

“Si Mejoro, Me Muero”: Un Caso Clínico Desde una Perspectiva Relacional y de Género.

Sandra Toribio Caballero

Resumen

Sabemos que hombres y mujeres enfermamos de forma diferencial, no sólo en salud general si no también en salud mental: Las mujeres presentan el doble de prevalencia que los hombres en trastorno mental. Además, hay diferencias en el tipo de diagnósticos más prevalentes en función del sexo: en las mujeres son más frecuentes los síntomas relacionados con la internalización del comportamiento, y en los hombres con la externalización. Esas diferencias se pueden entender y explicar desde una perspectiva de género: la socialización diferencial influye en la forma en la que hombres y mujeres expresan sus malestares. Como psicoterapeutas relacionales, será necesario que tengamos en cuenta no sólo lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, si no también lo social desde un enfoque feminista. En el caso clínico que se presenta, se muestra cómo fue el trabajo con Isabella, una paciente que llegó a consulta con mucho sufrimiento acumulado y síntomas de trastorno alimentario: por su historia, por sus relaciones, pero también por el hecho de ser mujer.

Palabras clave: Perspectiva de Género; Feminismo; Socialización Diferencial; Psicoanálisis Relacional.

Abstract

We know that men and women get sick differently, not only in terms of general health but also in mental health: Women have twice the prevalence of mental disorders than men. In addition, there are differences in the most prevalent types of diagnoses based on sex: in women, symptoms related to internalizing behavior are more frequent, and in men, symptoms that have to do with externalizing behavior. These differences can be understood and explained from a gender perspective: differential socialization influences the way in which men and women express their discomfort. As relational psychotherapists, it will be

necessary for us to consider not only the intrapsychic and the intersubjective, but also the social aspects from a feminist approach. In the clinical case presented, it is shown how the work was with Isabella, a patient who came to treatment with a lot of accumulated suffering and eating disorders symptoms: because of her history, because of her relationships, but also because she is a woman.

Keywords: Gender perspective; Feminism; Differential socialization; Relational psychoanalysis.

Introducción

Sabemos que hombres y mujeres enferman de forma diferencial en lo que a salud general se refiere (Sánchez-López, Cuellar-Flores & Dresch, 2012). Además, esas diferencias son especialmente significativas en salud mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018), donde las mujeres presentan el doble de prevalencia que los hombres: padecen más trastornos alimentarios, trastornos afectivos (depresión, ansiedad, distimia), trastorno límite de la personalidad, trastorno de estrés post-traumático,... Por su parte, los hombres tienen más prevalencia en algunos trastornos de personalidad (antisocial, narcisista), en trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, en los relacionados con sustancias y adicciones, y tienen mayores tasas de suicidio (Hartung & Lefler, 2019). Además, si pensamos en los síntomas característicos de los diagnósticos anteriores, vemos cómo en las mujeres los síntomas más prevalentes tienen que ver con la internalización y en los hombres con la externalización.

¿Cómo se explican esas diferencias? Hay dos maneras posibles: Bien poniendo el peso en factores biológicos y genéticos, o bien tratando de entenderlas desde un punto de vista más ambientalista. Como psicoterapeuta, me siento más cómoda poniendo más peso en lo social, en lo aprendido. Por lo tanto, pensar en la interpretación de la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres desde una perspectiva de género, puede resultar especialmente útil.

Psicoanálisis Relacional y Feminismo

De un tiempo a esta parte se viene hablando de la necesidad de aplicar la perspectiva de género en todas las áreas de conocimiento, precisamente por

la ausencia de la misma en la construcción del conocimiento. Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de perspectiva de género? Siguiendo una definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU):

(...) Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros. (ONU, 2022)

Trabajar como psicoterapeutas relacionales conlleva que tenemos en cuenta lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, y que pensamos que el trabajo de la relación terapéutica ayudará a la persona que consulta a manejarse mejor en el resto de sus relaciones y mejorar así su calidad de vida. Trabajar como psicoterapeutas relacionales con una perspectiva de género o feminista, supone añadir a lo anterior el trabajo sobre cómo la socialización diferencial y el que nos hayan educado como niños/niñas, chicos/chicas, hombres/mujeres, influye en la forma en la que se padecen determinados malestares.

