

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.

## **Consultorio en pandemia: “enfrentar los cambios”.**

Mercado, Andrea y Rodriguez, Cintia Romina.

Cita:

Mercado, Andrea y Rodriguez, Cintia Romina (2020). *Consultorio en pandemia: “enfrentar los cambios”*. 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/000-007/251>

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

*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>.*

# CONSULTORIO EN PANDEMIA: “ENFRENTAR LOS CAMBIOS”

Mercado, Andrea; Rodriguez, Cintia Romina

Colegio de Psicólogos Distrito XII - Quilmes. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El presente artículo da cuenta del trabajo terapéutico y de la necesidad de adaptación y construcción de nuevos encuadres de trabajo debido a esta situación de aislamiento social, causada por la aparición del virus COVID XIX. Como profesionales de la salud tuvimos que implementar canales tecnológicos con el objetivo de llegar a los pacientes a pesar de la exigencia de este distanciamiento social obligatorio. Se reflexiona al respecto de la importancia de intervenir ante esta crisis y de ser flexibles posibilitando una readaptación a estos nuevos encuadres. Este escrito presenta un análisis de las consecuencias y el impacto que este aislamiento genera en nuestros pacientes. Profundizando en los conceptos de crisis, trauma, intervención del terapeuta ante los mismos y la posibilidad de elaboración y construcción de nuevos recursos de afrontamiento. A su vez, relaciona el impacto que la crisis tiene en las personas generando una posible reedición de crisis anteriores relacionadas con la maternidad, el puerperio y la crianza.

## Palabras clave

Crisis - Pandemia - Maternidad - Nuevas Tecnologías

## ABSTRACT

PANDEMIC PRACTICE: “FACE THE CHANGES”

This article gives an account of the therapeutic work and the need for adaptation and construction of new working frames due to this situation of social isolation, caused by the emergence of the COVID XIX virus. As health professionals we had to implement technological channels with the aim of reaching patients despite the demand for this mandatory social estrangement. It reflects on the importance of intervening in this crisis and of being flexible by enabling a retrofit to these new framing. This brief presents an analysis of the consequences and impact that this isolation generates on our patients. Deepening the concepts of crisis, trauma, intervention of the therapist before them and the possibility of elaboration and construction of new coping resources. In turn, it links the impact that the crisis has on people by generating a possible reissue of previous crises related to motherhood, postpartum and parenting.

## Keywords

Crisis - Pandemic - Maternity - New Technologies

“Llega el momento en que es necesario abandonar las ropas usadas que ya tienen la forma de tu cuerpo y olvidar los caminos que nos llevan siempre a los mismos lugares. Es el momento de la travesía. Y, si no osamos emprenderla, nos habremos quedado para siempre al Margen de nosotros mismos.” (Fernando Pessoa)

Ante la situación de pandemia causada por la aparición del virus COVID 19 se ha generado un nuevo escenario vital global. Ante la alta tasa de contagio las autoridades optan por reducir la circulación del virus inmovilizando a la mayor cantidad posible de personas. Esta cuarentena denominada “aislamiento social preventivo obligatorio” (ASPO) requiere construir puentes hacia el afuera y hacia los otros significativos del entorno. Conduce a crear nuevas formas de vinculación en donde los dispositivos tecnológicos toman relevancia. Todo es novedoso, aunque lo que se espera encontrar en dichos encuadres, no es ni más ni menos que un vínculo genuino, que posibilite un encuentro, que brinde sostén y acompañamiento.

Lo que se enuncia como aislamiento social en verdad debiera entenderse como distanciamiento físico. Actualmente, la tecnología abre ventanas para vincularse. Los dispositivos electrónicos son el nuevo marco del campo perceptivo. Permite establecer contacto social, laboral, académico, amoroso, íntimo, etcétera.

Lo **traumático** se relaciona con la dificultad para afrontar y asimilar una experiencia, consecuentemente, esta persiste en la mente de manera invasiva y recurrente generando malestar o síntomas. Lo particular de esta crisis es que no se trata de un evento puntual en el tiempo, sino de una situación que se prolonga con un alto grado de incertidumbre. Por ello, esta confinación se constituye en un “contexto disruptivo”, esto quiere decir que no solo se trata de una vivencia no elaborada, sino de condiciones en la que el entorno se ha modificado de manera radical. Esto supone un esfuerzo adaptativo que no todos logran completar al mismo tiempo y de la misma forma. Varía de acuerdo a la historia personal y circunstancial, según los rasgos de personalidad, las estrategias de afrontamiento, las redes de sostén que tenga cada uno y la flexibilidad de las estructuras defensivas.

