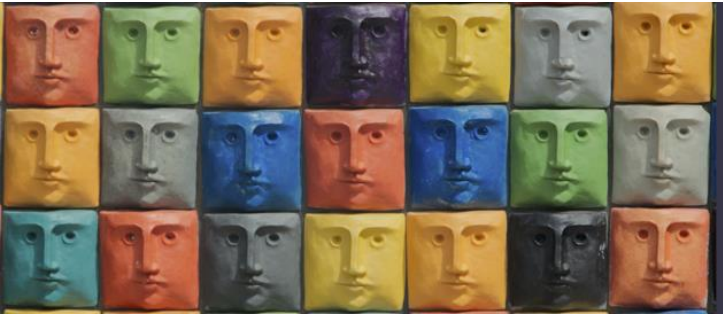


VII JORNADAS DE PSICOANALISIS RELACIONAL

Las raíces que nos unen

Una mirada clínica a la riqueza de las diferencias: raza, género, idioma, cultura.

Sigüenza (Guadalajara) 21 y 22 de Abril de 2023

Parador de Sigüenza

Organizado por el Instituto de Psicoterapia Relacional

[o]LAS RAÍCES QUE NOS UNEN

UNA MIRADA CLÍNICA A LA RIQUEZA DE LAS DIFERENCIAS:

RAZA, GÉNERO, IDIOMA, CULTURA

por Rodolfo Pérez

Dentro y fuera. La distopía de la imagen adolescente

La adolescencia, ese periodo del desarrollo vital caracterizado por la búsqueda incesante de referentes e inmediatez, todo ello bajo el paradigma de la pertenencia. Adler (1935) y su sentimiento de comunidad ya vaticinaban la importancia de la cooperación para el desarrollo del individuo, no se contemplaba por aquel entonces ni el individualismo ni los tintes narcisistas predominantes en la sociedad de hoy en día, ni por supuesto, la "deshumanización tecnológica" actual. "El ingreso de cada vez más gente en una virtualización de la realidad produce que nuestra sociedad ya no sea neurótica como Horney o Fromm argumentaban sino cada vez más borderline y con inquietantes rasgos narcisistas." (Guerra 2017). Parece que inexorablemente nos dirigimos hacia la predominancia de la sobrecompensación del sentimiento de inferioridad. En contra posición al narcisismo, el sentimiento de pertenencia Adleriano resulta cada vez más escaso.

La adolescencia no escapa a esta tendencia. En el trabajo clínico con jóvenes no podemos obviar el aporte de Kohut (1971) en referencia a como se constituye un sujeto maduro. Sabemos que el narcisismo no resulta patológico en sí mismo y que no se trata únicamente de un estado de desarrollo de la libido como los Freudianos postularon en su día. En sus investigaciones sobre el concepto de narcisismo de Freud, Kohut descubrió las transferencias narcisistas como método del infante para transformar el self grandioso arcaico y dotarlo así de cualidades propias de la madurez. Una narcisización de las funciones resulta necesaria para una completa maduración, ya que estas se van desarrollando e inhibiendo en cuanto a que van siendo validadas o que por el contrario, producen sufrimiento. Cuando el equilibrio narcisista primario del infante (estado corporal) se rompe, la madre actúa como figura que calma y apacigua, es decir, que sujeta el narcisismo. Así,

conforme el sujeto crece y madura, va frustrándose óptimamente para adquirir capacidades de tolerancia y autoapaciguamiento.

> Dentro del contexto de la transferencia en terapia, gradualmente saldrá a la luz una persona para la cual la existencia temprana del niño y sus acciones, son una fuente de alegría genuina. Kohut (1984, p 204).

Se enviste por lo tanto a esta persona como un "gemelo" que, al estar en presencia del niño, hace que se sienta vivo. Así la transferencia gemelar, cuando se activa en consulta permite a los pacientes experimentar al terapeuta como un sujeto con unas características muy similares a las suyas propias, pudiendo por lo tanto sujetar su narcisismo.

