

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

Los nuevos pacientes “millennials” de la clínica actual.

Ribas Somar, Ignacio.

Cita:

Ribas Somar, Ignacio (2019). *Los nuevos pacientes “millennials” de la clínica actual. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/642>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/U2u>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LOS NUEVOS PACIENTES “MILLENNIALS” DE LA CLÍNICA ACTUAL

Ribas Somar, Ignacio

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Argentina

RESUMEN

En el presente artículo se intentará desarrollar algunas de las características de los nuevos pacientes del espacio de la clínica, bajo la premisa que estos han mutado y ya no responden a un modelo clásico de la neurosis desde el Psicoanálisis. La intención es apoyar mediante escenas de casos clínicos las hipótesis planteadas incluyendo al entorno, principalmente a la familia, como una parte insoslayable de la cuestión. El área de aplicación de la presente obra es la clínica de adolescentes o jóvenes adultos con edades comprendidas entre los 13 y los 30 años aproximadamente. No se considera prudente realizar un límite rígido en cuanto al rango etario. Se desarrollarán, asimismo, algunas intervenciones, posicionamientos y sensaciones del profesional involucrado sin dejar de lado sus apreciaciones subjetivas. El fin del escrito es generar la reflexión en profesionales y futuros colegas interesados o que trabajen actualmente en el área clínica con jóvenes.

Palabras clave

Nuevos pacientes millennials - Encuadre - Oposicionismo - Sexualidad - Entorno - Infantilismo afectivo

ABSTRACT

THE NEW MILLENNIALS PATIENTS OF THE CLINICAL SPACE

The intention of the present article is to develop some of the characteristics of the new patients of the clinical space, under the premise that those have changed and no longer respond to a classical neurosis's model developed by Psychoanalysis. The hypothesis developed will be supported with scenes of clinical histories including the environment, specially the family as an unavoidable part of the matter. The application area of the present work is adolescence's and young adult's clinics with ages between 13 and 30 years old approximately. It is not considered prudent to make a rigid limit towards the age range. It will be developed, also, some interventions, positioning and sensations of the professional involved without leaving aside the subjective appreciations. The goal of this writing is to generate the reflection of professionals and future colleagues interested or currently working in the clinical area with young people.

Key words

New millennials patients - Frame - Oppositionism - Sexuality - Environment - Affective infantilism

“Pronto tendremos que despedirnos de los leales neuróticos para dar lugar a las nuevas estructuras de la actualidad”

Introducción

El consultorio está cambiando, cada vez con mayor velocidad. Conceptos clásicos del Psicoanálisis, poco a poco, van quedando arcaicos y en desuso. Los pacientes dejan de parecerse a lo que leíamos en Freud, sobre todo los más jóvenes. Trastornos del narcisismo, del self, estructuras fronterizas y borderlines se están volviendo moneda corriente en el espacio de la clínica. La interconsulta psiquiátrica es cada vez más frecuente y necesaria.

Intento adaptarme activamente a la realidad como proponía Pichon-Rivière, resignificar la teoría en constante diálogo con la práctica para construir una “praxis” superadora, pero no es fácil. Prácticamente todas las semanas me encuentro reflexionando sobre los nuevos pacientes. ¿Cómo debería intervenir? ¿Hay algo que no estoy viendo o interpretando correctamente? ¿Me encuentro repitiendo discursos y prácticas arcaicas que debería repensar? No es sencillo responder estos interrogantes.

El primer paciente de la mañana se encuentra demorado, lo cual es frecuente, 5 o 10 minutos parece poco, casi nada. A partir de los 15 parecieran tomar conciencia que llegaron “un poco” tarde, pero no demasiado. Yo acostumbrado a llegar a todos lados 5 o 10 minutos antes, para no hacer esperar al otro o por si pasa algo en el camino. Recuerdo a mis padres diciéndome: “salí con tiempo por si las dudas”. Solía llevar un libro para entretenerme o iba a un café a hacer tiempo. Los apuntes de la facultad, cuando cursaba, recorrieron toda la capital. Ya no le envío un “WhatsApp”, al principio lo hacía, pero ahora sé que la demora de varios pacientes es esperable. La hemos analizado, intentado procesar, pero al final pareciera que el errado soy yo, que exijo puntualidad en un mundo que se volvió impuntual. Al menos con los pacientes más jóvenes, los otros aún llegan temprano y esperan para tocarme el portero eléctrico la hora de la sesión. En el presente artículo intentaré pensar algunas cuestiones del espacio terapéutico haciendo alusión a escenas que considero significativas. El objetivo principal es que el profesional pueda reflexionar acerca de estas cuestiones, quizás logre un conjunto de respuestas que le ayuden a operar en la realidad. Con cada nueva experiencia intento desarrollar herramientas útiles y eficaces que logren mejorar la calidad de vida de los pacientes y que éstos puedan procesar los conflictos inconscientes que los

hacen actuar de esa forma. Bajo el convencimiento de que muchos de los actos a analizar pueden repercutir en su interacción con la realidad material y con el otro.

