

VII JORNADAS PITIUSAS (IBIZA Y FORMENTERA) PRO SALUD MENTAL

"La psicoterapia en diferentes contextos evolutivos: infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad"

Ibiza 10 y 11 de octubre de 2014

MEMORIA

La conferencia inaugural tenía por título "En que ayuda la psicoterapia y no otras cosas" a cargo del **Dr. Alberto Lasa Zulueta**, psiquiatra y psicoterapeuta. Exprofesor de la Facultad de Medicina y de Psicología de la Universidad de Vizcaya. Exjefe de los Servicios de Psiquiatría de niños y adolescentes en Vizcaya. Expresidente de SEPYPNA.

El Dr. Alberto Lasa empieza hablando de que hay muchos modos de entender el malestar psicológico. Nos explica que en los últimos años el consumo de ansiolíticos ha aumentado un 60%, generando una elevación del coste sanitario que ha ido aparejado con la disminución de la prestación de servicios de psicoterapia. Sin embargo, no se puede dejar de lado el hecho de que el ser humano nace programado para entrar en relación con otro humano que le cuida, le escucha y le comprende. Se han hecho encuestas de satisfacción entre los usuarios de los servicios comunitarios de atención a la salud mental y la inmensa mayoría de la gente valora muy positivamente las intervenciones psicoterapéuticas, quejándose de que en general, no se les escucha.

A continuación nos dice que, desde Estados Unidos ya hace años que hablan de la década el cerebro, que se iba a demostrar que todo lo que nos pasa tiene que ver con mecanismos neuroquímicos y por tanto, la exigencia de una atención medicamentosa. Esto puede tener que ver con una sociedad de consumo que quiere soluciones rápidas. Que cada vez se establecen clasificaciones con más trastornos mentales y que en relación co esto, puede estar el interés de algunas de las empresas farmacéuticas que son las máximas beneficiarias.

Después pasa a hablar de estudios comparativos hechos entre psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica, llegando a las conclusiones siguientes: la psicoterapia psicodinámica es eficaz en un amplio rango de problemas psicológicos, no solo a corto plazo, sino a medio y largo plazo. Tiene una eficacia similar a otros tipos de terapia. También especifica, que la psicoterapia no es cualquier tipo de escucha, sino que es una actividad que consiste en explorar aquellos aspectos de sí mismo que no se conocen en profundidad, con el objeto de que así mejore su manera de relacionarse con otras personas, que su malestar sea más tolerable y mejor aún si es fuente de satisfacción. Dice que, hay que centrarse en los afectos, en la expresión de la emoción, que hay que explorar los intentos de evitar ciertos pensamientos y sentimiento estresantes, es decir, que hay que abordar los mecanismos de defensa. Añade que es importante identificar los patrones psicológicos recurrentes que limitan su capacidad de relación y producen sufrimiento, que hay que elaborar la experiencia pasada, prestar atención a lo que pasa entre terapeuta y paciente, y finalmente, que hay que explorar la vida imaginaria, cuáles son sus deseos, fantasías, sueños y aspiraciones, para así ampliar las capacidades de autoconocimiento.

Después, el Dr. Lasa hace alusión a un autor francés, Allen Frances, coordinador del DSM IV, que dice, que hay demasiada poca psicoterapia porque no hay organizaciones psicoterapéuticas que puedan competir con el abuso de fármacos, y también, porque las diferentes psicoterapias y sus practicantes son muy dispares. Que

los psiquiatras que hacen psicoterapias de cuarenta y cinco minutos ganan un 40 % menos que los que dan instrucciones farmacológicas durante quince minutos. Y que la psicoterapia carece de un mensaje unificado y atractivo frente a la actividad seductora y engañosa de la industria farmacéutica. Finalmente dice, que la psicoterapia funciona igual de bien que los fármacos en trastornos breves y moderados y si bien tarda un poco más, sus efectos son más duraderos, cosa que a la larga hace que sea más barato y mejor.

Luego pasa a hablar de que en el TDAH, nos sublevamos cuando nos dicen que es debido a una deficiencia neuroquímica y que la única solución es un fármaco que tiene importantes efectos secundarios. Dice que es de sentido común que en este caso hay un conjunto de causas, que lo que nos conduce a la psicoterapia es el saber cómo funciona la mente, como ese niño piensa, vive las cosas, cual es el tipo de angustia, de emoción, de afectos, de qué manera se organiza frente a ellos, que mecanismos de defensa usa para sobreponerse a esa situación y como eso afecta a sus relaciones.

