

La psicosis como salto a la edad adulta, a propósito de un caso

MIRIAM BAQUERO LEYVA^{1A}, AUXILIADORA MOLINA GARCÍA^{1A}, CLARA SANAHUJA MUÑOZ^{1B},
CLARA COCHO SANTALLA^{1A} Y JULIA ÁLVAREZ-ARENAS ALCAMI^{1C}

RESUMEN

La psicosis como salto a la edad adulta, a propósito de un caso. En este trabajo se comparte la descripción de un caso clínico y el trabajo psicoterapéutico llevado a cabo con el mismo, explorando la posibilidad de la psicosis en la adolescencia como un proceso de paso a la edad adulta y considerando el trabajo con el delirio como un posible acompañamiento al adolescente en dicho proceso. Lo desarrollamos desde un enfoque psicoanalítico y transcultural introduciendo aspectos que consideramos relevantes para el caso sobre la cultura gitana, a la cual pertenece nuestro paciente. *Palabras clave: psicosis, adolescencia, etnia gitana, psicoanálisis, transcultural.*

ABSTRACT

Psychosis as a jump to adulthood. About a case. This paper shares the description of a clinical case and the psychotherapeutic work carried out. It explores the possibility of suffering from psychosis in adolescence, during the process of becoming an adult and it takes into consideration the work of the delirium as a possible backing to the teenager during the above-mentioned process. We develop it from a psychoanalytic and a cross-cultural approach by introducing aspects that we consider relevant for the case about the gypsy culture to which our patient belongs. *Keywords: psychosis, adolescence, gypsy ethnic group, psychoanalysis, transcultural.*

RESUM

La psicosis com a salt a la vida adulta, a propòsit d'un cas. En aquest treball es comparteix la descripció d'un cas clínic i el treball psicoterapèutic que s'hi ha dut a terme, explorant la possibilitat de la psicosis a l'adolescència com un procés de pas a l'edat adulta i considerant el treball amb el deliri com un possible acompanyament a l'adolescent en aquest procés. Ho desenvolupem des d'un enfoc psicoanalític i transcultural, introduint aspectes que considerem rellevants pel cas sobre la cultura gitana, a la qual pertany el nostre pacient. *Paraules clau: psicosis, adolescència, ètnia gitana, psicoanàlisi, transcultural.*

Introducción

*Bajo la luna gitana,
las cosas la están mirando.
y ella no puede mirarlas.*
F. G. Lorca.

La adolescencia entendida como esa etapa de reestructuración psíquica que da paso a la edad adulta es requeridora de fuertes cimientos que, de no existir, pueden provocar en el individuo una respuesta psicótica.

El interés por este caso parte de las diferentes reflexiones sobre el origen de la psicosis y, en especial, de la psicosis en la adolescencia. Pretendemos analizar, a propósito del caso expuesto, las posibles relaciones descritas en la literatura entre la adolescencia y las experiencias psicóticas, especialmente las sugeridas como experiencias psicóticas atenuadas.

Diversos estudios que indagan en la etapa evolutiva de la adolescencia y la psicosis proponen este término para describir aquellos fenómenos psicóticos transitorios e intermitentes

¹Psiquiatra; ^AUnidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla; ^BCentro de Salud Mental IJ de Chamartín; ^CInstituto Psiquiátrico Montreal-CET Norte.
Contacto: miriambaqueroleyva@hotmail.com

Recibido: 12/1/19 - Aceptado: 19/8/19

que aparecen en relación a las dificultades con la diversidad afectiva, social y de neurodesarrollo de la misma, sin evolucionar hacia el desarrollo de un trastorno psicótico en todos los casos.

Así mismo, existen, a nivel psicoanalítico, diferentes teorizaciones de la psicosis centradas en el conflicto primario y su reedición en la adolescencia, perspectiva que nos parece interesante relacionar con el caso, sin olvidar el marco cultural que lo acompaña. Expondremos así aspectos en relación a la etnia gitana que nos parecen importantes para el tema tratado, revisando también los cambios que ha habido en la misma durante los últimos años.