La premisa principal de esta obra podría sintetizarse en la necesidad de resignificar la clínica para lograr los objetivos de la terapia psicoanalítica (en ocasiones más psicoterapia que psicoanálisis) para que los pacientes maduren, venzan sus resistencias inconscientes y mejoren su calidad de vida.

El encuadre

Uno de los puntos que sin lugar a dudas es más conflictivo y donde se juegan un sinnúmero de resistencias es el encuadre. Aquel pacto explícito que realizamos psicólogo y paciente con respecto al horario, la frecuencia de las sesiones, la duración de las mismas, los honorarios y las cancelaciones. Si bien es una cuestión flexible que puede verse modificada por diversas contingencias, la idea es que se mantenga constante dado que la prolijidad, en este punto, es la clave del éxito terapéutico.

La puntualidad antes mencionada, suele ser un constante tema de conversación. En ocasiones decido hacerlo explícito, otras veces opto por realizar una mera mención o esperar a que sea recurrente para sustentar con argumentos mis interpretaciones. También considero importante el “timing”, si aún no hay una buena “alianza de trabajo”, quizás sea prudente no hacer más que una mención al respecto. Un comentario al pasar: “¿Te pasó algo que llegaste tarde?”, puede ser suficiente para saber si el paciente está listo para asumir su responsabilidad.

Son frecuentes las respuestas del tipo: “Salí bien, pero se demoró el tren (u otro medio de transporte)”. ¿Salió “bien” entonces? ¿O no previó la posibilidad de que el transporte se demorase? “No había lugar para estacionar por ningún lado”, “Calculé mal”, “Se demoró una persona y me retrasó”, y así podría continuar la lista. En todos estos casos aparece la responsabilidad de la demora depositada en otro o en un ente superior, pareciera que el destino no quiere que nuestros pacientes lleguen a horario.

Cuando esto se repite semana a semana, es el momento ideal para intentar una intervención y ver si el paciente logra vencer sus resistencias al cambio. Si todas las semanas uno llega con 10 o 15 minutos de demora, a las corridas, es evidente que debería salir 15 minutos antes. Por lo visto el cálculo de tiempo manejado es potencial o ideal mas no real.

La intervención más efectiva es siempre al finalizar la sesión, cuando mantengo la duración de la misma como si el paciente hubiera llegado en el horario que correspondía. Intento hacerlo citando a los pacientes cada 50 minutos. Llegué a esta maniobra luego del “ensayo y error”. Considero que la duración promedio de la sesión debería ser de entre 45 y 50 minutos. Al citarlos cada 45, solía perder unos minutos en despedir a uno y bajar a abrirle al otro, y al citarlos cada una hora, solía ocurrir que me pasaba de los 50 minutos por diversos motivos (cuando el paciente llegaba puntual). Mi forma de resolverlo fue la mencionada.

A los 50 minutos del comienzo pautado de la sesión (aproximadamente), el portero eléctrico suena anunciando al próximo paciente y el fin del encuentro. A algunos pareciera no importarles y quieren seguir hablando o deciden que es el momento ideal para largarse en llanto, ir al baño, pedirme un vaso de agua o traer algo interesante para trabajar. Aquí aparecen un conjunto de intervenciones destinadas a que el analizando entienda que 50 minutos son suyos, los anteriores y los posteriores son de otro. Cada profesional se posiciona de forma distinta con respecto al encuadre, los autores realizan sugerencias y argumentan, pero luego es uno el que determina lo más eficaz en el espacio clínico. Las llegadas tarde no son el único punto a considerar con respecto al encuadre, otro son las cancelaciones. Por regla general, la mayoría de los psicoterapeutas trabajamos con un aviso de al menos 48 horas para que la sesión no se abone, puede variar. Intenté trabajar con un margen de 24 pero no me dio buenos resultados. Con el nuevo margen me encuentro conforme así que lo vengo sosteniendo. Si el paciente se organiza lo suficiente como para avisar con al menos dos días de anticipo, considero justo que no tenga que abonar. A veces las sesiones se reprograman, a veces no, depende de distintas variables. Asimismo, pueden existir excepciones. Si el paciente se enferma, tiene un accidente o un caso extremo, tampoco considero ético cobrarle. Algunos pacientes parecieran “enfermarse” con demasiada frecuencia, en tales casos lo traigo a la luz.