Y es que más allá de los diagnósticos recogidos en los manuales, hay otros muchos malestares que afectan de forma diferencial. En el caso de las mujeres, es necesario tener en cuenta el impacto en su salud de la violencia machista [el 38% de los asesinatos de mujeres en todo el mundo son cometidos por sus parejas hombres (OMS, 2020)], los mitos del amor romántico (la media naranja, el de los celos, la omnipotencia,...), el ideal de la delgadez y la problemática en torno al cuerpo (ser bella se considera socialmente equivalente a ser delgada, a no ocupar espacio), el impacto del techo de cristal y los efectos de la doble y triple jornada de las mujeres,... En el caso de los hombres, la socialización diferencial desde la que se les educa conlleva mandatos sobre “cómo ser un verdadero hombre”, desde los que se fomenta la autosuficiencia, la temeridad y la competitividad, de la que a su vez se desprende la dificultad para expresar sentimientos, y un mayor número de conductas de riesgo (alcoholismo, drogodependencias; mayor número de suicidios, accidentes de tráfico, de muertes por violencia, de enfermedades de transmisión sexual, de delitos cometidos...).

Todo lo anterior ha sido objetivo de estudio en mi Tesis Doctoral, titulada “Psicopatología y género: Determinantes socioculturales de los trastornos psicológicos en las mujeres” (Toribio, 2021). Investigué de forma cuantitativa, en una muestra de 368 mujeres, cómo la conformidad con las normas de género hace que las mujeres padezcan más determinados malestares y trastornos y terminen necesitando en mayor medida atención psicológica. Los resultados mostraron que una mayor conformidad con algunas variables de los roles de género hacía, efectivamente, que terminaran por demandar ayuda psicológica en mayor medida.

Sin embargo, mi ocupación principal no es la investigación, si no la clínica. ¿Qué podemos hacer con todos los datos que nos aporta la investigación si trabajamos en clínica? ¿Cómo se pueden “juntar” investigación en género y psicoanálisis relacional? El caso clínico que se presenta a continuación es una aproximación a cómo se puede trabajar siendo psicoterapeuta relacional con una perspectiva de género, esto es, teniendo en cuenta y tratando de integrar en la clínica las formas diferenciales de enfermar o los malestares que aparecen en función del género.

Caso Clínico

“Quiero dejar la relación en la que estoy... pero no puedo salir sola, me da mucho miedo”. Así se presentó Isabella en mi consulta. Italiana, de 28 años, había estudiado Filología y conocido a su novio, Víctor, en un Erasmus seis años atrás. Vivieron en Manchester tres años, hasta que se mudaron a Madrid (en 2014) para estudiar un Máster. Cuando Isabella terminó el suyo, la contrataron en esa misma institución para ocuparse de la gestión de la formación. En el trabajo está contenta: es un ambiente muy internacional, algo que a ella le gusta mucho. Además, las relaciones sociales que tiene son gente del trabajo.

Isabella es de una ciudad al norte de Italia. Describe a su padre como muy dictatorial y ausente: Desde que ella recuerda, ha pasado de lunes a viernes trabajando en otra ciudad de Italia.... donde “tiene otra persona”, y donde podría incluso tener otra familia. De su madre, Isabella dice que tiene depresión y que “es la típica *mamma italiana*”, que se ha ocupado de la casa y de los hijos, y que

pasa sus días haciendo comidas. Entre sus padres nunca ha visto cariño, nunca se abrazan. Tiene un hermano ocho años menor, con el que tiene buena relación y al que dice echar mucho de menos. Desde las primeras sesiones, cuenta lo importante que ha sido para ella la familia estadounidense que la hospedó cuando, con diecisiete años, se marchó a Estados Unidos a hacer el último curso de instituto: Sigue teniendo mucha relación con el matrimonio y se refiere a ellos como “mi familia americana”.