Finalmente explica que un niño o un adolescente es una situación evolutiva diferente a un adulto, porque el niño es traído por la familia y la familia suele tener un protagonismo en lo que está pasando, eso no quiere decir que sean culpables de lo que le pasa al niño, pero tampoco es admisible la idea de que los padres no tienen nada que ver en cómo puede salir el niño de esa situación, es necesario suscitar su sentido de responsabilidad. Acaba explicando que con los niños hay que tener en cuenta su nivel evolutivo porque por ejemplo las angustias de separación que llevan a un niño a aferrarse a la madre, si ese niño tiene 2 o 3 años no es lo mismo que si tiene 9 o 10 años. Hay manifestaciones que son normales a una edad y no a otras. El Dr. Lasas termina con dos ilustraciones clínicas.

La primera conferencia de las Jornadas Científicas tenía por título, "La psicoterapia en la infancia" a cargo de **Pascual Palau Subiela**, psicólogo clínico, psicoterapeuta y psicosomatólogo de bebés y niños.

Pascual Palau empieza explicando que, para el bebé no existe una representación de sí que no sea en interacción con el otro, así como no existe una representación del otro que no sea en interacción con él. Sabemos que cuando los estados afectivos del bebé no son reconocidos por los cuidadores o se perciben amenazantes, pueden ser defensivamente expulsados de su conciencia y/o experimentados como no válidos o pobremente diferenciados. Esta tendencia a destruir o negar estados afectivos interfiere el desarrollo psicológico, porque los afectos son centrales para la organización de la experiencia del sí mismo y porque compartir mutuamente los estados afectivos ayuda a establecer un sentido interno de la relación. En este contexto, las psicoterapias incluyen el trabajo psíquico de un tercero situado en la interfaz de las interacciones que se juegan entre el bebé y los padres, favoreciendo la apertura de todo el movimiento de interiorización y de especularización que sostiene el pasaje del registro interpersonal al registro intrapsíquico. Las relaciones del bebé o del niño y su entorno pueden ser un conjunto de procesos bidireccionales en los que el lactante no se encuentra únicamente sumiso a las influencias de su entorno, sino, que contribuye activamente a modificarlas. Las interacciones precoces (comida, baño...) son una sucesión de intercambios que se repiten y eso permite al lactante una representación interna. Parece sin embargo que los primeros intercambios dejan una huella tan indeleble como inaccesible a la conciencia.

Los estudios longitudinales sobre comunicación a tres, en el triángulo padre-madre-bebé, se tiende a desarrollar un estilo de alianza estable que va desde la cooperación hasta el conflicto. La manera en que la pareja de padres se sostiene o interfiere en la relación con el niño desempeña un papel preponderante en el desarrollo de la interacción a tres. Pero no solo los padres, también el bebé contribuye desde el

comienzo gracias a su competencia en comunicar con ambos padres a la vez, una competencia que solo se hace claramente visible en el contexto de la triada, y se diferencia a partir de la intersubjetividad primaria y secundaria hasta las fases moral/simbólica y narrativa, favoreciendo el desarrollo social y la teoría de la mente del niño, aunque puede verse perturbada en las situaciones de alianzas problemáticas.

Sigue diciendo que, habiendo comprendido que los desórdenes relacionales precoces son predictivos de un malestar psíquico posterior, es por lo que se han ido haciendo estudios de las interacciones cuidadores-bebé y promoviendo intervenciones psicoterapéuticas. Entre las posibles intervenciones podemos relatar, las intervenciones psicoterapéuticas en medicina fetal, en neonatología, en trastornos somáticos infantiles... Las distintas aproximaciones terapéuticas giran en torno a dos aspectos fundamentales, el primero depende de la especialidad teórica que el terapeuta tiene sobre las nociones de cambio y lo que desea arreglar, el segundo aspecto concierne al modo de acceder al sistema clínico. El sistema clínico es el conjunto donde están las representaciones del bebé y de los padres, y la actividad observable del bebé y de los padres. El modo de acceder al sistema interactivo y representacional puede ser diferente, podemos intentar modificar las visiones pesimistas, poco realistas de un padre o una madre en relación a su hijo, señalándole en el contexto de la interacción las capacidades reales del niño o analizando el origen de sus representaciones. Podemos pues distinguir dos tipos de aproximaciones terapéuticas, aquellas cuyo objetivo es obtener un cambio en la representación de los padres y aquella en que buscamos cambiar el comportamiento interactivo observable. Ambos tipos son complementarios. El objetivo de la psicoterapia es liberar a los niños de las interacciones experimentadas con los padres, cambiando las representaciones que los padres tienen de los niños y de sí mismos. Dice que las psicoterapias breves padres-bebés se han mostrado particularmente eficaces en el tratamiento de trastornos psicossomáticos funcionales (del sueño, de la alimentación...), del comportamiento (lloros permanentes, agresividad, retraimiento) y del apego.

