

CUADERNOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL #1
Ciclo de charlas salud mental 2021
Consecuencias clínicas de la pandemia por Covid-19



HOSPITAL
RODOLFO ROSSI
La Plata

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

CUADERNOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL #1
Ciclo de charlas salud mental 2021
Consecuencias clínicas de la pandemia por Covid-19



HOSPITAL
RODOLFO ROSSI
La Plata



MINISTERIO DE
SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

Hospital Interzonal de Agudos “Prof. Dr. Rodolfo Rossi”
Cuadernos de investigación en Salud Mental #1 -
1a ed. - La Plata : HIGA Prof. Dr. Rodolfo Rossi, 2022.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

Publicación del Servicio de Salud Mental
HIGA “Prof. Dr. Rodolfo Rossi” de La Plata

Ciclo de charlas Salud Mental - Consecuencias clínicas de
la pandemia por Covid-19. Cuadernos de Investigación en
Salud Mental.

**Gobierno de la Provincia de Buenos Aires - Ministerio
de Salud - HIGA “Prof. Dr. Rodolfo Rossi” - 2022.**

Autoridades

Gobernador - Dr. Axel Kicillof.

Ministro de Salud - Dr. Nicolás Kreplak.

Autoridades HIGA “Prof. Dr. Rodolfo Rossi”

Directora Ejecutiva - Dra. María Cecilia Jaschek.

Directores Asociados - Dr. Guillermo Marti.

Lic. Cecilia Fasano, Dra. Violeta Hernández.

Autoridades del Servicio de Salud Mental

Jefe de Servicio de Salud Mental: Lic. Luis Volta.

Jefe de Sala: Dr. Ernesto Scorians.

Jefa de Unidad de Consultorios Externos: Lic. Eugenia Urlezaga.

Calle 37 N° 183 e/ 116 y 117 La Plata - C. P. 1900 -
Buenos Aires – Argentina
www.gba.gob.ar

STAFF

Dirección Editorial

Mariana Isasi

Comité de Redacción

Valeria Cabrita Ribeiro, Nahuel De
Dominicis, Milagros Dettbarn, Julieta Eliggi

Asesora

Cecilia Fasano

Obra de Tapa

"El abrazo" - Hernán Fouillet (ARGRA - 2021)

Edición y Diseño

Área Comunicación y Prensa
HIGA "Prof.Dr. Rodolfo Rossi"
Ministerio de Salud PBA

**IMPRESO EN IMPRENTAS DEL
ESTADO BONAERENSE**

ÍNDICE

EDITORIAL.....	08
Mariana Isasi	
I - DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19.....	12
Cecilia Fasano	
Dévora Kestel	
Santiago Castellanos	
Ana Paula Ribeiro - Santiago Del Pino	
II - URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA.....	30
Mariana Isasi	
Santiago Levín	
Ricardo Seldes	
Santiago Primerano - Juan Manuel Blanco	
III - CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN CONSULTORIOS EXTERNOS.....	46
Luis Volta - Eugenia Urlezaga	
VI - PUNTUACIONES.....	50
Alicia Stolkiner: Reinventando las prácticas: salud mental en época de incertezas	
Domenico Cosenza: El virus analítico en el tiempo del confina- miento y del post-confinamiento	
Julieta Calmels: Amor al pueblo: dispositivos de atención acompañamiento y cuidado en salud mental en la provincia de Buenos Aires	

EDITORIAL

Por Mariana Isasi

Cuadernos de Investigación en Salud Mental es el nombre de esta primera publicación del servicio de Salud Mental del Hospital “Prof. Dr. R. Rossi” de La Plata. La misma recoge las conversaciones y puntuaciones que tuvieron lugar durante el Ciclo de charlas titulado “Consecuencias clínicas de la pandemia por COVID 19” realizado en el año 2021.

Pasado poco más de un año desde el inicio de la catástrofe sanitaria en cuestión, se reunió a parte de la comunidad clínica del servicio de Área Programática y Salud Mental para generar un intervalo de reflexión que nos permitiera dar otra forma a las últimas experiencias de trabajo.

La idea no quedaba ahí, porque -ahora entendemos- el servicio también necesitaba un retorno de su relato. Así fue que se convocó a colegas de otras instituciones, de este y otros países, para compartir experiencias y poder debatir acerca de este acontecimiento que conmovió el campo social y discursivo a escala mundial.

Ante la desintegración general de las coordenadas simbólicas del mundo, tomamos nota de que nuestra tarea consistiría en llevar adelante acciones institucionales en dirección a reanudar la función del hospital público en tanto garantía de inscripción en el Otro social. En esa línea la pragmáti-

ca debía valerse de la invención y puesta en marcha de protocolos que -en principio- nos organicen a nosotros y sirvan para propiciar la reconstrucción de semblantes y ficciones necesarios para tratar el agujero en lo simbólico que dejó ver la pandemia.

Esta publicación se divide en cuatro apartados. El primero, “Dispositivos para pacientes COVID 19”, incluye la desgrabación de la ponencia de dos compañeros del hospital y la conversación surgida junto con dos invitados en el primer encuentro del Ciclo. En representación del servicio de Área Programática, Santiago del Pino y del servicio de Salud Mental, Ana Paula Ribeiro, basaron su exposición en el “Dispositivo multidisciplinar de seguimiento y acompañamiento ante el aislamiento por COVID-19” y del “Protocolo de visita a pacientes en UCI aislados por COVID-19”. Se acentúa la arista interdisciplinaria, la combinación de diversos tipos de abordaje, a base de una dinámica que hacía que una disciplina no pueda funcionar sin el aporte de la otra.

Nos gratificaron con su presencia Devora Kestel -directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS- y Santiago Castellanos -referente de la red internacional de incidencia del discurso analítico en el campo de la opinión pública y la política-. Ambos, residentes en otros países, aportaron nuevas lecturas que en-

riquecieron la reflexión colectiva.

El segundo apartado, “Urgencias en tiempos de pandemia” retoma la desgrabación del segundo encuentro del Ciclo. El mismo consta de la presentación de dos de los dispositivos puestos en marcha desde la perspectiva de la urgencia, por parte de Santiago Primerano y Juan Blanco, en representación de la coordinación docente de las residencias de Psiquiatría y Psicología del Hospital “Prof. Dr. R. Rossi” de La Plata. Como invitados, dos referentes del compromiso con la salud colectiva y el trabajo en equipo en torno a las urgencias subjetivas: Santiago Levin y Ricardo Seldes.

El tercer apartado, “Consultorios externos en pandemia”, consiste en el trabajo realizado por dos representantes de nuestro servicio: Luis Volta y Eugenia Urlezaga, quienes coordinaron desde la jefatura y admisión, la dinámica de los consultorios externos del servicio de Salud Mental. En esta oportunidad, se resalta la puesta en cuestión de los usos y costumbres en la práctica tal como era llevada a cabo en la prepandemia. A pesar de que las variaciones que se introdujeron en la práctica ocurrieron por fuerza mayor, es posible localizar un saldo de enseñanza a partir del trabajo colectivo y una inspiración para seguir.

El cuarto y último apartado, “Puntuaciones”, está formado por textos que muy amablemente sus autores nos han autorizado a publicar

en este número. Por razones técnicas, no hemos podido contar con la desgrabación de la tercera charla, y es por eso, que los invitados de aquel encuentro, aceptaron incluir su participación de esta manera. El texto que nos comparte Alicia Stolkiner advierte sobre las tensiones y antagonismos en salud mental, la necesidad de reordenar los postulados de trabajo en las prácticas cotidianas y la confluencia en un movimiento que destaque innovaciones. Por su parte, Julieta Calmels contribuye con un trabajo que destaca la perspectiva de integralidad que se acentuó a partir de la pandemia y que generó redes en el sistema de salud, entrecruzando pautas comunes entre las instituciones sanitarias de la provincia de Buenos Aires. Por su parte, Doménico Cosenza nos autoriza a sumar la desgrabación y establecimiento de su Conferencia llevada a cabo el 30 de octubre de 2020 en Madrid (España).

“La guerra deconstruye el orden social existente, pero también promueve nuevas facetas de discurso (...) En la producción de escansiones de la historia, la guerra funciona como una interpretación real”¹. Poco más, poco menos, pero finalmente absurda como la guerra, esta pandemia sin duda produjo mutaciones en los discursos.

Con el tiempo y una lectura a posteriori cada uno en su intimidad sabrá si este acontecimiento tuvo el poder de la auto interpelación

¹ Brousse, M.H.: El Psicoanálisis a la hora de la guerra, Tres Haches, 2015, Buenos Aires, pág. 224

como ocurre con las interpretaciones. Para muchos, será una marca inolvidable, vivida de modo directo, para otros, una herida heredada.

Las guerras tienen razones, singulares o compartidas, próximas o lejanas, coyunturales o estructurales. Despejar esas razones no quitó que Freud se pregunte “¿Por qué la guerra?”². Un virus no se explica desde la pulsión de muerte, pero sí entra en el terreno traumático en tanto y en cuanto quede una x sin despejar desde la dimensión subjetiva. Entonces, no habrá respuesta universal ante la pregunta “¿Por qué el COVID 19?”.

Advertidos del idealismo ciego que hay en los semblantes de heroísmo, de este ciclo de charlas me interesa destacar el valor que tomó el significativo de la simpleza en la respuesta que había que dar. Lo que intenta dejar esta publicación es el testimonio de una acción colectiva y las reflexiones compartidas.

La imagen que ilustra la tapa de Cuadernos de Investigación en Salud Mental -“El abrazo”-³ sintetiza un momento único durante los días más difíciles de la pandemia, en el que dos enfermeras de terapia intensiva de nuestro hospital se funden en ese abrazo tan conmovedor.

Agradecemos la buena disposición de los invitados para prestarnos su tiempo y atención, así como la buena disposición de los colegas que acompañaron el Ciclo tanto

desde el otro lado del zoom, como desde nuestra sede. Una mención especial para Cecilia Fasano, quien tuvo la idea inicial y el deseo sostenido para que finalmente el Ciclo de encuentros decante en publicación. Por último, vaya nuestro reconocimiento y agradecimiento a la comunidad hospitalaria “del Rossi” que transitó con dignidad esta coyuntura sanitaria.

Dedicamos estas páginas a las personas que se llevó esta pandemia, a sus familiares y amigos.

La Plata, septiembre 2022

² Freud, S.: “¿Por qué la guerra?” en Obras Completas, Tomo XXII, Amorrortu, 1996, Buenos Aires, pág.179.

³ Fotografía de Hernán Fouillet, seleccionada para la portada del anuario de Asociación de Reporteros Gráficos de la República Argentina (aRGra).



DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

Cecilia Fasano

Damos comienzo a este ciclo de charlas que hemos dado en llamar "Consecuencias clínicas por COVID-19". El ciclo se va a desarrollar durante tres encuentros y contaremos con la disertación de importantes especialistas en el área. Antes de presentarlos y dar la palabra a nuestros invitados, quiero contarles brevemente cómo surgió esta iniciativa.

Desde el punto de vista metodológico, tal vez no sea estrictamente correcto hablar de consecuencias de la pandemia porque aún está transcurriendo, por lo tanto, no es seguro que podamos hacer una interpretación veraz del malestar que provoca en los sujetos. No obstante, pensamos que era momento de compartir con ustedes nuestra experiencia, contarles acerca del dispositivo que implementamos para el seguimiento de pacientes con COVID-19, cómo abordamos la atención de las urgencias en contexto de pandemia y qué modalidad de trabajo nos dimos para las demandas recibidas por consultorios externos. Pensamos que podía ser muy enriquecedor intercambiar opiniones y conversar sobre un acontecimiento que indudablemente afectó al mundo entero.

El miedo, la nostalgia, la ira, se replicaron en todo el planeta al rit-

mo de la propagación del virus, y los efectos del aislamiento y las muertes por COVID-19, dejaron su secuela. Los profesionales de la Salud Mental, que ejercen su práctica en el ámbito de la salud pública, pueden dar testimonio de su trabajo en este contexto, que sin dudas fue muy duro.

El malestar subjetivo de la población dentro y fuera del hospital fue desolador, algunos se adaptaron más fácilmente que otros, unos se angustiaron, otros se irritaron, otros se paralizaron, pero un denominador fue común: a nadie le resultó indiferente. Se vivieron situaciones de extrema tensión, que dejaron al descubierto miserias y virtudes humanas en cada uno de nosotros, de modo descarnado. Puntualmente en el hospital la pandemia adquirió ribetes sombríos, rostros heridos por máscaras y antiparras, cuerpos exhaustos luego de largas horas de tensión, de incertidumbre. A eso se sumó el fatigoso uso del equipo de protección personal (EPP), que implicaba un agotamiento extra, que sólo ellos conocían, al dar cuenta de lo vivido.

En el inicio de la pandemia, la normativa del aislamiento se acató casi masivamente y con cierta docilidad y obediencia. Probablemente debido al hecho de que contábamos con informantes mediáticos del

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

otro lado del océano encargados de spoilearnos la película que ellos vivían anticipadamente y la población acompañó la decisión política de la necesidad de reforzar el sistema sanitario. Pero el tiempo fue transcurriendo, y aquella docilidad y obediencia, comenzó a resquebrajarse. Sujetos irritados, depresivos, desestabilizados, conductas adictivas al alcohol o a las drogas, fueron favorecidas por el aislamiento y demandaban atención psicológica y psiquiátrica. Esta vulnerabilidad, no sólo afectó a los pacientes, sino también al personal de salud.

Entre otras excentricidades, esta pandemia reveló una insólita condición ante los fallecimientos ocurridos por COVID-19 : se trataba de muertes que ocurrían no sólo en absoluta soledad, sino que además a sus deudos les estaba vedado despedirse de sus seres queridos. Desconocemos el alcance real de esta normativa, las derivas de impedir el abrazo final y separar a los cuerpos en el último momento de una vida; sí sabemos que los rituales funerarios otorgan una dimensión simbólica a la imposibilidad de representación de la muerte, por lo tanto, la privación de esta posibilidad no será sin consecuencias.

Otro efecto del aislamiento fue la apelación compulsiva y masiva a las plataformas virtuales en sus

diferentes propuestas y diseños. Efectivamente aquí estamos bajo esta modalidad, la que nos permite contar con la presencia de dos invitados que si no fuera por este medio -virtual- no hubiera sido posible, de modo que bienvenida sea.

Quiero presentar a nuestros invitados: Dévora Kestel, es la primera mujer en ocupar el cargo de directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un honor contar con su presencia. Tengo por ella un profundo respeto por el lugar que hoy ocupa, pero además me une a ella un afecto especial dado que fuimos compañeras en la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Santiago Castellanos cuenta con una extensa trayectoria en el tratamiento de enfermedades mentales y una interesante investigación en el tratamiento de la fibromialgia, es un privilegio contar con su opinión. Santiago es miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana de Psicoanálisis (EOL), de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), y es docente del Instituto del Campo Freudiano, especialista en medicina familiar y comunitaria.

Dévora Kestel

Gracias Cecilia, un gusto estar aquí con ustedes. En cuanto al tema que

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

nos convoca, primero felicitaciones por el trabajo que han realizado. Desde el inicio comenzamos a trabajar con documentos relativos a la atención en Salud Mental de la población que se enferma por COVID-19, familiares y cuidadores ([Mental health and COVID-19 \(who.int\)](#)). Fuimos lanzando diferentes alertas, sin generar una preocupación desmedida, pero sí una preocupación sobre un componente que no estaba siendo evidente por quienes no trabajaban en este tema o esta área. La preocupación estaba centrada en el devenir de la infección y el problema físico, y nosotros estábamos diciendo que iba a haber otras consecuencias también. Este es uno de los puntos que quería remarcar y que de algún modo lamentablemente confirmó lo que veníamos sosteniendo. La semana pasada salió una publicación en la revista The Lancet que hace un análisis de todos los estudios sobre COVID-19 y el impacto en Salud Mental y confirma que hubo un 30% de aumento en casos de depresión y de ansiedad, en los estudios realizados en diferentes localidades y a nivel nacional ([COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide \(who.int\)](#)). Sabemos que muchos de estos casos van a volver a una cierta normalidad y a convivir con las

consecuencias de la pandemia sin necesariamente llegar a una categoría diagnóstica. Pero también sabemos que muchísimas otras personas, estamos hablando de miles y miles, y probablemente millones de personas, han sido afectadas por la pandemia por motivos de los más variados, que nos han afectado a todos de un modo u otro. Una de las preocupaciones en las que insistíamos era precisamente eso, aquellos que estaban particularmente afectados porque un familiar podía estar internado por mucho tiempo sin la posibilidad de contacto, sin llegar a las situaciones extremas que conocemos. Me parece que lo que ustedes han hecho es algo que no muchos han podido realizar y que merecería ser mejor conocido tal vez o diseminado como ejemplo. El que se hayan preocupado y que hayan podido poner en marcha un dispositivo me parece loable, me parece un ejemplo que vale la pena hacer conocer porque como decía Cecilia al inicio, la pandemia no terminó y no sabemos cuándo va a terminar, y no va a ser la última. Pero además, aun en condiciones de no pandemia, cuánta gente necesita de este tipo de atención en el cotidiano. El Hospital Rossi en mi conocimiento de hace 30 años, era ya reconocido por tener una preocupación en estos temas, evidente-

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

mente esto ha ido aumentando y creo que vale la pena documentar. ¿Cuánta gente han visto, cuántos familiares, de qué manera, por cuánto tiempo, qué pasó con ellos?, y tal vez la posibilidad de comparar con otras sedes asistenciales que no tuvieron ese tipo de respuesta. Seguramente mucha gente que podría haber desencadenado una problemática de salud mental, justamente esto no se produjo porque hubo un equipo que estuvo atento a esa posible consecuencia.