Cuando le pido que me cuente con más de detalle sobre su relación con Víctor, me dice que “no es mal chico”, que “no le pega”... pero que es muy posesivo y celoso, por lo que Isabella termina dejando de hacer muchas cosas para evitar que él se moleste. Cuando Víctor se enfada, pasan días sin hablarse, pudiendo incluso llegar a dejar la relación... aunque finalmente se reconcilian, dando lugar reiteradamente al ciclo de la violencia (Walker, 1979), con las fases de acumulación de tensión, agresión (la bronca o reprimenda) y “luna de miel” (la reconciliación). En la “fase mala”, piensa: “tengo que salir de aquí, mi vida es una mierda, estoy en depresión, lo tengo que dejar, no soy yo con él”. Toma contacto con que quiere dejar la relación... pero al mismo tiempo siente que no puede hacerlo. En realidad, el periodo de “luna de miel” ni siquiera lo es tanto. No es tanto un periodo *bueno* como un periodo *no malo*. Cuando piensa en separarse, le da mucha pena por sus propios padres, “que adoran a Víctor”. Ellos la animan a aguantar y permanecer en la relación porque “él es un buen chico”.

Sí encontraba apoyo en su familia americana, quienes le animaban a que dejara a Víctor y se fuera una temporada con ellos para recuperarse si era necesario. “Con mis novios anteriores podía ser yo, pero con Víctor, no soy yo, no me reconozco, yo no era así... pero he ido cambiando con los años”. Esta sobreadaptación, nos puede hacer pensar en los Sistemas de Acomodación patológica de Brandchaft (2007), donde se sacrifica de manera inconsciente la propia experiencia y se adopta aquella que es requerida por “otro” con el fin de mantener el vínculo. Hay algo aquí también muy de lo femenino, en cuanto a anteponer las necesidades de los demás a las suyas propias.

Isabella relaciona esta dinámica con su creciente falta de seguridad y autoestima. Duda de si las cosas que hace están bien o son “normales”. “Siento que todo es

culpa mía, que está mal que quede con mis amigas porque eso significa que prefiero quedar con ellas a estar con él... y yo debería querer estar siempre con mi novio, ¿no? Víctor dice que nos debería apetecer hacer todo juntos". Por ejemplo, Isabella pensaba que no iba a poder hacer la declaración de la renta o alquilar un piso por su cuenta. "Son gestiones que ha hecho siempre Víctor".

Aparece la identificación con su madre: ambas son incapaces de separarse de un hombre con el que son infelices y sufren. "Soy mi madre. Ella ha sufrido mucho, y yo me paso la vida llorando... No quiero acabar como mi madre". Cree que, si su madre se hubiera separado, hubiese sido más feliz. Surge la culpa por diferenciarse de la madre, pero a la vez la esperanza de que si se separa va a ser más feliz.

Por otro lado, empieza a aparecer la identificación con su padre, en lo que tiene que ver con las ideas de ser infiel a su pareja cuando le empiezan a gustar otros chicos. Siente que es como si encarnara lo peor de ambos.

Está muy presente también la ambivalencia con respecto a sus dos familias: si se separa, decepciona a su familia italiana. Si no lo hace, a su familia americana.

Isabella tuvo anorexia/bulimia con 15 años: en sus peores épocas llegó a vomitar desayuno, comida y cena. Por lo que cuenta, nadie se dio cuenta de lo que le pasaba, hasta que un día se desmayó y su madre la "descubrió". En su familia no expresan afectos, pero tampoco se habla: El trastorno alimentario pasaba desapercibido. Estuvo en tratamiento y mejoró, pero durante los últimos dos/tres años, el vomitar se ha vuelto algo más constante y rutinario, llegando a hacerlo casi a diario y, por como lo cuenta, casi de forma organizada y planificada. "Necesito tenerlo todo controlado: vomito según mi agenda": En función de sus planes durante la semana, sabe de antemano qué noches vomitará y cuáles no. En el Máster apenas vomitó, "necesitaba todas mis energías para los exámenes" decía. Nosotras tuvimos algún día sesión a las 8.00h de la mañana, y me explicaba: "Anoche no vomité porque sabía que si no hoy estaría muy cansada".