Un joven sostiene que no “viene faltando mucho”, y que todas las semanas tuvo motivos válidos para hacerlo. Primero falleció su mascota, luego se sentía muy mal y finalmente estaba enfermo. Cuando intento mostrarle que son demasiados ausentismos, insiste en su opositorismo, característica frecuente en los nuevos pacientes.

Si bien “mucho” y “poco” son conceptos relativos, somos nosotros como profesionales que trabajamos con cierto número de personas, los mejor calificados para determinar cuánto se ausenta un paciente promedio. En lo personal, realizo estadísticas con todos los pacientes que acuden al espacio para intentar establecer ciertos parámetros. Siempre teniendo presente que las estadísticas puede ser una forma de “mentir con números”, intento ser realista y construir un criterio de realidad que sea un poco más “objetivo” y superador de mi propio criterio. Es decir, por mi personalidad, puedo considerar que un ausentismo al mes o cada dos meses es demasiado, pero si es la media de los pacientes, tendré que repensar esta cuestión. En mis propias terapias casi nunca he faltado sin un previo aviso de una semana. Con algunos terapeutas que tuve suspendimos más sesiones por ellos que por mí. Pero entiendo que esto puede ser una cuestión de mi neurosis y no representativa de lo que es la realidad.

A partir del promedio de los pacientes, considero acertado señalarle al joven que se ausentó a casi la mitad de las últimas diez sesiones. Tengo sus “WhatsApp” que avalan lo que digo.

Desconfiado, me pide que revisemos juntos los mensajes. Tomo

mi celular y le releo con las fechas sus cancelaciones, siempre con menos de 48 horas de aviso. Cree que se lo estoy señalando por la plata y sostiene que en adelante abonará todos sus ausentismos sin importar los motivos. Le explico que, al margen del dinero, el tratamiento no será efectivo si no es regular. En estos casos suelo hacer una metáfora que aprendí jugando al tenis.

Comencé a jugar más de bien “de grande” e intenté ser un alumno disciplinado, mis profesores sostenían que con regularidad mejoraría, sin ella, me estancaría, sin importar la potencialidad que tuviera como jugador. Lo viví en carne propia. Yendo todas las semanas, o inclusive dos veces por semana, mi evolución era notoria. Cuando, en cambio, debí ausentarme por un buen tiempo por una lesión, mi tenis no sólo no había mejorado sino que había involucionado. Salvando las distancias, algo similar ocurre en el espacio terapéutico. Eventualmente puede ser bueno y necesario suspender una sesión, pero si se vuelve un hábito, suele ser un obstáculo a superar.

Usualmente les propongo a los pacientes suspender cuando hay feriados, paro de transporte o tienen exámenes (a aquellos que estudian), si a esas suspensiones le sumamos otras contingencias, la frecuencia puede volverse quincenal en promedio. Cuando una sesión se suspende ofrezco reprogramarla, pero no es fácil con los pacientes de hoy en día, pareciera que fuera del horario pactado, hay pocos momentos que podrían dedicarle a su espacio terapéutico, y es que hoy en día no es prioridad para muchos.

Intento no entrar en una discusión infructuosa con los pacientes frente a estos obstáculos, pueden pasarse gran parte de la sesión discutiendo sobre si tienen o no razón. La discusión me da la pauta que me escucharon y posiblemente se queden pensando en ello de forma cociente o inconsciente. A veces es una buena inversión dedicarle unos minutos al tema de la puntualidad y las cancelaciones dado que si se logra superar el obstáculo se ganarán incontables minutos y sesiones que de otra forma se perderían. Si el paciente pierde diez minutos en promedio de sus cuatro sesiones mensuales, estaría ganando 40 minutos de terapia al mes. Y si se ausenta a una al mes, al dejar de hacerlo ganaría 50 minutos. ¿Cuántos conflictos pueden resolverse en ese tiempo? ¿Cuántas reflexiones, intervenciones, interpretaciones podrían tener lugar? Aunque no podemos medir tales cuestiones, es casi un hecho que a mayor tiempo de trabajo en el espacio, más satisfactorios serán los resultados.