Me parece que es importante conocer resultados de esta experiencia como para explorar la posibilidad de que esto se convierta en una práctica cotidiana. Por otro lado, para que otros Servicios de Salud Mental -en Argentina o en el mundo- puedan tomar esta experiencia, es necesaria la documentación en números, aparte del enfoque teórico específico, en este caso psicoanalítico. Sería interesante que esto pueda ser utilizado también para otras sedes y no sólo las específicas con las cuales ustedes interactúan.

Otra cuestión que me quedó como curiosidad es el tema del trabajo con los trabajadores de salud con este mismo enfoque de cuidar a la cantidad de gente que se vio afectada, pero dirigido a los trabajadores de salud. Nosotros trabajamos mucho tratando de obtener docu-

mentación y sugerencias de cómo cuidar a los trabajadores de salud y sería bueno escuchar también eso.

Cecilia Fasano

Gracias Dévora. Es muy importante lo que decís respecto de los datos epidemiológicos, porque es un tema que nos interesa y la pandemia mostró la necesidad de esos estudios. Hay muchos trabajos que quedan suspendidos por la falta de contraste con los datos epidemiológicos. En este caso el equipo paralelamente fue trabajando con estos datos estadísticos y van a ser presentados en las próximas Jornadas Científicas Anuales en el hospital. Pero coincido que sí es un tema que tiene que acompañar a los avances teóricos.

Respecto del trabajo con los trabajadores/ras, utilizamos la modalidad de talleres “Pensemos juntos la pandemia” dirigidos a todo el personal del hospital, formados por grupos pequeños (cambios, médicos/as, trabajadores/as sociales, personal de limpieza, etc.) y coordinados por colegas del Servicio de Salud Mental. Fueron encuentros muy ricos porque al principio cada uno sentía que lo que estaba viviendo era una tragedia que solamente a él le ocurría. Pero a partir del encuentro

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

con otros, se podía advertir que todos padecían cosas similares (temor a contagiar a su familia, etc.)

También tuvimos una propuesta muy interesante generada desde el Ministerio de Salud de la PBA que se llamó “Cuidar a los que cuidan”. Este dispositivo se pudo poner en marcha en el Servicio de Terapia Intensiva, que fue uno de los Servicios más afectados y ahí también contamos con la intervención del equipo de Salud Mental.

Dévorá Kestel

No sé si sería posible que ustedes hagan una encuesta comparativa entre quienes recibieron atención en este hospital y otra institución donde eso no sucedió. Creo que podemos aprender mucho si se logra institucionalizar de algún modo esta práctica, que se vuelva cotidiana, regular y existente en todos lados. Que no sea una excepción porque no debería serlo.

Cecilia Fasano

Lo tendremos en cuenta. Gracias Dévorá.

Continuamos con la lectura del trabajo que han preparado dos compañeros de este hospital: Ana Paula Ribeiro, es Licenciada en Psicología del Servicio de Salud Mental y de la Sala de Medicina Paliativa y Santiago del Pino, Licenciado en Trabajo

Social y Jefe de Área Programática.

Ana Paula Ribeiro

Le pusimos como título “Pandemizar el acercamiento en tiempos de COVID” .

“Los tiempos del virus”¹. Así tituló Marie-Hélène Brousse un artículo en el que nos invitaba a pensar el impacto social del COVID-19 a partir de los tres tiempos lógicos de Lacan²: instante de ver, tiempo para comprender y momento de concluir. La lectura de uno, me condujo a la relectura del segundo, y ambos a la experiencia que inventamos en nuestro Hospital frente a la irrupción de este virus que tuvo la virtud de poner en jaque ideales, fantasmas, e incluso identificaciones profesionales. El momento de concluir, representado por la urgencia subjetiva e institucional de planificar algún dispositivo de intervención, nos llevó a reconstruir ese primer instante de ver a partir de permitirnos instalar un tiempo para comprender. No fue sin la travesía por la angustia y la incomodidad de lo nuevo, que consentimos a prestar el cuerpo a través de una escucha en la que prevaleció la ausencia real de los cuerpos.

Santiago del Pino

En tanto Jefe del Servicio de Área Programática y como trabajador social, no podía dejar de reflexio-

¹ Brousse, M.-H.: “Les temps du virus”, en *Lacan Quotidien*.#875.

² Lacan, J.: “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma”, en *Escritos*, tomo 1, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009.

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

nar acerca de los cambios radicales que produciría la pandemia en la cotidianidad de los sujetos. Agnes Heller en su “Filosofía de la vida cotidiana” conceptualizaba mucho de lo que empezábamos a transitar. La preocupación radicaba sobretudo en el aislamiento de las personas que requerían internación o debían hacerlo en su domicilio; y la situación particular de los trabajadores de salud. Heller plantea que la vida cotidiana, la vida de todos los días, de los mismos gestos, ritos y ritmos, de actividades más dirigidas por gestos mecánicos que por acciones conscientes, produce insatisfacciones y angustias, pero también seguridad. Por lo tanto, y considerando que indefectiblemente la pandemia introduciría alteraciones en nuestra cotidianidad familiar y laboral, tales alteraciones podrían promover la pérdida de certezas, de seguridad, sostenidas en aquellas actividades rutinarias de la vida cotidiana.

Sin mucho análisis, lo bautizamos Dispositivo Multidisciplinar de Seguimiento y Acompañamiento ante el Aislamiento por COVID-19. Su objetivo principal fue ofrecer un acompañamiento médico y psico-social a los referentes vinculares de pacientes internados por COVID-19, y al personal sanitario de la institución que debía aislarse por contraerlo o por haber sido con-

tacto estrecho de un caso positivo.

Para su implementación se conformaron tres grupos multidisciplinares integrados por médicos, trabajadoras sociales, psicólogos y psiquiatras. Uno de ellos estuvo abocado al seguimiento y sostén de los referentes vinculares; mientras que los otros dos, al personal del hospital aislado. A grandes rasgos, la dinámica de intervención fue la siguiente: a cada caso se le asignaba un equipo integrado por un médico y un referente del área psico-social. El médico transmitía un parte clínico diario y efectuaba el monitoreo sintomático a los contactos estrechos. El referente psico-social (trabajador social, residente de psicología o de psiquiatría), sin perder la especificidad de su disciplina, iniciaba un “acompañamiento” de otro orden... pudiendo interconsultar al compañero de las otras áreas cuando el caso lo amerite. Cada grupo contaba con un coordinador, y se propiciaban reuniones de equipo y de supervisión del dispositivo; no sólo para formalizar la lógica singular de intervención, sino también para interrogar nuestra posición y función allí. Dicho “acompañamiento” se realizaba a través de comunicaciones telefónicas, pero en algunas ocasiones (atendiendo a los resguardos necesarios), era de vital importancia citar a los referentes

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

sociovinculares en el hospital. Esta indicación primaba cuando el pronóstico auguraba el peor de los finales o ante internaciones prolongadas que acrecentaban distintas manifestaciones de la angustia ante la falta de contacto. El encuentro inusitado con estas coordinadas motorizó la creación de un “Protocolo de visita a pacientes en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) aislados por COVID-19”, al que muchas veces terminábamos nombrando como “protocolo de despedida”. Las coyunturas más críticas revelaron los límites del acompañamiento vía la palabra y la modalidad telefónica. Introducir los cuerpos en la escena, aunque reinara el silencio, ya marcaba una diferencia.

Muchas veces los propios familiares solicitaban el “acompañamiento” para el paciente internado, interpretando allí una condición para la “depresión”. El equipo de Interconsulta de Salud Mental era quien respondía a ese pedido para evaluar la pertinencia del espacio con el paciente. Procurar una comunicación fluida entre los agentes intervinientes intrahospitalarios y de otras instituciones, fueron estrategias fundamentales para evitar sobreintervenciones y abordajes fragmentarios. Contar con una Historia Clínica Electrónica para el registro de las evoluciones intentó optimizar la comunicación entre

los profesionales. Aun así, de los tropiezos en la comunicación se derivaban los principales obstáculos en el abordaje. En este sentido, el dispositivo representó, como analizador institucional, un síntoma agudizado en la pandemia.

Ana Paula Ribeiro

Pero a nosotros nos interpelaba una y otra vez eso que nombrábamos como “acompañar”. Digo “nosotros”, quienes estamos en el hospital a título de psicólogos y orientamos la práctica por el psicoanálisis. Ese “acompañamiento psico-social” no implicaba el inicio de un tratamiento; aunque dicho proceso pudiera concluir en ello. ¿Qué es lo que queremos hacer cuando hablamos de “acompañar”? fue la pregunta que me acompañó (un poco como esa piedra que se mete en el zapato), durante mi estar en el dispositivo. Si toda práctica se sostiene en una ética, ¿Qué significaba ofertar un acompañamiento a un otro afectado por el COVID-19?

Coronavirus operó como un significativo amo... “la nueva normalidad”, lo llamaron algunos... Nos confrontó con una experiencia radicalmente nueva que trastocó el statu quo e instituyó lo extrañamente familiar para cada uno. Nos acercó a aquello que siendo de lo más ajeno toca la juntura más íntima de nuestro ser. En el psicoanálisis esta experiencia

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

³ Miller, J.A.: (2010) *Extimidad*. Los cursos psicoanalíticos de Jacques Alain Miller, Paidós, Buenos Aires, 2010.

⁴ Freud, S.: "Lo ominoso", Obras Completas Vol. XVII, Amorrortu, Buenos Aires, 1994, pág. 215

⁵ Conferencia de Miquel Bassols: "Distanciamiento social y acercamiento subjetivo". Instituto del Campo Freudiano de Valencia. Mayo del 2020.

recibe el nombre de lo éxtimo³ o lo siniestro⁴ y muchas veces, el encuentro con la extimidad puede despertar lo traumático. "Distancia social", fue otro sintagma que comandó el discurso, en contrapartida con el Coronavirus; puesto que, cual prescripción médica, se erigía como la medida de bioseguridad privilegiada para prevenirlo o reducir su contagio. Frente a la inevitable propagación del virus el aislamiento adquirió el estatuto de la "mejor vacuna", como promulgaba la ciencia y los medios de comunicación. Si agudizamos la escucha podemos apostar por ir más allá de la significación métrica implicada en el concepto de distancia. ¿De qué distancia se trata en verdad?

Miquel Bassols lo precisaba muy bien en una conferencia del año pasado⁵ Es la distancia física, de la cercanía de los organismos, la que operaría como barrera al contagio, amén de los famosos elementos de protección personal que se convirtieron en apéndices del cuerpo. ¿Por qué, entonces, se enunció como "social" esa distancia? El psicoanalista catalán proponía cuestionar el imperativo "distanciamiento social" con el "acercamiento subjetivo", definido como "la posición analítica para escuchar y sostener la angustia de cada uno ante la muerte y el irreductible deseo de vivir". Tal vez justamente a

eso apuntó nuestro "acompañar" en el dispositivo: ofrecer la oportunidad de acercamientos a otros, aislados por el COVID-19. Acercamientos, en plural, puesto que se suscitaron tantas modalidades de acercamientos como sujetos que consintieron a la experiencia de dejarse acompañar. Acercarse subjetivamente no es más que cercar un tiempo que prescinde del espacio, para ofrecer la escucha de lo que angustia, contribuir a su localización, a lo que en ella emerge como repetición. Es también la simpleza de hacerle saber al otro que hay alguien con quien puede contar, aunque extrañamente sólo conozca su voz. Es hacer existir el cuerpo a través de la voz. Otra forma de presencia que podrá, o no, instalar efectos de transferencia.

Cecilia Fasano

Gracias Ana Paula y Santiago. Ahora le damos la palabra a Santiago Castellanos, ya lo hemos presentado al inicio. Le volvemos a agradecer su aceptación y participación.

Santiago Castellanos

Agradezco, en primer lugar, la invitación del Servicio de Salud Mental del Hospital Rossi a participar en esta conversación sobre las consecuencias clínicas de la pandemia por COVID-19. Es un placer para mí ser parte de la conversación.

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

Por limitaciones de tiempo voy a subrayar solo algunos puntos.

La pandemia de coronavirus constituye una emergencia global, con un elevado impacto en la salud pública, incluida la salud mental. El primer informe del *Imperial College* de Londres en marzo de 2020 ya anticipaba que nada volvería a ser igual durante un largo tiempo y que las perspectivas epidémicas iban a ser sombrías. Han pasado casi dos años y podemos afirmar, sin ninguna duda, que no se equivocaban. La magnitud de esta epidemia podemos considerarla como un encuentro de la civilización con lo real, algo nuevo que irrumpe en la naturaleza y produce un agujero en el saber de la ciencia, que introduce cambios en todos los ámbitos y en el lazo social.

En la clínica psicoanalítica observamos cómo este real traumático resuena de distinta manera en cada uno de nosotros. Esto lo hemos podido constatar a partir de los efectos que la misma epidemia han tenido a nivel de la subjetividad. En cualquier caso, lo que sí hemos constatado es que la epidemia de coronavirus ha puesto en jaque la subjetividad, tensionando y rompiendo sus costuras, eclosionando las defensas que el ser hablante tiene frente a lo imprevisto, la incertidumbre y la muerte. Cada

caso, en su singularidad, nos plantea diferentes problemas clínicos.

Voy a puntuar tres aspectos que he encontrado que me parecen relevantes:

-En primer lugar, han aparecido las respuestas “negacionistas”, casi delirantes en algunos casos. Lo que se ha denominado como fake news, de las que podríamos mostrar un amplio catálogo. Eso nos llevaría una conferencia de más de una hora. No voy a desarrollar este punto que tiene connotaciones políticas y sociales. En España ha sido una posición minoritaria. Sin embargo, me interesa subrayar cómo la vertiente clínica de la paranoia se ha presentado como una defensa a partir de una significación que proporciona una versión a lo que no tiene sentido. La inocencia paranoica atribuye la maldad al Otro. En ese desvío que proporciona el delirio, la subjetividad propia no está comprometida. Es una de las modalidades de defensa frente a lo real y lo insoportable de la epidemia.

-En segundo lugar, hay que destacar que esta crisis ha planteado clínicamente la dimensión de la pérdida, que puede leerse desde diferentes puntos de vista. Un paciente al que considero un hombre muy inteligente, me hablaba de que partíamos de un “exceso”, de un “desborde” en el estilo de vida

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

que la civilización estaba tomando, de su deriva, y que esto había que considerarlo como una corrección inevitable y al mismo tiempo lamentable. A su manera habla de lo que el psicoanálisis de orientación lacaniana nombra como un exceso de goce, un exceso que se produce a partir del funcionamiento del discurso capitalista, en el que el sujeto es consumido por la propia proliferación de los objetos de consumo. Podríamos añadir que el mismo ecosistema, el hábitat del ser hablante, se presenta amenazado por ese exceso sin aparentes límites. Me decía que es normal que el ser humano busque el placer o le guste viajar, pero que eso no tenía nada que ver con que millones de turistas volaran en aviones que surcan el cielo cada día de una esquina a otra del planeta. Ese desborde tenía que encontrar un límite y según su razonamiento el “coronavirus” lo estaba haciendo de la peor de las maneras, introduciendo una pérdida de graves consecuencias en todos los aspectos. Habrá un antes y un después.

La elaboración de esta pérdida a través de lo simbólico se ha presentado compleja, porque ninguno de los discursos hegemónicos cubren ese agujero en lo real de la vida. La pérdida, en primer lugar, de vidas humanas. La pandemia de COVID-19 ha causado casi 6,9 millones

de muertes en todo el mundo, más del doble de las reportadas oficialmente, según un análisis del Instituto de Métrica y Evaluación Sanitaria (IHME, por su sigla en inglés) de la Universidad de Washington, presentado el 6 de mayo de 2021.

