

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Nuevos dispositivos de intervención y el rol del psicólogo en contexto de la pandemia COVID 19.

Kugler, Maria Victoria.

Cita:

Kugler, Maria Victoria (2020). Nuevos dispositivos de intervención y el rol del psicólogo en contexto de la pandemia COVID 19. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/245>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/vNO>

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>.

NUEVOS DISPOSITIVOS DE INTERVENCIÓN Y EL ROL DEL PSICÓLOGO EN CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID 19

Kugler, Maria Victoria

Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el siguiente trabajo se intentará abordar la irrupción del trauma y los diferentes modos de presentación de la angustia en el contexto de la pandemia COVID 19, articulando el recorte de viñetas clínicas recabadas en el trabajo realizado en dispositivos de la Dirección de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo se detallarán algunos lineamientos posibles del rol del psicólogo en nuevos dispositivos de atención con cuatro grupos de intervención: pacientes con diagnóstico COVID 19, familiares de pacientes, profesionales de primera línea de atención y población general.

Palabras clave

Pandemia COVID 19 - Salud mental - Angustia - Trauma - Rol del psicologo

ABSTRACT

NEW INTERVENTION SETTINGS AND THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE CONTEXT OF THE PANDEMIC COVID 19

In the following work, an attempt will be made to address the emergence of trauma and the different ways of presenting anxiety in the context of the COVID 19 pandemic, articulating the clipping of clinical vignettes collected in the work carried out in devices of the Mental Health Directorate of the City of Buenos Aires and a general acute care hospital in the City of Buenos Aires. Likewise, some possible guidelines of the role of the psychologist in new care devices with four intervention groups will be detailed: patients with COVID diagnosis 19, family members of patients, front-line professionals and the general population.

Keywords

Pandemic COVID 19 - Mental health - Anguish - Trauma - Devices - Role of the psychologist

Contexto de Trauma generalizado

Desde Marzo del corriente año nuestro país comenzó a enfrentar la pandemia por el virus COVID-19, que desde hacía algunos meses había impactado en nuestro mundo. En primer lugar debemos preguntarnos cómo pensar esta situación de emergencia sanitaria que nos encontramos atravesando. Para esto es necesario realizar una lectura del contexto ya que podemos decir que nos encontramos un momento de trauma generalizado y ¿Qué es un trauma? Hablamos de trauma cuando aparece el dolor, el sufrimiento el espanto por el encuentro con algo inesperado. Sin embargo los modos en que se presenta lo traumático, las vías de origen no son homogéneas, por ejemplo existen los traumas de víctimas de terrorismo de estado, de guerras, víctimas sexuales, de violencia, y los afectados por las catástrofes llamadas “naturales”, dónde quizás podríamos ubicar la pandemia de COVID 19. Colette Soler, menciona que las catástrofes “naturales” tienen la particularidad de que ocurren **sin la incidencia de un otro**. No hay un otro al cual responsabilizar, no hay un otro con el cual enojarse, no hay un otro al cual denunciar. Sin embargo alguna versión cada sujeto se inventara o incluso cada sociedad le dará una significación que “calme” la angustia que genera el desconcierto. Por ejemplo, antiguamente innumerables catástrofes naturales era leídas socialmente como una justicia divina, un castigo de Dios. Hoy quizás ya no es el discurso religioso el que predomina como prestador de sentidos, pero sabemos que el otorgar un sentido, una explicación es inevitable y muchas veces tiene efectos de alivio. Por otro lado, como dice la Dra. Bentolilla Silvia, este acontecimiento tiene la característica de que aún no terminó. El rol del psicólogo no estará en relación al trabajo con los efectos de un hecho cómo puede ser un incendio, un terremoto, una inundación sino que deberá trabajar en un contexto donde la amenaza es continua, no sabemos cuándo y cómo va a terminar la pandemia de COVI 19. Es cierto que sabemos que es transitorio pero el momento “agudo” es extenso en el tiempo. Y esto nos coloca en un estado de hiperalerta permanente que aumenta los niveles de estrés, los niveles de ansiedad, y tiene repercusiones en el cuerpo, como la alteración del apetito y el sueño, reagudización o aparición de enfermedades psicosomáticas, autoinmunes o el aumento del consumo de psicofármacos, alcohol, drogas, etc.