Pascual nos describe a continuación la forma de trabajar de diferentes escuelas, nos habla de la escuela de ginebra, que considera que las representaciones patógenas tienen que ver con los conflictos no resueltos de los padres provenientes de la infancia, que resultan activados y actuados en la interacción con el niño. Para ellos, es importante no solo tener en cuenta los síntomas sino conseguir cambios estructurales intrapsíquicos. Otro modelo de aproximación terapéutica es el modelo basado en el conflicto transgeneracional, su trabajo se focaliza en la manera en que los padres se representan a su hijo y de cómo esa representación determina los síntomas de niño y depende de la historia relacional de los propios padres.

Después, Pascual nos habla de las investigaciones efectuadas para poder determinar los factores de cambio específicos e inespecíficos. Compara los tratamientos del grupo de ginebra de orientación psicodinámica, con los del grupo de Michigan, de orientación interactiva. Concluye que la eficacia de las dos aproximaciones era similar. Que la experiencia del terapeuta era un aspecto importante. Que en las terapias psicodinámicas se observa una mejoría de las representaciones paternas y con la interactiva una mejoría de las interacciones. Expresa, que uno de los denominadores comunes de todas las psicoterapias breves con padres es, la consideración de que los síntomas preocupantes que presentan los bebés y los niños con los padres, requieren ser considerados en las transacciones que se producen entre las manifestaciones comportamentales en el seno de la vida interactiva, la emocional y cognitiva. Dice que la práctica clínica tiene como objetivo reducir el sufrimiento psíquico y requiere tener en cuenta la complejidad, los intercambios psíquicos intersubjetivos, tanto intergeneracionales como transgeneracionales, que marcan las manifestaciones de ese sufrimiento.

La segunda conferencia de las Jornadas Científicas tenía por título "La psicoterapia en la adolescencia" a cargo de Alberto Lasa Zulueta, psiquiatra y psicoterapeuta.

Empieza explicando que la adolescencia tiene unas características específicas, una de ellas es que se diluyen las fronteras entre lo normal y lo patológico; segundo, hay una organización psicosocial; tercero, vínculos, tanto con los objetos-sujetos relacionales internos como con figuras externas. Y eso afecta a las modalidades de intervención terapéutica.

Dice que en la adolescencia hay una reactivación de las relaciones con los objetos-sujetos relacionales primarios, que se muestra en sus afectos, en sus exigencias, en sus intolerancias... Desde que se nace, nos construimos ante la mirada de alguien, pero en la adolescencia es cuando al construcción de la nueva imagen va a estar más dependiente que en otros momentos de la mirada del otro. La autoestima va a estar extraordinariamente dependiente de las relaciones con los iguales. Son estas dos cosas, la vuelta a modos de relación primitivos y la extrema dependencia de como los demás me ven, las que están en la raíz de los problemas relacionales en la adolescencia. Pero para el adolescente no solo son importantes los iguales, también lo son los adultos. En cuanto a la identidad del adolescente, está la pelea de a quién me quiero parecer y a quien no.

A continuación, el Dr. Lasa habla de la importancia que en la pubertad sabemos que tienen los cambios corporales, pero me centraré, dice, en las vivencias, en los aspectos psicológicos que acompañan a ese proceso hormonal y somático. Uno de los fenómenos más llamativos es la vivencia en los adolescentes de unos cambios corporales que no se pueden controlar, el cuerpo va donde quiere, y otro aspecto es que cambia de una manera visible, otros lo ven. Esto tiene dos vertientes, una externa que hace a los adolescentes hipersensibles a la mirada y a la influencia del otro. Eso se corresponde con la obsesión por cuidar una imagen que tiene que cumplir un doble objetivo, satisfacerle a sí mismo y satisfacer a aquellos que le miran, y eso le va a colocar en una posición de dependencia del otro. Cuando un niño tiene un grano en la nariz, tiene un grano, cuando es un adolescente es una catástrofe, me lo van a ver, tiene una connotación de vergüenza pública. Desde el punto de vista interno el púber se caracteriza por el empuje pulsional, está desbordado por las hormonas. Pero el púber llega a la pubertad con una historia previa y esa historia es la que hace que pueda decir, me siento "un cachas", con una potencia que antes no tenía y me divierte e interesa mi excitación sexual. Sin embargo dependiendo de donde venga, otro puede decir, madre mía que horror, qué hago con esto. Lo que para unos puede ser fuente de orgullo, para otros puede ser fuente de temor. En cualquier caso tiene que hacer algo con esas nuevas energías y tendencias, y eso genera toda una serie de mecanismos destinados a recuperar el control corporal, por eso va a estar muy pendiente de su cuerpo.