Material y métodos

Presentamos el caso de un paciente de 16 años de etnia gitana que debuta con un cuadro caracterizado por sintomatología psicótica aguda de contenido místico. Analizamos el mismo y el trabajo de acompañamiento que se realizó con el delirio, relacionándolo con una revisión bibliográfica cuyos puntos clave fueron: el conflicto edípico, las psicosis atenuadas, las relaciones gemelares, la psicosis desde la teoría lacaniana y la literatura sobre la cultura gitana (centrándonos en la escrita por miembros de la propia etnia gitana).

Caso clínico

L. es un varón de 16 años, el menor, junto con su hermano gemelo, de una familia numerosa. Al cumplir los 16, dejó los estudios y empezó a dedicarse al oficio familiar. En su historia del desarrollo, no se recogen problemas relevantes y carece de antecedentes psiquiátricos previos al episodio. Se ha mantenido bien integrado en el grupo social, con buenas e íntimas relaciones de afecto, si bien hay que tener en cuenta que permanece prácticamente siempre acompañado de su hermano gemelo y dentro de un entorno de convivencia más aglutinada.

El cuadro clínico de L. consiste en un episodio de psicosis aguda en el que inicialmente se encontraba muy bloqueado y perplejo, verbalizando ideas delirantes de tipo místico con gran repercusión emocional. No existía desestructuración del lenguaje ni presencia de neo-

logismos u otras alteraciones en la estructura o forma del discurso. A nivel conductual, tendía a la inhibición y al retraimiento social y realizaba únicamente la actividad de leer la Biblia de manera constante, llegando incluso a no comer ni dormir.

L. situaba el inicio de su proceso místico en el descubrimiento de un aspecto de la vida de su padre que le produjo importante impacto, decidiendo en ese momento rezar y sintiendo ahí que Dios se comunicaba de manera directa con él y que le transmitía dones. Interpretaba todo tipo de elementos de la vida cotidiana, gestos de personas, etc., como mensajes de Dios para guiarle. A los cinco días del inicio de la clínica, la familia decide consultar y L. acude, sin plantear resistencia, a la urgencia. Sin embargo, no les asustaban tanto las ideas verbalizadas como otros aspectos: bloqueos, negativa a la ingesta, aislamiento social,... Además de esta “caída, decepción” respecto a la imagen del padre, habla de la madre como “el sol que todo lo calienta” y cuenta con importante angustia su dilema: tener que elegir entre Dios y su familia.

En el primer encuentro con él habla mucho de la culpa, del pecado y sus deseos de “seguir a Dios y ser bueno”. Se apreció también, desde un inicio, ánimo subdepresivo que él mismo ponía en relación con dificultades para adoptar una identidad adulta. Puede plantearse aquí que estas vienen dadas por no verse reflejado en los modelos que observa en su entorno, o por ser este salto quizás muy brusco: L. vivía el cumplir los 16 años como una exigencia de adquirir un “comportamiento adulto” en todas las esferas de su vida.

La urgencia se resolvió con un ingreso breve de cuatro días seguido de un seguimiento ambulatorio estrecho, con citas semanales en el Centro de Salud Mental (CSM) de zona.

A lo largo del seguimiento, se intervino a nivel farmacológico (inicialmente risperidona y, posteriormente, aripiprazol por mala tolerancia de la primera) y psicoterapéutico. Frente al delirio, a priori tenemos varias alternativas: centrar el tratamiento en su desaparición, trabajar en su interpretación o acompañar al paciente en dicha experiencia, tratando de trabajar con los aspectos de salud del paciente. Optamos por la última opción, siguiendo la premisa del propio

paciente, que afirmó: “no me quitéis a Dios, si me lo quitáis no voy a parar de llorar”.

Ciertos síntomas, como la inhibición y los bloqueos, mejoraron rápidamente. Más paulatinamente, mejoraron otros aspectos como el sueño, el apetito y lo invasivo de la clínica psicótica: refería no recibir ya de manera tan constante las señales y mensajes divinos que no le permitían relacionarse con el mundo exterior con normalidad. Este cambio ocurrió dentro de un proceso de conversar sobre este dilema de volver o no de esta experiencia con Dios, llegando a expresar: “ya no recibo tantos mensajes porque Dios y yo hemos hablado de que tengo que vivir la vida terrena, así que voy a comer y dormir y Dios me va a liberar de algunos dones para que pueda estar más tranquilo”.