Asimismo, a partir del trabajo realizado en campo, podemos decir que probablemente al no existir un “responsable” de la situación, el rol del estado cobra una importancia fundamental. Ya

que en situaciones traumáticas, aparece la sensación de desamparo, la sensación de que los recursos que teníamos no nos alcanzan, nos sentimos vulnerables, y naturalmente exigimos protección. Y en este caso la protección será demanda al estado y a los profesionales de la salud. Y allí veremos cómo cada persona responde a esto, *“siento que no nos están protegiendo”* o *“estoy tranquila porque creo que el gobierno está tomando las medidas necesarias”* es importante tener en cuenta que estas respuestas, que muchas veces tendrán la forma de “queja”, serán en algunas ocasiones la otra cara de la angustia y de la sensación de desamparo que nos atraviesa a todos.

Por otro lado para pensar el concepto de trauma, es importante resaltar la característica de **incalculable**, ya que estamos en un mundo donde intentamos programar, controlarlo todo, donde todo parece cronometrado, inclusive los momentos placenteros se vuelve actividades programables y justamente el escándalo del trauma es que escapa a toda programación. *“no me lo esperaba intente hacer todo para que no sucediera y sucedió”, “hice todo lo que me dijeron y sin embargo me pasó igual”, “no puedo creer que me haya tocado a mí, tome todas las medidas de prevención”*. Es un momento de ruptura, donde se quiebra el equilibrio que la vida tenía, hay un quiebre en el vínculo con los otros, con él trabajó, con los proyectos, hasta incluso uno puede sentirse ajeno de sus propios pensamientos o de su propio cuerpo *“¿cómo estoy pensando esto? me desconozco, ya no sé ni quién soy, ya no entiendo nada”*. Y frente a al **no saber** irrumpe la angustia que demanda la posibilidad de otorgarle una explicación, un sentido a lo que sucede. Momento en el cual la intervención de un psicólogo que acompañe dicha construcción puede ser trascendental para amortiguar el impacto del trauma en la salud mental. Resaltando la importancia de simbolizar, expresar en palabras, el ir inventando pequeñas historias que nombran, y que alivian ese padecimiento de más.

Para concluir, podríamos decir que la irrupción de lo no programable, lo traumático, altera lo que teníamos construido hasta el momento, los planes, las explicaciones, las rutinas, los argumentos de nuestro día a día se ve en jaque, se alteran las dimensiones del tiempo y el espacio y predomina la **sensación de incertidumbre**. El **tiempo** ya no es el mismo, parece eterno o demasiado rápido, los días pasan volando o las horas no pasan, la dimensión del tiempo se ve alterada. Y en situaciones de “Urgencia” la característica principal para los profesionales es que “no hay tiempo”, es la sensación de que tenemos que responder ya, que tenemos que dar una respuesta inmediata. Pero debemos poder “introducir un tiempo”, donde aparece el apremio, introducir una pausa ya que la prisa nos desorienta y aumenta las probabilidades de descuido y error. Pero la pausa, implica un tiempo de no saber, un no tener una respuesta inmediata para otorgar. Y no saber, genera angustia. Por otro lado, la dimensión del **espacio** también se ve alterada, no circulamos por los mismos lugares, cumplimos nuevas funciones en espacios distintos, lo externo- interno ya no es tan claro y a

veces aparece la sensación en la desorientación. *“No sé dónde ponerme, no sé a dónde voy” “Qué hago yo ahí, no entiendo cual es mi función ahí”*, los espacios que se habitan pueden ser ajenos y la restitución del tiempo y el espacio, el armado de cada vez es un trabajo que también deberá tener en cuenta el psicólogo que interviene en dispositivos de atención en contexto de pandemia COVID 19.

Sin dudas la sensación de incertidumbre predomina, y la dificultad para sostener el no saber, produce como efectos desde la sobreinformación, a la hiperproducción de textos y conceptos por parte de los profesionales. Soportar el no saber, la incertidumbre, se convierte en un desafío difícil para toda la población, pero quizás para aquellos que están continuamente demandados a responder aún más, cómo ocurre en las disciplinas médicas. Quizás es por la formación universitaria que reciben, el modo en el que se plantean las instancias de formación en las residencias, pero justamente el no saber es mal visto muchas veces dentro las formaciones médicas. Se los forman para que sepan, tiene que siempre saber diagnosticar, actuar, intervenir, comunicar, hasta incluso pronosticar. Y el no saber, la incertidumbre carga una connotación negativa, sin tener en cuenta que es algo intrínseco. Creo que esta situación inédita pone sobre el tapete esta condición intrínseca humana pero insoportable de no saber. ¿Cómo estar advertidos de nuestro límite personal, del límite de nuestra profesión, del límite de nuestras indicaciones, para desde ahí pensar nuevas estrategias y dispositivos de atención?