Podemos pensar en diferentes maneras de relacionarse con su cuerpo, una es el llamado cuerpo cómplice, otro el cuerpo como prótesis y el adverso. El cuerpo cómplice, correspondería con algo que es amigo, un acompañante que recorre conmigo un proyecto de identidad. Es una vivencia que corresponde a lo que llamamos un narcisismo tolerante, tengo mis virtudes y mis defectos, pero estoy razonablemente satisfecho con lo que mi cuerpo me ofrece y por tanto, no solo puede ser fuente de satisfacción, sino que lo puedo transformar, aproximar a mis ideales; así surge una dinámica que permite mejorar su cuerpo de una manera realista. En el caso del cuerpo prótesis, el adolescente quiere que su cuerpo se convierta en una prótesis

que camufla todas sus debilidades identitarias y se organiza en función de una organización narcisista, un falso self, yo soy lo que aparento ser. Finalmente está el cuerpo adverso, es aquel adolescente en que este cuerpo mío no solo es incontrolable, además lo detesto y es enemigo de mi proyecto de vida, con este cuerpo mi vida va a ser un fracaso y mi cuerpo es culpable de mi malestar. Y eso se corresponde con la rabia narcisista, como no soporto mi cuerpo lo ataco e incluso lo destruyo.

Desde un punto de vista descriptivo, el cuerpo cómplice, que acompaña unos ideales asequibles, lleva a mejorar el cuerpo para sentirse mejor. Eso tiene mucho que ver con lo que se pre-elabora en el periodo de latencia, en ese periodo los niños descubren y practican juegos que implican el cuerpo y que tienen mucho que ver con el desarrollo del autoerotismo corporal, hace que se encamine hacia esa buena vía de contar con su cuerpo para fortalecer la elaboración de su identidad. La variante del cuerpo prótesis, es la que hace que el adolescente se base en su apariencia y le da un aire de inautenticidad. Lo más frecuente es que desarrolle una apariencia de fuerza y desarrolle actitudes y comportamientos de provocación. Es el adolescente de gimnasio y pelo rapado, se pone cachas y se junta con otros iguales que tienen como deporte favorito intimidar a otros, y si es un grupo, da lugar a luchas tribales. Se sienten fuertes a expensas de demostrar que el otro es más débil, son los adolescentes que agreden a homosexuales, mendigos... ¿Por qué se comportan así? porque no soportan la fragilidad propia proyectada y vista en el otro. Otra variante del cuerpo prótesis es también la aspiración a un cuerpo divino, por ejemplo, ciertas anorexias, mi cuerpo será lo que yo decida. Lo del cuerpo adverso, lo que dicen respecto a su cuerpo es, me decepcionas, te castigo, te destruyo, y ahí es donde asistimos a todos los ataques al cuerpo que pueden ser diferentes, a veces se limitan a un ataque estético, adolescentes que parece hayan hecho un master en afear su cuerpo, una especie de fealdad controlada. La otra variante del cuerpo adverso es la ascética, que es, a mi cuerpo lo castigo, le privo de placer, dosifico lo que necesita o no necesita y finalmente mi cuerpo termina siendo lo que yo le mando ser.