Tras este primer tiempo de tratamiento, se pudo continuar hablando sobre aspectos más actuales, como sus vínculos familiares. Si bien el contenido delirante mesiánico no desapareció por completo, fue evolucionando en consonancia con la búsqueda de L. de un proyecto vital con el que se identificara, una identidad adulta que le representara, una reconciliación con la figura paterna y un intento de diferenciarse de un otro tan especular como puede ser un hermano gemelo; sin olvidar los matices más complejos de encontrarse dentro de un grupo social con un modelo cultural de características especialmente comunales.

Discusión

El interés por este caso parte del aprendizaje que nos supuso acompañar a nuestro paciente en este tránsito por la experiencia del delirio, así como la apertura con la que nos permitió, tanto él como su familia, formar parte de su realidad individual y comunitaria.

Si bien es cierto que existen múltiples enfoques sobre el trabajo a realizar en los episodios psicóticos, en este caso decidimos centrar los esfuerzos en el acompañamiento: no pretendimos que el delirio desapareciera, tampoco lo cuestionamos, y tampoco realizamos un trabajo de interpretación del mismo (aunque a continuación sí introduzcamos, para pensar el caso, dicho enfoque). Sólo lo validamos como experiencia de nuestro paciente y pensamos junto a

él qué caminos tomar dentro de esta. Observar este episodio de tránsito nos permitió reflexionar de múltiples maneras sobre el origen (o casi diríamos el sentido) de la psicosis, más específicamente sobre la psicosis en la adolescencia.

Si tomamos lo narrado por nuestro paciente desde una perspectiva psicoanalítica freudiana, podemos considerar que el conflicto edípico queda casi perfectamente descrito en su discurso delirante. Tenemos, según la teoría clásica, la construcción de un hijo que se ha quedado detenido en la fusión a la figura materna sin un tercero que los separe (Mercelli, 2007). Y por ello parece requerir, al llegar a la adolescencia, un vínculo con un Dios que le ama, omnipotente y bueno, y que sería el único capaz de entrar entre él y la madre, “sol que todo lo calienta”. En esta separación surge una enorme angustia al plantearse tener que elegir entre Dios y su familia, apareciendo incluso en algún momento como un dilema entre continuar la vida terrena o abandonarla entregándose al delirio místico; es más, siendo a lo largo de la terapia el tema central la decisión de cuál de las dos alternativas desea tomar.

Esto también nos puede remitir a la retracción de la libido hacia el yo que aparece en la psicosis, frente la decisión posterior del paciente de devolver parte de esta al mundo que le rodea. La cuestión del problema edípico descrito por Freud (1905) hablaría de un cambio desde las relaciones narcisísticas y simbióticas de objeto (sin diferenciación del yo-noyo) hacia formas de relaciones objetales de mayor individuación y con la creación de una identidad propia. Como tal, aparecería dicho conflicto entre los tres y los cinco años y se reactivaría en la adolescencia, siendo aquí donde, de forma más evidente, podrían apreciarse, por tanto, las consecuencias de una resolución o no del Edipo (Aberastury, 1970).

A lo largo de los diferentes encuentros con el paciente, se puso el foco, además de en el contenido delirante, en los aspectos interpersonales, profundizando en los vínculos del paciente con su entorno social y familiar. Se pudo apreciar cómo tenía grandes dificultades para mantener una identidad propia formada y, a la vez, flotaba sobre él la exigencia de la edad adulta. Cuando refería haber decidido cambiar de vida y ser

“un hombre serio, adulto, con trabajo, dejarse de tonterías de chavales y formar una familia”, cabría pensar que hablaba desde un *pseudo-yo* inspirado en esta figura de referencia del mandato divino, como lo podría haber hecho antes con las figuras de su padre o su hermano gemelo hasta que, como toda pseudo-identidad, le había fallado (Badaracco, 1979). Recordemos aquí la importancia de lo identitario y de las figuras de referencia en el proceso de la adolescencia.