Oposicionismo

Como ya mencioné, los pacientes “millennials” suelen ser oposicionistas, concepto que recuerdo de las técnicas proyectivas. La profesora nos contaba que el oposicionista tiende a poner obstáculos en las distintas técnicas. No se compromete con los dibujos o las tareas, no respeta las consignas, da respuestas lacónicas o “clisés”, uno le da la hoja apaisada y la rota, y la lista podría continuar. En este punto pareciera que ha caído el “sujeto supuesto saber” que sostenía Lacan en su obra. El paciente ya

no cree en el profesional, le discute, pelea, opone. En ocasiones es más un saboteador que un aliado. Aquí sí Lacan mantiene su vigencia al considerar al paciente más como un saboteador. Lo primero que intento en estos casos es señalar el oposicionismo e intentar superarlo. Estoy convencido que a veces puede perderse demasiado tiempo en discutir de forma racional de “yo a yo” (Lacan). Una vez que el paciente comprende y procesa este punto, suelen ceder parcialmente las resistencias, así sea por llevarnos la contra al no discutir más paradójicamente.

Una paciente suele enojarse frente a mis intervenciones, no le gustan, se siente criticada, juzgada e inclusive “retada”. Sentimientos frecuentes en el espacio. Al notarlo le señalo que no es mi intención retarla, sino llamarla a la reflexión sobre sus acciones. Las mismas son el resultado de un medio patológico que no le brindó las herramientas para responder a situaciones conflictivas de la vida cotidiana. Pasarán a ser su responsabilidad cuando esté dispuesta a asumirlas, procesarlas y superarlas, hasta ese momento no son más que una repetición inconsciente de patrones aprendidos durante su biografía.

La actitud oposicionista en el espacio podría describirse como el gasto energético que realiza el paciente para oponerse a la cura. Contratrasferencialmente es desgastante. Casi todas las sesiones se repite el modelo. La paciente mencionada comienza a relatar lo que le ha ocurrido en los últimos días o lo que decidió llevar al espacio terapéutico. Escucho con atención y cuando lo considero oportuno intervengo. Cuando no recibe lo que esperaba, comienza a oponerse. Argumentos racionales intentan anular las intervenciones, en el fondo se da una sutil resistencia latente de carácter afectivo, a pesar de que la fachada es racional.

La paciente llegó a decirme frases como: “¿No será un tema tuyo sin resolver?”, “¿Eso sostiene la teoría? Es bastante poco probable, no creo que sea así”. No está discutiendo conmigo en realidad. Intento mostrarle que cuando utiliza argumentos racionales, está discutiendo con el bagaje de conocimientos psi del cual yo soy representante. Sería como ir a un abogado, sin ser uno, y explicarle cómo debe llevar adelante un caso. O ir al contador y demandarle que maneje las cuentas de una forma errónea. Cuando dice que una hipótesis le suena ridícula, no me ataca a mí, sino a Freud, Lacan, Winnicott, Pichon-Rivière o el autor o teoría que esté utilizando dentro de mi caja de herramientas.

Cuando se opone de forma irracional, es decir, más pasional o afectiva, juega en la transferencia una repetición de su forma de vincularse con el otro internalizada durante su pasado. Esta paciente en particular tenía una relación conflictiva con su madre, que a la postre era, nada más y nada menos que psicóloga. Me pone, inconscientemente, en el lugar de su madre y se comporta como lo haría frente a ella. Haciendo berrinches, escenas, llantos histriónicos y un conjunto de conductas esperables de una niña pequeña y no de una mujer ingresando en la adultez.

En este punto considero necesario destacar que las categorías de la adolescencia y adultez estudiadas hace no muchos años,

han quedado desactualizadas, por no decir obsoletas en ocasiones. La adolescencia tardía solía ubicarse hacia los veinte años aproximadamente, hoy en día podríamos pensar que los límites se han movido alrededor de una década. Los pacientes millenials (o centennials), parecieran comportarse, a nivel afectivo y en sus prácticas, como si tuvieran varios años menos de los que detentan.

Retomando a la paciente opositora, trabajamos durante alrededor de dos años, momentos de una frágil tregua se alternaban con una lucha encarnizada en la que yo utilizaba todos mis recursos por correrme, pero ante cualquier movimiento hacia adelante parecíamos volver a ese estado. Al final se “despide” del espacio de una forma neurótica e infantil. Debía ausentarse durante un tiempo ya que realizaría un viaje importante. Era la primera vez que viajaría sin su madre lo cual considero algo sano y un logro de su proceso terapéutico. Al retornar me informa por mensaje que decidió (de forma unilateral) no retomar terapia. Antes de marcharse habíamos pactado que nos veríamos a su retorno. Pensé en intervenir por mensaje, pero decidí no hacerlo, no estaba seguro si ella comprendería la intervención, como tampoco estaba seguro de que no volvería al espacio, así que decidí aguardar.