Al hablar de algunos datos recientes queda de manifiesto la impactante realidad de esta población. Según la OMS en el año 2019, el suicidio se situó como la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años a nivel mundial. En España en el mismo año, el suicido se posicionó como la primera causa de muerte no natural en jóvenes, junto con los accidentes de tráfico. Según un estudio longitudinal de la fundación ANAR publicado en 2022, la conducta suicida en niños y adolescentes en España ha aumentado un 1921% en los últimos 10 años. Esta fundación que atiende a jóvenes en riesgo de exclusión postula que "el 64% de los casos atendidos se ha concentrado en los últimos 3 años, coincidiendo con la pandemia" Algunos de los condicionantes que aumentan el riesgo de idear o intentar el suicidio son "tener menos de 10 años, padecer alguna discapacidad, provenir de familias migrantes o formar parte del colectivo LGTBIQ". Al igual que nuevos conceptos como el cyber-bullying y el ghosting hacen su aparición en las consultas de todo el mundo, "entre 2019 y 2022 aumentó un 18% la implicación de las nuevas tecnologías en los intentos de suicidio entre los jóvenes" llegando incluso a convertirse según la fundación en el medio elegido para dejar los mensajes de despedida. Hasta aquí llega la deshumanización reinante. Como último dato del estudio "entre 2019 y 2022, sólo el 44% de los niños, niñas o adolescentes con conducta suicida ha recibido tratamiento psicológico." Con estas cifras debemos poner

especial atención a esta realidad creciente, integrándola en la consulta y en el trabajo diario, ya no solamente con jóvenes sino con la totalidad de nuestra población clínica.

"La comprensión del hombre integra concepciones psicodinámicas, humanistas, sistémicas, constructivistas y sociales" (Ávila-Espada, 2020). Así nosotros, psicoterapeutas relacionales, agrupamos diferentes ramas científicas para la comprensión del ser humano. El fenómeno de la transexualidad, no hace más que plantear nuevas preguntas a la vez que requiere de nuevas concepciones en cuanto al género se refiere. Estamos de acuerdo con Hernando (2007) cuando postula: "no creo que exista un paquete de rasgos, actitudes o creencias, que se asocie necesariamente al sexo de los hombres y otro distinto que se asocie al de las mujeres." Así, resulta necesario incorporar una distinción clara entre el sexo biológico y el género, el cual se presenta como una construcción meramente social. (Toribio, 2020). Las últimas investigaciones de la neurociencia al respecto ponen de manifiesto que más de la mitad de la población mundial tiene un cerebro andrógino, con características pertenecientes a ambos sexos. (Luo, 2021) Los mismos investigadores, ponen de manifiesto que la androginia cerebral "presenta una correlación directa con una mejor calidad de vida y salud mental." Postulan que "restringir los estereotipos extremos y brindar a niños, niñas y adolescentes oportunidades no restringidas por su sexo biológico mientras crecen, resulta necesario para un buen desarrollo". Por lo tanto, nuestros pacientes, independientemente del sexo otorgado biológicamente en el nacimiento, deben sentir una imparcialidad transferencial en el terapeuta. Una afortunada coincidencia a nuestro parecer resulta la del planteamiento por parte de diferentes autores de la misma premisa, la cual estipula que debemos empezar a tratar el género y el sexo como un continuo en constante desarrollo. (Luo 2021, Toribio 2020)

Cuando X llegó a mi consulta en 2020 con 14 años y altamente medicado, le habían diagnosticado un cuadro ansioso y depresivo severo tratado desde la psiquiatría clásica únicamente con psicofármacos. Ningún tipo de psicoterapia había sido recomendada por los profesionales y los intentos de la familia por suplementar el tratamiento psicofarmacológico, ante la falta de progreso de este, resultaron ser abrumadoramente nefastos. -No te preocupes, esto de querer ser

un chico te sucede porque tienes un conflicto con tu padre, cuando soluciones eso, se te pasará- anunciaba en la primera entrevista la tercera psicóloga a la que acudían. La paciente llegó a consulta con una retraumatización severa referente a la funcionalidad y eficacia del tratamiento psicoterapéutico. En sus palabras -estoy cansado de que me digan cómo tengo que ser-.