Consideraremos, por tanto, la adolescencia como paso a la edad adulta, requeridor de fuertes cimientos y figuras reflejo que, de no existir, pueden provocar en el individuo una respuesta psicótica (Male, 1986). Nuestro paciente ha recreado en la figura de Dios aquella en la que reflejarse y a cuya “imagen y semejanza” formar su identidad adulta.

Estudios sobre esta etapa evolutiva y la psicosis proponen el término de las experiencias psicóticas atenuadas como fenómenos psicóticos transitorios e intermitentes que aparecerían en relación a las dificultades con la diversidad afectiva, social y de neurodesarrollo de esta etapa y que no desembocarían obligadamente a un trastorno psicótico como tal en todos los casos (Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino y Villazón-García, 2009).

Esa decepción respecto a la imagen del padre como desencadenante del cuadro también nos lleva a Lacan y la teoría de la psicosis desde la forclusión del nombre del padre; es más, casi parece contar dicha teorización desde su metáfora mesiánica. Según Lacan (1984), mientras que la figura materna crea las condiciones de formación del yo, la figura paterna crearía las necesarias para que ese yo se abra al mundo. Lacan dispondría la problemática psicótica fundamentada en el deseo, pues si frente a la madre como representación del goce no aparece la castración paterna, sería por una ausencia de deseo en las figuras parentales entre sí, lo cual daría lugar en el hijo a un vacío simbólico del deseo. Es precisamente en la adolescencia cuando surgen situaciones que favorecen la caída del individuo a este vacío. Nuestro paciente, por ejemplo, no se plantea la posibilidad de un deseo propio, valiéndose en un inicio de un mandato divino como guía para con su deseo.

Sin embargo, conforme se puede hablar de él mismo y sus preferencias vitales (muy a cuenta gotas y apoyado), comienza a “dialogar con Dios” cambiando el contenido del mandato divino, casi negociando con él.

El psicótico alucinatorio de Lacan crearía una suplencia del nombre del padre con el delirio, algo que bien puede haber hecho nuestro paciente creándose un padre bueno (Dios), omnipotente, que le guía un futuro en el que él es una persona ejemplar con una vida ejemplar; una proyección en lo delirante del yo ideal omnipotente del narcisismo primario infantil ante la ausencia de una estructura yoica desarrollada con un ideal del yo propio.

El caso también nos hace reflexionar por la presentación inicial en la que el elemento desencadenante es la decepción con el padre; el cómo, imbuidos como estamos en la cultura patriarcal, colocamos en el foco el poder patogenizante de la función materna, olvidando el potencial patogenizante de la función paterna.

Valorándolo desde el prisma de la psicología social en base a lo teorizado por Pichon Riviere (1997), podríamos ver el caso como un grupo social en el que la no resolución del conflicto edípico lo mantienen las tres partes, siendo el hijo el emergente de la patología familiar. En el ámbito de la psicología social se daría el salto a plantear este esquema a nivel comunitario: los individuos que padecen un sufrimiento psíquico son emergentes del grupo social. Teniendo en cuenta además la crianza en el entorno eminentemente comunitario de nuestro paciente, un abordaje desde esta perspectiva resulta especialmente enriquecedor.

Unimos desde aquí, por tanto, la consideración del caso desde lo transcultural. Más allá de las figuras parentales, podemos valorar la idea de una comunidad tendente a una convivencia de vínculos mucho más estrechos de lo que acostumbramos, en la que el proceso de individualización tiene sus complejidades específicas.

En el caso que nos ocupa, hay ciertos aspectos que podríamos considerar como entorpecedores del proceso de individualización del menor y que, no sólo en el núcleo familiar, también en el ambiente cultural propio de nuestro paciente, son considerados como la normalidad y el no atenerse a ellos algo fuera de la norma interna,

extraño y foco de preocupación. Fue necesario por tanto que adaptáramos nuestros criterios propios a los criterios del paciente, no siendo de una menor individualidad, si no de una individualidad diferente. Al hablar con el paciente, por ejemplo, de sus futuros planes de independencia y formación de una familia, esta sería asentada en la misma parcela en la que vive ahora y en la cual no hay prácticamente diferencias entre la casa de unos y la de otros. Lejos de ser considerado un aspecto disfuncional, es valorado como lo sintónico con el grupo cultural; lo deseable y esperable de él (Corzo, 2013).