Al poco tiempo me escribe pidiéndome un encuentro cuando tuviera disponibilidad. Le ofrezco dos horarios libres que tenía en la semana y toma el más lejano. Al día siguiente me escribe “en crisis” (o lo que ella considera como tal), para pedirme el otro horario más próximo (para el que sólo faltaba un día). Le respondo que el mismo había sido tomado. Mi intervención apunta a ponerle un límite a sus conductas infantiles. Primero decide abandonar el espacio, luego retomarlo, pactamos un encuentro y pudiendo elegir un horario, elige el otro para arrepentirse en menos de 24 horas. Insiste en pedirme horario antes de lo pactado, cuando le explico que no tenía nada, se resigna. El día anterior a nuestro encuentro, dice “no estar lista aún para volver”, pero que la semana próxima ya lo estará, y me pide un horario para el lunes siguiente. Como ella ya conoce el encuadre de trabajo le explico que puedo darle un horario para el lunes, pero que debería abonar la sesión del día siguiente dado que no había cancelado con al menos 48 horas de anticipación. Su respuesta final es que por el momento no va a retomar el espacio. Ignoro si la intervención y mi posicionamiento le serán útiles en el porvenir y podrá procesarlos. Lo considero un ejemplo ilustrativo de las conductas y actitudes de los nuevos pacientes. Así podría relatar varias similares, impensadas en los neuróticos “clásicos” a los cuales les cuesta abandonar el espacio y suelen hacerlo despidiéndose “cara a cara” con agradecimientos y no con reproches y enojos.

La sexualidad

Otra característica de los nuevos pacientes y de los jóvenes de la actualidad son las modificaciones que ha sufrido la sexualidad. La cuestión daría para un artículo en sí misma y considero

la labor de los profesionales indagar e investigar la cuestión. Aquí mencionaré, a grandes rasgos, algunas cuestiones que llaman mi atención.

Ya no pareciera haber una elección sexual como solía haberla en el pasado. El conflicto en la adolescencia antes parecía ser definir la elección del objeto sexual para la construcción de la identidad (como conflicto nodal, acompañado por todas sus ramificaciones). Ahora pareciera no ser necesario definir la identidad sexual. Se puede ser bisexual y disfrutar sin límites de jóvenes de ambos géneros.

Le pregunto a una paciente que está saliendo con una compañera pero ha estado de forma íntima con compañeros si se considera homosexual o heterosexual y me responde que no es importante, que ella puede estar con quien desee. Reflexiono al respecto sin hallar una respuesta satisfactoria. ¿Me he quedado yo en el tiempo y no puedo ver algo evidente?

En una ocasión un colega que era mi supervisor me brinda una respuesta interesante al respecto. Me relata un caso clínico de un joven que pasó de considerarse bisexual a homosexual y él interpretó eso como un logro terapéutico. Cuando le pregunto por qué, me responde que logró encontrarse con un límite. En la bisexualidad pareciera no existir éste, mientras que tanto en la elección homosexual como en la heterosexual se reduce el universo a la mitad, se renuncia a algo. Para madurar debemos lograr que el principio de realidad prime por sobre el principio de placer y para ello es menester que tomemos decisiones que implican renunciaciones. Elegir una carrera, implica renunciar a otras posibles. Elegir una pareja, una elección sexual, un hobby, etc. son todas elecciones que conllevan renunciaciones.

Ignoro si las personas bisexuales se niegan a realizar esta renuncia o la juegan de otra manera. Con la paciente mencionada, que no ha sido la única, trabajamos para construir una identidad sexual. Al final, tanto en este caso como en la mayoría de los que trabajé, los jóvenes terminaron definiendo alguna elección, por eso es que llego a la conclusión parcial, subjetiva, relativa y discutible, que la bisexualidad es una forma de no aceptar el límite jugada de una manera “salvaje” en el registro de lo real. Mientras en el pasado los jóvenes jugaban a transgredir los límites de formas más simbólicas (con la política, la literatura y el arte), hoy se juega en el propio cuerpo. No sólo con la sexualidad sino con el uso y abuso de sustancias. Colarse una pepa, tomar bicho, fumar (y en ocasiones cultivar) faso, se han vuelto cotidianos para los jóvenes en la actualidad.

En este punto intento trabajar con los pacientes para que el consumo sea limitado a ciertas ocasiones, restringirlo para que no se vuelva cotidiano.

En muchas sociedades es frecuente el uso de estupefacientes en forma medida y esporádica. En Ámsterdam, por ejemplo, es legal el consumo de algunas sustancias. Allí no sólo es algo cotidiano, sino legal.

