y se buscó frenar el boicot que tanto su madre como su hermana le querían hacer. A su vez, se consiguió redefinir la demanda y armonizar las cosas de manera que las dos opositoras no se sintieran atacadas y desconfirmadas por todo el proceso. Pero todo eso fue insuficiente, porque fuera del contexto terapéutico, la fuerza opresora siguió su demoledora tarea. David terminó ingresado al cabo de un par de semanas. Tanto la madre como, principalmente, la hermana nos culparon de que las cosas hubieran terminado mal. David se había puesto desagradable y agresivo con su madre y hermana, motivo por el cual lo ingresaron. Al haber tomado contacto con el padre y al dar oídos a la propuesta de David, nosotros habíamos cruzado la línea frotenriza permitida y éramos, desde entonces, una prolongación del mal y del “demonio”. Lo que jamás se han permitido pensar es que David tenía todo el derecho y legitimidad a estar enfadado con ellas, justamente porque sentía que le estaban coartando, una

vez más, la libertad de empezar a tomar decisiones por sí mismo y a poder construir una nueva narración de los hechos.

## **Conclusión**

Conseguir contemplar la *recuperación* como fenómeno posible en los trastornos psicóticos requiere hoy una desviación y una plasticidad, en términos epistemológicos, importante. Sólo una visión holística, compleja y menos conservadora, tanto de la psicopatología como, sobre todo, de la condición humana, puede conducirnos a nuevos horizontes más esperanzadores.

Sabemos que los programas psicoeducativos y las intervenciones familiares han dado sus frutos: se ha podido reducir los síntomas, mejorar el funcionamiento de los individuos así como reducir la carga de sus familiares, se han podido mejorar dinámicas relacionales disfuncionales; poner límites y objetivos de cara a la autonomía de los pacientes así como de sus familiares; trabajar y negociar propuestas en el ámbito laboral y de las relaciones sociales; construir nuevas narrativas, etc. Todo viene a ser posible hoy, porque médicos, agentes de la salud mental, usuarios, políticos e investigadores saben -o se están dando cuenta de ello- que es imprescindible un cambio de lenguaje, contenido y parámetros en lo que respecta a los trastornos mentales. Sabemos, cada día más, que la psicosis no se recupera con conceptos ni con fórmulas químicas, sino con AMOR y tolerancia.

Por otro lado, somos también conscientes de que dentro de un mismo acontecimiento y/o problema siempre existen varios niveles o dimensiones que se interrelacionan, haciéndose funcionar. Con respecto a los trastornos psicóticos bien como a sus beneficios secundarios asociados, podríamos

distinguir como fundamentales la esfera individual, la dimensión relacional (sobre todo familiar), el contexto social y el factor tiempo. Sabemos que lo que marca la normalidad y lo disfuncional es, prioritariamente, el marco cultural al que dichos individuos pertenecen. También constatamos de nuestra propia experiencia que este mismo marco cultural está totalmente subordinado a los caprichos del dios Chronos y que, por lo tanto, es mutable. Es evidente que la cultura europea de hoy no es la misma que la de dos siglos atrás, o que la cultura española, para ser más específicos, no es igual en la actualidad que hace doscientos años. Por eso, hoy por hoy, analizar un caso clínico sin tener en cuenta las diferentes dimensiones a las que nos referimos nos llevará, casi *a priori*, al fracaso. Como nos dice Cancrini, es necesario en el campo de la psicopatología incorporar la postura de un historiador para ser lo más fiel posible a su complejidad.

De alguna manera, este fue el motor y la fuerza estimulante que ha dado lugar a este trabajo. El hecho de ver como los beneficios secundarios se apoderan casi inevitablemente de los trastornos psicóticos, dotándolos de una coherencia y un principio lógico, sólo posible de comprender cuando cruzamos y analizamos las diferentes dimensiones que, inevitablemente, le están asociadas; y cómo eso, *a posteriori*, constituye un importante factor que influenciará el proceso de recuperación.

Pagas por discapacidad, sentimientos y creencias de daño moral y/o económico; percepción de uno mismo como víctima y/o persona damnificada; sentir que los demás le tienen que recompensar por algo, no responsabilizarse de sus actos utilizando la enfermedad como excusa; pseudo-protección e inercia cotidiana. Éstos son algunos ejemplos de lo que llamamos hoy

beneficios secundarios y lo que, frecuentemente, podemos encontrar en estos pacientes. Si sumamos los complejos beneficios que los demás elementos también obtienen, nos vemos frente a una organización y a una mitología familiar pobre y perversa que no hace más que confirmar el funcionamiento patológico instaurado. En todo caso nada de esto nos asusta, ya que basta con que miremos el funcionamiento de la sociedad actual, cada vez más volcada hacía lo inmediato, lo fútil y lo fácil, que sobrevalora el dinero, la belleza, la imagen... para que nos demos cuenta de que los beneficios secundarios no son más que una adaptación relacional en un plan más reducido.

Es evidente que los tiempos cambian; y con ellos, las costumbres, las creencias, las verdades y los valores. Los psicóticos de hoy ya no son los alienados o locos de otrora. A su vez la manera de mirarlos y vivirlos tiene que cambiar y con ello toda la estructura que los envuelve.

## **Bibliografía**

- Bateson G. y cols. (1956): "Toward a theory of schizophrenia". *Behavioral Science*, nº 1, 251-264.
- Bellack A. S. (2007): "Modelos científicos y de usuarios sobre la recuperación en la esquizofrenia: coincidencias, contrastes e implicaciones". *Schizophrenia Bulletin* (Ed Esp); 2 (3): 117-128.
- Boszormenyi-Nagy I. (1962): "The concept of Schizophrenia from the perspective of family treatment". *Family Process*, nº 1, 103-113.
- Cancrini L. (2007): *Océano borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Paidós, Barcelona.

- Foucault M. (1984): *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós Studio, Barcelona.
- Foucault M. (2005): *El poder psiquiátrico*. Akal Ediciones, Madrid.
- Glynn S. M.; Cohen A. N.; Dixon L. B.; Niv N. (2007): "Impacto potencial del movimiento de recuperación en las intervenciones familiares en la esquizofrenia: oportunidades y obstáculos". *Schizophrenia Bulletin* (Ed Esp); 2 (3): 129-142.
- Haley J. (1967): "Towards a theory of pathological systems", en G. H. Zuk e I. Boszorményi-Nagy (comps.), *Family Therapy and disturbed families*. Science and Behavior Books, Palo Alto, 11-27.
- Linares J. L. (1996): *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós, Barcelona.
- Linares J. L. y cols (2001): La terapia familiar de la psicosis como un proceso de reconfirmación. *Redes*, nº 8, 9-29.
- Linares J. L. (2007): Terapia familiar en la psicosis. Un proceso de reconfirmación. *Redes*, nº 18, 149-154.
- Linares J.L. (2007): Terapia familiar y de pareja. *Una visión relacional de los trastornos de personalidad*. Capítulo 11, 166-178.
- Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista (2001): Época II, Vol. XII, nº 46/47.
- Selvini P. M. y cols. (1995): *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós, Barcelona
- Selvini P. M. y cols. (1988): *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrenica*. Paidós, Barcelona.

- Selvini M. (1996): Perturbaciones mentales graves y distorsión de la realidad. *Redes*, nº 1, 7-21.
- Torrey E. F. (2002): *Superar la esquizofrenia*. Seny Schizophrenia Research Foundation (Ed Esp).
- Watzlawick P. y cols. (2002): *Teoría de la comunicación humana*. Herder, Barcelona.