Hay que añadir los difíciles duelos a realizar debido a las restricciones impuestas por las autoridades sanitarias, que han impedido el tratamiento simbólico de los mismos. Todos los rituales simbólicos de las diferentes culturas a escala planetaria apenas han podido celebrarse. No hubo despedidas, ni acompañamiento, ni encuentros para elaborar los duelos. Esto ha añadido un plus de sufrimiento. He escuchado a muchas pacientes hablar de lo “insoportable” que ha sido para ellas el hecho de que no hayan podido despedirse ni acompañar a sus familiares.

La pérdida del lazo social, el aislamiento y la no presencia de los cuerpos. Un paciente me decía hoy que nuestro sentido de la “normalidad” está alterado. Si habíamos asumido como algo “normal” auténticas tragedias humanas como las guerras, el hambre y la barbarie que azotan grandes zonas del planeta, lo novedoso es que lo que está pasando nos afecta a nosotros directamente, es decir a nuestros cuerpos. La amenaza no es imaginaria, es real.

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

Es un real traumático para cada uno y las respuestas que hemos encontrado han sido desiguales y a veces paradójicas. Pacientes con problemas graves de salud mental que se estabilizan por la contención que introducen las medidas de alarma implementadas por los Gobiernos. Por ejemplo, aquellos que ya vivían aislados se reconfortaban al legislarse el aislamiento forzoso. Pacientes que se desestabilizan porque experimentan lo que está ocurriendo como una amenaza real, que en algunos casos es la fuente de un delirio. Pacientes que se angustian porque el encierro dinamita la posibilidad del lazo social. Pacientes enredados en múltiples asuntos de la vida cotidiana que hablan de que todo lo que ha ocurrido les hace darse cuenta de lo verdaderamente importante para ellos cada uno en su particularidad. Pacientes asustados y aterrorizados porque están en cuarentena con clínica sospechosa de padecer COVID-19, pero a los que no se les hace las pruebas diagnósticas.

En la actualidad, en España nos encontramos con lo que podría llamarse la “resaca” de la epidemia. La situación ha mejorado desde el punto de vista de la mortalidad y los contagios, pero los cuadros depresivos crecen de manera exponencial. Una “resaca” que se traduce en una desvitalización en

la relación con la vida. No se trata de pensar esta cuestión en una lógica de causa-efecto porque no es evidente a primera vista, sino más bien de considerar los efectos que han movilizad las fragilidades de cada uno. Hay que destacar los efectos que se han producido en el personal sanitario que se ha tenido que enfrentar, y lo sigue haciendo, a una experiencia profesional sin precedentes. Demasiadas muertes, demasiada impotencia, demasiado sufrimiento. La experiencia clínica nos demuestra que en todo exceso hay un precio a pagar.

-En tercer lugar, los cambios introducidos en la práctica clínica, podríamos decir que por fuerza mayor. Durante mucho tiempo el psicoanálisis de orientación lacaniana ha defendido frente a otras opciones terapéuticas la importancia de la presencia de los cuerpos en la dirección de la cura. Pero eso no fue posible durante un tiempo. En España, la ELP, a través de su Fundación, puso en marcha un dispositivo clínico de atención gratuito, de urgencia subjetiva, durante los primeros meses tras la declaración de la pandemia. Fue una experiencia muy interesante que nos enseñó mucho, pero que tuvo sus limitaciones. Algunos de esos pacientes continuaron su tratamiento posteriormente de manera presencial.

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

Nuevas formas se reinventan utilizando las nuevas tecnologías para poder seguir escuchando a los pacientes. Algunos porque están en cuarentena, otros porque tienen miedo a salir a la calle o porque directamente las medidas del Gobierno prohíben la libre circulación de las personas.

Esta transformación, ¿ha llegado para quedarse? Es una pregunta legítima que hay que hacerse. En mi experiencia, la vuelta a la consulta presencial ha facilitado los impasses subjetivos y el tratamiento que había sido sustituido por la modalidad virtual. Aquí hay un problema que se añade de índole económico. Los sistemas sanitarios orientados por la eficiencia y el ahorro económico están promoviendo en muchos lugares la continuidad de las consultas telemáticas, no de forma coyuntural sino estructural. Hay muchos intereses económicos en juego que vienen de la mano de importantes fondos de inversión a escala mundial y compañías aseguradoras. En relación a esto hay que tomar una posición de carácter ético porque el reduccionismo telemático tiene consecuencias para la clínica.

Cecilia Fasano

Muchísimas gracias Santiago, estos tres mojones que planteas: el negacionismo, las pérdidas, y

el cambio de la patología clínica, considero que nos permite ordenar nuestras reflexiones. El tema pandemia tiene muchas aristas y es muy difícil pensarlas si uno no plantea algunos ejes. También quiero subrayar la perspectiva ética y política que señalas, porque no es posible pensar una situación como la que nos ocupa, sin esa perspectiva que tanto se acentúa desde la orientación lacaniana.

Quisiera mencionar que nos están acompañando colegas de otros hospitales de la región. Del hospital Alejandro Korn: Alberto Justo, del hospital Gutiérrez: Christian Martin, hay muchos compañeros/ras de diferentes lugares, quiero agradecerles a todos el acompañamiento, porque organizar algo de estas características y en este contexto no es sencillo.

Ana Paula Ribeiro

Comparto con Cecilia y Santiago la importancia de situar ejes. A medida que Santiago iba desarrollando estas tres puntuaciones, se me hicieron presentes distintas escenas o situaciones que se podían encontrar de manera singular. Y me interesaba agregar otra variable que pusimos sobre la mesa sin nombrarla, como lo fue la incertidumbre. Ha sido una variable que también trastocó la manera de estar y de soportar la pandemia para

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

todos. Desde el dispositivo, notamos un cambio importante en relación a lo que -por lo menos acá en Argentina- fue la segunda ola, respecto del inicio de la pandemia. La incertidumbre la atravesó desde el primer momento hasta el día de hoy, es algo que no se agota. Pero en el dispositivo sí hubo un antes y un después, pensando en esto de lo traumático, a partir de la segunda ola, porque cambió de manera rotunda. Lo digo para poder seguir pensando cómo impactó a los trabajadores de la salud ese cambio. Cambió el caudal de casos, de internaciones, la gravedad de los cuadros, el perfil de los pacientes internados, la rapidez con la que empeoraban esos pacientes. La sensación era de estar todo el tiempo corriendo atrás de algo que no terminabas de saber bien qué era, porque de un día para el otro la información también cambiaba, las estadísticas cambiaban, los protocolos cambiaban. Quedaba como esa sensación de no llegar, no sabías con qué te ibas a encontrar al otro día cuando veníamos al hospital, cuando llamábamos a un compañero que estaba haciendo el aislamiento, cuando hablábamos con algún referente de los pacientes que estaban internados. Simplemente quería compartirles esta distinción que encontramos en estos dos tiempos del dispositi-

vo, que tienen que ver también con el encuentro frente a la pérdida, cómo cada uno ahí pudo hacer algo en el encuentro con la pérdida. A cada uno nos llegaba de una manera muy distinta determinado caso. Si bien podemos decir que la pandemia, en un sentido general caló algo de lo traumático, lo específicamente traumático para el psicoanálisis tiene que ver con otra cosa y eso se escuchaba en el discurso de los familiares, de los pacientes y de nosotros mismos. No simplemente la proximidad de la muerte o de la enfermedad fueron lo traumático, sino que para muchos sirvió como una coyuntura para armar otras defensas, desarmar las que estaban y ponernos a pensar cuáles son necesarias construir. Una coyuntura de expansión, parece que el virus cambió el tiempo y el espacio, no solamente por la rapidez de la propagación, sino también por las posibilidades para pensar nuevas intervenciones.

Santiago Del Pino

No se llegaba a construir una nueva cotidianidad que nos permita tener esa certeza, salir de esa incertidumbre, sino que era como muy sistemático y eso creo que en cierto modo también nos afectaba subjetivamente de manera importante. También me interesa resaltar que creo que nos queda para pen-

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

sar cuestiones de trabajo multidisciplinario para nuestras prácticas profesionales de acá a futuro, debemos hacerlo por la complejidad de la realidad y lo que ello implica.

Mariana Isasi

Quisiera resaltar un punto del trabajo que compartieron Ana Paula Ribeiro y Santiago Del Pino: el uso de la palabra “simpleza” al describir qué tipo de llamadas telefónicas tenían con los familiares de pacientes internados. Si uno recuerda qué circulaba antes de que se genere este dispositivo, era el desconcierto de “vengo al hospital, pero no sé para qué si es prioridad otra cosa que la salud mental”. Más allá de lo que se transmitió o escuchó, me parece fundamental el “acto” en esos llamados telefónicos, que no por simple es menos potente. El hecho elemental de escuchar la voz de un representante del hospital, puede ser contundente. Me interesó la simpleza también porque hace a la función de volver a instalar el Otro, sin que ello implique una garantía de buen pronóstico. Un aporte mínimo de familiaridad en medio de tanta ajenidad, como montar una especie de puente simbólico con el ser querido que no se puede ver ni escuchar, etc. Y otra cuestión, como subrayaba Santiago Castellanos, el agujero en el saber de la ciencia colaboró especialmente a la gravedad

del contexto. Entonces, esa simpleza que en principio está lejos del trabajo al cual nosotros aspiramos, a que se instale algo de lo analítico, termina rebelándose como un paso necesario, por básico que sea.

Quiero subrayar también el coraje de quienes sin tener conocimiento médico -psicólogos y trabajadores sociales- no retrocedieron ante la propuesta y se dispusieron a recibir preguntas que nos exceden, sea por la especialidad o por lo incierto de la situación. Soportaron el no saber, desde una perspectiva cruda, que no es precisamente la “ignorancia docta” como principio de la ética psicoanalítica.

Cecilia Fasano

Santiago Castellanos, quería preguntarte, por algo que nombraste en términos de “resaca de la epidemia”.

Santiago Castellanos

La “resaca” no sé si en Argentina se utiliza, es lo que se experimenta después de una borrachera, al día siguiente. Es una ocurrencia personal, es lo que he observado clínicamente en los últimos meses, una vez que la epidemia -en España al menos- está en un control relativamente acertado, las incidencias han bajado mucho, la mortalidad, etcétera. Sin embargo, sus efectos continúan incluso en algunos pacientes que en un primer tiempo

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

estuvieron bastante bien, incluso se estabilizaron o sostuvieron muy bien el confinamiento y las medidas restrictivas durante largo tiempo -9-12 meses-. Pasado ese lapso, han empezado a plantear toda una serie de problemas que tienen que ver más con estos cuadros de desvitalización de tipo depresivo, de falta de energía, de deterioro en el vínculo con la vida, etcétera. Elaborándolo un poquito más, uno se da cuenta finalmente que cada uno tiene que pagar algo. La subjetividad siempre está concernida, porque además me interesa mucho ese punto que habéis planteado sobre la cuestión de la incertidumbre, me parece muy importante. Lo que en el psicoanálisis se considera real, traumático, es un encuentro contingente con algo que no puede ser simbolizado, eso es lo verdaderamente traumático. A veces acontecimientos muy importantes como es el caso de la pandemia, son algo que el sujeto no puede simbolizar adecuadamente o de forma eficaz. Entonces, la cuestión de la incertidumbre es el punto real que tiene esta coyuntura, porque el saber de la ciencia ha buscado dar su respuesta por la vía de encontrar una vacuna, esa es su manera de significado. Pero en realidad, en relación a esto hay mucha incertidumbre porque el mismo virus en sí mismo es muy inquietante, porque

puede haber mutaciones, porque las vacunas sirven pero pueden dejar de servir. Entonces, hay todavía una presencia real del asunto más allá de que estemos en una coyuntura -al menos en Europa- que podamos decir de “luna de miel” en comparación con lo que hemos pasado anteriormente. Ahora la población está vacunada casi al 90%, pero la incertidumbre sigue funcionando y esto tiene consecuencias.

El otro punto que quiero decir, es que me parece excelente el dispositivo que habéis puesto en marcha, una respuesta rápida orientada por el psicoanálisis dando la posibilidad de una escucha, utilizando los recursos necesarios. Por ejemplo, durante todo un tiempo, fue muy importante la voz efectivamente. La voz es decisiva, una llamada de teléfono, la voz es un objeto pulsional que procura un vínculo al otro, provee un vínculo al otro. El otro tiene un lugar, la información de un profesional dando cuenta del estado de un paciente, para ese familiar es decisivo. Eso en los lugares donde se hizo, produjo efectos benéficos y muy importantes. Este esfuerzo gigantesco que han puesto desde un dispositivo de Salud Mental como el vuestro en el Hospital Rossi, ha sido excelente. Una manera elogiada de cómo sostener la escucha bajo condiciones tan difíciles.

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

Ana Paula Ribeiro

Rescato eso que nos da Santiago como la “desvitalización en la relación con la vida”, me parece muy pertinente. En relación a ese punto, podríamos decir que la incertidumbre sigue estando, no del mismo modo que cuando inició la pandemia y fue la primera ola, en parte ahora se acotó aunque persiste esa incertidumbre. Sin embargo, lo que empezamos a escuchar ahora, es mayores consultas y mayores presentaciones clínicas en donde prima este rasgo de la desvitalización. Y lo curioso es que recién ahora aparezcan o le puedan poner ese nombre. Recuerdo un paciente que consulta porque se siente totalmente ajeno a cómo era antes del COVID-19 y de su internación: pasó de ser “la alegría de la fiesta” a arrastrarse en un semblante amargado. Otra paciente, que refiere un “perder el gusto por la vida”, hay que buscar ahí cómo cada uno puede nombrar algo de esa desvitalización en la relación con la vida.

Y en relación a lo que decía Mariana, la importancia de instituir un Otro y que el Hospital lo sea ante la incertidumbre. Escuchábamos a los familiares decir que el hecho de que alguien llame en nombre del Hospital, ya tenía un efecto tranquilizador. Pero también en muchos casos no querían saber

nada y eso por supuesto se respetaba, no querían saber nada de los llamados del área psicosocial y solamente querían recibir el parte médico. En otros casos, no querían saber nada con el parte médico ni del acompañamiento psicosocial. Esto, para pensar también cómo muchas veces está instalado que frente a algo que se supone traumático hay que hablar. Eso tal vez podamos repensarlo porque no siempre hablar hace bien en cualquier momento. Me parece que el dispositivo también nos sirvió un poco para aprender algo de eso que transmite el psicoanálisis.

Cecilia Fasano

Pensando en la “desvitalización” que mencionaba Santiago, “perder el gusto por la vida” es llamativo allí donde el gusto pasa a ser uno de los primeros sentidos que se pierden por el coronavirus.

Christian Martin

Les agradezco la invitación a participar de esta actividad, es un gusto. Pensaba en dos de los puntos de los que hablaba Santiago: la cuestión de la pérdida y el punto del encuentro de los cuerpos. Y sobre eso, la cuestión de la salida de ese impasse. Pensaba en un caso como el que decía Ana Paula Ribeiro, que podría pensarse en la pérdida del gusto en tanto pérdi-

DISPOSITIVO PARA PACIENTES COVID-19

da del goce en el cuerpo. A su vez, otro factor que atraviesa estos casos es la caída de los semblantes, donde no funciona la operatividad del Nombre del Padre. Y justamente con ello, queda fuera de juego la posibilidad de que las pérdidas se pueden elaborar por esa vía. Para nosotros implica un desafío abordar determinadas presentaciones donde las pérdidas no tienen esa posibilidad de tratamiento por la vía del Nombre del Padre. Sí pueden tratarse por el amor de transferencia y eso requiere de algún modo el encuentro de cuerpos. De ahí el desafío en estos tiempos.

Santiago Castellanos

Me parece muy importante lo que habéis subrayado del tema de los tiempos en relación al trauma. Hay un tiempo para hablar y hay que respetar los tiempos del sujeto. Aquí en España se disponen dispositivos de urgencia frente a acontecimientos traumáticos donde participan psicólogos. Hay un primer momento de “acompañamiento” frente a la situación del trauma, pero el tiempo de “la palabra” es otro. A veces no conviene poner a hablar al sujeto de lo que acaba de pasar, porque recrea la escena y ese sujeto necesita otro tiempo distinto.

Ahora, hay algunos pacientes que pueden hablar, que se han defendido bastante bien en el primer

tiempo. En este momento, con las consecuencias que aparecen un año después, en relación por ejemplo a esta cuestión de la desvitalización, aparece un tiempo para hablar. Me decía un paciente el otro día, que es como un “muerto en vida”, un caso grave que estaba estabilizado y que se desestabiliza de nuevo un año después. En este caso hay que resetear, a partir de recursos del paciente, la manera de estar en el mundo y en la vida. El punto de apoyo es la transferencia, es el encuentro con otro que le permite resetearse a sí mismo.

Cecilia Fasano

Gracias. Los esperamos en el próximo encuentro.