Nuevos dispositivos de atención y el rol del psicólogo en contexto de COVID 19

La urgencia sobrepasa las posibilidades y las disposiciones existentes, tensiona y nos hace pensar en nuevos artificios para responder al sufrimiento. Debemos reinventarnos. Probablemente debemos cambiar al menos transitoriamente modo en el que trabajamos antes. ¿Qué rol cumplimos los psicólogos? ¿Qué podemos hacer como agentes sanitarios? ¿Qué de lo que hacíamos continúa siendo una herramienta clínica y en qué puntos debemos innovar?

Siguiendo estas preguntas se detallaran nuevos dispositivos del ámbito público teniendo cuenta cuatro grupos de intervención: Pacientes con diagnóstico COVID 19, Familiares de pacientes, profesionales de primera línea de atención y población general. Las intervenciones con pacientes y familiares de pacientes tanto desde la Dirección de Salud Mental como desde el servicio de Salud Mental de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires, se realizaron de modo telefónico, no solo para protección del profesional sino también para una buena administración de los recursos materiales como los Equipos de Protección Personal (EPP).

Desde la Dirección de Salud Mental se implementaron diferentes dispositivos para la atención en contexto de Pandemia COVID 19. Entre ellos los dispositivos de atención interdisciplinaria

de Salud Mental en Hoteles de la ciudad, la inserción de profesionales de la salud mental en Centro Operativo de Emergencia (COE)- Acompañamiento de contactos estrechos del Ministerio de la Ciudad de Buenos Aires y el programa Salud Mental Responde. Asimismo, se tomarán viñetas recortadas del trabajo realizado en un hospital general de agudos de la ciudad de Buenos Aires, donde se diseñó un plan de intervención para la atención de pacientes con diagnóstico COVID 19, familiares de pacientes y profesionales de la primera línea de atención.

Atención de pacientes con diagnóstico COVID 19

Terry tiene 20 años, se encuentra internado en un hospital general de la ciudad de Buenos Aires. Su padre permanecía en Unidad de Terapia Intensiva, ambos COVID 19 positivo. Terry relata que son oriundos de Perú y arribaron al país a mediados de marzo. Son oriundos de la villa 11-14 y permanecieron con sintomatología positiva allí durante varios días hasta que fueron hospitalizados. Terry se expresa de modo concreto y con pocas palabras. Unos pocos días después de la primera comunicación, el padre de Terry fallece, en otro piso del hospital. Mantene-mos la entrevista interdisciplinaria con el paciente de modo telefónico, quién nos refiere que se encuentra “destrozado”, no comprende cómo fue que sucedió todo tan rápido. Comienza a interrogarnos sobre las posibilidades de que el vea el cuerpo de su padre. **“No entiendo si va haber entierro, si lo van a cremar, yo le pregunté a mí mamá pero ella no sabe, yo quiero despedirme de él, es solo bajar un piso del hospital”**. Se realiza contención verbal. Se intenta responder lo que no tiene respuestas. Terry es derivado a un hotel de la ciudad para continuar con la medidas de cuidado ya que en su hogar no cuenta con las condiciones de higiene para cumplir el aislamiento. A las pocas días, Terry relata que sus hermanos, tíos y vecinos también estaban contagiados **“Siento que es todo mi culpa, siento que yo los contagie”** (Paciente atendido en el dispositivo de interconsulta del Hospital General de Agudos de GCBA) *Martin tiene 22 años, realizó su primer viaje solo a Europa, relata que el viaje fue de lo más lindo que le sucedió pero ahora está teñido por esta “pesadilla”. Se encuentra internado en un hospital de la ciudad por presentar serología positiva para COVID 19. Martín vive solo, sus padres fallecieron hace algunos años y tiene como referentes afectivos a sus tías, las cuáles se encuentran en aislamiento por haber estado en contacto estrecho con él. “Tengo miedo de haberlas contagiado me da culpa”. Martín se encuentra a la expectativa del alta hospitalaria, sin embargo muestra ideas de preocupación y malestar respecto a cómo será el retorno a su hogar “Me imagino a mis vecinos, viendome bajar de la ambulancia y diciendo ahí viene el coronavirus”, trabajamos sobre la idea que él es Martin, no es el coronavirus, se trabaja sobre el estigma social.* (Paciente atendido en el Centro Operativo de Emergencia (COE)- Acompañamiento de contactos estrechos del Ministerio de la Ciudad de Buenos Aires)