No obstante, estudios recientes sobre las tendencias culturales de la etnia gitana observan cambios en la estructura familiar por la adaptación a un medio social y económico en el que impera la individualidad y, si bien la familia sigue siendo el eje principal de su desarrollo vital, comienzan a verse cambios en la forma de asentamiento, el tamaño de las familias convivientes y a aparecer un cambio de roles en los sexos con el inicio de movimientos feministas entre las mujeres gitanas (Campos, Cardiel, García y Laparra, 2007).

También dentro de lo transcultural, hay que considerar el hecho de que una parte importante del contenido del delirio del paciente no llamaría la atención dentro del grupo religioso al que pertenece. Al avanzar en el trabajo con el paciente, si bien hay elementos de difusión del yo, bloqueos y alucinaciones que han ido remitiendo, se mantiene un discurso místico-religioso en el que es difícil delimitar lo delirante de la propia creencia. Es más, es muy posible que el paciente se esté valiendo de ese marco de creencias para encapsular en algo normalizado su delirio.

Permitámonos unos párrafos sobre algunos aspectos de la cultura gitana, resaltando de antemano que no deseamos caer en la generalización, ya que los cambios antes mencionados existen en mayor o menor medida en las diferentes comunidades gitanas y la cultura *per se* no es algo homogéneo ni estático, sino que es dinámica y cambiante (Durá, 2002).

La cultura gitana ha sido tradicionalmente una cultura ágrafa, transmitida oralmente de generación en generación. Y, además, una cultura muy atacada históricamente. En España, si

bien previo a los Reyes Católicos se respetaba como grupo trashumante que no se atenía a las leyes generales y que tenían permitida su propia ley, posteriormente pasó a ser primero invadida por lo que la cultura predominante consideraba que debían hacer y, a continuación, cruelmente perseguida, encarcelada,... Sin ir más lejos, encontrándose afectados por la *Ley de vagos y maleantes* de 1933. Está registrado en estudios realizados actuales la menor integración y peor acceso a la sanidad y la educación de este sector de la población, así como un mayor predominio de dificultades socioeconómicas respecto a los porcentajes de familias en el umbral de la pobreza del resto de la población (Fundación Secretariado Gitano [FSG], 2014).

Para la comunidad gitana, la cultura comprende una serie de normas y tradiciones que el conjunto de personas gitanas reconocen como propias. La identidad cultural de la población gitana y el apoyo comunitario, tan vinculado al sentimiento de identidad cultural, tiene también importantes efectos protectores en la situación de crisis vivida por nuestro paciente. Siendo honestos, nos fue de valiosísima ayuda para el manejo ambulatorio que se realizó la importante red de soporte social de que disponía.

La familia es la institución gitana por excelencia y, por lo general, son familias extensas, en las que se transmiten los valores propios especialmente a través de la madre (aspecto del que se valen los esfuerzos de movimientos feministas gitanos confiando en su lugar de transmisión cultural como una potentísima herramienta de cambio) (FSG, 2014). Sin querer caer en un exceso interpretativo, desde lo psicoanalítico puede dar qué pensar y considerar el hecho de tener en cuenta a la madre como la figura que transmite la ley interna del grupo, pero, al mismo tiempo, sin perder todos los roles de la función materna y sin dejar de estar subyugada por aspectos culturales patriarcales.

Las familias se vinculan entre sí por relaciones de parentesco y convivencia y forman un entramado social de apoyo mutuo en el que la solidaridad es uno de los pilares principales. Constituyen el núcleo que define la identidad individual de cada persona, siendo la pertenencia a una determinada familia la base del reconocimiento de cada miembro. Este aspecto nos

permite considerar, con nuevos matices, lo que comentábamos previamente de las dificultades de identidad de nuestro paciente y nos puede sugerir la importancia de adaptar el esquema de nuestra teórica psicoanalítica a las cuestiones culturales de nuestros pacientes.