Nota

*Primer encuentro del Ciclo, realizado el jueves 28 octubre 10hs (hora Argentina) en el Salón de Actos del HIGA Prof. Dr. Rodolfo Rossi, bajo modalidad presencial y virtual.



URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA*

Mariana Isasi

Es un gusto encontrarnos nuevamente en este Ciclo de charlas del Hospital Rossi que hemos llamado “Consecuencias clínicas de la pandemia por COVID 19”. Hoy nos convoca el segundo de una serie de tres encuentros semivirtuales-semipresenciales.

Para quienes no hayan estado en el del inicio-el mes pasado- vale recordar algunas palabras de la apertura. Nos decía Cecilia Fasano que “desde el punto de vista metodológico tal vez no sea estrictamente correcto hablar de consecuencias de la pandemia porque aún está transcurriendo. Por lo tanto, no es seguro que podamos hacer una interpretación veraz del malestar que provoca en los sujetos. No obstante pensamos que era momento de compartir con ustedes nuestra experiencia (...) intercambiar opiniones y conversar sobre un acontecimiento que afectó al mundo”.

En una conferencia del año 1974, Lacan se refiere a la angustia de los científicos, a la crisis de responsabilidad que podría alcanzarlos ante la posibilidad de que “bacterias resistentes a todo, que ya no se podrían detener (...) limpiarían de la faz de la tierra todas esas porquerías, en particular humanas, que la habitan”¹. Allí establece una diferencia entre el real de la ciencia y el real con el que -agregamos- se confrontan, por ejemplo, los practicantes del campo psi a diario. Este último sería un real que incluye lo

que indefectiblemente no marcha en el mundo, lo que hace inmundo al mundo. Un real no regido por una ley o regularidad, y, por lo tanto, azaroso. Un real donde la relación causa-efecto es del orden de la elucubración, porque es inherente al sujeto que habita el lenguaje y no a la naturaleza.

El COVID -19 ha provocado una incertidumbre inesperada en el campo científico alrededor de su saber. El objeto de estudio que la ciencia aborda está regido por la ley natural, se trata de un saber que está inscripto en el real de la naturaleza y que es a descubrir. El virus en cuestión pertenece a esa dimensión, a pesar del desfase temporal que ocurrió entre el avance de la pandemia y los intentos de desciframientos de la ley que lo rige y que permite, por ejemplo, generar vacunas.

Este agujero en el saber del campo científico, se manifestó de varias formas y en distintos niveles. A escala institución sanitaria, tomó la forma de un estado de urgencia generalizada, donde los protocolos que regulan las decisiones se modificaban al ritmo de un juego de dados.

Desde nuestra práctica, ¿cómo armar un mapa de las urgencias habitando un suelo de arenas movedizas? Urgencias de vida, urgencias por angustia, urgencias de los practicantes de medicina, del personal de salud en general, de las autoridades, de los pacientes,

¹ Lacan, J.: El triunfo de la religión, Paidós, Buenos Aires,, 2005, pág. 74.

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

de los familiares, las nuestras, etc. Mucho por localizar y sopesar en poco tiempo.

Hoy tenemos la oportunidad de presentar dos de los dispositivos ad hoc con los cuales la institución se inventó como “institución ante el COVID -19”. Quedará del lado de cada practicante y en cada urgencia abordada, la reflexión acerca de si fue posible o no “otorgarle una escena a las urgencias , transformarlas en subjetivas, hacerles decir algo nuevo”².

También quisiera destacar que ambos dispositivos, mayoritariamente, estuvieron conformados por jóvenes residentes en pleno inicio de su formación. De su experiencia tenemos mucho por aprender, ese viceversa es un orgullo y esta es una ocasión para decirlo.

Ahora sí, a presentar a quienes forman parte de esta mesa.

En primer lugar, a quienes oficiarán de interlocutores desde el salón de actos del hospital, ellos son dos de los colegas y compañeros que han coordinado y acompañado los equipos.

Juan Blanco, instructor de residentes de Psicología, psicólogo del Servicio de Salud Mental. Y Santiago Primerano, instructor de Psiquiatría, médico psiquiatra de Cuidados Paliativos y del Servicio de Salud Mental.

Nos acompañan como invitados y les agradecemos que hayan acep-

tado estar aquí: Santiago Levín, médico psiquiatra. Ex presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Santiago Levín también siguió de cerca con su asesoramiento al Gobierno del Estado Nacional frente a la pandemia.

Otro de nuestros invitados es Ricardo Seldes, miembro de la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL) y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). Es director de PAUSA, Psicoanálisis Aplicado a las Urgencias Subjetivas de la Actualidad y vicepresidente de la Federación Americana de Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana (FAPOL).

Sin más agregados, damos comienzo a las intervenciones.

Juan Manuel Blanco

La pandemia por COVID-19 imprimió su sello en todos los aspectos de nuestras vidas y nuestro trabajo, incluyendo con ello nuestra labor clínica. Aunque no nos dediquemos a la salud de los órganos directamente, sabemos que el sujeto es también causa en esa organicidad. Las alteraciones que la pandemia impuso a todos los cuerpos, incluyendo el cuerpo social, no tardó en hacerse palabra en las manifestaciones de los sufrimientos subjetivos.

Es así que nuestros dispositivos tradicionales de atención en salud mental, debieron mutar para poder

² Seldes R.: La urgencia dicha, Grama, Buenos Aires, 2019, pág. 12.

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

dar espacio a esta aparición novedosa, al menos en sus formas, del malestar siempre presente en quienes habitan la cultura. En nuestro Hospital, como se habló en el encuentro pasado, se dispuso un nuevo espacio multidisciplinar conformado por diferentes disciplinas médicas y no médicas como la Clínica Médica, la Psiquiatría, el Trabajo Social y la Psicología. Consistía en realizar un acompañamiento mediante entrevistas telefónicas a los compañeros aislados en sus hogares y a aquellos que tenían lazos estrechos con un paciente internado por sospecha o confirmación COVID-19. Este dispositivo permitía acercarse a la situación de sufrimiento de aquellos que esperaban -a veces también desde el aislamiento y la enfermedad- noticias, información y sobre todo mejoras, de ese familiar, amigo, pareja, etc. En muchas ocasiones se constituía un verdadero seguimiento, con llamados diarios, o muy frecuentes, incluso a más de un miembro de la familia.

Las posibilidades de que la urgencia emergiera en estos intercambios era, como podrán fácilmente deducir, casi infinita. Desde el comienzo, toda la situación se configuraba como urgente, desde diferentes espacios de la institución y desde nosotros mismos. “Algo tenemos que hacer”. La falta o exceso de información producía efectos en los sujetos, que escapaban a la lógica corriente.

La lenta y a veces silenciosa calma de la enfermedad que comenzaba a atacar al paciente, se veía en muchos casos acompañada, en sus allegados, de una urgencia subjetiva estridente. Del otro lado del teléfono, personas desesperadas, angustiadas, e incluso enloquecidas por la situación, que muchas veces demandaban alguna palabra que pudiera establecer un alivio, aunque sea momentáneo, al menos hasta el día siguiente.

Santiago Primerano

Pero de todas estas formas de la urgencia posibles, hay una particularmente, por su complejidad, que nos interesa resaltar y compartir con ustedes. En el encuentro pasado se habló de un punto fundamental de esta pandemia: la ausencia, por cuestiones sanitarias, de ritos funerarios. Sabemos que esos ritos constituyen una herramienta para simbolizar la muerte, y su ausencia puede tener diversas manifestaciones en aquellos que quedan enfrentados a la falta de un ser querido.

Ante esto, intentando suplir ese rito proscrito, se propuso un “Protocolo de acompañamiento familiar a pacientes terminales con COVID 19 internados en “Unidades de Cuidados Críticos”. Esto se refiere a la posibilidad de que los familiares se acerquen al Hospital y vean a los pacientes una última vez. De esta manera, si bien el familiar podía solicitar la visita en algún momento de la internación, se establecieron

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

criterios médicos que permitían activar el protocolo en un momento preciso de la evolución del paciente. Allí se coordinaba con el referente de nuestras disciplinas que estaba a cargo del acompañamiento familiar, para que se transmitiera la posibilidad de la visita. Esto debía ser hecho con una extrema celeridad, ya que muchas veces el estado del paciente permitía pronosticar una muerte inminente.

Hay varios puntos importantes en esto. Por un lado, el equipo de Salud Mental podía ser requerido para acompañar al familiar en el acercamiento al Hospital. Por otro lado, era uno mismo quién podía establecer la necesidad del familiar de un acompañamiento de nuestra parte, al menos una presencia. En muchos casos eran varios miembros de la familia los que se acercaban al Hospital, pero sólo podía ingresar una persona a estar con el paciente, lo cual generaba que acompañemos al grupo familiar en la espera.

¿Cuáles eran los criterios para establecer dicha urgencia, que no sólo abarcaba ya una urgencia de la despedida, sino también una urgencia del sujeto? Es difícil poder establecer esos criterios de manera general. En la mayoría de los casos se trató de sumar nuestra presencia ante la posibilidad de un desborde de la angustia, fenómeno que podíamos deducir del seguimiento que veníamos realizando. En otros casos, podíamos escuchar

el pedido del personal de salud que asistía al paciente en la internación y conocía a los familiares, advirtiendo casi intuitivamente la inminencia de un desborde.

Un problema adicional lo constituía trabajar con personal de disciplinas, como la Terapia Intensiva, entre otras, donde la urgencia es el estado común. En nuestra práctica la urgencia constituye un intervalo acotado de tiempo dentro de la diacronía del sujeto. Es así que los malentendidos al respecto a veces se hacían patentes. No fue fácil, no siempre lo logramos, distinguir la urgencia del cuerpo, la urgencia de los médicos y enfermeros de terapia, la urgencia del referente familiar, la urgencia de la institución y la urgencia del sujeto.

Sabemos que no hay una medida justa de angustia, ni una reacción sana ante una muerte, ni un tiempo establecido de un duelo. Pero también podemos pensar que hay un “penar de más”, incontable, que nos autoriza a prestar nuestra presencia, a veces incluso silenciosa. En este caso, la presencia del familiar puede servir para que el paciente pueda morir en paz y, nuestra presencia, para que el sujeto pueda hacer su duelo en paz.

Mariana Isasi

Muchas gracias Juan y Santiago. Le pasamos la palabra a Santiago Levín y luego a Ricardo Seldes.

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Santiago Levín

Muchísimas gracias por la invitación, la valoro mucho. Sin duda, esta pandemia va a ser objeto de análisis durante décadas. Como decía la compañera que leyó la presentación, no tenemos que apurarnos a cerrar sentidos en este momento, sino más bien tratar de abrirlos, porque esto está sucediendo y va a durar bastante tiempo más. Tesis de doctorado, trabajos científicos en el área de Humanidades, de Ciencias Sociales, de las Ciencias biológicas, películas, ficción, narrativas de todo tipo, impacto en el área de la salud mental, en la salud física, en la cultura, en los rituales, en la economía, etc... en todos esos ámbitos lo que aparece es la pérdida. Pérdida en el terreno de lo simbólico y también pérdida en la vida concreta, cotidiana, de trabajo, de oportunidades, de viajes, de dinero. Salimos más empobrecidos en todo el mundo, con un mundo más injusto, más inequitativo. Yo sostengo la propuesta de Antonio Gramsci que decía algo así: para épocas como estas, pesimismo en el pensamiento y optimismo en la acción.

Estas son épocas que, a nosotros, los profesionales del campo psi, nos permiten señalar la importancia que tiene que tener la salud mental en la política sanitaria. Es una oportunidad que tenemos también para volver a repetir que en nuestro país, más que una transformación del campo de la salud mental,

lo que estamos teniendo es una narrativa de transformación. Como el famoso cuadro de René Magritte, que tiene el dibujo de una pipa y una leyenda que dice "esto no es una pipa". Y no es una pipa, es un dibujo, es una representación. No se puede usar esa pipa para fumar tabaco. Nosotros hemos avanzado mucho en nuestro país en la retórica de transformación, hemos hablado mucho de la convención del 2006 de Naciones Unidas, hemos hablado mucho de derechos humanos, hemos hablado mucho del cambio de paradigma tutelar por un paradigma nuevo, en donde el discapacitado y la discapacitada toman decisiones autónomas. Hemos avanzado en materia legislativa, pero prácticamente no hemos dado pasos adelante en el concreto terreno sanitario, en donde se necesitan miles y miles de residencias para proceder a la desmanicomización. Sería bueno que todos los actores del campo de la salud mental en nuestro país, hiciéramos un esfuerzo que supere narcisismos, egos, posiciones mezquinas corporativas, que nos demos cuenta de que todos somos trabajadores pauperizados, que nos demos cuenta de que la interdisciplina, en vez de ser un adorno también en el área narrativa, tiene que convertirse en una realidad. Que nos demos cuenta de que nuestro objeto no tiene que ser la disputa por parcelas de poder dentro del campo de la salud mental.

Tal vez hay servicios donde las co-

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

sas se hacen muy bien, regiones en donde se dan ecológicamente condiciones que permiten el desarrollo de algunos avances, pero en nuestra región, los números de la salud mental son muy malos, seguimos teniendo una brecha sanitaria del 50% para la esquizofrenia, por ejemplo. Eso quiere decir que la mitad de las personas en nuestra región, que padecen de esquizofrenia, no reciben jamás atención profesional, ni buena, ni mala: cero. Nosotros solemos hacer análisis muy clasemedios de la salud, de la salud mental, de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, de la ciudad de La Plata o de Rosario. Y estaría bueno que también nos pongamos a trabajar en exigir que se hagan los relevamientos epidemiológicos indispensables, sin los cuales tampoco se puede trazar un panorama. Si existiera el mejor presupuesto del planeta tierra, hoy no sabríamos qué hacer con él. Sabemos que con la pandemia aumentaron las consultas por depresión, por ansiedad, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados. No sabemos en qué medida, ni qué diferencias hay según las regiones, etc.

Ricardo Seldes

Les agradezco la invitación. Voy a plantear las cosas posiblemente desde otro punto de vista. Quizás por todos estos años de trabajo con las urgencias, me permito señalar algunas cuestiones que intento que aparezcan a partir de esta no-

vedad que nos ha tocado a todos, que es esta pandemia. Quiero señalar que para mí la urgencia es una circunstancia, es un fenómeno de cuerpo, es una experiencia psíquica, que pone a alguien en búsqueda de ayuda. Hablar de urgencias subjetivas, como dijo Mariana, no es sin la intervención del analista, quien se propone como el lugar a donde dirigir esa urgencia. Proponerse como ese espacio a donde se pueda dirigir alguien, para que ese fenómeno se pueda convertir en un acontecimiento. Me permito proponer una definición de la urgencia subjetiva, como una noción ligada al tiempo, no solamente al tiempo que nos toca vivir, sino a una erótica del tiempo que permite subjetivar la urgencia. En un inicio se trata de la aparición súbita de un trozo de real que deja al sujeto ante esa sensación, ante esa vivencia de lo insoportable, que es parte de la falla de un saber. Entonces eso lo agita, lo enmudece o lo deja sumido en el desamparo. Puede suceder a partir de catástrofes naturales, guerras, epidemias, pandemias, pérdidas imposibles de duelar, pero también ante lo que Freud llamaba “los peligros internos”, que él ubicaba en el surgimiento de lo pulsional rechazado. En tanto practicantes del psicoanálisis, intentamos dar respuestas a estas demandas en distintos ámbitos. Obviamente en instituciones públicas o privadas, o en el mismo terreno en el que suceden. Al respecto, recuerdo que hace no mucho tiempo, traba-

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

jé junto a colegas en Guatemala cuando se produjo la erupción del volcán de Ciudad Antigua, y los colegas fueron al terreno a trabajar allí, hicieron una experiencia única. Y por supuesto, la urgencia aparece también en nuestros consultorios, de analistas, de psiquiatras.

La pregunta que me surgió a partir de la invitación de Cecilia y Mariana fue ¿cuál ha sido el “uso” que hemos dado a los analistas o que se han dado los analistas, desde el surgimiento de la pandemia? La idea es responder desde la posición en la que me encuentro, en tanto director de un espacio de atención e investigación sobre las urgencias, donde no nos proponemos ante los sujetos desde una función ni evaluadora ni pedagógica. Lo que hemos detectado es que la mayor parte de las personas que atraviesan o han pasado una urgencia en pandemia, declaran haber tenido por primera vez una experiencia de esta magnitud. Coincido con Levin cuando decía que esto va a ser necesario trabajarlo durante muchos decenios, porque acá ha ocurrido algo extraordinario en el peor de los sentidos. Hemos comprobado que la pandemia ha impedido los lazos, y ha obligado a suspender arreglos subjetivos y suplencias. De esto se sigue que ha resurgido un desorden en eso que Lacan llamaba “la juntura más íntima del sentimiento de la vida”. Y lo hemos localizado en la manera en que los sujetos afectados sienten el mundo que los rodea, tienen la

percepción de un cambio fundamental, también en la manera en la que sienten su cuerpo y también del lado del pensamiento. Hemos recibido muchas más consultas de sujetos que, al perder el trabajo, desencadenaron una psicosis que estaba ahí compensada. Porque en esos casos el trabajo quería decir mucho más que un trabajo, habían logrado suplir la significación fálica por medio de ese lazo laboral y la identificación obtenida por esa vía.