Lili tiene 46 años, se encontraba internada por neumonía asociada a COVID 19, que requirió intubación y cuidado intensivos durante más de 20 días. Lili es oriunda de un barrio vulnerable de la ciudad, donde se desempeñaba como cocinera de un comedor popular. Realizan la interconsulta con salud mental y comienza nuestro trabajo telefónico. Me contacto con la paciente quien relata que tiene 3 hermanas que también han contraído el virus de Covid 19 y su madre también afectada por dicha patología fallece el mismo día en el que Lili es trasladada de un hotel de la ciudad de Buenos Aires hacia el hospital. Los médicos y familiares me informan del fallecimiento de la madre de la paciente, y refieren habérselo contado aunque la misma manifiesta por momentos que su madre aún está viva. En la primer entrevista Lili relata que el día anterior ha sufrido un *“ataque de pánico”* según le explicaron los médicos. En relación a esto relata que se sentía *“intranquila”* y comenzó a sentir sensación de ahogo, taquicardia, y sensación de que iba a morir. Debido a que la enfermedad covid 19 afecta las vías respiratorias al informar de esto los médicos clínicos ingresan a su habitación pero al revisar le dicen que es más emocional. Indago qué impresión tiene ella al respecto y dice *“Puede ser que sea emocional porque estoy intranquila, siento que mi familia me oculta algo, ayer soñé con mi mamá, después intenté llamarla y el teléfono da apagado”* parecía que lo *“intranquila”* tenía que ver con la muerte de su madre de la cual Lili parecía saber sin dejarse anotar del todo. *“Igual pienso que si me tienen que decir algo, es mejor cuando esté en mi casa, yo ahora no me quiero angustiar, sospecho que pasó algo con mi mamá pero no me dicen, yo pregunté pero no me dicen”*. Se podía escuchar cómo la paciente sabía de la muerte de su madre pero advertía que aún no estaba en condiciones de anoticiarse del todo. El trabajó durante unos días fue acompañar esa decisión dicha a medias. Finalmente Lili recibe el alta y cuándo un familiar la busca ella le propone de ir a la casa de su madre para saludarla desde afuera. *“Yo quizás sabía pero tenía esa idea de que la podía ver igual”*. Al llegar a su hogar sus hijos le relatan cómo fue el fallecimiento de su madre y los ritos que pudieron hacer entre algunos nietos, ya que las 4 hijas de la señora no estaban en condiciones de asistir al entierro por la enfermedad COVID 19. **“Yo se que ahora tengo que empezar a hacer el duelo, pero es raro no haberme podido despedir, quizás tenga que ir al cementerio. Voy a tener que de a poquito volver a construir mi realidad, pero va a ser una realidad sin mí mamá”**. Durante el trabajo posterior Lili, comienza a poder elaborar algo del duelo por su madre, recordando escenas, organizando con sus hermanas las pertenencias de su mamá, sin embargo la *“intranquilidad”* de Lili permanece, aparece una y otra vez temor a volver a tener que atravesar una internación *“sueño todas las noches con qué me internan de nuevo en terapia intensiva que yo estoy dormida, me hablan y que no me voy a volver a despertar”*. (Paciente atendido en el dispositivo de interconsulta del Hospital General de Agudos de GCBA)

Familiares de pacientes con COVID 19

Marta tiene 79 años realizó un viaje a Europa hace 15 días, desde su regreso al país su marido comienza a presentar síntomas compatibles con COVID 19. El mismo es internado y se confirma el diagnóstico, debido que es un hombre mayor con enfermedades preexistentes, actualmente se encuentra internado en un estado crítico de salud. Al momento del llamado, Marta se encuentra en el día 11 de aislamiento, manifiesta intensa angustia ya que en el día de ayer su marido ha enviado diferentes videos a familiares despidiéndose de los mismos. Marta se angustia al no poder estar acompañando a su marido de modo presencial en este momento **“50 años juntos y despedirnos así..”**. Se realiza contención verbal, y se acuerda con Marta continuar con los llamados telefónicos ya que según refiere hablar le produce alivio. (Paciente atendido en el Centro Operativo de Emergencia (COE)- Acompañamiento de contactos estrechos del Ministerio de la Ciudad de Buenos Aires)