Me habla de su tía materna, que falleció con "treinta y pocos años de un ataque al corazón", cuando Isabella tenía 8 meses. "Según lo que me han contado, tenía depresión y anorexia". Le dicen a Isabella que "es idéntica a ella", lo que le impacta mucho, ya que nadie sabe de los problemas de alimentación de Isabella (ni siquiera su novio).

Hablamos también de cómo vive su sexualidad. Tiene relaciones con Víctor a diario, pero ella nunca llega al orgasmo y tampoco disfruta. Entra en una especie de modo automática, se pone a pensar en sus cosas (se desconecta), mientras que Víctor “va a lo suyo”. Siempre quiere hacerlo con la luz apagada, “para que no vea mi cara. A veces lo he hecho llorando”. Hablábamos de una familia desconectada, pero desde luego parece que el novio también lo estaba.

Otro de los factores que le hacen muy difícil tomar la decisión de separarse es su miedo a ser una mujer soltera al borde de la treintena, es decir, el miedo a quedarse “sola”. Estaba muy presente en ella la falta de deseo, aguantando en una relación que le hacía sufrir, y el “cuidar” al otro de forma abnegada (se hace cargo de la casa, cocina,... “me siento bastante ama de casa”) para evitar el conflicto, como forma de estar en el mundo. De nuevo, el peso de lo que femenino, en cuanto a la distribución de roles de género en la pareja y en su forma de estar en el mundo, aparecen de forma muy marcada.

Durante el primer año de terapia, el nivel de sufrimiento fue altísimo. Había una desesperanza generalizada sobre el futuro: sentía que esa era la vida que le había tocado y tenía que acostumbrarse. Se deprimía cada vez más y tenía mucho miedo a pensarse sola, lo cual la paralizaba. Por mi parte, sentía también cierta parálisis: podíamos pensar juntas, estar de acuerdo en que estaba en una situación que le era muy dañina, pero, como tantas veces pasa, ser consciente no era suficiente para poderse *mover*. En una sesión, supongo que yo también en parte desesperanzada, le pregunté que porqué no se separaba. Me respondió: “Sandra, ¡porque él me quiere!”. Recuerdo que, a pesar de todo lo que ya habíamos trabajado juntas, su respuesta me dejó perpleja, por lo honesta, genuina y por todo lo que englobaba. Yo le respondí con otra pregunta: “Pero Isabella, ¿y tú? ¿Tú qué es lo que quieres?”. Creo que lo que estaba preguntando era que dónde estaba su deseo, si es que lo tenía.

Lloraba con mucha frecuencia sin saber por qué. Le digo que llora porque sufre, a lo que responde: “pero no me pega”. Le digo que se puede sufrir – y mucho – aunque no te peguen. Yo sentía que era preciso explicitar, poner en palabras, cosas que, aunque evidentes, tenían que ser nombradas para existir y poder ser sentidas, al ser escuchadas en boca de otra persona, de otra mujer. Parte del

trabajo que considero puede aportar el feminismo y la perspectiva de género, tiene que ver precisamente con esto: con deconstruir mandatos interiorizados, situaciones que damos por hecho son así, pero que en realidad es necesario revisar.

Cuestionaba mucho la terapia y nuestro trabajo. Inevitablemente, también se cuestionaba a sí misma. Un día me dijo que había estado pensando mucho durante la semana y que, como es muy de acomodarse en las rutinas, no quería pensar que venía sólo a hablar de Víctor y a quejarse, que quería hablar de ella y trabajar sus cosas, especialmente su autoestima. Fue en ese momento cuando, a mi parecer, empezó verdaderamente a instalarse en la terapia.

Durante algunos meses el sufrimiento se “estabilizo”: Acostumbrada a vivir en el horror, su tolerancia al sufrimiento le hacía soportar un nivel de malestar basal que, desde fuera, parecía insoportable.