Holmes y Rahe (10). Dicen que; “cada acontecimiento nuevo, por banal que sea, exige un reajuste de las funciones habituales de la vida cotidiana. Un cúmulo de muchos pequeños aconteci-

mientos, en corto tiempo, puede llegar a ser equivalente a una gran tragedia. Cada cambio en nuestras vidas puede ser medido en “unidades de cambio vital”, y la suma de estas unidades refleja el estado de nuestros factores externos de estrés por el periodo de tiempo considerado.”

Las reglas que regulan la vida cotidiana han variado, conjuntamente con las rutinas y con los hábitos personales. Con frecuencia este tipo de contextos generan mucha confusión, afectan la toma de decisiones impactando en las emociones y en los estados de ánimo: La desazón, tristeza y sensación de desesperanza que pueden llegar a convertirse en una depresión son algunos de los efectos observados. Muchas veces esto se relaciona con las múltiples pérdidas que pueden experimentarse en esta situación de aislamiento, pérdida de la libertad de desplazamiento, de los espacios sociales, de las actividades recreativas, de los espacios laborales. Las personas deben enfrentar un doble trabajo psíquico, elaborar las pérdidas transitando estos duelos y re-adaptarse a este contexto construyendo nuevos canales de comunicación con el afuera y con los otros significativos que los rodean.

A estos duelos intangibles se pueden sumar otras pérdidas mucho más concretas como las de las personas que se han quedado sin empleo o han sufrido dificultades financieras a causa de esta situación y quienes han sido alcanzados por la enfermedad y se encuentran en riesgo de vida, o perdieron algún familiar a causa de la misma.

### **Crisis, emergencias y catástrofes.**

La palabra “crisis” viene del griego, donde encontramos exactamente el mismo término (“κρίσις”): con el significado de “separación”, “distinción”, “elección” y “resolución”. El verbo correspondiente a este sustantivo es “κρίνω” (“krino”), que significa “separar”, “distinguir”, “escoger”, “decidir”, “juzgar”, “interpretar”, “resolver”.

Si nos basamos en lo anteriormente enunciado, la esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial, significativo o determinante. La crisis implicaría necesariamente una transformación pero no por ello debería estar asociada, como comúnmente lo está, con dificultad, riesgo y peligro.

En principio, esta palabra no tiene un significado negativo. La crisis es el momento en que la rutina ha dejado de servirnos como guía y necesitamos optar por un camino y renunciar a otro. Una crisis puede entenderse como un proceso que amenaza el equilibrio personal. Esto puede deberse a que los recursos personales habituales no son suficientes para afrontar la situación. De manera tal que será necesario implementar nuevas estrategias de afrontamiento con el fin de lograr la adaptación actual. Una emergencia moviliza recursos médicos y/o especializados con el fin de resolver situaciones puntuales, individuales o grupales. Ahora bien, cuando surge una amenaza que afecta a una población y requiere movilizar recursos e infraestructuras para contrarrestar el impacto de las pérdidas y costos sobre las víc-

timas y damnificados, la situación crítica se transforma en un desastre.

De acuerdo con su magnitud, si se movilizan grandes recursos humanos, materiales y de coordinación el evento se trataría de una catástrofe.

En el caso de la pandemia de Covid-19 que se inició a fines del año 2019 en China y que se extendió entre febrero y abril de 2020 por casi todo el mundo, queda en evidencia la enorme movilización de recursos frente a la amenaza incierta de la infección. La respuesta de las autoridades ante la velocidad de los contagios y la posible letalidad del virus es el aislamiento. A simple vista es una medida “amable” ya que las familias se encierran en sus domicilios y cuentan con todos los recursos necesarios para vivir más o menos confortablemente. Sin embargo, en la medida que la “cuarentena” se extiende (en el AMBA ya transitando los 3 meses) se manifiestan los efectos secundarios del aislamiento.