Aida tiene 75 años, es oriunda de Canadá, aunque hace muchos años que vive en nuestro país, las palabras en español no le salen, llora y balbucea en inglés. De a poco comienza a contarme lo que le pasa, su marido está internado en un estado muy crítico, positivo de COVID 19. Aida repite una y otra vez **“siento que esto es una película, siento mi cabeza fuera de mí cuerpo”**. Aida relata que su marido es médico, y que es una persona muy sana **“no puede ser que le haya tocado esto a él”**. Aida no puede salir del desconcierto. Aún así lo que dice qué más la molesta en esta situación es el accionar de los médicos. Aida relata que llamaron en tres ocasiones a los médicos de su prepaga y que tardaron muchos días en activar el protocolo. Aida se lamenta **“qué hubiera sido si lo hacían el primer día”** ella misma se responde **“quizás estaría igual”**. Comienza a desahogar su enojo **“yo estoy muy defraudada con el sistema de salud”**. Pareciera que la angustia de Aida, ahora se nuclea en la información. Manifiesta que los médicos hablan con su hijo y ella quiere poder comunicarse directamente con el médico. Su marido ya está entubado y no ha podido **“despedirse”** de él. **“Yo en este momento necesito que me informen a mí, yo tengo preguntas para hacer”**. Junto con Aida pensamos que la mejor opción era que yo me comuniqué con su hijo para explicarle el pedido de Aida. Intervengo con el familiar quién dice **“Yo pensé que manteniéndola al margen de la información la cuidaba”**. (Paciente atendido en el Centro Operativo de Emergencia (COE)- Acompañamiento de contactos estrechos del Ministerio de la Ciudad de Buenos Aires)

Pacientes de comunidad general

Mateo realiza reiterados llamados durante 4 días al servicio de SAME, y asiste varias veces a consultar con su médico de prepaga, **“Me dicen que tengo faringitis pero yo sé que tengo COVID 19”**, el paciente se muestra con una **certeza inmovible** respecto a su diagnóstico. Comenzamos a conversar, me muestro

interesada en su teoría, y acuerdo en todo lo que él dice... es así que comienza a desplegar ideas delirantes de tinte paranoico **“Yo ya sé que el estado quiere ocultar mi caso por que yo soy un caso único, ellos me tienen fichado”**. El paciente relata haber asistido al médico de su prepaga y haberlo filmado, **“Tengo el video como prueba, me tratan de tonto, y yo tengo COVID”**. Ubicamos que claramente el tonto es el médico, y empezamos a analizar los riesgos de viralizar el video. Ubicamos todas las medidas sanitarias que él debía cumplimentar ya que el tiene la certeza de que es positivo. El paciente despliega varias sensaciones corporales, descreyendo permanentemente de los profesionales. **“Los médicos me mandan al psiquiatra pero yo tengo una enfermedad corporal, tengo COVID, no es mental, ellos no lo entienden”**. (Paciente atendida en el marco del Programa Salud Mental Responde)

Cristina, tiene 84 años de edad se comunica con el equipo de salud mental telefónicamente, porque refiere encontrarse **“rara”**. Comienza a relatar que siempre fue una mujer que encaró la vida sola, y relata que en el año 77 su hermano desapareció, por lo que fue una época muy difícil, **“fue una época de muchas pérdidas”**, continua contando espontáneamente que en el año 76 perdió a su hija en un embarazo que estaba a término lo que decanta en su separación. Cristina relata cómo comenzó a rehacer su vida sola, acompañando a sus padres en la pérdida de su hijo y ella atravesando la pérdida de la suya, **“atrévesé tantas situaciones que no puedo creer ahora sentirme mal, siempre viví sola, hace más de 40 años que enfrenté las cosas sola, pero ahora siento la soledad”** Comenzamos a conversar sobre esto, relata que no quiere salir a la calle **“tengo temor a que me paren, no se tengo miedo de que me paren y que me pregunten qué hago circulando”**. Le preguntó si le ha pasado y me dice que no pero que le da culpa salir, siente que no está cumpliendo con lo debido. Cristina continúa hablando, para mi sorpresa continúa hablando de su hermano y de la época de la dictadura militar, despliega detalles e historias al respecto. Cristina se pregunta en voz alta **¿Porque terminamos hablando de mi hermano y de la dictadura? ¿Te estaba contando del temor de que me paren la calle?, le comparto la pregunta a Cristina, se ríe y dice “el inconsciente siempre se filtra”**. (Paciente atendida en el marco del Programa Salud Mental Responde)

Profesionales en primera línea de atención

En un hospital general de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires, se diseñó un plan de intervención con profesionales de diferentes servicios. Siendo uno de los principales, la intervención con los residentes de Clínica Médica, dicha residencia son 44 médicos entre residentes y jefes de residentes, divididos en 6 grupos de trabajo sobre los cuáles se comenzó a intervenir. Cada grupo tiene entre 7 y 8 médicos y es conducido por dos psicólogas. Dichos encuentros tienen carácter quincenal. Si bien hemos ido observando que cada grupo sostiene su particularidad, hay algunas problemáticas, dificultades, quejas y temores que son

transversales a los mismos.