Por mi parte, consideraba que era importante trabajar su capacidad de imaginar una vida sin él, más allá de si llegaba efectivamente a separarse, porque sentía que ese escenario “alternativo”, la conectaría con cierta sensación de libertad. (A estas alturas del artículo, el/la lector/a tendrá claro que yo consideraba que efectivamente, Isabella necesitaba separarse para estar mejor). Muchas veces no quería ni pensarlo porque le ponía triste, empezaba a llorar, llena de angustia, pero poco a poco fue atreviéndose más y más. El que pudiera empezar a imaginarse y pensarse de forma diferente ya era un indicador de cambio; era más libre, al menos, al poder pensarlo.

Llegó el verano y decidió que no quería pasar las vacaciones con Víctor, sino irse sola a Italia. Tomar esa decisión coincide con estar por primera vez, en mucho tiempo (años) casi una semana sin vomitar. Los viajes a Italia la revitalizan, le sirven para coger fuerza: sale con sus amigos, está con su familia, liga con chicos, ... En definitiva: se siente mejor, vomita menos. Hablamos de lo mucho que tienen los trastornos alimentarios de adicciones: le gusta que lo pensemos en esos términos porque es así como ella lo entiende. Dice que sus adicciones son “vomitar, fumar y su novio”. Me pregunta también acerca de las consecuencias físicas del vomitar, “¿qué me puede pasar?”. Cuando va a Italia hace todo tipo de chequeos médicos, y relacionamos esto con que su tía, a la que se parece tanto y tenía anorexia, murió de un ataque al corazón.

Poco a poco pudimos empezar a conectar también su relación con la comida y su relación con Víctor. “Cuando discutimos, me sale *vomit* toda la mierda que me echa encima”. *Vomit* como lo que se hace cuando algo no se puede digerir. “He perdido el control al vivir con Víctor: Si estoy sola, no vomito”.

Esas vacaciones marcaron un cambio de tendencia, y fueron cada vez haciendo más cosas por separado (aunque al principio Isabella lo vivía con mucha culpa). Había disfrutado mucho del verano: empezaba a tomar conciencia de que podía funcionar sola y sentirse bien. Se sentía más independiente y segura. Aparece entonces con fuerza la idea de volver a vivir a Italia. Se le hace muy difícil pensar en separarse de Víctor y seguir con su vida en España, pero a la vez le preocupa que volver a Italia sea una forma de huir. Yo también tenía mis dudas. ¿Acaso no debería *quedarse* en Madrid, separarse y continuar con su vida *aquí*? ¿No representaba la vuelta a Italia una especie de huida hacia delante? Sin embargo, empezó a parecer claro que quizás sólo le resultaría viable separarse si ponía tierra de por medio.

Siento que, transcurrido ese primer año de terapia, mi actitud como terapeuta fue cambiando. Empecé a mostrarme más, explicitándole que la relación en la que estaba le era muy dañina y diciéndole que yo sí que creía iba a ser capaz de separarse. También hablamos de lo que le suponía acostarse con un chico que le gustaba durante sus vacaciones de navidad en Italia: poner por delante su propio deseo y el poderse conectar con un área de disfrute que le está imposibilitada. (Más allá de la parte ética que le suponía la infidelidad - algo muy personal y que tenemos siempre que repensar con cada paciente - para mí lo importante era que por primera vez en mucho tiempo *sentía deseo*. Que se pudiera imaginar disfrutando del sexo con un hombre, aunque éste no fuera su novio, era para mí un síntoma inequívoco de salud. Además, a veces estas relaciones “palanca” sirven para pasar de una situación a otra, aunque no sean necesariamente “éticamente ideales” ... y mi deseo como terapeuta era que pudiese salir de una relación nociva).

Con estas primeras manifestaciones del cambio, aparece también mucha ambivalencia. Empiezan a mezclarse y a solaparse la “antigua” Isabella y la “nueva”. Víctor se marcha de fin de semana con sus amigos y su primera emoción es sentirse “triste”, pensando en que no va a saber qué hacer, pero la realidad es que luego se organiza bien, hace muchos planes y es capaz de disfrutar.

