

¿Qué podemos hacer los “psi” frente a la pandemia del COVID19?

Norah Tamaryn

Somos profesionales de la salud y como tales tenemos la oportunidad de acompañar a todos los trabajadores que hoy se encuentran en la primera línea de acción. Los servicios de salud mental están apoyando no solo a todo el personal sanitario sino también a los pacientes y familiares que hoy están viviendo una verdadera pesadilla.

Acompañar y atender a los enfermos y sus familias y asistir en la toma de decisiones les ayuda, sin lugar a dudas, a no sentirse solos en estos momentos en que queda poco tiempo para la reflexión.

Algunas medidas que muchos ayuntamientos están organizando es disponer de teléfonos de atención ciudadana con equipos de psicólogos preparados para escuchar las situaciones singulares así como la organización de voluntariado disponibles para resolver necesidades básicas de la vida cotidiana con las personas que están solas o las que su situación personal hace más vulnerables que a la población general.

Mantener el trabajo terapéutico con nuestros propios pacientes permite seguir avanzando en su trabajo psíquico y también ayudarlos a construir una nueva organización cotidiana que, aunque temporal, cuanto más se adapte a sus posibilidades, más duradero y sostenible hará su aislamiento.

Los metros de la vivienda, la posibilidad de moverse por un exterior propio, estar solo, en pareja, amigos, niños, personas mayores o tener conexión a la red son variables infinitas que hacen que más que nunca los casos sean singulares y debemos ser creativos.

Por el momento entonces: acompañar, sostener, escuchar son herramientas válidas para todos. Pero, ¿Qué pasará después? ¿Cómo abordaremos más adelante el lento regreso a nuestras vidas cotidianas y el encuentro con el dolor de los familiares de las víctimas mortales, las pérdidas de puestos de trabajo, el agotamiento físico y psíquico de todo nuestro personal sanitario y de seguridad ciudadana?

Los mensajes apocalípticos ya nos hablan de que faltarán psiquiatras para atender a tanta población afectada, excluyendo por su propio desconocimiento que el personal de salud mental incluye mucho más que psiquiatras y que el sistema nacional de salud siempre se ha manejado con cifras muy inferiores a las necesarias en lo que a salud psíquica se refiere.

Nuestro trabajo no se ha interrumpido, la atención psiquiátrica y psicológica se ha ido modificando pero los pacientes no han sido abandonados y muchos profesionales están en sus guardias de 24 hs, codo a codo con los demás trabajadores de la salud, y en la atención directa a los enfermos.

Nada se ha detenido, hemos cambiado la manera de hacer frente a la escucha y por eso pienso oportuno rescatar un modo de sufrimiento psíquico particular, la “neurosis traumática”, término controvertido pero muy importante que nos permite pensar no sólo el momento presente si no también el trabajo que deberemos desplegar cuando la pandemia haya terminado y debamos reconstruirnos.

Sobre la neurosis traumática

Se trata de un tema controvertido y, por lo tanto, de manejo muy dispar entre la escucha psicoanalítica y la mirada médico-psiquiátrica. El trauma o la situación traumática vivida por un niño o adulto son siempre conmovedores y urgentes.

Los accidentes, robos, las situaciones de abuso y las muertes de seres queridos en los que los niños y adultos se ven implicados motivan muchas veces la consulta de familiares y profesionales del ámbito educativo o sanitario. Si bien en las guardias y consultas externas de salud mental, muchas veces son motivo de consulta, lo son de manera puntual. Esta vez nos enfrentaremos a miles de personas que a través de síntomas muy variados nos mostraran su sufrimiento particular en esta etapa de aislamiento que ha impactado contra prácticamente la población mundial.

Se ha llamado neurosis traumática a un tipo de manifestación neurótica en la que los síntomas aparecen consecutivamente a un choque emocional. Este impacto generalmente está ligado a una situación en la que el sujeto ha sentido en algún aspecto amenazada su vida.