En el inicio del dispositivo que se realizó a fines de marzo del corriente año, las dificultades y temores que presentaban los residentes estaban en torno al manejo de la información, la organización del efector, la distribución de tareas, la necesidad de mejorar la articulación entre servicios, etc. Para el manejo de dichas problemáticas se tomaron en cuenta los lineamientos propuestos por la Dra. Silvia Bentolila. El trabajo se orientó en un decir que permitía pensar nuevos roles que estarían entrelazados a los efectos de la alteración y el espacio características del trauma anteriormente mencionadas. Sin embargo con el correr de los encuentros el malestar se fue desplazando, ya no se expresaba en forma de queja si no que fue tomando forma de angustia. Comenzaron a emerger el temor por el contagio, por ser vectores de contagio hacia otros, y apareció el malestar en torno al advertirse que no se sabe. “Yo prefiero la ignorancia, prefiero creer que se, saber que no se de esto, me angustia”. Las intervenciones fueron marcando dicho malestar, posibilitando que estos sean puestos en palabras, y dando lugar a la restitución de lugares y funciones que habilitan un mejor trabajo. Sin embargo al momento de la escritura de este trabajo se confirmó el primer residente en recibir diagnóstico de covid 19. “Hoy fue un día bisagra, es un antes y un después, sabíamos que esto iba a ocurrir, pero sin embargo no lo podemos creer” refiere un residente de primer año, en ese punto se señala cómo lo traumático siempre tiene carácter de sorpresa. “Siento que ya le perdí el sabor a la medicina, entrar con miedo, estar en contacto con el paciente lo menos posible, esto no es medicina, siento que ya somos robots que hacemos lo mismo, estoy cansada, me angustio y ni siquiera puedo ver a mi familia” relata una residente de Clínica médica. Se trabaja con el relato de los médicos, se brinda el espacio para que la angustia pueda ser puesta en palabras, lo que tiene un valor de alivio para los mismos.

Conclusión

En el recorte de viñetas clínicas realizado, se puede observar cómo hay diferentes temáticas que son transversales a los distintos modos de presentación de la angustia en los diferentes dispositivos, como es la elaboración del duelo, las ideas de culpa, el temor a la repetición, el manejo de la información y la sensación de desconcierto e incertidumbre que generan un malestar que nos convoca a intervenir. Quizás no es momento aún de hacer conclusiones, sino más bien una instancia de abrir interrogantes en función de nuestra práctica y nuestro rol como psicólogos en este contexto. Pareciera que estamos en un momento donde los conceptos analíticos que se encuentran enraizados en la formación del psicoanalista parecen desbordar. Es por esto que a modo de conclusión, me pregunto ¿Qué operadores clínicos podemos tomar de la teoría psicoanalítica lacaniana y en qué puntos debemos poder echar mano a otras teorías? ¿Cómo pensar el rol del psicólogo en estos nuevos dispositivos de atención en contexto de emergencia sanitaria?

BIBLIOGRAFÍA

- Bentolila, S., “El cuidado de la salud mental en el marco de la emergencia sanitaria COVID-19” https://www.youtube.com/watch?v=zk0i5_pkpeM&feature=youtu.be
- Cohen, H., Salud Mental y Apoyo Psicosocial en desastres. Facultad de Ciencias Médicas. UNR https://www.youtube.com/watch?v=vS_hBrek1Pk
- Prácticas de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres enfoque COVID 19 . Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones http://www.msal.gob.ar/index.php/component/bes_contenidos/?filter_problematika=28&filter_soporte=0
- Recomendación sobre Salud Mental para Operadores de Atención Telefónica. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones http://www.msal.gob.ar/index.php/component/bes_contenidos/?filter_problematika=28&filter_soporte=0
- Sotelo, I., “Clínica de la Urgencia”, 2007, Buenos Aires, Argentina.
- Stolkiner, A., “Es una falacia que el encierro pueda ser un componente para el bienestar subjetivo” <http://elgritodelsur.com.ar/2020/04/stolkiner-falacia-encierro-bienestar-subjetivo.html>