Los pacientes en crisis pueden presentar trastornos adaptativos, (depresivo, ansioso o mixto), trastornos por estrés agudo (ansiedad, embotamiento, desapego, despersonalización, reexperimentación y evitación), síndrome de aflicción por catástrofe (tristeza, ira, ansiedad, nostalgia), síndrome del superviviente, trastornos disociativos, crisis de angustia o trastorno de pánico. A largo plazo, pueden dar lugar al síndrome de estrés posttraumático, trastornos psicósomáticos, trastornos del estado de ánimo (depresión) o abuso de sustancias. (13)

Caplan (2), creador de la psiquiatría comunitaria, propone definir la crisis como “un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas”. El papel patogénico de las crisis viene de esta vivencia de incapacidad, de la sensación de ser superado por la situación, que puede acabar en una renuncia masiva al proyecto vital, con pérdida del futuro y desorganización de las capacidades de adaptación y defensa. De ahí que la intervención en la crisis se considere como una herramienta preventiva elemental en psiquiatría comunitaria (3).

Por ello es imprescindible habilitar espacios de elaboración del contexto actual.

Dichos espacios tendrán como objetivo el de ayudar a restablecer la sensación de control de las víctimas, reducir el aislamiento, mediante una actitud empática que disminuya la percepción de hostilidad del ambiente en que se encuentra, procurar disminuir los sentimientos de desesperanza e indefensión de las víctimas ayudándoles a afrontar el presente y proyectarse en el futuro.

Naturalmente, las consideraciones negativas sobre la patogenicidad de las crisis no debe hacernos olvidar sus potenciales efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad. La intervención del psiquiatra y del profesional de la salud mental debe buscar, no sólo la prevención de mayores males, sino también la optimización de los recursos personales (6).

En este contexto de riesgo, el terapeuta debe tener presente que está atravesado por las mismas variables globales que su paciente. Ya que se han interpelado todas las pautas culturales establecidas que podrían guiar a la persona para enfrentar la crisis en cuanto a su conducta y actitud.

La comunicación debe ser clara y fácil de comprender, en lo posible deberá mantener la calma y empatía y ofrecer una escucha activa: dejar hablar sin juzgar, estar alerta para validar la experiencia, apoyar y brindar la asistencia necesaria.

### **Casos Clínicos para reflexionar sobre el atravesamiento de esta crisis**

Según escritos de González de Rivera (Sep. 2001): "Cada nueva crisis actúa no solamente por sí misma, sino además como un recordatorio de crisis previas. En la medida en que éstas hayan sido mal resueltas, su reactivación será un estrés sobreañadido a la situación crítica actual. Por el contrario, en la medida en que la resolución de crisis anteriores haya sido eficaz, el sujeto enfrentará la nueva con mayor confianza." (7)

Al escuchar los relatos de pacientes, podemos inferir que este entorno que se ha transformado, esta incertidumbre por la que atraviesan y este tiempo de repliegue familiar, los moviliza e interpela en sus roles y los llevaría revivenciar situaciones estresantes y replantearse sus modelos parentales y de crianza.

En el caso de las mujeres, se observa la reedición de ansiedades propias del puerperio: aparece la angustia en relación a la disposición, a la demanda y a la vinculación temprana. Y el temor de quedar confinadas en un rol materno exclusivo y excluyente que se opondría a los deseos de realización personal más allá de la crianza predominantes en esta era posmoderna.

En palabras de González de Rivera: "A pesar de que, en teoría, una crisis se resuelve en un plazo determinado, generalmente estimado entre dos y ocho semanas, hay muchos casos en los que, si las circunstancias exteriores lo permiten, la crisis queda fuera de la consciencia y de las actividades inmediatas, encapsulada, pero activa y pendiente de resolución. Cuando una nueva situación evoca una crisis pendiente, la reacción conjunta puede parecer catastróficamente exagerada. El terapeuta bien informado debe ser consciente de que está asistiendo a la resolución, no sólo de la crisis actual, sino, sobre todo, de la crisis fantasma o "asignatura pendiente". (7).

Se considera pertinente enunciar el caso clínico X, en donde observamos claramente lo enunciado con anterioridad.