Otros de los rasgos culturales más característicos son (FSG, 2014):

- Otorgarle más importancia al grupo que al individuo, con un sentimiento de unidad y origen común.
- Organización social, familiar y comunitaria con ciertos roles asociados a la edad y al género, con un respeto a las personas mayores que influyen sobre los jóvenes y un respeto a la palabra dada.
- Importancia de valores como la hospitalidad, la acogida y la solidaridad de la familia extensa dentro de la comunidad.
- El *culto* (confesión evangélica), como importante manifestación religiosa actualmente (aunque no la única); cada iglesia tiene su pastor, que posee gran influencia.
- El sistema simbólico de la comunidad gitana es otro elemento importante de su identidad cultural. Como en toda cultura, existen una serie de elementos simbólicos comunes.

Insistimos en que, actualmente, la comunidad gitana se encuentra en un proceso en el que se están flexibilizando algunas normas tradicionales. También existe un diferente grado de aceptación de las normas dependiendo de cada familia y/o grupo, influyendo otros factores como el nivel socioeducativo o la procedencia geográfica.

Y ya que se alude al matiz de lo socioeducativo, nos parece importante resaltar que, también según estudios recientes (FSG, 2013), la población gitana es uno de los grupos sociales con menor nivel educativo, y el analfabetismo es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Si bien hoy en día la gran mayoría está escolarizada, el número de personas de etnia gitana empieza a descender cuando avanzamos en el grado formativo, debido a una multicausalidad difícil de comprender si no tenemos en cuenta las razones culturales que han influido en ello.

El FSG desarrolló una investigación en el ámbito estatal (financiada por el CIDE y el Instituto

de la Mujer) y europeo (dentro de los programas *Sócrates Comenius 2.1* que financia la Comisión Europea) sobre la situación educativa del alumnado gitano en la educación secundaria (ESO), que titularon “El alumnado gitano en Secundaria” (2013). El estudio, elaborado a partir de 1.600 entrevistas, destaca los avances en los últimos 30 años, la escolarización generalizada de las niñas y niños gitanos y una visión más positiva de la educación.

No obstante, se pudieron extraer del estudio algunas conclusiones, como que el 80 % del alumnado gitano que comienza 1º de la ESO abandona la etapa antes de acabar el último curso. En España, un 64 % del alumnado gitano de entre 16 y 24 años no concluye los estudios obligatorios, frente al 13 % del conjunto del alumnado. El índice de abandono escolar temprano de la juventud gitana se sitúa en el 63,7 %. Los datos obtenidos reflejan que la mayor parte de las personas gitanas que abandonan lo hacen entre los 14 y los 16 años y, más concretamente, a los 16.

Aunque muchas familias gitanas reflejaban su deseo de que sus hijas e hijos estudiaran, multitud de factores dificultan su asistencia: escasez de medios económicos, escepticismo y prejuicios hacia la educación formal y situaciones de discriminación en el propio centro.

Normalmente, los varones abandonan los estudios para incorporarse al trabajo remunerado y las mujeres para centrarse en tareas relacionadas con la familia (cuidado de personas dependientes, hijos e hijas, labores del hogar, etc.). En este aspecto, nuestro paciente no fue una excepción, pese a que, efectivamente, sus padres expresaban su preferencia porque estudiase y él no lograra clarificar el motivo del abandono escolar, refiriendo inquietud por diferentes actividades formativas y simplemente considerando “lo normal” el paso al mundo laboral a los 16 años. Teniendo en cuenta exclusivamente los motivos familiares, las razones que principalmente esgrimen los chicos y chicas gitanos son el pedimiento o casamiento (el 50,7 % de los chicos y el 39,1 % de las chicas) y las responsabilidades familiares (el 20,5 % de los chicos y el 40,4 % de las chicas).

Volviendo a los aspectos más psicopatológicos, y haciendo un guiño a los textos clásicos,

no está de más contemplar la posibilidad, dados los aspectos premórbidos descritos por la familia y los aspectos depresivos que se desprenden del discurso de nuestro paciente, considerar un delirio de tipo megalomaniaco como compensación a lo previo en una personalidad de características más sensitivas, como se describió en el *Delirio sensitivo de referencia de Kretschmer* (2000).