En el momento del choque suele manifestarse una crisis de ansiedad paroxística que puede provocar estados de agitación, estupor o confusión mental. Su evolución ulterior, casi siempre después de un intervalo libre de ausencia de manifestaciones permite diferenciar esquemáticamente dos modalidades:

- Una en la que el trauma actúa como desencadenante revelador de un conflicto psíquico preexistente y que, con mayor precisión, podríamos denominar *crisis de ansiedad o de angustia*.

- Otra en la que el trauma tiene una parte determinante en el contenido mismo del síntoma. Consiste habitualmente en la repetición mental del acontecimiento traumático con pesadillas, trastornos del sueño, agitación, inhibición, etc. Las manifestaciones aparecen como un intento reiterado de ligar y descargar por *abreacción* la escena traumática (traducción de “abreagieren” neologismo creado por Freud y Breuer en 1893 y utilizado por el primero en *El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos* para hablar del síntoma histérico y referirse a la descarga emocional para liberar el afecto de un acontecimiento traumático a fin de evitar su efecto patógeno en el psiquismo).

Tal fijación del trauma se acompaña de una inhibición más o menos generalizada de la actividad del sujeto como si hubiera quedado suspendido en el tiempo.

Generalmente la definición de neurosis traumática es reservada por Freud y el psicoanálisis para la segunda forma.

Si bien el término es anterior a Freud, quien en los primeros años de su obra relaciona el trauma con las reminiscencias de seducción vividas por las pacientes histéricas en su primera infancia (*teoría del trauma*).

Esta idea evoluciona hasta llegar a descartar la realidad exterior del trauma haciendo hincapié en el conflicto psíquico que la sexualidad, por definición siempre traumática, origina.

En la década de 1920, esta forma clínica toma un valor predominante ya que con la Primera Guerra Mundial se multiplican los casos de “neurosis traumáticas”. En esos momentos Freud ya ha introducido en su teoría el trabajo *Más allá del principio del placer* que constituye uno de los puntos de partida de la teoría freudiana de la *pulsión de muerte*.

En psiquiatría seguirá utilizándose, en forma variable, en virtud de las ambigüedades del concepto de traumatismo y las diferentes posiciones teóricas.

En neuropsiquiatría se habla de traumatismo en dos acepciones totalmente distintas:

1. Se aplica al sistema nervioso central (SNC) el concepto quirúrgico de conmoción (sacudida de un órgano por un choque o una violencia que actúa sobre una parte alejada o cercana pudiendo eliminar las funciones del órgano de una forma temporal o definitiva sin que se produzca destrucción de tejido celular).

2. Metafóricamente en el plano psíquico, como todo acontecimiento que hace efracción bruscamente en la organización psíquica del individuo, tal como los accidentes, las guerras etc.

I. En *Introducción al psicoanálisis* (1916), Freud afirmaba que las que llama “series complementarias”, es decir los factores hereditarios o congénitos, las experiencias infantiles y los factores actuales, son la causa del desencadenamiento de las neurosis, diciendo que varían en relación inversa entre sí, por lo que el concepto de trauma como causa se vuelve puramente relativo.

El problema trauma/ predisposición se confunde con los factores actuales y el conflicto preexistente; por ello, lo importante es investigar en la historia del sujeto los conflictos neuróticos que el acontecimiento traumático habría precipitado, de manera similar a lo que ocurre en la neurosis de transferencia. El acontecimiento exterior viene a realizar un deseo reprimido, a poner en escena una fantasía inconsciente del sujeto.

Para Fenichel, «de este modo repetirán un trauma infantil para descargarlo por abreacción (...) el Yo desea la repetición para resolver una tensión penosa, pero la repetición es en sí misma penosa, el enfermo ha entrado en un círculo vicioso.»

II. Una segunda perspectiva en la que la investigación psicoanalítica pone en tela de juicio la noción de neurosis traumática. El concepto sería solo una aproximación puramente descriptiva, que no resistiría a un análisis profundo de los factores que intervienen.