Un día llegó a la consulta muy desesperada, diciendo que “ya estaba, que esta era su vida, que tiraba la toalla”, ... Le dije que yo no iba a tirar la toalla, que sentía que estábamos trabajando juntas y progresando, poco a poco, hacia que pudiera sentirse mejor consigo misma. Otros días llegaba con más fuerza y empezaba a atreverse a hacer cosas que, de antemano, sabía que iban a cabrear a Víctor porque suponían pasar menos tiempo con él, como apuntarse a una liga de pádel los fines de semana. Lo pone en relación a “ir preparando cosas para cuando se separe”.

Atreverse a hablar de lo mal que iba su relación con Víctor en las sesiones, le dio valor para hablarlo fuera de las mismas. Percibió que, su situación no era tan diferente a la de algunas amigas o compañeras de trabajo, que también estaban en relaciones que no las satisfacían. Pudo atreverse a contarle a alguna amiga que vomitaba. “Estoy hablando mucho, me está salvando. Le he dicho a mi amiga: ¡menos mal que voy a terapia!”.

Llegó un día en el que, según se sentó en la butaca dijo: “Me voy. Ya está. Se acabó la tontería”. Habla con Víctor para explicarle que se vuelve a vivir a Italia y lo comunica también en el trabajo. Se imagina constantemente que los siguientes pasos van a ser “los peores”: “Estoy esperando el sufrimiento, es que tiene que llegar, eso me genera ansiedad y pesadillas... tengo ansiedad, no tristeza” (hay mucha más capacidad de mentalización). Pero, una vez más, las siguientes etapas del proceso resultaron menos traumáticas de lo que esperaba y casi las pudo disfrutar: por ejemplo, hacer las cajas de su mudanza se convirtió en una fiesta entre amigas. Lo relacionábamos con el hecho de que, en realidad, hace ya mucho tiempo que está haciendo el duelo: ya ha llorado mucho por esta relación que se termina.

Fue precisamente – a mi entender – el que pudiéramos incluir y trabajar con perspectiva de género, lo que facilitó el que Isabella pudiera conectarse con su deseo. Pudimos hablar de lo que se espera de las mujeres a los treinta, así como de la búsqueda “indiscriminada” del amor y del “príncipe azul”, muy relacionado todo ello con los mitos del amor romántico.

Reconoce su dificultad para estar sola, aunque es más “imaginada” que “real”. “Soy el típico caso de mujer que necesita a los hombres para subirse la autoestima, ¡soy un caso para que me estudien!”. La herida narcisista heredada de sus

experiencias familiares y cultura se convierte en algo “digno de estudio”: Lo que la avergonzaba y sumía en la tristeza, ahora se convierte en algo de lo que puede hablar con orgullo. Pasa de la vergüenza a un sentido cohesionado del *self*.

Habla de que hay “muchas personas” en una situación parecida a la que ha vivido ella, relaciones insatisfactorias, con parejas que las hacen sentir mal, aguantando cosas que no se tienen porqué aguantar. Le pregunto que a qué se refiere cuando dice personas. Dice: “amigas”. Le digo: “mujeres”. Dice que ella pensaba que todo lo que le pasaba era por su historia familiar, y que se ha sorprendido al ver que gente con historias tan diferentes puede vivir lo mismo. He aquí la importancia de lo sociocultural y los mandatos de género, y de cómo muchos de los malestares de Isabella son malestares de género, y por tanto, comunes y compartidos con muchas mujeres.

Nuestro trabajo juntas consistió en que pudiera repensarse, conectarse más con su propio deseo (Dimen, 1991) y construir así una nueva identidad, aunque para ello necesitara trascender las identificaciones que han modulado su desarrollo. La inclusión de la perspectiva de género nos sirvió para poder comprender en profundidad su historia y su momento vital actual con mayor coherencia narrativa (Stern, 1997).