Con el divorcio de los padres como precipitante previo y siendo la segunda de tres hermanos se presentó entonces la oportunidad de poder ir a finalizar sus estudios en casa de un familiar. Sin objeciones por ninguna de las partes y recién llegado a una gran ciudad desde un pueblo pequeño, en un entorno nuevo, el paciente se vio envuelto en una vorágine de cambios repentinos, mientras que los intentos del padre por sacar información y denostar a la madre continuaban como venía siendo habitual en su vida. Que no cambiase la situación en absoluto no hizo más que acrecentar la ansiedad reinante y provocaron diversas situaciones de angustia, a lo que la familia tomó la determinación de buscar "otra vez" ayuda. De ese modo, una colega me derivó a X. Viéndonos dos veces por semana, desde las entrevistas iniciales quedé sorprendido por la tolerancia y la normalización absoluta que tenía hacia los medicamentos y su consumo. En contacto directo con ellos desde temprana infancia, como ella dijo -una y media (benzodiazepinas) ya no me hace nada-. Aunando esfuerzos con la familia, la paciente fue derivada hacia la psiquiatría privada en un intento de regular la medicación, pero todavía no habíamos tenido tiempo suficiente en consulta para observar el cuadro completo. Honesta y directa desde el principio, empezó su relato con el mundo de las drogas y así se vislumbró por primera vez el self grandioso ideal arcaico. El hermano de su padre, lo utilizaba para diversas tareas ilegales desde que tenía once años y él había normalizado tanto el consumo diario de estupefacientes como el menudeo de sustancias. Durante buena parte del tratamiento utilizó el cannabis como ansiolítico, mezclándolo por supuesto con la medicación y llegando incluso a confesar que en ocasiones sentía "presencias" a sus espaldas que le hablaban e incluso llegaban a "abrazarla". Cerca del brote casi continuamente y a pesar de de explicar en numerosas ocasiones los efectos y la relación directa del consumo con sus síntomas, la paciente seguía empleando frases del estilo -a mí, no me pasa nada con esto, es como un cigarrillo- o -pero si llevo toda la vida fumando, ¿qué me va a pasar?-. No parecía tratarse de

un problema para ella y solamente en los últimos meses hemos podido entrar a negociar la reducción y posterior cese del consumo para que estas voces y presencias desapareciesen por completo.

Con un padre narcisista traumatizante prototípico, muy similar al tío, durante el transcurso del tratamiento, las crisis y ataques ansiosos han sido frecuentes, al igual que unas ambiciones fantasiosas en referencia a sus objetivos vitales. En diferentes ocasiones, la paciente tomó la resolución de suicidarse e intentó hasta cuatro veces, con diferentes métodos, quitarse la vida. Las dos primeras, acudió a la sanidad pública. Después de esperar durante varias horas, al ser menor de edad, acompañada, (caso que no se contempla si el ingresado es mayor de edad) cuando finalmente es atendido por un psiquiatra especialista, este disminuye la importancia de la situación atribuyendo la ideación suicida a un "desbordamiento emocional" en el primer diagnóstico y otro profesional, la segunda vez, a un "desbordamiento vivencial". Ante la petición del paciente y el acompañante de ingresar en planta, asombra la rotundidad de la negativa por parte del servicio sanitario. Si siendo un adolescente menor de edad en crisis se deniega un ingreso para salvar una vida, ¿cómo se trata al conjunto de la población cuando se acude en busca de ayuda o se contacta con los teléfonos de atención especializados?

Que llegase afligido a la consulta era normativo, pero casi nunca rompía a llorar, nada más entrar por la puerta de la consulta un día, sin poder contener las lágrimas me dijo -Un amigo mío se acaba de suicidar-. Explorando sus intentos propios con posterioridad me comentó de forma muy casual que las autolesiones y los intentos de acabar con la vida entre sus amigos y compañeros eran habituales, otro factor normalizado. Con un proyecto vital estancado, las fantasías de carreras exorbitadas (desde tatuadora a psicoterapeuta, a después vivir en una comuna) se están intentando fundir con la estructura de los objetivos del yo, rescatando las partes buenas del paciente y dirigiéndolas hacia un yo ideal para que así, sea capaz de obtener autonomía. Como con todos nuestros pacientes, pero en especial con este grupo poblacional, resulta mandatorio generar un código común entendible para ambas partes, inmiscuirse sin ser imperioso en sus problemas del día a día, por muy nimios que en un principio puedan parecernos y escuchar activamente para

observar entre líneas cuán difícil les resulta vivir en estos nuevos tiempos de crisis continuadas. Una de las cosas que la paciente resalta desde el principio de la psicoterapia es la de que el tratamiento que recibe por parte del terapeuta, es diferente a todos los anteriores, porque a él no se le trata como un niño pequeño con una rabieta o guiado por modas pasajeras. Trabajando en la autoimagen y el reconocimiento de sí misma, el progreso a la hora de formular objetivos realistas resulta evidente, aunque, aun así, se pronostica un tratamiento de muchos años.