Otro punto muy interesante es el de la figura del hermano gemelo. Se crían, tal como describen en múltiples ocasiones los padres, “sin separarse jamás”. Comparten la habitación, la ropa, los amigos, los gestos y miradas, hasta el punto de que en entrevistas conjuntas bien podría ser uno la imagen en el espejo del otro. “Se pone malo si me separo de él más de media hora y a mí me pasa lo mismo”. Posiblemente, encontramos un narcisismo gemelar (Braier, 2001) en el que la fusión pre-edípica es entre ambos hermanos y no aparecen unos padres que logren realizar una diferenciación entre el uno y el otro y, al final, una vez más, la única diferencia entre ambos es que nuestro gemelo tiene los dones divinos.

Conclusión

Ante un primer episodio de características psicóticas nos enfrentamos a la duda diagnóstica y al pronóstico. Desde una reacción psicótica aislada hasta el inicio de una esquizofrenia, hay un abanico de posibilidades por el que decidimos según la evolución de cada caso.

Ha sido interesante que nuestro paciente, con sus advertencias iniciales, nos obligara a trabajar desde su delirio como niños en la zona de juego transicional (Winnicott, 1971), permitiéndonos hablar y construir en el área de la creatividad las metáforas del conflicto originario (Margulis, 2011).

Agradecimientos

A todos los compañeros que intervinieron y aportaron en el ingreso y posterior seguimiento del caso.

A los supervisores que nos han acompañado en la reflexión de este abordaje psicoterapéutico.

Bibliografía

- Aberastury, A. (1970). *Adolescencia*. Buenos Aires: Ed. Kargieman.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (2009). *Manual de psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.
- Badaracco, J. E. y Zemborain, E. J. (1979). El complejo de Edipo a la luz de la experiencia clínica con pacientes psicóticos. *Revista uruguayana de psicoanálisis*, 59. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1970/1688724719795907.pdf>
- Braier, E. (2001). Gemelos e inseparables. La estructura narcisista gemelar y las figuras parentales. *Revista Internacional de psicoanálisis Apertura*, 8.
- Campos, B., Cardiel, B., García, A. y Laparra, M. (2007). *Situación social y tendencias de cambio en la Comunidad Gitana*. Navarra: Universidad de Navarra.
- Corzo, P. A. (2013). Cultura o psicosis: ¿una conducta social que induce una psicopatología o una psicopatología que induce una conducta social? *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 2 (2). Recuperado de <https://journals.epistemopolis.org/index.php/hmedicas/article/view/1317/871>
- Durá Llopis, M. (2002). Isla de Arriarán: revista cultural y científica. *Psiquiatría Transcultural*, 19, 329-334. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2043819.pdf>
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paino, M. y Villazón-García, U. (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 63-73. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1657.pdf>
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual*. En OC (1993), vol. 8. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fundación Secretariado Gitano (FSG) (2013). *El alumnado gitano en secundaria*. Madrid: FSG.
- FSG (2014). *Guía de intervención social con población gitana desde la perspectiva de género*. Madrid: FSG.
- Kretschmer, E. (2000). *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Triacastela.
- Lacan, J. (1984). *El seminario de Jacques Lacan*

- nº 3: *las psicosis (1955-1956)*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Male, P. (1986). *La crisis juvenil*. Barcelona: Tecnipublicaciones, S.A.
- Margulis, L. y Rey, M. A. (2011). Una introducción a la obra de D. W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional [Abello, A. y Liberman, A.]. *Aperturas psicoanalíticas*, 39 2011. Recuperado de: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000721&a=Una-introduccion-a-la-obra-de-DW-Winnicott-Contribuciones-al-pensamiento-relacional-%5bAbello-A-y-Liberman-A-2011%5d>
- Mercelli, D. L. (2007). *Manual de Psicopatología del Niño*. Barcelona: Masson.
- Pichon Riviere, E. (1997). *Proceso grupal, del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Winnicott, D. W. (1971). *Objetos transicionales y fenómenos transicionales en Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa (1996).