También nos consultaron jóvenes que tienen un extraño sentimiento de la vida, porque la consideran como algo un poco “a la ligera”. Ante privaciones banales o desengaños fortuitos, ponen muy rápidamente en su boca palabras de desprecio hacia la vida misma. Esto sucedía desde antes, son efectos producidos por el capitalismo y de este menosprecio por aquello que es valorable, que implica un valor simbólico. Lo que dicen es “¿para qué vivir si no tengo a mi disposición el objeto?”, y el objeto incluye a las personas. La vida banalizada como un gadget.

Nos preguntamos por la práctica ¿cuáles son las invenciones que pueden producirse?, ¿cuáles pueden ser los tratamientos posibles con la escucha? Fundamentalmente allí, donde la cuestión de la palabra, la lectura analítica de los síntomas y los fantasmas, resultan tan débiles, tan fracturados por el agujero de lo real. Por lo menos en nuestro caso, en nuestra ins-

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

titución, ofrecemos una escucha con tiempos breves, es lo que nos ha permitido recibir, en la medida de nuestras posibilidades, el tope máximo de pacientes. Y es para permitir la aproximación con un analista, y muchas veces eso culmina con la instalación de la transferencia y en la posible demanda de análisis.

El trabajo con las urgencias en el hospital tiene para mí una enorme dignidad. En mi experiencia marcó el inicio de una perspectiva de investigación a partir de la asistencia. En el hospital donde trabajaba, la parte de la urgencia, era como el peor castigo que se le podía dar a los colegas, ni los psicólogos ni los médicos, querían tener algo que ver con las urgencias. La experiencia del psicoanálisis lacaniano fue un empuje para ocuparme de esto, para intentar hacer algo con lo que el otro rechazaba, con los desechos.

Quiero hablarles de la respuesta a la pandemia de un equipo que, nunca es el mismo porque sus participantes van rotando, pero se va transmitiendo algo, que ha ido creciendo con el transcurrir de estos 16 años de experiencia, y de existencia en este espacio (PAUSA). Es un lugar que cobra honorarios muy reducidos, donde todos trabajamos gratuitamente, sin necesidad de apelar a ningún tipo de subsidios. Es un lugar que permite la discusión clínica fecunda, diaria, de los hallazgos y de los obstáculos, de una clínica que exige de los

cuerpos mucha adrenalina. Intentamos que haya algo nuevo, que el recorrido por la institución sea un camino que le permita vérselas con su inconsciente. Un inconsciente que está lleno de significantes sin sentido, que es el que hace que los sujetos de forma neurótica o psicótica, deliren.

Me parece que lo nuevo también hay que pensarlo en las respuestas que se dan en la urgencia. Respuestas que no engordan sentidos, sino que implican un ir hacia su centro de radiación. Eso implica que los significantes que se puedan producir desde ese primer encuentro, aunque sea el único, pueden hacer un borde, que pueden darle al sujeto una orientación. No son ni más ni menos que palabras que se cargan de libido. Allí radica el poder de la palabra.

A partir de las medidas de las autoridades sanitarias, del aislamiento obligatorio y del distanciamiento social, decidimos que no nos podíamos quedar quietos. En menos de una semana el equipo armó un espacio de atención virtual, dirigido al mismo público que atendíamos antes, a los residentes de la ciudad de Buenos Aires y de sus pequeños alrededores. Recibimos consultas de los lugares más recónditos del país, incluso del exterior, no hemos aceptado esas demandas ya que entendemos que las respuestas a las urgencias existen en cada lugar donde se ejerce la práctica del psicoanálisis.

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Un detalle, luego de supervisar nuestro trabajo con Eric Laurent, él puso el acento en algo que nos quedó muy presente, y es que PAUSA es un lugar donde los analistas hablan entre sí. Siempre hay un pequeño o gran grupo que sabe lo que está sucediendo en cada tratamiento. Además de las supervisiones, los casos son la parte esencial de nuestro seminario quincenal, que por las condiciones de la pandemia tuvimos que pasar a hacer virtual. Los servicios de Salud Mental de hospitales fueron siempre un partenaire para nosotros, en caso de que un paciente se descompensara o cuando recibíamos los pacientes externados, el diálogo es una constante.

En los primeros momentos, la urgencia fue nuestra, de PAUSA, reconozco que tuvimos mucho miedo. Y me llevó a preguntarme ¿qué es el miedo para el campo analítico? Aunque el miedo existe desde siempre, es un síntoma de la contemporaneidad. Creo que es uno de los síntomas más duros, el miedo generalizado. En “La Tercera”, Lacan se preguntó “¿de qué tenemos miedo?”, y responde que “tenemos miedo de nuestro cuerpo”, es lo que manifiesta el fenómeno de la angustia. La angustia es esa sospecha que nos asalta, de que nos reducimos a nuestro cuerpo. Eso también se vislumbra en el cuerpo institucional.

Las respuestas de los sujetos a ese miedo fueron de lo más variadas:

respuestas maníacas, depresivas, persecutorias, delirantes. Incluso se armaron ideas de confabulaciones tiránicas o desacreditantes de la gravedad de la situación de la pandemia y del dolor de quienes están en la trinchera. Me impactó una escena que recrea los primeros tiempos del COVID 19, era en esos tiempos de la desinformación generalizada. Y cuando no se sabe, se inventan cosas, pero en el peor sentido. La escena me repugnó, fue cuando una de las vecinas del edificio donde vive la jefa de Cirugía de un Hospital General, le dice “¿usted es médica de tal hospital?”, le dice “sí”, y le impide entrar al ascensor por ser médica y por estar en la trinchera. Pasamos de ese aplauso de las 21 horas, a caer en la segregación de quienes más se jugaron y se juegan el pellejo, de quienes han estado hasta el último respiro tratando de aliviar el sufrimiento físico y mental de los sujetos; de acompañarlos en el dolor, en la herida, en la soledad, en el desamparo. Y cuando la urgencia se ubica en el tiempo de lo que Freud llamaba el “desamparo”, no estamos solamente ante ataques de angustia. Cuando hay tristeza, desolación, o se está en la inminencia de actos desesperados, estamos en un momento en donde somos instados a responder con lo que tenemos. Con nuestros principios, con nuestros conceptos analíticos, con nuestra experiencia como analizantes y analistas, para tratar de la manera más digna a los que sufren y demandan. Es decir,

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

sin hacer beneficencia y -fundamentalmente-, sin olvidarnos de la dimensión del deseo en juego, ese viejo concepto de Freud que Lacan sostuvo hasta el final. Se trata de intentar anudar lo desanudado, permitir que la dimensión del inconsciente, no se pierda en el fárrago de respuestas pedagógicas, de consuelo o de pura resignación. Para eso, es preciso que tengamos una posición decidida.

Para concluir, quiero decirles que sí ha habido un afecto que me ha tocado fuerte en este tiempo de pandemia y que me orientó para sostener este tiempo de horrores, tiene que ver con el trabajo con mis compañeros, con el colectivo de PAUSA. Este afecto para mí es una pausa, ese afecto particular que se llama -para los que saben algo de leyes- el *affectio societatis*, y es el que hemos logrado sostener en estos años de trabajo. Creo que, sin ese afecto, esta tarea de la urgencia sería imposible. Se trata de la confianza que se le brinda a cada practicante en su saber hacer y su no saber hacer. Porque es de los fracasos en donde más aprendemos, donde eso falla o se complica, donde se precisa la escucha atenta de los colegas. Y eso, para intentar responder mejor a la atención, para poder atender cada vez mejor a los pacientes. Para eso hacemos todo esto, para eso estamos acá, por la sencilla razón de querer atender cada vez mejor a nuestros pacientes. Entonces, es el momento que me toca para agradecer al Eros que

nos une, en contra de la pulsión de muerte desatada, que nos permite pasar por alto el narcisismo de las pequeñas diferencias. Ese Eros que nos habilita a querer escuchar lo que para cada uno implica la práctica de la urgencia. Y eso les da fuerza a los practicantes, a no abandonarse en su aislamiento.

Mariana Isasi

Gracias Ricardo. Quisiera subrayar algunos puntos porque nos ayudan a pensar las experiencias de trabajo que han presentado nuestros compañeros. Que hayas partido de la angustia como afecto del cuerpo y que lo hayas extendido al “cuerpo institucional”, me parece que ilumina no sólo la angustia inicial de no saber qué hacer en el hospital en tanto equipo. También ayuda a pensar lo que se generó en un segundo momento. Y ahí cuenta lo que anuda el *affectio societatis*, del que Santiago Levin también habló en sus términos al subrayar que, después de lo vivido, es hora de repensar los lazos entre colegas y darle continuidad a lo que se inventó, partiendo desde lo más simple de nuestro compromiso. Ricardo también hablaba de lo simple en la razón de atender cada vez mejor a nuestros pacientes, y estoy muy de acuerdo con eso, que es una idea más bien práctica y no idealizada de nuestro trabajo.

Cecilia Fasano

Quiero agradecerles a Santiago y a Ricardo por su amabilidad, por-

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

que respondieron inmediatamente y con mucho gusto aceptaron el convite. Quiero agradecer también la presencia de otras instituciones: Hospital Gutiérrez, colegas de la Escuela de Orientación Lacaniana -Sección La Plata, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), de Centros de Salud Municipales, del Servicio Penitenciario. Me parece que no es habitual que se produzcan este tipo de encuentros, así que lo celebro.

En el primer encuentro precipitó el significativo “incertidumbre”, una incertidumbre que nos afectó a todos, y que fue planetaria, no solamente local. Ese afecto fue muy invasivo durante el período pre-vacuna, ese agujero, ese vacío, ese temor y angustia de no saber qué iba a pasar. Hoy escuchándolos, me parece que el segundo significativo que surge es “pérdida”. La elaboración de esa pérdida seguramente va a llevar tiempo, no sabemos cuánto, pero eso no nos exime de comenzar a pensar y extraer algunas conclusiones.

No quiero dejar de mencionar al jefe de Servicio de Salud Mental, Julián Achilli, el jefe de Sala, Ernesto Scorians, el jefe de Consultorios Externos, Luis Volta, y todos los compañeros/ras del Servicio de Salud Mental, todos ellos trabajaron en un contexto de incertidumbre y pérdida.

Santiago Levín

Lo que más puso en zozobra la pandemia es el vínculo, los vínculos como base del tejido social. La amenaza biológica se empequeñeció al lado de la herida que produjo la pandemia en los vínculos. Esa zozobra que mencionaba Ricardo, esa incertidumbre, está desde antes también. Lo que pasa es que la tentación del sistema para naturalizar la injusticia y la incertidumbre es muy alta, los profesionales somos personas privilegiadas que generalmente tenemos techo, comida, un sueldo depositado y una heladera llena.

Quiero retomar algo que dijo Ricardo en relación al personal de salud discriminado por portación de la peste. Con una amiga decíamos el año pasado que, más allá de lo pauperizados que estamos, de lo mal que nos pagan y lo poco que nos reconocen, no viene mal que al personal de salud también se lo discrimine un poco. Eso, para que los profesionales de la salud mental empecemos a entender lo que es el estigma que pesa sobre las personas que tienen un trastorno mental, y que sufren esta discriminación más allá de la pandemia. Aprovechemos esa discriminación de la que fuimos objeto por un rato para entender encarnadamente lo que significa vivir discriminado. Hasta este momento la pandemia ha matado entre 5 y 6 millones de personas en todo el mundo, con esto se detuvo el planeta. Piensen

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

que todos los años mueren 5 millones de niños y niñas menores de cinco años por desnutrición, es decir, una pandemia de coronavirus todos los años. Les recomiendo entrar en la página de Oxfam, una ONG con asiento en Oxford, que se dedica justamente a compilar este tipo de datos y a publicarlos una vez por año en un informe que siempre es muy comentado. Lo peor que nos podría pasar sería salir de la pandemia y volver, como dice la canción de Serrat “vuelve el rico a su riqueza, vuelve el pobre a su pobreza”. Se terminó todo, nuestro consultorio con calefacción y después nos ponemos a ver ficción sobre la pandemia.

Creo que este es un llamado a la militancia sanitaria desde la orientación que cada quien tenga, porque médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psicoanalistas freudianos, kleinianos, lacanianos, o eclécticos -como quien les habla-, estamos aquí reunidos porque todavía logramos sentir una cierta dosis de amor por los demás, de amor por la alteridad, por el Otro, por lo diferente. Y me parece que la oportunidad que tenemos que tomar es esta, recordar que nuestro mundo era profundamente injusto cuando estábamos acostumbrados a no verlo, que la pandemia nos ha dado un flash de esa tremenda injusticia. Una de las revelaciones más fuertes que nos da la pandemia es el deterioro en el lazo social, producido por décadas y décadas de un sistema con una escala de valores

contraria al vínculo, contraria a la solidaridad, contraria a la construcción de comunidad.

Mi mayor deseo sería que pudiéramos usar este golpe fuerte, con todo lo que tiene de pérdida, de tristeza y de dolor, para pensar mejores modos de organizarnos en un mundo tan complejo, para tratar de irnos el día que nos toque, dejando un poco más de equidad en el sistema sanitario. Estamos bastante lejos de eso, como profesionales de la salud es una reflexión que no podemos dejar de hacer en este momento.

Ricardo Seldes

Me parece interesante tu planteo, es un poco también lo que Freud se preguntaba acerca de cuál es la relación entre nuestra posibilidad de acción en lo individual o en lo colectivo. Y creo que son perspectivas que se necesitan mutuamente, que necesitamos pensar no solamente cómo hacer con lo que hay, sino cómo hacer con lo que no hay, cómo nos enfrentamos a lo que no hay, cómo cada uno no solamente tiene que hacer sus arreglos, sino también cuando esos arreglos dejan de funcionar, ver qué otra cosa puede admitir para ser parte de un mundo de lazos. El equipo, cuando plantea esa necesidad de asistir a los familiares, me recordó a una experiencia que he escuchado del Hospital de “El Cruce”. Tienen una muy interesante propuesta de trabajo con los pacientes en estado terminal y sus familiares, conside-

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

rando el valor que tiene el acto de despedirse, encontrarse, aún en ese dolor máximo. Estoy de acuerdo con ustedes en cuanto a que hay rituales, hay partes del duelo que, al ser dificultadas, después complican muchísimo y nos encontramos con que la urgencia vendrá después, con la patologización de los duelos.

Creo que toda esta experiencia muestra que la muerte no segrega a nadie. La segregación está por todas partes, y contra eso tenemos que trabajar, desde la institución, desde los consultorios en general. Hay un real en juego ahí y entendimos que sobre todo en el abordaje de la urgencia, no resulta pensarla desde el tiempo cronológico, sino desde el tiempo lógico. Creo que los tiempos lógicos que Lacan ha planteado nos han permitido poder ubicar cómo la urgencia es un “instante de ver” que empuja a concluir de manera precipitada. Es decir, que lo que tenemos presente en el horizonte en la urgencia, siempre es la cuestión del “pasaje al acto”, más allá de que el paciente lo plantee o no. Es decir, esa aparición súbita, el impulso, esa cuestión de transformarse en un desecho a sí mismo, -lo cual implica la propia segregación de los lazos- es un real a considerar siempre. Creo que lo que Lacan ubica como el “odio de sí”, en el Seminario 7, es algo que también nos permite entender cómo cuando se presenta esta cuestión de los jóvenes que muestran este sentido de la vida

de una cosa tan banalizada, es muy preocupante.

Ana Paula Ribeiro

Quisiera agradecerles por las tres presentaciones. Cuando los escuchaba, me remití mucho a un texto de Miller, “La salvación por los desechos”. Y retroactivamente, haciendo una lectura del trabajo nuestro en el hospital durante la pandemia, me insistía mucho esa palabra: los desechos. Porque me parece que algo del trabajo en pandemia lo puso sobre la mesa de una manera más cruda: los desechos de lo mental. Y eso es con lo que tenemos que vérnosla quienes trabajamos con la salud mental, sea desde el discurso que trabajemos.