Las fiestas electrónicas están de moda ahora y de la mano de ellas, el consumo. Todos los pacientes coinciden en este punto,

no se puede ir a una sin consumir algo, se vuelven poco divertidas. Luego viene la depresión post consumo que suele durar al menos un día (en ocasiones más), acompañada por otras consecuencias adversas. Los jóvenes no estudian, no realizan actividades, obtienen pobres resultados académicos lo cual suele desmotivarlos, dejan carreras, no buscan actividades creativas para la sublimación y vuelven a las fiestas.

Eternas discusiones con los padres que parecieran observar como testigos impotentes y resignados (cuando están cerca para observar). En ocasiones me llaman, piden encuentros, pero pareciera costarles poner límites, y creo que quizás en este punto radica el porqué de las conductas mencionadas de los pacientes. O al menos uno de los motivos, en este punto considero acertado el paradigma de la complejidad o multicausalidad propuesto por Morin. No podemos considerar que exista una única causa que desencadene un efecto. Al margen de la imposibilidad de los padres, debemos considerar las fallas de la sociedad, las fracturas de la escuela y de todas las instituciones en general.

A continuación intentaré incluir al medio o entorno en la ecuación.

El entorno

Soy un convencido de los aportes realizados por autores como Winnicott y Mead, entre otros, que destacaban la importancia del medio para la construcción de la identidad y el desarrollo de la persona. Los nuevos pacientes tiene una compleja relación con sus medios, en primer lugar deseo centrarme en la familia, el grupo primario.

Los jóvenes parecieran estar convencidos de que sus padres tienen una deuda para con ellos, todo lo que anhelan debe ser satisfecho por éstos sin importar el coste. Quieren ropa nueva, la de la temporada pasada no puede utilizarse, el último iPhone, el anterior ya no sirve, dinero para salidas, Starbucks, Burguer y cualquier lugar de moda. Un paciente que apenas si llegaba a los 20 años tenía la convicción de que su madre tenía la obligación de comprarle una moto ya que el auto no andaba bien desde el accidente que él había tenido y no podía estar tomándose taxis todo el día. Mucho menos transporte público o bicicleta. No sólo debía comprársela, sino mantenerla.

Tuve 20 años hace 15, ¿tanto cambiaron las cosas? En esa época me tomaba todos los días el tren, colectivo y subte para ir a trabajar o a la facultad y ni siquiera me sentía bien (ya que trabajaba) cuando debía pedirle a mis padres plata para los apuntes, el mate o el bondi. Con mis compañeros de facultad hacíamos “vaquita”, para comprar el termo de mate con tostadas que vendían al lado de la facu y compartirlo porque teníamos que hacer tiempo mientras estudiábamos entre clases.

Uno podría pensar que se trata de una cuestión de status social, pero cuando lo que menciono del paciente vuelve a aparecer en jóvenes de distintas clases sociales, podríamos pensar que existe algún tipo de denominador común. Quizás mis ejemplos puedan sonar “burdos” o exagerados, desearía que lo fueran. Si

bien tomo los que considero más representativos, le pido al lector que confíe en mí cuando le aseguro que no son singulares. La madre del paciente mencionado se comunica conmigo y me pide un encuentro. Por regla general, cuando los pacientes son mayores de edad, les informo si sus padres se comunican conmigo y sólo concreto un encuentro si ellos acceden y quieren. Pueden estar presentes en la sesión o no. El espacio es del paciente, no de sus familiares. Distinto es el caso con menores de edad en donde por motivos éticos y legales debemos tener encuentro con sus padres.

El joven accede a que tenga un encuentro con su madre, prefiere no estar presente. Ella es quien paga por su tratamiento, a pesar de que para el joven es lo que corresponde.

En primer lugar creo importante destacar que la mujer me llamo sin notificárselo a su hijo, fui yo quien tuvo que primero informarle a ella que se lo comunicaría a su hijo y luego decírselo a él. Esto lo pone en un lugar infantil. Una actitud más madura sería que hablase en primera instancia con él y le manifestase que quería tener un encuentro conmigo porque estaba preocupada o porque consideraba que podía servir para su tratamiento, luego veremos los motivos, pero elige proceder a sus espaldas. No es la única madre que lo ha hecho. He tenido que tolerar el enojo de varios padres cuando les informaba a sus hijos sobre los llamados o mensajes recibidos. En este punto lo considero una cuestión de respeto básico, un criterio casi elemental. Me parece casi evidente que pretender hablar con el psicólogo de una persona a sus espaldas es querer violar su intimidad. No me presto a esto por motivos éticos.