*En las sesiones, a X se la observa muy angustiada, relata sentirse agobiada por la cuarentena. "No soporto estar en todo, estoy a cargo de tres niñas, me molesta tener que estar marcando todo." "Mi marido es un niño más, si le pido hace. Pero estoy cansada de ser la que se da cuenta de todo, tengo que estar atrás de todo y atenta a todo."*

*En el transcurso de la cuarentena se ve como su enojo hacia su marido se exagera. "No entiendo qué me pasa. Tengo un odio, no se porque. Él me ayuda y está presente en muchas cosas."*

*En su relato asume que no asocia de donde viene ese enojo ya que no condice con la situación actual de la pareja.*

*A lo largo de las sesiones se angustia y en sus relatos aparece mucha carga puesta sobre ella en las situaciones cotidianas de crianza de sus tres hijas. Lo contradictorio es que su marido está muy presente en temas de crianza y ayuda en las tareas del hogar. "Yo siento que resigne tantas cosas por esta familia, me resigne yo. Me resigne como mujer. Me siento sola ahora con esto."*

*"Necesito salir. Cuando me visto para salir al trabajo al menos me conecto con otras cosas y vuelvo con otra energía." "Me siento como me sentía cuando tuve a mi primer hija, sentía que me absorbía su demanda y la rutina de la casa. Ahora es igual, todo el día estoy entre cuadernos, ollas y demandas. Y encima debo cumplir con mi trabajo."*

*En una sesión comenta que le encanta ver nacimientos de niños,"sigo a un obstetra que muestra la parte linda del nacimiento." Comenta que los está viendo todas las noches. Que se emociona.*

*"Ayer lo vi con mi hija y se lo quiso mostrar al padre y él no quiso ver."*

*"Ahí me enoje, veo todas las madres con sus maridos y yo en los partos tuve que estar con mi papá"*

*En relación a su marido dice: "No lo siento, no lo tengo", "Está en un montón de cosas pero en lo importante él no está"*

*A partir de estos recuerdos y lo que fue emergiendo en las sesiones ella pudo decir "Recién hoy, 10 años después pude darme cuenta que no le perdono que no haya estado en mis partos, sentí que me dejó sola en eso. Dejó toda la responsabilidad puesta en mí."*

En varias sesiones, esta paciente pudo hablar de lo que esto significó para ella, pudo hablarlo con su marido, hablar de la angustia y la desprotección que sintió y anunciarle que en esta cuarentena se le están movilizando cuestiones en relación a su maternidad y la demanda que sintió. Pudo pedirle que esté más presente en otras cuestiones afectivas y que la acompañe en las decisiones al respecto de la crianza de sus hijas y en la demanda que siente en esta cuarentena.

A partir de que ese dolor no elaborado fue enunciado su enojo mermó y pudo conectarse con él desde otro lugar.

*Caso Y: sin red.*

*Y es MSPE: madre sola por elección. Decidió recurrir a un tratamiento de reproducción asistida al cumplir 38 años porque quería ser mamá. Relata su situación actual con angustia: su hijo de 6 años tuvo apenas una semana de clase y luego debió permanecer en casa. Este año debe aprender a leer y escribir pero la mamá no se siente capaz de enseñarle a su hijo. Trabaja para una empresa de forma remota varias horas al día y el niño se pasa la jornada mirando dibujitos en la televisión. La red social de sostén de Y es pobre y escasa. Desde que nació cuenta con su madre para cuidar al niño pero en la situación de pandemia esto no es conveniente. Toda esta situación la conecta y la hace*

*revivenciar, su situación del puerperio donde se preguntaba si iba a poder hacerle frente a todo cuanto significa criar un niño. Sola. Y se reprocha no poder dedicarle más tiempo.*

Esta situación de pandemia ha convocado a los sujetos a un confinamiento obligatorio que podría estar reeditando situaciones de repliegue inconscientes, símiles a las vivenciadas por las mujeres en el puerperio inmediato.

Se infiere que algo se está reeditando en el psiquismo de las mujeres en relación a lo no elaborado en sus partos y en la crianza temprana de sus hijos, ya que el trabajo psíquico que supone esta crisis actual podría tener puntos en común con la crisis vivenciada en el embarazo en donde también existe regresión emocional y reedición de conflictos infantiles.

Para dar cuenta a este interrogante hemos estado investigando al respecto de la depresión post parto para encontrar posibles relaciones en estas angustias que atraviesan e interpelan a la mujer en ambos períodos. Atendiendo al riesgo potencial que existe actualmente de que esta población desarrolle trastornos del estado de ánimo en el mediano y largo plazo.