Sigue diciendo que el adolescente también se va a ver sorprendido por la intensidad y violencia de sus afectos, en la medida que vuelve a tener exigencias de niño, se da cuenta de sus deseos regresivos, que despiertan en él un rechazo. Los padres dicen, no hay quien lo entienda, en cinco minutos pasa de, me largo de casa a decir, y encima no compráis el chorizo que a mí me gusta. El adolescente sufre sus contradicciones, vive una doble amenaza, ya no puede acercarse a mamá y papá como antes, porque sus cambios corporales son visibles y lo que antes era un abrazo inocente ahora se interpone la turgencia de los senos o el temor a una erección. El adolescente dice, antes abrazaba a mis padres y ahora me da vergüenza. Por esa dualidad es por lo que al adolescente le apasiona el control del riesgo, yo voy a correr riesgos pero justo hasta el borde del precipicio, yo voy a hacer la máxima hazaña, pero ¿para qué?, para buscar el sobresalto del otro, lo que está detrás de esto es la mirada fascinada de quien asiste a mi hazaña, alguien tiene que quedar deslumbrado. Esa persona que mira a veces es una persona real, pero otras es un objeto interno. Hay adolescentes que se suicidan porque internamente alguien se va a sentir concernido con esto, pero esa persona a la que quiere martirizar con su acto, puede que le de igual, o en el otro extremo, es una persona que le quiere y la voy a hacer padecer el resto de su vida.

Finalmente habla de las quejas corporales indefinidas del adolescente, ¿qué te pasa?, estoy fatal, déjame en paz o ya era hora que vinieras. El margen de equivocación para el adulto es enorme, porque es, ni un minuto antes ni uno después, ni un centímetro más cerca ni uno más lejos. Para trabajar terapéuticamente, tenemos que medir muy bien la distancia soportable, qué grado de dependencia va a soportar, qué grado de

aproximación va a ser excesivo o se va a quedar corto. Otra alternativa es la congelación de los afectos, por ejemplo, está la frialdad emocional de las anoréxicas, que no es permanente, pueden tener una mala leche feroz, pero en su cotidianidad pelean para que su cuerpo no tenga ni necesidades corporales ni dependencia emocional. Otra variante es la Esquizoide, en este caso el adolescente, no es solo que no transmitan sus emociones, sino que tienen serias dificultades para percibir las en sí mismos. Y la última variante es el sustituir o desplazar los afectos por sensaciones, eso le permite la ilusión de recuperar el dominio del cuerpo, es decir, yo no soy víctima de las cosas que me hace mi cuerpo, sino que yo decido cuando me meto lo que necesito, en que cantidad. En el caso de uso de tóxicos, el más utilizado el alcohol, dicen, se cuándo encontrar el punto, ahí se ve la ilusión de control.

La tercera conferencia llevaba por título "La psicoterapia en la edad adulta" a cargo de **Manuel De Miguel Ariza**, psiquiatra y psicoanalista. Médico Especialista en Neuropsiquiatría y Miembro de la Asociación de psicósomática Pierre Marty de Paris.

Empieza diciendo que, tenemos tres mentes distintas, la del niño, la del adolescente y la del adulto, con formas diferentes de procesar los contenidos mentales y que por tanto se necesitan diferentes estrategias terapéuticas. Reflexiona sobre, cómo se estructuran las mentes y cuáles son los contenidos mentales de las diferentes edades. Explica que, las perturbaciones mentales parten de cómo se estructure en los primeros momentos de la vida el psiquismo y esos momentos son más importantes y más estructurantes, cuanto más tempranos sean. En relación a las técnicas que van a dar lugar, hay que adaptar el abordaje terapéutico a la edad, no vamos a tumbar a un niño en el diván para que asocie, el lenguaje del niño es el juego; el lenguaje del adolescente es la acción, el adolescente nos habla a través de su gestualidad, de su indumentaria, y no podemos esperar que nos hable a través de un pensamiento asociativo porque no tiene una vida mental interiorizada como la tiene un adulto, por ejemplo. El Superyó del adolescente no está tan bien integrado como en su mundo interno como lo va a estar en el adulto. El superyó en buena medida va a seguir siendo sus padres, no va a ser la culpa desde dentro la que conforme su funcionamiento, sino que van a ser los padres con sus quejas, y va a pelear con ellos, no como después va a ocurrir que no hace falta que nadie le diga nada para sentirse culpable o sentirse fracasado, ya que internamente habrá desarrollado un superyó que le va a condicionar y a orientar su vida; eso pasa en los adultos. En los adolescentes no pasa eso ya que en ellos todavía se está estructurando su psiquismo. Si el adolescente de 15 años se tumbase en el diván y empezase a asociar, seguramente eso sería más expresivo de patología que de normalidad, sería un hiperadaptado. Muy diferente es el adulto que ya ha asumido la realidad y que se ve abrumado por sus inconsistencias.