El paciente sostenía que su madre era una mujer intratable, y lamentablemente su apreciación no era del todo errada. La mujer se pasó los 50 minutos de nuestro encuentro hablando sin parar. Quise interrumpirla en 2 o 3 ocasiones sin éxito por lo que opté por llamarme al silencio hasta que llegase el horario para despedirla. En momentos así lamento no ser más lacanianiano para “echarla” a los 10 o 15 minutos. Estaba convencido que era la intervención acertada pero ella no lo iba a ver así y sólo se iba a ofender.

Intentó explicarme cómo debía llevar adelante el tratamiento y qué intervenciones debía realizar, sin siquiera ser psicóloga. Y aunque lo fuera, no correspondía. No me preguntó nada acerca de su hijo: ¿Cómo estaba? ¿Cómo lo notaba yo? ¿Cómo podía ayudarlo a estar mejor? Me sirvió para entender mucho el medio de este joven. Una madre bastante patológica y una ausencia total de padre (fallecido) y hermanos (hijo único).

Ahora bien, esta madre no es la excepción, los padres de la actualidad, si bien poseen categorías de los neuróticos más clásicos, en ocasiones, invierten la dialéctica con las instituciones y profesionales con respecto a sus hijos. Si cuando yo era adolescente, del colegio llamaban a mis padres (algo que ocurrió en alguna ocasión) para decirles que había tenido un problema de conducta, o me iba mal en un examen, ellos jamás pensarían en responsabilizar a la escuela por esto, yo era el único

responsable. No existían tratos injustos, era yo el que no había estudiado o había tenido un problema de conducta. Recibía una reprimenda, un castigo y la mirada desaprobatoria de mis padres. Allí aparecían los límites, más horas de estudio, menos horas de computadora o con amigos. Y si la baja calificación era por no comprender un tema empezaban las clases particulares, siempre dictadas por mis padres (en aquella época supongo que era menos frecuente contratar a un profesor) hasta que subiera mis calificaciones.

Hoy en día se repite la cantinela. Los padres de los pacientes insisten en que los colegios no incluyen a sus alumnos. Si bien considero que la escuela puede ser una institución no inclusiva de la diversidad, pareciera haber una incapacidad para asumir alguna responsabilidad por parte de la familia y los jóvenes. ¿Es siempre el problema el colegio o lo es siempre la familia? Ambas opciones parecieran desde ya erradas, en el equilibrio y la síntesis se haya la salud y en este caso la respuesta más acertada (o menos desacertada).

Mi intención es que los padres y los jóvenes entiendan su responsabilidad dentro de lo que está ocurriendo. Muchas veces parece más fácil desligarse de ella y depositar la culpa en el otro. Si el colegio es el problema, la solución es cambiar al joven de institución y en tal caso ellos no están cometiendo ningún error. Si en cambio el problema fueran ellos o su hijo, deberían hacer algo al respecto.

Considero que ambas instituciones, la familia y la escuela, podrían realizar incontables acciones para mejorar la calidad de vida de los jóvenes, pero no es el fin de este artículo desarrollar este tema. Por lo tanto, me limitaré a señalar la influencia y responsabilidad del medio en las conductas de los nuevos pacientes de la actualidad.

Infantilismo afectivo

Una última característica que no deseo dejar de mencionar, si bien creo haberla manifestado de forma implícita a lo largo de todo el artículo, es la inmadurez afectiva que caracteriza a los nuevos pacientes.

Si bien todos muestran alguna o varias áreas en donde poseen la madurez acorde a su momento evolutivo, en general, parecieran haber más áreas en donde prima una actitud infantil.

Un paciente finaliza el secundario luego de llevarse varias materias todos los años y repetir en una ocasión. A pesar de tener profesores particulares, clases de apoyo y un profesor que le brindaba herramientas metodológicas para abordar las distintas asignaturas, cuando no está cerca un “yo auxiliar”, se distrae, le cuesta ponerse a estudiar, no comprende los textos ni los ejercicios, carece de la voluntad necesaria para dedicarle al estudio el tiempo necesario para que los resultados sean satisfactorios. Al finalizar la escuela secundaria, logro no menor, decide inscribirse en la facultad. Durante el primer año sólo logra aprobar una materia del CBC. Al siguiente año, alentado por los padres que consideran que el problema no es él, sino la UBA, pasa a

una privada. Luego de un cuatrimestre en el cual sólo aprueba un examen, se da de baja. Se toma prácticamente un cuatrimestre sabático. Al tercer año vuelve a la UBA pero a otra carrera. Logra aprobar una segunda materia que realiza por UBA XXI (sin cursarla) y al segundo cuatrimestre vuelve a dejar la cursada.

Le sugiero buscar otro tipo de formación, hacer cursos de menor duración y exigencia, barajar un terciario. Insiste en que le gustaría lograr un título universitario, pero de continuar así sólo acumulará intento fallidos en distintas carreras.