“Tomando a Stern y Kruckman (1993) cuando hablan de los posibles factores que contribuirían al desarrollo de una depresión posparto dice que son la falta de una estructura social que sostenga, el evento del nacimiento, combinado con un empobrecimiento de apoyo a la madre. Creen que es el resultado de la percepción de desamparado de la madre”.

Esta percepción de desamparo es la que relata la paciente anterior y vemos como, en esta situación de aislamiento social, al igual que en el puerperio hay falta de estructura social, repliegue hacia un rol materno exclusivo de crianza y empobrecimiento de apoyo de la madre. Por eso inferimos, que esta crisis actual podría estar reeditando una crisis pasada.

“También Ehrenberg sugiere que, en la actualidad, las mujeres se encuentran en situación de desamparo frente a la maternidad al asumir múltiples roles sociales. Además de las exigencias sociales respecto de estos roles, se suma un debilitamiento de los lazos sociales más diversos, pero más superficiales” (Ehrenberg, 2000)(4)

Todo lo anteriormente enunciado podría permitirnos establecer puntos de conexión entre ambas crisis.

En los relatos de pacientes, se observan indicadores de situaciones de crianza cargadas con un plus de angustia y ansiedad que parecerían estar relacionados con situaciones traumáticas, que no han sido elaboradas, vivenciadas en las vinculaciones tempranas establecidas con sus hijos. Parecería que esta situación les está dando la posibilidad de reeditar esos desencuentros, a fin de construir un nuevo encuentro y de reparar aquello que quedó sin tramitar.

Se observan en sus enunciaciones sensaciones símiles a las que relatan las madres cuando se encuentran transitando la construcción de un vínculo primario luego del nacimiento de un hijo y en la construcción del vínculo en los primeros años de vida.

Las angustias y ansiedades que están apareciendo en los pa-

cientes se relacionan con el exceso de demanda y disposición que genera la crianza.

En estos tiempos, en donde las mujeres están convocadas por varios roles sociales y en donde la crianza no es el único y principal rol de la mujer, el rol femenino que se ha construido en la actualidad de ve interpelado, y lleva a replantearse los diferentes modelos de madres, la madre imaginaria, la madre real y la que se desearía ser. Esto habilita el cuestionamiento de modelos parentales instalados hasta el momento y el resurgimiento de nuevos modelos.

Desde la psicología perinatal, se piensa la crisis atravesando dos sujetos en simultáneo, la madre y el bebé. Lo paradójico es que a partir de esta situación de aislamiento social, nos encontramos en el consultorio virtual, con la necesidad de abordar ciertas situaciones de crianza, en donde se da la posibilidad de ir interviniendo a partir de nuestros señalamientos en el psiquismo de ambos integrantes de la dupla, Madre -Hijo.

La siguiente viñeta ilustra ésta temática.

*La paciente M, es una paciente que retoma tratamiento virtual a partir de esta situación de confinamiento social. Ella estuvo en tratamiento hace 6 años aproximadamente, a causa de una fuerte crisis vivenciada en su familia externa (Padres-Hermanos) que implicó una reorganización familiar y personal muy importante. En su momento, ella estaba transitando la crianza de su tercer hijo, el mismo tenía 20 meses y estaba muy exigida y angustiada por todo lo que estaba vivenciando. Se reprochaba no poder acompañarlo y contenerlo como a ella le gustaría en esos desbordes y enojos que el menor manifestaba ante los no y las frustraciones. Estos episodios eran propios de la etapa evolutiva del niño y cedieron antes de los 3 años del mismo.*

*Cuando se contacta para retomar tratamiento comenta que se estaba sintiendo muy exigida para responder a todos los roles que ella tenía en su vida. Esta pérdida de espacios, a causa del aislamiento social, en donde se apoyaba para poder acompañar la crianza de sus hijos (escuela, actividades recreativas de ellos, vínculos de sostén externos) la estaban haciéndose sentir muy demandada, exigida y estaba sintiendo una sensación de angustia excesiva, según sus palabras, que no condice con la realidad y el estado afectivo que se encontraba transitando hasta el momento.*

*A las dos semanas de empezar su terapia comenta que ya estaban organizados, que habían logrado establecer espacios dentro de la casa para diferenciar las actividades y que esto había ayudado en la construcción de nuevas rutinas flexibles a partir de esta cuarentena. Se la notaba menos ansiosa y menos angustiada.*