Explica a continuación que, la idea general es que la vida comienza en el niño con una experiencia fundamental de contenido sensoriomotor. El niño tiene gestualidad, sentimiento y representaciones en su mente, y es el adulto el que a través de su mímica, de sus expresiones comportamentales, el que va a crear la vida mental en el niño. El niño es un cuerpecito que siente y el adulto tiene una mente que piensa el sentir de ese bebé. La madre le pone palabras y responde a la sensoriomotricidad del niño. El paso por la mente de la madre crea vida mental en el niño, después va a poder ir reproduciendo en el juego ese escenario mental y nosotros lo vamos a poder interpretar, pasándolo por nuestra mente, se lo vamos a devolver de tal manera que podamos tener intervenciones terapéuticas con él o actuar sobre la interacción madre-bebé, para romper los malentendidos que se han producido. Si todo va bien termina por aparecer el pensamiento adulto, pero entre la sensoriomotricidad del niño y el pensamiento adulto hay un momento de la vida muy importante, la adolescencia.

El adolescente se fía muy poco del pensamiento como forma de acceder a la realidad. Él suele poner en cuestión permanentemente la realidad. El mundo de los adultos le está pidiendo que tenga un determinado comportamiento y se da cuenta de que el mundo de los adultos está lleno de inconsistencias. Por una parte, el adolescente no se resigna a hacerse responsable de su propia vida y regresivamente quiere que sea la mente del adulto la que piense y cargue con sus angustias. Por otra parte, otra cosa fundamental en el adolescente es que se está encontrando con su identidad. Así la adquisición del funcionamiento adulto se produce, se fragua en el juego de dos soledades, la soledad de quedarse solo, de tomar conciencia de la existencia individualizada y de conseguir una vida relativamente independiente en sus aspectos prácticos y afectivos. Y la segunda soledad, la de ser solo lo que somos, de tener conciencia de nuestras limitaciones. Admitir hasta donde hemos llegado, lo que necesariamente supone una considerable frustración de nuestras expectativas grandiosas infantiles y adolescentes. Durante la infancia y a lo largo de la adolescencia el niño ha estado viviendo bajo el paraguas identitario de la familia. Esos padres de los que ha dependido su identidad no van a ser tan magníficos como él quisiera. Y para llegar a la vida adulta siendo un adulto hace falta haber sido capaz de elaborar esa segunda soledad. Decir yo solo soy esto y me conformo, porque si no lo consigue puede llegar a ser un psicótico que se va a inventar la realidad; para poder seguir siendo magnífico va a tener que empezar a delirar construyendo narcisísticamente una realidad que le sea soportable.

Después, hace un repaso en torno a las diferencias en la sexualidad. En el niño es sobre todo autoerótica, en el adolescente es una búsqueda de objeto-sujeto de deseo y el adulto que no ha logrado crear una relación con un objeto-sujeto amoroso, mal le va a ir. En el niño hay una primacía pulsional, en el adolescente el conflicto fundamental está consigo mismo y en el adulto debiera estar elaborado todo esto. El contenido de la mente del niño es fundamentalmente psicomotor, en el adolescente predomina la acción y en el adulto una vida mental con juicio y pensamiento crítico. En la sexualidad del niño encontramos un polimorfismo pregenital, en el adolescente se está empezando a genitalizar y hay un conflicto entre esa genitalidad y la ruptura de la simbiosis con sus objetos de amor de la infancia. En el adulto encontramos una sexualidad lograda. En el niño encontramos una elección de objeto-sujeto de amor y de deseo del tipo de apoyo, en el adolescente la elección de objeto está centrada en intereses más narcisistas y en el adulto la elección de objeto es la de una pareja.

Finalmente explica que nos podemos preguntar cuándo acaba la adolescencia. Hay varias claves para responder, una de tipo biológico; la clavícula es el último hueso que termina la osificación y eso ocurre sobre los 21 años. A esa edad si el desarrollo es adecuado, se habrá consolidado una determinada estructura que nos permita estar conformes con nosotros mismos y vivir confortables dentro de nuestra piel. El adulto que ya ha asumido la realidad, nos llega abrumado por sus inconsistencias, desesperado por la dificultad para contener su mundo pulsional o desbordado por la acción de estas pulsiones desde un mundo inconsciente ahora ya bien constituido y radicalmente alejado del pensamiento consciente, o culpable por sus fracasos y consciente de su radical soledad. El adulto ha asumido su vida como algo que le concierne fundamentalmente a él mismo. Vive un conflicto interior aunque este tenga conexiones con el mundo externo; pero asume que le concierne fundamentalmente a él mismo que es él quien lo debe pensar. El propio hecho de llegar a la consideración de que es responsabilidad o problema suyo y enfrentarse a lo que le ocurre, es consustancial con su funcionamiento adulto. Como tal se entrega a la tarea y nosotros le ayudamos a pensar.