Pero estos momentos de mejoría dejaron paso también a una fase de mucha hipocondría y ataques de pánico. Cuando se queda sola en casa, le empieza a doler el corazón. “Siento miedo de estarme muriendo. Me da miedo todo, me da miedo vivir”. Aparece de forma muy potente su miedo a montar en un avión para volverse a Italia: lo relacionamos con la muerte de su tía, que murió de un ataque al corazón justo cuando empezaba a estar mejor, a recuperarse. ¿Si me curo, si mejoro... me muerdo? Resultaba inevitable pensar que sus resistencias al cambio tenían mucho que ver con el hecho de que su identidad estuviera construida, de forma ya no tan inconsciente, sobre el fantasma de la tía materna. Resultaba inevitable no pensar aquí en el peso de la transmisión intergeneracional del trauma.

Montar en avión, ser libre, feliz, hacer lo que quiere... y mejorar... pero ¡cuidado! ¡se puede morir si lo hace! Surgen la culpa y la fantasía del castigo por disfrutar y querer llevar una vida más libre.

Mejorar es separarse... y diferenciarse así de su madre.

Mejorar es no ser infiel... y diferenciarse así de su padre.

Mejorar es dejar de vomitar... y diferenciarse así de su tía materna.

Haciendo esas “mejoras”, no le queda más opción que construir una nueva identidad, más acorde con lo que ella libremente desea ser. Lo habitual para ella es sentirse mal - no olvidemos sus altos niveles de tolerancia al sufrimiento y a la incomodidad – por lo que sentirse bien sería una experiencia nueva.

Yo verbalizo que ella *no es* su tía, ni su madre, ni su padre. Ir poniendo esto en palabras tiene un efecto casi mágico entre nosotras. De repente todo tiene sentido, todo encaja. Se emociona.

Utilizamos las últimas sesiones antes de su marcha a Italia para reformular y resignificar, para visitar las diferentes etapas de nuestro trabajo juntas. Víctor le dijo que desde que empezó a ir a la psicóloga, todo cambió. En realidad, las dos sabemos que ella había empezado su cambio antes, y por eso vino.

La última sesión presencial fue especialmente emotiva para las dos. Al despedirnos, dijo que me echaría de menos. Le dije que yo a ella también. Se despidió del trabajo y de sus amigas, de Víctor, y volvió a Italia unas semanas antes de poner rumbo a Estados Unidos para pasar una temporada con su familia americana, que era, en realidad, lo que más deseaba.

Durante sus semanas en Italia mantuvimos sesiones por Skype, y aunque mi recomendación fue que tratáramos de darle continuidad, Isabella prefirió que no las continuáramos cuando estuviera en Estados Unidos.

En esas sesiones por Skype que hacía desde la casa familiar, decía que su relación con Víctor le recordaba a su infancia, llena de peleas entre sus padres, y que siguen siendo lo habitual en su casa. “Creo que ahora podré verlo desde una perspectiva distinta: yo he salido de eso, esa no es mi vida”. Al poco de volver a casa, su madre la vió llorando y le dice que no tiene motivos para llorar, que está así porque ella se lo ha buscado, lo que la destrozó. Un par de semanas después, la madre le dio un mensaje bien diferente: “Yo no he podido... pero tú has hecho bien”.

Desde la distancia está pudiendo también repensar la relación con Víctor, incluyendo el perdonarse a sí misma y respetar los que han sido sus tiempos: “Se ha acabado cuando se tenía que acabar. Para estar aquí ahora, he tenido que esperar ocho años”. El día que ella cogía un avión de vuelta a Italia, Víctor firmaba una hipoteca: se compraba un piso sólo. El tipo de piso, la ubicación y la forma de vida que Víctor quería llevar quedaba así cristalizada con esa compra, y ayudó a que Isabella se reafirmara aún más en que tenían proyectos de vida muy diferentes.

Respecto al vomitar, las dos estamos de acuerdo en que, aunque está mucho mejor que antes (dice que ya lo ha “sacado” de su rutina diaria), no es algo que esté completamente erradicado, por lo que sería un área a seguir trabajando. “He cambiado la rutina: he pasado de vomitar todos los días a vomitar una vez por semana. A veces me salen estas ganas de hacerme daño... porque es algo que no da nada de placer”. “Es una línea muy fina: en cuanto me siento un poco más llena de lo que me gustaría... paso la línea y ya me lo como todo”. El control frente al descontrol. El dolor frente al placer.