*A la siguiente sesión comenta que no entendía, qué le estaba pasando a su hijo menor, que le llamó la atención que hacía mucho que no reaccionaba ante la frustración de una manera tan desmedida como lo había hecho esta semana por una pavada. Comenta que estaban jugando con uno de sus hermanos y que como peleaban ella no los dejó jugar a la play, y él empezó a mo-*



*lestar al hermano enojado, hasta que ella interviene tomándolo del brazo para que no lo empuje, y él se tira al piso pateando. Ella le pedía que no haga eso, explicándole que se estaba lastimando. Como él gritaba enojado ella lo abrazó le hizo cuerpo y pudo decirle que entendía que estaba enojado pero que en la casa no hacían eso, que no se trataban así.*

*Ella se puso a llorar y dijo, “pude acompañarlo a transitar ese desborde, no lo rechacé como antes, no me enoje con él. Abrazado a mí lloró mucho, parecía ese bebe de aquel momento pero esta vez sí encontró unos brazos dispuestos a abrazarlo. Me sentí tranquila porque pude reparar y mostrarle otro modelo de reacción ante esas escenas que él solía hacer a sus 20 meses.”*

Como es sabido, el aparato psíquico se va constituyendo a partir de los vínculos primarios que sostienen al menor que dan respuesta a sus demandas y que lo irán introduciendo a sociedad y a la cultura de la época. Su salud mental dependerá en gran medida de los vínculos que ha ido estableciendo en su primera infancia y de la capacidad de respuesta y sostén de los mismos. Si bien es cierto que la personalidad se desarrolla durante toda la vida (pudiendo hallar oportunidades de subsanar traumas tempranos, si las condiciones lo permiten), es fundamental saber que en los primeros años de vida se hallan los cimientos de la misma.

Sigmund Freud planteó que el modo en que se van viviendo las etapas en el desarrollo de los niños, van dejando marcas en nuestro psiquismo. Generando “fijaciones” en dichas etapas del desarrollo, que se producen por exceso de gratificación, o por exceso de frustración. Cuando hay fijaciones fuertes a etapas primitivas del desarrollo, las mismas operan al modo de un imán que atrae hacia la regresión. Por tal motivo, lo saludable sería que cada etapa pueda ser vivida de un modo pleno, para poder luego ser abandonada y dar paso a la siguiente.

En este caso clínico, podemos observar que ante la exigencia y los duelos que esta madre se vio enfrentada a transitar a partir del confinamiento, y a reorganizar su vida a partir de ello, se ha generado una reedición de conflictos no resueltos en la crianza primaria de su hijo pequeño. Se infiere que estos duelos y reorganizaciones actuales se han relacionado inconscientemente con los vividos en aquel momento, reeditándose situaciones traumáticas no elaboradas. Esto no solo fue vivenciado por ella sino por su hijo menor, quien hacía 7 años que no había realizado un episodio así, dando la posibilidad de subsanar, reparar aquello vivido como trauma.

Aquí vemos como lo no elaborado insiste en el psiquismo y pulsa por salir, dando la posibilidad de elaboración.

Ante estas escenas, vemos la importancia de habilitar estas nuevas ventanas virtuales de comunicación y encuentro con nuestros pacientes, con el objetivo de construir nuevos escenarios en donde puedan verbalizar sus emociones y elaborar las mismas.

### **Dispositivos como ventanas.**

Frente a la soledad que aparece como una constante a través de los distintos relatos, es importante recuperar los vínculos a través de los dispositivos electrónicos. Construyendo puentes hacia nuestros pacientes, venciendo las barreras que obstaculizan el encuentro y mostrando con el ejemplo nuestra plasticidad y capacidad adaptativa.

Es importante, sin embargo, comprender que el tipo de uso y recurso a implementar dependerá del momento evolutivo de cada persona.

Un niño/a tiene la plasticidad para adaptar y recrear su juego en dichos dispositivos; “Dentro de la tablet no hay pandemia, me estoy hamacando en una plaza y encima veo pasar a otros nenes”. (niña de 9 años observando su avatar hamacándose “on line” en un parque dentro de su tablet)

Los niños que nacen hoy en día, conviven con los dispositivos virtuales como si fueran nuevos integrantes de la familia. Es asombroso el grado de adaptación que logran en este terreno. Tanto niños como adolescentes son capaces de sustituir con facilidad los canales (presencial/virtual) con los que establecen vínculos sociales.