La cuarta conferencia llevaba por título “La psicoterapia en la ancianidad” a cargo de **Jesús García Alfranca**, psicólogo clínico y psicoterapeuta.

La concepción que se tenía sobre las posibilidades psicoterapéuticas de las personas mayores ha ido evolucionando con el paso de los años así como el estudio y acercamiento psicoterapéutico a esta etapa. Las personas mayores que no son abordables terapéuticamente no lo son por su edad sino porque no lo han sido nunca. Considerar la ancianidad una contraindicación es un prejuicio. La vejez es una etapa muy larga y si hacemos diferencias tendría que ser entre las personas que son autónomas y las que son dependientes. Es importante diferenciar si la persona presenta una patología propia de la edad o ha estado presente toda la vida. Los aspectos esenciales en la psicoterapia con personas mayores son la capacidad de asumir el momento evolutivo vital, el deterioro corporal con pérdida de la autonomía y aparición de la dependencia progresiva.

Sigue diciendo que, algunos psicólogos se preguntan si se puede interpretar a una persona mayor igual que a cualquier otra persona. El terapeuta está para identificar aquello que aparece y siempre que aparezca, se puede trabajar sobre ello.

Se pregunta, qué es lo que cambia en un tratamiento con personas mayores. Lo que cambia son las temáticas, que serán referidas al proceso de envejecimiento, la dependencia, la relación con los hijos... Para su evaluación diagnóstica, la motivación es un aspecto esencial; si hay una motivación y la persona hace la demanda por sí misma, es igual que una persona de cualquier otra edad. Otro aspecto a tener en cuenta son las relaciones con las figuras más significativas (pareja, hijos), aunque las personas mayores a veces tienen más en cuenta, o tiene el mismo valor, cómo fue el vínculo con sus propios padres más que con los hijos.

Después, pasa a hablar de la posibilidad de llevar una vida activa para una persona que por su edad tiene limitaciones físicas. En ese sentido dice que, hay maneras de estar activos, una señora que mira por el balcón y mira la calle como cuando podía salir, y puede revivir aquellos momentos en lugar de pasarse el día viendo la televisión, es una actitud suficientemente activa, la vida activa es algo a pensar de acuerdo a las posibilidades que cada uno tiene.

A continuación se pregunta si hay una patología propia del envejecimiento. Dice que son aquellas que se producen cuando se percibe al proceso de envejecimiento y todo lo que ello implica, el sentimiento de pérdida de autocontrol, la pérdida de autonomía, un sentimiento de vulnerabilidad. Es complicado hacer ese duelo. Hay dos tipos de crisis, unas son las ligadas al proceso de envejecimiento comentado, que pueden ser aparatosas pero tienen buen pronóstico. Pero después hay unas crisis graves, desorganizadoras de la personalidad, estas crisis se producen en personas con una personalidad más narcisista. Luego están los cuadros psicopatológicos propios del envejecimiento como son los trastornos paranoides seniles, en que dicen por ejemplo, me roban o me cambian las cosas de sitio; y los trastornos confusionales, en que dicen, el problema es que mi cabeza es joven pero mi cuerpo no, estos trastornos aparecen en personas que presentan un problema de salud y esa situación de fragilidad, de temor, muchas veces se une al hecho de estar en un lugar nuevo (hospital). Cuando la persona mejora, estas crisis se resuelven. Después están los episodios de demencia senil, no son delirios, están situados en un espacio transicional, como cuando a veces dicen, tengo 110 años cuando tiene 80, o, soy el hijo de Jordi Pujol. También pasa que piensan que las personas que las tratan bien, se han enamorado de ellas, por ejemplo, el médico, el fisioterapeuta...

Finalmente habla de que a veces se piensa que no vale la pena intervenir a estas edades, o hay una idea muy persistente de identificar la vejez con depresión y que cuando una persona mayor se muestra activa se puede ver como algo maniaco, pero que una persona mayor quiera hacer cosas es algo muy normal. Las crisis evolutivas son las que vienen determinadas por el proceso de envejecimiento, las crisis catastróficas, se dan en personas de difícil acceso, en personas con dos características, que tienen un trastorno narcisista de la personalidad y que están en situación de pérdida de autonomía pero no se encuentran preparados para depender de las personas, ni para poder confiar. Tienen el convencimiento de que serán rechazados, que serán atendidos con desagrado, no piensan que se les puede atender con afecto. Se sienten atrapados en esta situación y hacen estas crisis porque no llegan a asumir la pérdida de control sobre sí mismos. Hacen crisis intensas que llevan a un estado de desconexión emocional hacia los demás. Es mejor desconectar que no tener una vivencia de dependencia. Esto tiene importantes repercusiones en el personal cuidador de estas personas, ya que se niegan a colaborar cuando intentan vestirlos, bañarlos..., crean en el personal cuidador sentimientos de frustración y malestar.