Recordaba -en línea con lo que planteaba Ricardo Seldes en relación a la segregación y a los estigmas que traía Santiago Levin-, un paciente que en su experiencia de proximidad con la muerte, me decía que en ese momento lo que advirtió es que “en la vida estamos todos nivelados”. Le pregunto qué quería decir con eso, y él hacía alusión a la sensación de que pese a que pareciera que todos somos distintos, cuando uno se confronta de manera tan radical con la muerte -la propia y la de los otros, porque él veía cómo el compañero de la habitación fallecía y escuchaba a los familiares llorando- todos somos iguales. Tuvo la advertencia de que en realidad, frente a la cercanía de la muerte todos somos iguales.

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Pienso también que en el trabajo en la urgencia, en estos dispositivos que se implementaron, muchas veces fue hacer cierto desplazamiento de la angustia al miedo. Al principio lo que se escuchaba era algo más del orden de la angustia, sin poder localizar nada. Y después, en el trabajo de la escucha, la puntuación, y el recorte de algunos significantes privilegiados, se podía empezar a circunscribir algo del miedo.

Cecilia Fasano

Ricardo Seldes decía que la muerte no segrega a nadie, Santiago Levín hablaba de la inequidad, incluso dentro de los equipos de trabajo. En relación con eso, recordaba que cuando comenzó la pandemia, nos preguntábamos qué hacer. Se trataba de una pregunta a la que se intentaba dar respuesta con los diferentes dispositivos, pero desde un mismo compromiso. De aquellas experiencias, decanta como primera reflexión lo importante que fue asegurar la presencia de otro, una palabra que trajera algo de alivio. O, como Ricardo señalaba, en la práctica de la urgencia también se trata de extraer un significativo que aglutina, que expone, lo que le sucede. Y muchas veces, eso marca un antes y un después que se verifica con demandas de continuidad. Eso ha ocurrido aquí, los colegas nos han contado cómo se han iniciado tratamientos a partir de estos dispositivos. Finalmente, eso demuestra que hubo alguien que

tuvo “amor por lo heterogéneo”, en los términos que usaba Santiago Levín.

Alejandra Gorriz

Agradezco estas actividades. Yo trabajo en cárceles, y me parece que mucho de lo que se está conversando, nos atraviesa a todos en el trabajo en instituciones. Algunos puntos que me interesaron: esto de no apurar sentidos, como decía Seldes, y Levin en su ponencia, que hay mucho para trabajar todavía, que la pandemia no pasó, que hay mucho para estudiar de los efectos, del aislamiento entre los vínculos, tanto con pacientes como en los equipos. Me interesó mucho la perspectiva de aprovechar la experiencia, para pensar un funcionamiento institucional. Y lo del amor por la alteridad, me pareció que abre a algún otro tipo de vínculo, pero hay que trabajar mucho sobre qué quiere decir eso, dónde estamos parados y qué tenemos que ver nosotros con lo que está sucediendo ahora y los proyectos que podamos tener.

Santiago Levín

“Amor por la alteridad” no lo inventé yo, pero es una fórmula que intenta superar la infeliz fórmula de “tolerancia con la diferencia”, porque la diferencia no nos tendría que llamar a tolerarla sino a amarla, ese sería el objetivo máximo. El amor por la diferencia que es lo único que podría permitir el pensamiento de un mundo en donde

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

todos tendríamos que deconstruirnos y empezar a compartir la casa, los medios, la producción, el producto de nuestro trabajo. Para eso se necesita establecer vínculos de horizontalidad, y de ahí viene la expresión “amor por la diferencia”.

Ricardo Seldes

El desafío que se nos presenta cuando planteamos las cosas en estos términos, es cómo lograr que el amor vaya más allá del narcisismo, esto es, cuando se ama al otro para que el otro me ame a mí. Por otro lado, el amor es el que permite hacer que eso que es lo más propio del goce del sujeto - no el amor por el otro, sino más bien lo más primitivo, la agresividad- pueda pasar al otro de alguna manera y lograr ese lazo. Así que desde distintas perspectivas podemos pensar que son nuestros desafíos permanentes y que ahora se han visto en letras luminosas.

Sonia Beldarrain

Buenos días, les agradezco la invitación. Yo soy miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana, pero también trabajo en la Subsecretaría de Salud Mental. Quería compartir con ustedes una experiencia que surge en el 2020 con la colaboración de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Esa colaboración toma cuerpo hasta el día de hoy, hace dos años que participo en la coordinación de ese espacio de acompañamiento telefónico a usuarios de la provincia.

HIGA Prof. Dr. Rodolfo Rossi

Un dispositivo totalmente nuevo al que le fuimos dando forma y letra. Hoy nos encontramos en una etapa de escritura con estos colegas, y la idea es presentar en unas jornadas de salud mental. Al inicio -tal como les pasó a ustedes- pasamos por el momento de no saber qué hacer porque sólo teníamos un teléfono, una escucha telefónica. Sin embargo, la experiencia fue muy rica, el miedo no nos impidió constituirnos bajo un deseo decidido de que queríamos poner cuerpo en esta instancia. No sé qué tiempo llevará este dispositivo, pero viene para quedarse y para que se constituya en cada región, dirigido a aquellas personas que no llegan a la consulta y al hospital.

Santiago Levín

Ese convenio lo firmé yo, como presidente de APSA, junto con Julieta Calmels, Subsecretaria de Salud Mental de la PBA, y lo trabajamos mucho, porque nos fuimos encontrando con un montón de obstáculos inesperados, que no tenían nada que ver con nuestras profesiones sino con la burocracia de la provincia.

Lo que impide el trabajo en equipo no es ningún postulado inherente a ninguna profesión. Yo soy terapeuta grupal y es una de las instancias donde más he aprendido en mi vida. Nuestras incompatibilidades no son ni ideológicas, ni teóricas, sino que se apoyan en viejos malos entendidos contruidos por ignorancia y también a caballo de

URGENCIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

intereses corporativos que nada tienen que ver con nosotros, ni con nuestro objeto que es atender a los más vulnerables. Hay que construir vínculos personales, los grupos se arman con vínculos personales, la confianza también. Tenemos que tratar de que la autoridad reemplace al autoritarismo, porque el autoritarismo se impone de arriba para abajo. En cambio la autoridad se otorga de abajo hacia arriba, cuando una persona logra mostrar al grupo de pares que por su trabajo, por sus conocimientos, por su generosidad, se merece esa autoridad. Y tenemos que insistir muchísimo en el concepto de paridad. El sistema sanitario está muy atravesado por la jerarquía. Vivimos -sin darnos demasiada cuenta- en un esquema militar en donde importan más las jerarquías que los resultados con las personas que nos consultan. Hemos trabajado en varias iniciativas similares, muchas no han tenido éxito, nos han dejado enseñanzas igual.

Cecilia Fasano

Gracias por las experiencias compartidas.

Nota

*Segundo encuentro del Ciclo, realizado el jueves 25 noviembre 10hs (hora Argentina) en el salón de Actos del HIGA Prof. Dr. Rossi, bajo modalidad presencial y virtual.

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN CONSULTORIOS EXTERNOS*

Luis Volta - Eugenia Urlezaga

Para este tercer encuentro hemos decidido preparar un pequeño texto introductorio de modo que los invitados puedan estar al tanto de los dispositivos que se crearon durante el 2020 desde el área de Consultorios Externos de nuestro servicio.

A esta altura de los acontecimientos ya es un lugar común repetir que los objetivos planteados y los proyectos iniciados para el año pasado, en contraste con el escenario que nos chocó con prepotencia -la pandemia por COVID 19-, y la inestabilidad ocasionada nos hizo cambiar los planes. El cambio de rumbo en nuestro Servicio de Salud Mental del Hospital Rossi se expresó en dos grandes frentes:

Por un lado, frente a la demanda externa. Sin dudar demasiado, y ante la constricción que el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) imponía, apostamos al seguimiento telefónico de los tratamientos ya en curso con nuestros pacientes. Sólo las urgencias y quienes debían pasar a retirar medicación por la farmacia del hospital eran recibidos de manera presencial, bajo un estricto respeto de los protocolos. El resto, la gran mayoría de nuestros pacientes en tratamiento psicológico, pasó a la modalidad remota, ya sea telefónica o por plataformas de videollamada.

Respecto del ingreso de nuevos

pacientes al circuito de atención ambulatoria por Salud Mental, después de una breve pausa que impuso el ASPO en el aflujo de la demanda por parte de la población aún temerosa y reticente a acercarse al hospital en busca de atención presencial, las entrevistas de admisión también pasaron a realizarse por primera vez en la historia de nuestro servicio de manera remota.

En la actualidad tanto las admisiones como los tratamientos ambulatorios se encuentran llevándose a cabo en una situación similar a la prepandemia, aunque con algunos pacientes la modalidad remota se continúa utilizando.

Por otro lado, una nueva forma de demanda interna, alejada de nuestra tradicional "interconsulta", se presentó. Se trataba de dar respuesta y de intervenir en relación al resto de nuestros compañeros del hospital (profesionales, administrativos, enfermeros, personal de limpieza, técnicos, etc.) que daban muestras claras, al igual que nosotros mismos, de estar atravesados por miedos e incertidumbres gatillados por la pandemia junto a un abrupto cambio en las condiciones habituales de trabajo. Escenarios de contagios masivos en sectores del hospital, situaciones inéditas de violencia entre compañeros, dificultades de los jefes de Servicio en la gestión de los grupos humanos, el relajamiento de los protocolos, temores a ingresar en el sector COVID o realizar hisopados, etc. En

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN CONSULTORIOS EXTERNOS

varios casos la urgencia subjetiva se hizo presente requiriendo localizar no sólo las coordenadas del instante traumático en juego para cada quien sino también las respuestas subjetivas que allí podían armarse y sostenerse. Para esto, la creación de los talleres para el personal del hospital (“Pensemos juntos la pandemia”) fue un intento de respuesta. En el marco del programa “Cuidar a los que cuidan” se organizaron reuniones presenciales en grupos muy reducidos, con participantes heterogéneos en su conformación, convocados en turnos matutinos y vespertinos para que puedan voluntariamente expresarse y decir algo bajo esa amplia consigna, y con la apuesta de encontrar alguna forma distinta de atravesar la contingencia impuesta. En algunos casos, después del pasaje por el taller, un espacio de entrevistas individuales se hizo necesario.

Ahora bien, ¿qué consecuencias tuvo esta modificación impuesta tanto desde la demanda externa como desde la demanda interna a la que se respondió con estos dispositivos? Creemos que una de las principales consecuencias clínicas ha sido una radical puesta en cuestión de los fundamentos de nuestra práctica.

Para quienes intentamos orientar nuestro trabajo en el hospital en la interfase psicoanálisis-salud mental, una serie de preguntas se instalaron. Muchas de las discu-

siones llevadas a cabo en diversas escuelas de psicoanálisis respecto del pasaje a la atención remota replicaron en el interior de nuestro servicio. La gran variedad de argumentos esgrimidos sólo logró demostrar la falta de consenso, o los desacuerdos entre colegas sobre el modo en que es conveniente considerar y aplicar los conceptos fundamentales que orientan nuestra praxis. Únicamente sobre dos asuntos parecía haber concertación: la importancia de sostener la transferencia de los tratamientos en curso y que lo fundamental del dispositivo es el deseo del analista. Pero sobre el resto ¿Qué pasa con los cuerpos? ¿Qué significa el sintagma “lo real del cuerpo”? ¿En qué consiste la “presencia del analista” más allá de la imagen y de la palabra?¹ ¿La entrevista telefónica es preferible porque anula los efectos imaginarios? ¿Cómo concebir la efectividad de la voz y a la mirada como objetos pulsionales a través de una pantalla o de un teléfono?² Por otro lado, ¿Cómo orientamos el trabajo sobre el sujeto en un dispositivo grupal? ¿Qué hacemos con lo que allí se dice si sabemos que el psicoanálisis es una práctica que “no soporta terceros oyentes”?³

En ambos frentes – externo e interno - se seguía sosteniendo la invitación a tomar la palabra. Respecto de las admisiones y tratamientos ambulatorios, sabemos que poner a hablar a alguien es una “estafa”⁴ si lo que allí se dice no logra tener efectos y resonar a nivel del goce

¹Miller, J.A.: Entrevista en *Libération*, “Y cuanto más se vuelva común la presencia virtual, más preciosa será la presencia real” Entrevistador: Eric Favereau -3 de julio de 1999

²Leduc, C.: “Préambules à une clinique du réseau”, *La Cause du désir*, *Revue de Psychanalyse*, N° 97 «Internet avec Lacan», Novembre 2017.

³Freud, S.: “Conferencia 1”, *Obras completas* Vol. XV . Amorrortu, Buenos Aires, 1994, pág. 15.

⁴Lacan, J.: “Vers un signifiant nouveau”, *Ornicar?* 17/18, Paris, 1979, pág. 8.

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN CONSULTORIOS EXTERNOS

fuera de sentido. Lacan nos advirtió, en contra de toda idea previa acerca del poder ensalmador de las palabras, que “la palabra es un parásito, que la palabra es un revestimiento, que la palabra es la forma de cáncer que aqueja al ser humano”⁵. Y que es sólo para promover un nuevo arreglo con la experiencia traumática de ese real fuera del sentido que nos autorizamos a instalar un dispositivo en el que durante un lapso de tiempo se instituye un Otro en la transferencia al que se le dirige la palabra. En este punto, debemos decir que la apuesta de la atención remota se sostuvo sobre el fondo del desamparo y desvalimiento (*Hilflosigkeit*) que vuelve necesaria la función de “ilusión”⁶ o de creencia en un Otro cuando los propios medios no alcanzan para hacer frente al malestar que proviene de las inquietantes fuerzas de la naturaleza, en este caso del virus. Frente al desamparo, frente al aislamiento inevitable que volvió más perceptible la soledad de los sujetos⁷, es al Estado a través de sus agentes a quien le corresponde encarnar el rol del añorado padre protector. Recordemos aquí el comentario de Freud sobre aquel niño de tres años a quien le escuchó rogar: «Tía, háblame; tengo miedo porque está muy oscuro». Y la tía que le espetó: «¿Qué ganas con eso? De todos modos no puedes verme». A lo cual respondió el niño: «No importa, hay más luz cuando alguien habla»⁸. La dimensión de la palabra y de los

efectos de sentido, tuvo entonces en lo remoto la posibilidad de sostenerse para iniciar y/o dar continuidad a tratamientos, creando y sosteniendo la ilusión de un Otro.

Respecto del dispositivo grupal para los empleados del hospital, debemos decir que nuestra escucha nos permitió captar efectos diversos. En algunos casos, se constató que favoreció el establecimiento de identificaciones horizontales surgidas de un diálogo en el que se puso en evidencia una suerte de “estamos todos en un mismo barco”. Dicho efecto de cohesión, similar al que Lacan supo elogiar en los grupos de Bion⁹, no excluyó sin embargo que desde esa misma horizontalidad se pudiera en otros casos resaltar, en el uno por uno, las diferencias en los modos en que cada quien se vio afectado por la pandemia y la singularidad de las respuestas subjetivas. Este otro aspecto se asemeja más bien a la “práctica analítica con grupos monosintomáticos”¹⁰ en donde la operación está encaminada a vaciar la identificación. En este doble nivel (identificación y diferencia) estuvo en juego una política de la “hospitalidad” si entendemos la misma en su definición de acoger y agasajar con amabilidad y generosidad a los invitados o a los extraños. Este “amor (afecto o bondad) a los extraños” permitió en gran medida salir del individualismo para pasar a pensar en una “soledad común”¹¹.

⁵ Lacan, J.: “El sinthome”, (1975-1976), Paidós, p. 93.1979, pág. 8.

⁶ Freud, S.: “El porvenir de una ilusión”, Obras completas Vol XXI, Amorrortu, pág. 16.

⁷ Parchliniak, C.: Revue internationale de psychanalyse, N° 42 «Contagion : partout des épidémies», Euro-fédération de Psychanalyse. Editorial -Mental, Novembre 2020.

⁸ Freud, S.: “Tres ensayos de teoría sexual” (1905), Obras completas, Vol. VII Amorrortu, pág. 204-205.

⁹ Lacan, J.: “La psiquiatría inglesa y la guerra”, Otros escritos, Paidós. Buenos Aires 2012, pág. 113.

¹⁰ Recalcati, M.: “Clínica del vacío”, Síntesis, España, 2008, pág. 303.

¹¹ Alemán, J.: Soledad: común. Políticas en Lacan, Grama, Buenos Aires, 2012.