S. Freud en *Más allá del principio del placer* dice: «el cuadro sintomatológico de la neurosis traumática se acerca al de la histeria por su riqueza y similitud de los síntomas motores; pero lo sobrepasa por sus signos de sufrimiento subjetivo (que recuerdan la hipocondría o la melancolía) y por las manifestaciones de una debilitación y perturbación mucho más generales de las funciones psíquicas.»

Insiste en el carácter a la vez somático, relacionado con la conmoción, y el psíquico relacionado con el susto del trauma. Con

susto se refiere al estado que sobreviene ante una situación peligrosa para la que no se está preparado.

Desbordado el sujeto en sus funciones de ligazón, repetirá de forma compulsiva, especialmente en sueños, la situación traumatizante con el objetivo de conseguir ligarla.

Freud no dejó de señalar la posible existencia de conexiones entre la neurosis traumática y la neurosis de transferencia.

Frente a la experiencia traumática, la respuesta será subjetiva dependiendo de su constitución psíquica, de la capacidad intelectual y de la ayuda del entorno.

Algunos elementos que nos pueden ser útiles a la hora de abordar este tipo de situaciones es tener presente no solo los elementos de todo *proceso de duelo* si no también la evolución de la idea de muerte desde la infancia hasta la edad adulta.

La representación de la muerte en los niños:

Según Gessell, hasta los cuatro años los niños tienen una idea de la muerte limitada y sobre todo relacionada con las circunstancias de su entorno, sin una emoción especial.

A partir aproximadamente de los seis años se producen ya reacciones afectivas y sobre todo temor a la muerte de sus progenitores (todavía no cree en la posibilidad de la propia muerte).

Alrededor de los siete años comienza a entenderlo como una experiencia humana, y de una manera vaga se le ocurre que puede morir algún día.

De los ocho años en adelante acepta con realismo que todos, incluso él, pueden morir algún día.

Hay cuatro momentos diferentes en la evolución del concepto:

- Total incapacidad para entender el problema.
- Comprensión de la muerte como una ausencia, una larga enfermedad o una desaparición provisional, un viaje o un sueño.
- Comienzan a integrarse los elementos sociales (luto, ceremonia, entierro...) intentando captar y explorar el duelo.
- Y por último, antes de la adolescencia, elabora la idea de su irremediable destrucción. Pasa de la idea abstracta de la muerte a lo concreto como realidad de la ausencia.

En otro sentido pasa de lo concreto o particular a lo abstracto o universal: la muerte no se comprende, y no hay representación posible para ella. Lo que el sujeto logra entender es la vida.

Hay diversos interrogantes que suelen ser motivo de consulta tales como el secreto o la participación de los niños, jóvenes y en algunos casos adultos en lo que está ocurriendo incluso con su

propia salud : ¿se debe comunicar o no al niño, adolescente o adulto lo que está pasando? No hay una fórmula para ello. Se trata más bien de valorar la situación y de escuchar al entorno. Saber qué es lo que hay que comunicar y la situación psicológica en la que se encuentran los posibles informantes. Se debe evitar guardar silencio a cualquier precio, complot insoportable, que el sujeto captará evitando hablar de lo que siente. Pero tampoco se trata de revelar por norma. Lo más adecuado será ir informando a medida que surjan las preguntas y que el familiar o adulto a cargo pueda ir respondiendo.

Es importante la edad y la representación que el niño tenga de la muerte, y los rituales muchas veces ayudan a la representación.

No se trata de saber qué decir sino más bien de sostener la escucha. Permitir que cada cual despliegue sus propias preguntas sin anticipación permitirá a su vez que el sujeto, a medida que perciba los cambios, pueda preguntar de acuerdo con sus propias formulaciones, ya que el que pregunta algo sabe.

La noticia y la respuesta ante la muerte son distintas si se producen tras una enfermedad progresiva que si aquella es brusca e inesperada ya que esto aumenta las posibilidades de un choque emocional.