La experiencia relacional compartida se convirtió en la técnica co-construida que resultó ser el catalizador para la construcción de la nueva identidad de Isabella. El que yo pudiera permitirme expresar mi deseo y sentir en la relación terapéutica con Isabella facilitó que ella misma pudiera hacerlo. Y es que lo que “nos cura la vida en relación, la comprensión de la experiencia de ser en relación con otros” (Ávila, 2013).

Conclusiones

Como decíamos al principio, la salud de hombres y mujeres es diferente, y de forma más específica, también hay diferencias en salud mental. Además de los datos “objetivos” que nos arroja la investigación, nuestro trabajo como psicoterapeutas nos permite detectar otro tipo de malestares, que a priori podrían ser más sutiles. Muchos de esos malestares están atravesados, inevitablemente, por el género, en tanto en cuanto a que hemos sido socializados diferencialmente en función de nuestro sexo. El poder incluir una mirada de género o feminista, supone, a mi entender, la necesidad de poder pensar y trabajar con el/la paciente no sólo lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, si no también determinados aspectos sociales.

En el caso de Isabella, resultó especialmente importante para poder entender con mayor profundidad que mucho de lo que le pasaba (trastorno alimentario, relación de dependencia, inseguridad, ansiedad...) tenía que ver no sólo con su historia y sus relaciones, si no con el hecho de ser mujer.

La duda puede estar en sí, haciendo esto, estaremos haciendo psicoeducación, en vez de psicoanálisis (Toribio, 2020). Quizás sea una pregunta no especialmente difícil de responder: como profesionales de la salud, cuando presenciamos comportamientos que sabemos son dañinos para la persona, hacemos lo posible no sólo por entender las causas, si no por trabajar para que la persona pueda abandonar esas conductas dañinas (pensemos por ejemplo en el consumo de drogas). Pensándolo desde ahí, podremos también acompañar en el camino a deconstruir los malestares de género que, sabemos, suponen una peor salud y calidad de vida.

Referencias

Ávila, A. (2013). Hacernos personas recorriendo el camino del cambio. *Clínica e Investigación Relacional*, 7(1), 79-86.

Brandchaft, B. (2007). Systems of Pathological Accommodation and Change in Analysis. *Psychoanalytic Psychology*, 24(4), 667-687.

Dimen, M. (1991). Deconstructing difference: Gender, splitting and transitional space. *Psychoanalytic Dialogues*, 1, 335-352.

Hartung, C. & Lefler, E. K. (2019). Sex and gender in psychopathology: DSM-5 and beyond [Sexo y género en psicopatología: DSM-5 y más allá]. *Psychological Bulletin*, 145(4), 390-409. <https://doi.org/10.1037/bul0000183>

Organización Mundial de la Salud (2018). Género y salud. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Mundial de la Salud (2020). Temas de salud. Violencia contra la mujer. https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

ONU Mujeres (2022). Incorporación de la perspectiva de género. <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming>

Sánchez-López, M. P., Cuellar-Flores, I., & Dresch, V. (2012). The impact of gender roles on health [El impacto de los roles de género en la salud]. *Women & Health*, 52(2), 182-196. <https://doi.org/10.1080/03630242.2011.652352>

Stern, D. N. (1997). *La constelación maternal. La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos*. Paidós.

Toribio, S. (2020). Cómo la perspectiva de género cambia la técnica de la psicoterapia relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 14(1), 216-236. <https://doi.org/10.21110/19882939.2020.140113>

Toribio, S. (2021). Psicopatología y género: Determinantes socioculturales de los trastornos psicológicos en las mujeres [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. <https://psicoterapeutafeminista.com/publicaciones-2/>

Walker, L. (1979). *El síndrome de la mujer maltratada*. Desclée de Brouwer