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA EN CONSULTORIOS EXTERNOS

Para concluir, podemos decir que el virus conmocionó las fronteras de nuestras prácticas y el fundamento de las mismas, tanto en los tratamientos con pacientes como en los vínculos con compañeros del hospital. Estas ya no fueron determinadas por el lugar (el hospital, el consultorio, la sala de situación o el teléfono). El mundo se nos dio vuelta y nos interpeló acerca de cómo cumplir nuestra función allí. Constatamos que frente al individualismo de la época y el aislamiento que la pandemia nos impuso, los consultorios externos del Servicio pudieron contribuir en el armado de una respuesta colectiva. Eso implica el sostén de una política en Salud Mental pensada no como un saber totalizado previamente en el que hay una respuesta unívoca y certera sino que se trata de una política que conlleva un deseo, abierto a lo imprevisto y que solo podrá ser leída après-coup. Intentar estar a la altura de la época implicó enfrentar la contingencia sabiendo que se trata de una pandemia, un universal, pero frente al cual el sujeto jugará sus cartas de modo singular. En este sentido, nuestra obligación y compromiso ha sido y es garantizar un lugar que oferte la figura de un Otro en el hospital. Quedará para luego la tarea de acompañar la elaboración de respuestas nuevas frente a lo que del real en juego para cada quien haya sido despertado por la pandemia y no encuentre otra suplencia inmunitaria más que el síntoma.

Nota

Tercer encuentro del Ciclo, realizado el jueves 16 diciembre 10hs (hora Argentina) bajo modalidad presencial y virtual, en la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

PUNTUACIONES

Reinventando las prácticas: salud mental en época de incertezas¹.

Alicia Stolkiner²

"La principal dificultad de toda cosmopolítica es la reconciliación entre lo universal y lo particular...la universalidad es la perspectiva del observador, nunca la del actor"

Yuk Hui

Breve marco general

En el año 2022 la humanidad lleva atravesando una acelerada transformación general, en el marco de una catástrofe sanitaria. La conmoción todavía no se ha desacelerado ni encuentra un nuevo punto de equilibrio. Mientras, se suceden acontecimientos que, aunque son presumibles afectan como inesperados. Tal el caso de una nueva cepa de contagiosidad multiplicada, previsible existiendo millones de personas sin acceso a la vacunación, que desmanteló una cierta ilusión de que habíamos entrado en la etapa final del COVID 19.

El proceso tensionó las fuerzas y los antagonismos que ya se vislumbraban desde crisis anteriores. En estos dos años millones de personas murieron, enfermaron o vieron precarizarse sus condiciones de vida, a la par que los cultores degradados de la "destrucción creativa" inherente a la acumulación desenfrenada celebran las ganancias increíbles que para algunos ha producido esta misma situación.

Según la ONU (2020) alrededor de 400 millones de empleos se per-

dieron a nivel mundial y las principales afectadas fueron las mujeres. La pérdida en América Latina era ya, a finales de 2020, de 26 millones de empleos (OIT, 2021). Mientras que el 2020 fue un año record para los más ricos del mundo, con un aumento de riqueza de US\$ 5 billones y una cantidad sin precedentes de nuevos multimillonarios (Forbes, 2021). A su vez, la cumbre sobre el cambio climático y la inequidad en la distribución de las vacunas mostraron la avaricia suicida de los poderes concentrados en la era del predominio mercantil.

Todo esto coincide con una increíble velocidad de los cambios geopolíticos y la dinámica de las sociedades, particularmente de Occidente. Pese a la pandemia, a su vez, la creciente tendencia a las movilizaciones sociales que venía marcando la segunda década del siglo no se detuvo, y fue notable en algunos países de América Latina, potenciando actores y discursos nuevos (Dillion C. y Ventura D. 2020).

Detallar este contexto general, que requeriría más espacio, es necesario para reordenar las preguntas y los postulados con que trabajamos en lo concreto de las prácticas cotidianas en el campo de la salud mental. Sucede que afecta la producción de sufrimientos subjetivos e inclusive los modos de subjetiva-

¹ Texto publicado en "Salud mental y pandemia. Dispositivos de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires". Julieta Calmels; Sebastián Holc; María Julieta Medici. - 1a ed. - La Plata: EDULP, 2022. <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/1993>. Autorizado por la autora para ser publicado en Cuadernos de Investigación N° 1 Salud Mental HIGA "Prof. Dr. R. Rossi".

² Licenciada en Psicología, hizo su posgrado en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la UBA en 1985, previamente cursó una Maestría en Psicología Clínica en la Universidad Nacional Autónoma de México. Doctora Honoris Causa de la Universidad Autónoma de Entre Ríos. Profesora Titular Regular de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (1985-2021). Profesora Regular del Doctorado Internacional y de la Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, de La Maestría en Salud Mental de la Universidad Nacional de Entre Ríos; y de otros posgrados nacionales y extranjeros

PUNTUACIONES

Reinventando las prácticas: salud mental en época de incertezas

ción y las condiciones en que tales prácticas se producen.

Sabemos además que parte de este cataclismo se acompaña de una necesaria sucesión de descenramientos respecto a supuestos y teorías, que son las herramientas de nuestras tareas. Esto no significa tirarlas por la borda, sino reconsiderarlas críticamente y aumentar la capacidad de innovación.

La pandemia promovió una reubicación de la función de los Estados -recordemos que las políticas de salud mental nacieron con los Estados sociales de posguerra- que entra en tensión con fuerzas que promueven un nuevo ordenamiento centrado en la hegemonía del poder corporativo financiero, y necesitan para ello horadar aún las democracias, inclusive las formales. Entre tales fuerzas corporativas, se produjo una avanzada del complejo médico- industrial-financiero que pugna por incrementar sus beneficios con la catástrofe y construye discursos que lo convalidan.

Como uno de sus efectos, se profundizó la tensión entre las tendencias a reducir el sufrimiento psíquico a lo biomédico individual ofreciendo una respuesta medicamentosa e inclusive quirúrgica o de tecnología informática y, en el otro polo, la búsqueda de acciones sociales, territoriales y comunitarias fundadas en el fortalecimiento del lazo social, articuladas con políticas de Estado en miras a procesos de salud/enfermedad/atención/cuida-

dos integrales y en perspectiva de derechos. En la Argentina contamos para apoyar esta última tendencia con la Ley Nacional de Salud Mental número 26.557.

Desde el inicio de la pandemia hubo estudios locales e internacionales que tendían a psicopatologizar las formas subjetivas de transitar una situación que alteraba radicalmente la vida cotidiana y conmovía radicalmente las condiciones y formas de vida (Stolkiner A., Ferreyra J., 2020). Se difundió la frase “una pandemia de enfermedades mentales” e inclusive se diagnosticó un incremento epidémico de “depresión mayor” (The Lancet, 2021). Al incorporar esta categoría como forma de encuadrar muchos de los sufrimientos producidos, se abrió la puerta para proponer la prescripción masiva de psicofármacos e inclusive instalar masivamente cirugías específicas o implantación de chips cerebrales (Yampolsky C. y Bendersky D., 2014). Si bien esta tendencia precedía la crisis, se potenció de manera casi ficcional. Aclaremos que no se trata de desechar los avances de las neurociencias o algunas propuestas de la biomedicina, sino su posible aplicación medicalizante, abusiva por mercantilizada. Se requiere una correcta vigilancia epistemológica sobre el método de estas investigaciones, lo que obliga a revisar críticamente las categorías y las herramientas que muchos de tales estudios utilizan (Stolkiner, 2019) y desechar una universalización con-

PUNTUACIONES

Reinventando las prácticas: salud mental en época de incertezas

ceptual de la subjetividad humana que habilitaría respuestas técnicamente universalizables o sea sometidas a una cultura hegemónica monotecnológica (Yuk Hui, 2020).

Los esfuerzos adaptativos a realidades radicalmente nuevas producen conductas, sensaciones, sentimientos, etc., que pueden fácilmente ser confundidos con nosografías preexistentes, aunque no lo sean, y se desprende de ello la necesidad de revisar las formas de intervención. Si no se cae en el error de confundir conceptualmente lo subjetivo singular con lo individual, se impone reflexionar que los procesos traumáticos colectivos, esos que se inscriben en la historia de una sociedad, requieren de procesamientos colectivos que articulen con los singulares. Es en este punto que importa trabajar con la categoría sufrimiento subjetivo o sufrimiento psíquico (Ausburger, 2004) como lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental.

Mientras tanto, el campo de la salud mental en la Argentina, que se ha consolidado también como un movimiento social, conjugó los desarrollos teóricos y académicos, con la acción y los actores necesarios para dar muestras de innovación y capacidad de respuesta durante la pandemia aún con dificultades muy grandes; y no sin costo, desgaste y esfuerzo para sus actores.

Acciones, reflexiones e innovaciones

Apenas iniciado el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en marzo de 2020, en salud mental se enfrentaban los siguientes desafíos: cómo seguir dando respuesta y profundizando la atención de quienes ya se asistían en los servicios, cómo responder a las necesidades de cuidado por los padecimientos que conllevaba el COVID y cómo acompañar y generar espacios de acompañamiento y soporte al personal de salud sometido a una situación laboral extrema.

La gestión de la Provincia de Buenos Aires sumó, además, la decisión y el desafío de profundizar y seguir adelante con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, que marcaba el año 2020 como aquel en el que debían transformarse las instituciones asilares manicomiales, de las que la provincia tenía algunas gigantescas y centenarias.

Lo auspicioso de muchas de estas experiencias y prácticas, incluyendo el proceso de la Provincia de Buenos Aires, ha sido el registro, la narración, la relación entre reflexión y acción mediada por la escritura, por las imágenes y la voz de sus actores. Nos llevará tiempo y será una tarea riquísima revisar y sistematizar lo que se produjo en innovación, reinventando o reapropiándose de saberes y prácticas que conjugan lo “universal” con lo absolutamente particular y propio de nuestra historia en este campo, y de cada institución, colectivo y

PUNTUACIONES

Reinventando las prácticas: salud mental en época de incertezas

equipo. Interesará ver cómo se pusieron a trabajar las herramientas teóricas y cómo se articularon los saberes. Las dimensiones políticas, político técnicas y técnicas desplegadas en esos procesos confluyen finalmente en acciones singulares. Publicaciones como las que contiene este libro son indispensables.

Todas estas experiencias deben promover sucesivos procesos de integración de: las acciones de salud mental en el campo de la salud en general, de prácticas sanitarias en políticas de Estado cuyo núcleo fundamental sea la perspectiva de derechos, entre las prácticas estatales en sus distintos niveles y las de actores y movimientos sociales que confluyen en este tipo de objetivos.

Es por eso que el campo de la salud mental requiere confluir como movimiento con todos los movimientos que colocan los cuidados de la salud y la vida como prioridad, y que apuntan a una integralidad de los mismos en el marco de políticas centradas en los derechos y con la participación de sus actores. Hacer nuestra tarea y efectivizar los principios de la Ley Nacional de Salud Mental es contribuir a ello.

Bibliografía

Ausburger, C. (2004, mayo/agosto) La Inclusión del Sufrimiento Psíquico: un desafío para la epidemiología, *Revista Psicología & Sociedad*; 16 (2): 71-80.

Boletín Oficial de la República Argentina (2010, 3 de diciembre) Ley Nacional de Salud Mental número 26557.

Dillion, C. y Ventura, D. (2020, marzo-abril) Por qué protesta tanta gente a la vez, *Revista Nueva Sociedad*, Nuso 286, <https://nuso.org/articulo/por-que-protesta-tanta-gente-la-vez/>

Naciones Unidas (2020, 30 de Junio) Noticias ONU, Asuntos Económicos. La Pérdida de Empleo COVID 19 – Peor de lo que se esperaba <https://news.un.org/es/story/2020/06/1476782>

Organización Internacional del Trabajo - América Latina y el Caribe: Serie Panorama Laboral 2021(2021, 8 de abril) La región perdió 26 millones de empleos en un año de pandemia, https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_779116/lang-es/index.htm

Revista Forbes (2021, 22 de junio) Riqueza global aumentó en 2020 pese a los efectos de la pandemia, <https://www.forbes.com.mx/riqueza-global-2020-pese-efectos-pandemia/>

Revista The Lancet (November 06, 2021) Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic, Volume 398, 1700-12. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02143-7/full-text](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02143-7/full-text)

Stolkiner, A. y Ferreyra, J. (2020, 3 de julio) Psicopatologizar la Cuarentena, *Revista Lobo Suelto*, <http://lobosuelto.com/psicopatologizar-la-cuarentena-alicia-stolkiner-y-julian-ferreyra/>

Stolkiner, A. (2019, noviembre) Las dimensiones políticas de la investigación en el campo de la salud mental y sus prácticas. En el libro: *El Fin del Manicomio - construcción colectiva de políticas y experiencias en salud mental y derechos*. (109-124). Buenos Aires, Ed. Noveduc.

Yampolsky, C. y Bendersky, D. (2014) Cirugía de los trastornos del comportamiento: el estado del arte. *Revista Argentina de Neurocirugía*. Vol. 28, Nº 3: 78-98.

Yuk, H. (2020) *Fragmentar el Futuro-Ensayos sobre tecnodiversidad*, Buenos Aires, Ed. Caja Negra

PUNTUACIONES

El virus analítico en el tiempo del confinamiento y del post confinamiento

El virus analítico en el tiempo del confinamiento y el post confinamiento*.

Doménico Cosenza¹

Estoy muy agradecido por la invitación, poder trabajar con ustedes en esta ocasión. Esta noche estoy particularmente agradecido por el hecho de poder tratar un tema que nos pertenece a todos, que es muy contundente en este momento de nuestra vida individual y colectiva y será una intervención que se puede ubicar como una tentativa de pensar en la coyuntura del presente.

Le he dado este título, "el virus analítico en el tiempo del confinamiento y del post confinamiento", porque mi interés en esta ocasión era precisamente hacer hincapié en la especificidad de las respuestas del psicoanálisis en el tiempo que estamos viviendo, que se presenta como una situación muy compleja que nos presenta momentos diferentes de manifestación en distintos lugares del mundo. Estamos viviendo, en particular en este momento en Europa, una vuelta de la pandemia de una manera muy fuerte. Se habla de una segunda ola muy potente que está conduciendo a desastres en todo Europa y nos está poniendo en una condición difícil desde el punto de vista sanitario, económico y social. Grandes problemas que ponen a la colectividad y a cada uno en su singularidad delante de una dimensión dramática.

Por esto me parece muy importante intentar decir algo al respecto y sobre todo de cómo el psicoanálisis se ubica en este momento inédito, y cuáles son las características particulares de su manera de tratar esta coyuntura en este momento histórico.

Entonces el trabajo de la conferencia se producirá alrededor de estas dos polaridades: por un lado el COVID-19, que está caracterizando nuestras vidas como un significativo central en todos los discursos que escuchamos, desde cuando comenzamos la mañana hasta que nos vamos a la cama en la noche. Diría también, que se presenta hasta en los sueños que nos llegan a la consulta por parte de nuestros analizantes. Eso nos lleva a trabajar alrededor de la pulsión perturbadora que produce este significativo fundamental del discurso, este S1, que está caracterizando la coyuntura.

Ante todo, me parece importante encontrar o dar algunas definiciones de esta pandemia que produce como efecto en nuestra vida el dibujar nuestra existencia con un horizonte de riesgo continuo y cotidiano. El riesgo, la incertidumbre, la angustia, el aislamiento, la desorientación, son parte en este tiempo de la vida cotidiana de las colectividades, de las familias y de los amigos de manera muy fuer-

¹ Psicoanalista en Milán (Italia) es miembro de la *Scuola Lacaniana di Psicoanalisi* (SLP) y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), presidente reelecto de la Euro Federación de Psicoanálisis. Ha sido AE, es docente del Instituto Italiano del Campo Freudiano, ha sido director científico de distintas instituciones terapéuticas dedicadas al tratamiento de los llamados trastornos alimentarios. Autor entre otros de: "La comida y el inconsciente", reeditado por editorial Tres JHaches (2013); "El muro de la anorexia", editorial Gredos (2013); "Jacques Lacan y el problema de la técnica en el psicoanálisis", editorial Gredos (2008), varios de ellos traducidos al español.

PUNTUACIONES

El virus analítico en el tiempo del confinamiento y del post confinamiento

te. Estamos todos expuestos a una precariedad existencial, económica y social muy fuerte, como no ocurría de manera tan masiva desde hace mucho tiempo.

Pienso que una época histórica anterior con un nivel similar de malestar colectivo, fue el período de las guerras, de la última guerra, por ejemplo. De manera diferente, pero con un rasgo, un aspecto común, que caracteriza la vida de las personas.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, una primera manera para ubicar la pandemia por COVID-19 podría ser definirla como un “acontecimiento de discurso”. Se trata de un concepto de Lacan, lo podemos encontrar en los Seminarios donde Lacan introduce su teoría de los discursos. El acontecimiento de discurso es algo que irrumpe en la vida colectiva y se impone como un pivote que cambia el funcionamiento del discurso como tal. Introduce, dicho de otra manera, lo que nosotros llamamos un S1, un significante clave, un significante universal, un significante amo, que una vez introducido condiciona el funcionamiento de la vida de los sujetos y de las colectividades.