Por esta razón, es posible instalarlos como ventanas al mundo con diversos usos:

-Ámbito de juego: la pequeña pudo jugar a los dados con sus abuelos: cada uno tenía 5 dados y la niña anotaba los resultados de cada tirada.

-Ámbito de lectura de cuentos: ya sea una aplicación o un pariente que lee un cuento, siempre puede ser un lugar para estimular la fantasía.

-Aprender a “estar con” y desarrollar la capacidad de estar a solas. La ventana que se abre en una computadora puede abrirse a la casa de una tía, un padrino o un pariente o amigo que tiene tiempo disponible. No para conversar o jugar necesariamente sino para estar con él mientras ambos hacen otra cosa: es compartir con alguien aunque no esté presente físicamente.

-Desarrollar habilidades sociales: mientras estaban jugando con roles, un niño se enoja y se va. Luego sin embargo puede volver y explicar lo que le pasó pudiendo reparar la situación y seguir adelante.

-Muchas familias siguen clases de danza, gimnasia, canto, yoga, música, etc.. Todo parece estar en el barrio, a un solo click de distancia.. lo que antes habría sido: “a la vuelta de la esquina”

-Los adolescentes y algunos adultos mejor adaptados se encuentran, conversan, bailan y hasta tienen encuentros íntimos en el contexto virtual.

La flexibilidad facilita la implementación de nuevas estrategias de afrontamiento y mejora sin dudas la salud, tanto física como mental.

Es por ello que se deben seguir desarrollando nuevas formas de pensar y enfrentar la realidad, esta realidad tan extraña que nos toca vivir en la actualidad. Y es preciso intervenir en este momento, ya que en función del acompañamiento eficaz e in-

mediato que se brinde y logrando una adecuada resolución de las situaciones de crisis se podría atenuar el impacto negativo que éstas podrían causar mejorando el pronóstico en cuanto a salud mental e integral de la población.

“El último paso que se debe dar para superar una crisis, es la integración de las nuevas estructuras en un proceso de continuidad de la vivencia, que permite aprovechar y dotar de sentido las experiencias pasadas. Este método va más allá de la mera adaptación o superación del estrés, potenciando las posibilidades de desarrollo personal inherentes a la situación crítica.”

#### BIBLIOGRAFÍA

- Bleichmar, S.: La fundación de lo inconciente. Destinos de pulsion, destinos del sujeto, Amorrortu Editores, 1993.
- Caplan, G.: *An approach to community mental health*, Grune & Stratton, New York, 1961 [ Links ].
- Caplan, G.: *Principies of spreventive psychiatry*. Basic Books, New York, 1964.
- Ehrenber, A.: La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.
- Freud, S.: Obras completas, Amorrortu Editores.
- González de Rivera, J.L.: “Factores de estrés y enfermedad. *Actas Lu-so-Esp. Psiquiatr. Neurol.* 19: 290-297 (1991).
- González de Rivera, J.L.: “Psicoterapia de la Crisis”, Revista de la Asociación Española de Psiquiatría, Madrid, 2001.
- González de Rivera, J.L.: “Estrés, homeostasis y enfermedad”. En: JLG de Rivera, A. Vela y J. Arana: *Manual de Psiquiatría*, Karpos, Madrid, 1980.
- Gonzalez de Rivera, J.L.: “El síndrome post-traumático de estrés “. *Psiquis*, 11 :290-298 (1990).
- Goldman, C.: Apego y discriminación (Centro Gea).
- Holmes, T.H. y Rahe, R.K.: “The social readjustment rating scale”. *J. Psychosom. Res.*, 1967.
- MacKinnon, R.A. y Michels, R.M.: *The psychiatric interview in clinical practice*. WB Saunders, Philadelphia, 1971.
- Nuñez, D.: Primeros auxilios psicológicos y emocionales. Editorial Dunken Bs As. 2005.
- Oiberman, A.: Nacer y Acompañar, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2013.
- Paolini, C.I.: Nacer y Acompañar, Cap 11 :La Depresión en la mujer y la Maternidad , Lugar Editorial,Buenos Aires, 2013.
- Stern, G. y Kruckman, L.: Multi- Disciplinary Perspectives on Post-Medicine, Vol. 17, pp. 1027- 1041, año 1983.
- Stern, D.: La Constelacion maternal, Paidos, Barcelona, 1995.