Sea cual sea la situación traumática que tenga que enfrentar un sujeto niño o adulto, deberá realizar un duelo de la situación anterior que le permita reposicionarse para enfrentar el presente y el futuro. Para ello será indispensable tener un tiempo psíquico que permita recordar el pasado.

En el caso de los niños y/o adolescentes este proceso debe ir de la mano de su propio entorno familiar que por el mismo camino afronte la nueva realidad exterior e interior.

Con respecto al *duelo*, Freud, en 1915 en su escrito *Duelo y melancolía*, dice que el trabajo de duelo es la necesidad del aparato psíquico de ligar impresiones traumatizantes.

Antes, en *Estudios sobre la histeria* (1895) afirma que las reproducciones de escenas de la enfermedad y de la muerte de un ser querido hacen que cada día el sujeto se impresione, llore y se consuele, dando esto la posibilidad de ir despidiéndose del objeto de amor...

Primero ante la pérdida del objeto de amor se produce una falta de interés por el mundo exterior, podemos recordar lo que sucede en la llamada "depresión anaclítica" de los primeros meses de vida. Toda la energía está acaparada por el dolor y los recuerdos. Llega un momento en que el Yo debe elegir si sigue el

camino del objeto perdido (*pulsión de muerte - goce*) o el amor a la vida (*narcisismo - pulsión de vida - deseo*).

Para que se produzca este cambio el sujeto deberá ir rompiendo los lazos con el objeto perdido en el sentido de ir desligando la libido, lo que permitirá la construcción de nuevas catexias.

Es necesario para que esto ocurra que cada uno de los recuerdos, cada una de las esperanzas, ligadas al objeto, sean revaloradas y presentificadas para que pueda así irse desprendiendo la libido.

El duelo patológico sería aquel en el que se produce una detención del proceso de desligazón, y sus causas suelen estar vinculadas con la conflictividad psíquica del sujeto.

En el caso de la melancolía, el Yo se identifica con el objeto perdido (etapa suplementaria).

Todo trabajo de duelo pasará por un momento de impacto y sorpresa en el que los mecanismos de defensa en juego serán predominantemente la negación y el aislamiento. Le seguirá un tiempo de ira y rabia en la que el sujeto buscará desesperadamente un culpable a quien dirigir esos sentimientos. La realidad dolorosa le llevará a intentar algún tipo de pacto con quien considere el Otro capaz de devolverle aquello que ha perdido o está a punto de perder. La depresión vendrá a continuación y seguirá por mucho tiempo hasta la aceptación. En casos de enfermedad grave, accidentes, pérdidas materiales etc. este momento permitirá la aparición de la esperanza.

Estos momentos que he descrito de manera sistemática no corresponden a tiempos cronológicos sino a momentos lógicos inconscientes que se superponen constantemente.

La escucha deberá respetar y sostener el camino que el sujeto debe transitar.

La búsqueda de una explicación y un culpable para lo sucedido puede ser en muchas ocasiones la única manera de recorrer el camino. Cuando la resolución no es posible o se dilata demasiado en el tiempo dificulta el poder avanzar psíquicamente.

Diagnosticar una neurosis traumática en la práctica médica implica tomar medidas que anestesian al sujeto para suspender su reacción, las llamadas "curas de sueño" es decir sedación y paso del tiempo.

A modo de ejemplo y debate incluiré posteriormente el trabajo realizado con una paciente donde creo que podemos escuchar mucho de lo expuesto.

En mi experiencia y por todo lo dicho hasta ahora, llamemos o no a la situación crítica neurosis traumática, lo que queda claro es que la posición del psicoanalista debe ser la de escuchar, intervenir en los problemas que vayan surgiendo con calma, teniendo presente el estado psíquico de confusión de los sujetos implicados, colaborar en la toma de decisiones que aparecen como urgentes y ayudar a postergar las que no lo sean.