Se resigna a estudiar en la universidad, al menos por ahora, pero no inicia ningún curso o taller. Intentó hacer uno, pero lo dejó luego de unos pocos encuentros.

Otro paciente, se niega a comenzar a trabajar, sus padres lo mantienen y continuarán haciéndolo mientras estudie. Durante el día sólo va a cursar y sale con sus amistades. No hace actividad física, no tiene hobbies ni intereses y cuando aparece la posibilidad de hacer una pasantía o un trabajo “part-time” que le daría algo de experiencia para cuando se reciba, sostiene: “¿Para qué, si todavía me falta para recibirme y no necesito? Mis padres me dan plata”. En ocasiones se queja porque no le alcanza lo que le dan. No le alcanza para sus “jodas”, consumos, ropa, comidas afuera, juntadas, etc.

Al margen del beneficio económico que puede dar un trabajo, existe otro beneficio ligado a la madurez y los aprendizajes que realizamos las personas al ingresar al mundo adulto. Un mundo en donde debemos incorporar ciertos límites, horarios, obligaciones, derechos.

Otra paciente llega tarde todas las sesiones y a todos lados según me cuenta. Llega 15 minutos o media hora tarde al trabajo a diario. El jefe le señala que de continuar sus demoras tendrá que tomar medidas. Me dice: “¿Qué le importa que llegue tarde si total no hacemos nada la primera media hora?”. Intento explicarle que así funciona la realidad, que la llegada tarde al consultorio la afecta en cuanto a la eficacia del tratamiento, pero que la llegada tarde al trabajo puede derivar en un despido. No logra procesarlo y termina por perder el trabajo.

La lista podría continuar y tocar distintas áreas de la vida e interacción humana, mas la extensión de este artículo no permite el desarrollo de todas ellas. Podría sintetizar el infantilismo afectivo como aquel conjunto de conductas esperables en un niño o en las primeras etapas de la adolescencia, mas no en un joven ingresando en la adultez.

Conclusión

A modo de cierre, he intentado mencionar algunas características de los nuevos pacientes de la actualidad plasmándolas en escenas. He intentado incluir al medio dentro de la ecuación ya que no considero posible pensar a la persona desligada del mismo. Incluí algunas de mis intervenciones, apreciaciones y sensaciones quizás con la intención de que otros profesionales se sientan reflejados y no se sientan solos en los avatares de la clínica actual.

El trabajo con los nuevos pacientes de la actualidad puede, en ocasiones, ser por demás frustrante y demandar mucha energía, pero, salvo que uno decida no trabajar con jóvenes, serán pocos los que mostrarán la madurez necesaria para realizar un Psicoanálisis “clásico”. Sólo una minoría cumplirá con los criterios de “analizabilidad” que Freud mencionaba.

Es interesante destacar que muchos jóvenes logran, luego de un arduo trabajo, superar el posicionamiento infantil y resignificar la posición “millennial” desde una propuesta creativa y superadora.

Aún quedan muchas preguntas por responder y nuevas herramientas, posicionamientos e intervenciones a desarrollar para intentar mejorar la calidad de vida de la juventud y que el espacio terapéutico no pierda su eficacia ni quede “desagornado”. El desafío será enorme para todos los profesionales recibidos en las últimas décadas y tal vez aun mayor para aquellos que continúen recibiendo en los próximos años. ¿Hacia dónde derivará todo esto? ¿Será acaso el fin del Psicoanálisis clásico para dar lugar a otro tipo de terapias? Tengo el convencimiento que todavía puede utilizarse un marco de referencia psicoanalítico no ortodoxo que incluya herramientas de diferentes escuelas, teorías y autores. La base psicoanalítica sobrevive bajo los postulados del inconsciente y la noción de la persona con la primera y segunda tópica freudiana. O al menos éste es mi parecer.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (2007). Trabajos sobre técnica psicoanalítica. Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico y otras obras. 1911-1913. Obras completas, tomo XII. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Lacan, J. (2009). La transferencia. El seminario, libro 8. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Mead, G.H. (1982). La base genética de la persona. La persona y lo subjetivo y otros apartados. Espíritu, persona y sociedad. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Morin, E. (2009). Introducción al pensamiento complejo. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Pichon-Rivière, E. (2006). Patología del vínculo. Vínculo racional e irracional y otros apartados. Teoría del vínculo. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.
- Winnicott, D.W. (2007). El lugar en que vivimos. Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente, y las inferencias que de ello se desprenden en lo que respecta a la educación superior. Realidad y juego. Editorial Gedisa, Barcelona.