Observarán que me refiero durante toda la comunicación indistintamente en masculino y femenino al hablar de mi paciente. Al cumplirse un año de tratamiento observamos que él mismo empieza a referirse en femenino al hablar de cotidianidades y sucesos. Dentro del espacio de la psicoterapia apunté que desde el primer momento había tenido especial cuidado a la hora de utilizar pronombres masculinos para referirme a ella. Subrayé el cambio sustancial, no solo en referencia a sí mismo, sino también en aspectos como la vestimenta y el uso del maquillaje. La pregunta entonces fue: –¿Cómo prefieres que me refiera a ti?- a lo que contestó –Mientras me trates con respeto, me da exactamente igual-.

Al cotejar impresiones con nuestros compañeros de la sanidad pública y preguntarles por estas realidades, relatan en tono jocoso que necesitarían de varios hospitales dedicados exclusivamente al ingreso de pacientes de este tipo. A nuestro parecer, un problema grave convertido en cotidianidad mundana; una respuesta automática para la gran mayoría desde un sistema colapsado en el que pedir ayuda en repetidas ocasiones no sirve. Como recientemente hemos podido comprobar en el caso de la niña con peritonitis de la comunidad valenciana que acudió hasta en tres ocasiones diferentes a los servicios de urgencias. Siendo enviada a su domicilio de vuelta con diferentes diagnósticos como dolores menstruales o virus estomacales, la incurrencia de la familia de poco sirvió y la niña falleció posteriormente. No cabe más que preguntarnos a nosotros mismos profesionales de la salud si existe una deshumanización también en la psiquiatría clásica y cuáles han sido los motivos para llegar a tales extremos. Cuando se intenta pedir ayuda contra la ideación o la conducta suicida utilizando los medios especializados disponibles, los casos son derivados sistemáticamente a los servicios comunes de atención de urgencias, obteniendo

como no es sorpresa, resultados nefastos en muchos casos según las cifras. ¿Estribamos entonces hacia una guerra clasista referente a la salud mental de lo privado contra lo público dónde el que pueda permitirse los servicios privados sobrevivirá?

El panorama en el trabajo con adolescentes sin duda sitúa a terapeutas nóveles y veteranos frente a nuevas cuestiones. Lo común que resulta encontrar por ejemplo trastornos de la conducta alimentaria, intentos de suicidio, brotes psicóticos por consumo o conductas sexuales de riesgo, ya no puede ser achacado a la edad o a cuestiones de género como se está pudiendo comprobar. La responsabilidad debe recaer entonces en los profesionales que diariamente tenemos la oportunidad de trabajar y mejorar la vida de este grupo poblacional, por muy "libidinalmente" costoso que esto nos resulte. Ya que por muchas clasificaciones generacionales que queramos utilizar "desde fuera" o el hecho de que muchos de ellos lleguen a la consulta sin agencia ni actitud, "dentro" de estas personas, está el futuro de todos.

Referencias

Adler, A. (1935). Fundamental views of individual psychology. Int. J. Individ. Psychol. 1, 5–8.

Ávila Espada, A. (2020). El psicoanálisis relacional y la teoría del apego. Clínica e Investigación Relacional, 14 (1): 45-61.

Ferrán, B. (2023). Una niña muere por una peritonitis en Valencia tras acudir tres veces a urgencias y no ser diagnosticada. El País. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2023-02-09/una-nina-muere-por-una-peritonitis-en-valencia-tras-acudir-tres-veces-a-urgencias-y-no-ser-diagnosticada.html

Fundación ANAR (2022) "Conducta suicida y salud mental, en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio". Recuperado de: https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/12/Estudio-sobre-Conducta-Suicida-en-la-Infancia-y-la-Adolescencia-2012-2022.pdf

Guerra Cid, L.R. (2017). ¿Por qué la virtualización de la realidad puede generar fallas en la mentalización y el narcisismo? Clínica e Investigación Relacional, 11 (1): 101-109.

Hernando Gonzalo, A. (2007). Sexo, Género y Poder. Breve reflexión sobre algunos conceptos manejados en la Arqueología del Género. Complutum, 18 (1): 167-174.

Kohut, H. (1971). Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Buenos Aires: Amorrortu.

Kohut, H. (1984). How does analysis cure? Chicago: The University of Chicago Press.

Luo, Q., Sahakian, B.J. (2022) Correction to: Brain sex differences: the androgynous brain is advantageous for mental health and well-being. Neuropsychopharmacol. 47, 610.

OMS. (2019). Estimaciones de salud mundial: Principales causas de muerte. Observatorio de la Salud Mundial. Recuperado de: https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-globalhealth-estimates/ghe-leading-causes-of-death

Toribio Caballero, S. (2020). Cómo la perspectiva de género cambia la técnica de la psicoterapia relacional. Clínica e Investigación Relacional, 14 (1): 216-236.