EVALUACIÓN

Para la valoración de las VII Jornadas Pro-Salud Mental organizadas por ADISAMEF y realizadas los días 10 y 11 de octubre del presente año en Ibiza, se han recogido los datos de 35 encuestas de las cuales se han obtenido los siguientes resultados:

- La valoración general de las VII Jornadas es muy buena siendo los aspectos más valorados:
 - La perspectiva evolutiva de la temática abordada.
 - La calidad y cercanía de los ponentes.
 - La mayor posibilidad de participación de los asistentes.
 - La organización y el esfuerzo.

Teniendo en cuenta las valoraciones obtenidas, se consideran importantes los siguientes puntos para mejorar en la organización de futuras Jornadas:

- Disminuir el carácter teórico de las ponencias realizando talleres prácticos que favorezcan la integración de los contenidos.
- Mejorar la calidad del sonido y la climatización del espacio donde se realizan las ponencias.
- Mejorar los dispositivos informáticos para que no haya problemas a la hora de disponer de los materiales de los ponentes.
- Aumentar el material audiovisual, como por ejemplo algún vídeo, que acompañe la exposición de los ponentes.
- Realizar las jornadas con más días y/o no alargar la jornada hasta tan tarde.
- Otras recomendaciones: petición de hacer formación sobre psicosis.

CONCLUSIONES

Una de las cosas que podemos concluir de estas Jornadas, es que aunque hay aspectos comunes en las psicoterapias, también hay aspectos específicos asociados a cada periodo de edad que deben ser tenidos en cuenta.

Otra conclusión es que estamos en una época donde se quiere demostrar que todo lo que nos pasa tiene que ver con mecanismos neuroquímicos y por tanto la exigencia de una atención medicamentosa. Y eso puede tener que ver con una sociedad de consumo que quiere soluciones rápidas, fomentado esto por el patrocinio de algunas de las empresas farmacéuticas, máximas beneficiarias. Eso va en detrimento de los procesos psicoterapéuticos.

Sin embargo se sabe, que el ser humano está programado para entrar en relación con otros humanos. Y en las encuestas de satisfacción de tratamientos psicoterapéuticos se han obtenido valoraciones muy positivas en este sentido.

Desde el nacimiento se pueden detectar dificultades psicológicas en el bebé, y las psicoterapias padres-bebé, permiten prevenir complicaciones futuras. Centrándose en las alteraciones de las interacciones primarias, especialmente en las representaciones mentales de los padres en relación al niño, aunque el bebé también tiene un papel activo.

La adolescencia es una etapa de tránsito entre la infancia y la adultez, etapa evolutiva en la que se juegan diferentes aspectos fundamentales para un desarrollo adecuado. Entre ellos, destacar el paso de una identidad proporcionada por los padres a una identidad propia.

Si la evolución va por buen camino, el adulto debe haber adquirido una estructura y funcionamiento psíquico que nos permita estar conformes con nosotros mismos y nuestras limitaciones así como el estar comfortable en nuestra piel.

Las personas mayores son abordables psicoterapéuticamente igual que cualquier otra persona. Los aspectos esenciales en la psicoterapia con personas mayores son la capacidad de asumir el momento evolutivo vital, el deterioro corporal con la pérdida de autonomía y la aparición de una dependencia progresiva.

Finalmente, en torno a los procesos psicoterapéuticos, recoger las palabras del Dr. Alberto Lasa. "La psicoterapia psicodinámica o de orientación psicoanalítica es eficaz en un amplio rango de problemas psicológicos, no solo a corto plazo sino también a medio y largo plazo. Además, en la psicoterapia no se practica cualquier tipo de escucha, sino que es una actividad que consiste en explorar aquellos aspectos de sí mismo que no se conocen en profundidad con el objetivo de que así mejore su modo de relacionarse con otras personas, haciendo que su malestar sea más tolerable o mejor aún, que se pueda llevar una vida satisfactoria.

Juan Ángel Serra, Carlos Meléndez y Juan Larbán