Tenemos un momento preciso, donde podemos ubicar la constitución de este universal pandémico, esta dimensión universal que el COVID-19 comenzó a ocupar en nuestra vida. Fue el 11 de marzo del 2020 cuando el presidente de la OMS (Organización Mundial de la Salud) define el COVID-19 no más como

una epidemia, sino como una pandemia. Pandemia quiere decir precisamente esto: una enfermedad devenida universal, que se puede ubicar en cualquier lugar del mundo, aunque de manera diferente.

La declaración del estatuto de “pandemia” ha sido un acto simbólico que se ha introducido como un S1 en la vida colectiva. A partir de este pasaje, de este acontecimiento de discurso, se han desarrollado varias maneras para intentar dar un sentido a este S1 del COVID-19. En varios campos disciplinares se han multiplicado las tentativas de lectura y de interpretación de este acontecimiento universal que condiciona la vida de todos, por ejemplo, en el debate filosófico.

Los más importantes filósofos del mundo han intentado decir algo sobre esto, pero fundamentalmente la operación que han hecho -pienso en Giorgio Agamben, en Byung Chul Han, el filósofo coreano y otros- ha sido reconducir lo real en juego en la pandemia al marco de sus teorías filosóficas, a sus lecturas del mundo. Agamben, por ejemplo, ha reconducido la pandemia a un paradigma secundario, geopolítico, poniendo en evidencia los mecanismos de poder que se han enfatizado. A mi manera de ver, esta elaboración no ha permitido mostrarnos lo mejor de su agudeza, de su pensamiento más brillante. Ha sido más bien una operación un poco forzada, como ha ocurrido, según mi lectura, con la mayoría de

PUNTUACIONES

El virus analítico en el tiempo del confinamiento y del post confinamiento

los filósofos que se han pronunciado al respecto. Esta operación de reconducción del S1 pandémico a un S2 que le ofrece un sentido, es una operación muy diferente de lo que le interesa al psicoanálisis.

Esto no quiere decir que no podamos encontrar en estas lecturas algunas indicaciones importantes. Por ejemplo, me parece muy interesante lo que nos dice Chul Han respecto de dos paradigmas fundamentales que se presentan con diferente eficacia en el pensamiento y sobre todo en el tratamiento de la urgencia pandémica. Sostiene que lo que está en el centro del mundo Occidental, está mostrando un cierto fracaso en el tratamiento de la pandemia. Creo que Chul Han nos dice algunas cosas que tienen un interés importante, al plantear la dificultad que hay en Occidente para renunciar a la centralidad de la libertad, como derecho fundamental, cuando se trata de hacer frente a un problema de este tipo. Problema respecto del cual la mentalidad oriental se ha orientado de otra manera. No solo países como China, sino también Japón, Corea del Sur, Taiwán, han introducido una manera de responder subrayando lo colectivo, frente a la indicación de las autoridades, que ha sido mucho más eficaz, más allá de las diferencias de régimen político. En Oriente encontramos un régimen que no es democrático como China, pero encontramos a Japón o a Taiwán que tienen un régimen político bastante parecido a

los nuestros. Más allá de esas diferencias, hay algo que no cambia y que es algo que pertenece más a la relación que tienen entre la autoridad y la colectividad. En ese punto la respuesta de Occidente ha sido verdaderamente muy diferente.

También es interesante otra perspectiva que nos llega desde la filosofía. La idea, por ejemplo, que desarrolla Paul Preciado respecto del cambio de la dimensión de la “frontera” en la experiencia. Se ve muy bien cómo la frontera fundamental que se impone en la vida colectiva está dada por el cuerpo mismo. Una mascarilla funciona casi como una frontera que está estrictamente conectada con el cuerpo de cada uno, frontera difícil, porque está expuesta al contagio continuamente.

Estas lecturas se presentan como lecturas interesantes, pero mi tesis, mi idea es que la perspectiva del psicoanálisis es muy diferente. Es una perspectiva que no se relaciona con el S1 pandémico con la tentativa de encontrar un S2. Es decir, con la tentativa de encontrar un sentido que nos pueda explicar el S1 inicial. Lo que orienta al psicoanálisis es otra cosa, es más bien la relación entre este S1, este significante amo y lo real.

Respecto de esta relación, entre el S1 pandémico y lo real, me parece importante tomar dos perspectivas. Una primera más general: ¿cómo podemos leer desde el punto de vista del psicoanálisis lo real de la pandemia? Yo creo que

PUNTUACIONES

El virus analítico en el tiempo del confinamiento y del post confinamiento

es importante diferenciarlo respecto de la manera que tiene la ciencia de pensar lo real en juego en la pandemia. Se trata de dos cuestiones diferentes: lo real de la ciencia y lo real del psicoanálisis.

El primer real está del lado de lo universal, mientras que el segundo real está del lado de lo singular. Al psicoanálisis le interesa lo singular, eso que está por fuera de la ley universal, fuera de la ley de la física como ciencia, por ejemplo. Y en relación con esto hay dos dimensiones que me parecen muy interesantes: en primer lugar una dimensión a nivel de lo colectivo y que podemos encontrar en el último curso de J.-A. Miller. Me refiero a lo que llama “acontecimiento de tierra” para hablar de fenómenos naturales que introducen una perturbación en el funcionamiento de la vida misma y que no se deja integralmente reconducir a una ley universal. Les propongo utilizar esta noción de “acontecimiento de tierra” para intentar leer desde la perspectiva del psicoanálisis el COVID-19 como fenómeno global, colectivo.

Esto lo podemos encontrar en una clase del último curso de J.-A. Miller, “El ser y el Uno” pero es algo que retoma una perspectiva que encontramos en Freud y en Lacan. Por ejemplo cuando Freud describe el más allá del principio del placer, hace de esta tendencia hacia lo inorgánico una dimensión que no solo pertenece a la singularidad del individuo, sino que también perte-

nece a la naturaleza como tal. Hay algo en la naturaleza que se nos escapa, que no se deja atrapar por las leyes de la física por ejemplo.

También en Lacan encontramos esta dimensión -en el Seminario III- cuando nos habla de la naturaleza como algo que no se deja deducir por las leyes de la ciencia, debido a que hay algo que se coloca fuera de la ley.

Así como Lacan habla de “acontecimiento de cuerpo”, cuando nos habla de un síntoma en su dimensión singular y real, aquí Miller nos habla de “acontecimiento de tierra” como algo que pertenece a una dimensión más colectiva, donde está involucrada la relación con la naturaleza, con el medio.

Pero hay también otra dimensión que es la que nos pertenece en tanto que psicoanalistas, y es la dimensión del efecto del S1 pandémico sobre la singularidad del hablanteser. Esto nos introduce directamente en la dimensión de la clínica, en tanto la pandemia encuentra en cada uno una manera particular de producir efectos. Efectos, en articulación con la manera de relacionarse con el goce, con la vida, con el otro, y en todas las dimensiones fundamentales del funcionamiento del hablanteser. Desde nuestra perspectiva ¿a partir de qué punto podemos hablar de la pandemia sino es desde los efectos sobre la vida pulsional de nuestros analizantes?. Esto me parece un punto importante que

PUNTUACIONES

El virus analítico en el tiempo del confinamiento y del post confinamiento

nos permite decir algo respecto a la especificidad del psicoanálisis. Es introducir precisamente la dimensión clínica de los efectos sobre el cuerpo pulsional, así como la dimensión de los efectos del confinamiento sobre la vida de cada uno y sobre los lazos con la pareja, con la familia, con los amigos.

Este período se presenta como muy precioso clínicamente y en este sentido me parece importante poner en evidencia la perspectiva específica a partir de la cual el psicoanálisis puede hablar de lo que está pasando.

El número 42 de la revista Mental de la Eurofederación de Psicoanálisis, está enteramente dedicada al tema del contagio y de todo lo que esto implica desde la perspectiva del psicoanálisis. El título que ha sido elegido es “El contagio en epidemia es en cualquier lugar”. Allí se habla de manera específica y directa de los efectos del COVID-19 en la clínica. Se toma el virus pandémico, pero además se habla de otro virus del cual estamos todos contagiados en nuestra formación: el virus analítico. Me parece muy importante introducir esta tensión entre estas dos dimensiones.

¿Por qué hablo del virus analítico? Es algo que pertenece ya a la palabra de Freud, tal como ha sido transmitida en ocasión de su viaje a Estados Unidos. Es Lacan quien nos ha hecho conocer esta frase de Freud. Cuando estaba cerca de llegar a Nueva York -viaje que Freud

había hecho con Jung- la frase de Freud fue precisamente “no saben que le estamos llevando la peste”. Ésta es la frase freudiana que Lacan nos restituye en el texto clásico “La cosa freudiana” hablando precisamente de la peste psicoanalítica. Se trataba de algo que, con su introducción, produciría un cambio notable en la sociedad.

Un detalle a señalar es que esta peste psicoanalítica por un lado se difunde, pero por otro lado se contamina, cambia su propio estatuto precisamente en razón de su difusión. El hecho de que la difusión del psicoanálisis en Estados Unidos se produjera con un gran éxito, también implicó como consecuencia una transformación del psicoanálisis en una versión adaptativa, ideológica, muy lejos de la fuerza del discurso de Freud, del inconsciente freudiano. Cuanto más se expande el virus psicoanalítico, tanto más encuentra el riesgo de perder su dimensión más tajante y corre el riesgo de perder su dimensión agalmática. El éxito del psicoanálisis se acompaña, muchas veces, con la pérdida de su fuerza. Este es un riesgo que está siempre en juego, esta doble vertiente: la expansión por un lado y el riesgo de perder la llama, por otro.

Hay que decir que esta referencia a la dimensión del “contagio” de la epidemia, Lacan la ha mantenido en su enseñanza hablando del psicoanálisis. No sólo habla de esto en “La cosa Freudiana”, sino

PUNTUACIONES

El virus analítico en el tiempo del confinamiento y del post confinamiento

que también retoma la cuestión al final de su enseñanza, en las Conferencias Norteamericanas en el 75'. Allí, cuando habla del psicoanálisis, utiliza precisamente estas definiciones: epidemia, plaga, síntomas sociales. Así como Freud había realizado su viaje con Jung, diciendo "estamos llevando la peste", cuando Lacan vuelve a América utiliza formulaciones similares.

¿Cuál es el problema que subraya Miller? Me parece interesante -en este texto que está publicado en este número de Mental y que está en el interior del curso Un esfuerzo de poesía- precisamente el hecho de que los analistas tienen que estar a tono con los cambios en la sociedad, pero al mismo tiempo no perder el agalma del psicoanálisis. Es un punto que ya Miller había subrayado hace años hablando del psicoanálisis aplicado y decía que si el psicoanálisis no tiene en cuenta los cambios sociales se reduce a una práctica que no está a la altura de la subjetividad de la época. Si ese estar a la altura de la época se hace de manera demasiado adaptativa, eso implica perder el agalma del psicoanálisis, el agalma de la práctica.

¿En qué consiste el virus analítico en su manera más radical? El psicoanálisis produce -en los que en su vida se encuentran con el deseo del analista- un cambio fundamental en el funcionamiento libidinal, una mutación verdadera. Entonces el virus analítico es algo que se caracteriza por un senti-

do vitalizante. Es un virus que no pasa, que se queda toda la vida cuando llega, en un nivel de mutación que pertenece a la economía del goce y al funcionamiento del deseo. Miller sostiene que es un virus que pertenece a lo incurable, residuo real, que está en el corazón de nuestra manera de desear. Se trata de un encuentro irreversible.

Ahora bien, intentamos poner esta cuestión en la actualidad. ¿Cuáles han sido las implicaciones del COVID-19 respecto de la vida de los psicoanalistas y del psicoanálisis? Ha producido el efecto de poner una dimensión fundamental de la experiencia analítica -la del encuentro real entre los cuerpos - en una condición de precariedad radical, sino de imposibilidad. Todas las autoridades indicaban evitar los encuentros en presencia.

Sea por el lado de la práctica, sea por el lado del psicoanálisis como transmisión, fue imposible de llevarse a cabo en su forma presencial. Estamos, en este momento, hablando a través de una pantalla con todos los límites que eso implica. El riesgo de contaminación trabaja contra la posibilidad del encuentro y por esa razón han sido canceladas todas las actividades de las Escuelas del Campo Freudiano, incluido el congreso de la AMP.

Me parece interesante en esta coyuntura el hecho de que el psicoanálisis no cierra su actividad, su vida, su posibilidad de transmisión. El psicoanálisis es un virus vital que

PUNTUACIONES

El virus analítico en el tiempo del confinamiento y del post confinamiento

encuentra formas de transmisión de su discurso más allá de los obstáculos que encuentra. Ha funcionado en el período de la guerra, ha funcionado en períodos muy difíciles como en medio de dictaduras, aunque de modo clandestino. Se trata en este tiempo que estamos experimentando, de dar apertura a lo novedoso, tal como lo es la transmisión virtual. Uno de los efectos de esta transmisión online es que no se limita a la ubicación local, abriendo la posibilidad de que un público de lugares muy lejanos pueda participar conectándose.

Esto nos muestra la vitalidad del psicoanálisis delante de situaciones que impiden el funcionamiento en su forma habitual. Ahora tenemos la posibilidad de tener una difusión que en estos momentos es necesaria, pero hay que tener cuidado que no devenga una manera de confort. Es para tener en cuenta el equilibrio entre la difusión y el agalma. Esto es un punto fundamental que toca también el problema de la práctica. En este tiempo de confinamiento, en ausencia de la posibilidad del encuentro real con el cuerpo del analizante, ha sido una práctica muy difundida entre nosotros, poder darle al analizante la posibilidad de conectarse a través de un medio electrónico. Creo que es necesario recurrir a estas herramientas en esta coyuntura particular, sin pensar que esto pueda devenir en algo normal de la práctica analítica cuando salgamos de esta emergencia. Y también pienso que

es importante tener en cuenta la dimensión del uno por uno, porque de hecho en la clínica esta dimensión nos muestra diferencias muy importantes. En los momentos más duros del confinamiento, algunos analizantes han preferido otra solución, suspender por ejemplo.

Esta situación nos permite poder pensar la especificidad de la sesión analítica como encuentro de cuerpos hablantes. Si no hay una orientación hacia lo real y se piensa que la práctica podría tratarse de un análisis todo digital, lo vería como problemático. Sería interesante guardar este tipo de cuestiones a deslindar en el horizonte.

Notas

*Conferencia organizada por el Seminario del Campo Freudiano de la Sección Clínica de Madrid (Nucep), coordinada por Miriam Chorne, realizada el 30 de octubre de 2020. Autorizada por el autor y los organizadores para publicar en este volumen.

PUNTUACIONES

Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la Provincia de Buenos Aires.

Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la Provincia de Buenos Aires. ¹

Julieta Calmels ²

Hay muchísimas formas de narrar, comunicar, conceptualizar, explicar lo que significó asumir un Ministerio de Salud en la provincia de Buenos Aires en el marco de un gobierno dispuesto a iniciar un profundo proceso de transformación en nuestra provincia y que –a menos de tres meses- se desatara una de las peores tragedias sanitarias del mundo. Estar aquí, en este territorio bello, extenso y poblado por más de 17 millones de habitantes como es nuestra provincia; estar aquí en esta provincia que asomaba sus esperanzas de ponerse en marcha después de la triste etapa neoliberal del gobierno ³ que arruinó lo que estaba bien y terminó de deteriorar lo que estaba mal dejando esta provincia como tierra arrasada; estar aquí en esta provincia con altos índices de pobreza e indigencia, estar aquí en una provincia de un país que no tenía al asumir el nuevo gobierno un Ministerio de Salud Nacional; estar en este lugar y en este momento de la historia fue una situación de una excepcionalidad absoluta y de una enorme responsabilidad a la hora de construir formas de cuidado que nos evitaran la declive humanitaria que veíamos tristemente desarrollarse en los países llamados “centrales”. En los momentos iniciales, cuando

aún no se conocía la magnitud de lo que vendría, pensamos que se trataba de poner de pie un sistema de salud deteriorado y abandonado, con enorme déficit de infraestructura y de recurso humano. Pero a poco de andar, advertimos que –aunque esta hazaña fuera posible en simultáneo había que producir otras cosas que hasta entonces no habían sucedido. Lo que devino entonces requirió de una gran invención y valentía de nuestro gobernador, de nuestros ministros de salud ⁴ y de nuestra Subsecretaría para construir junto a trabajadores y trabajadoras una apuesta sanitaria y política sin precedentes. Este fue el desafío y la decisión que asumió el gobierno de Axel Kicillof y, junto a él, el Ministerio de Salud de nuestra provincia.

La integralidad de los cuidados

Para cuidar a nuestro pueblo ante una pandemia que afectaba la totalidad de la vida, había que conmover aún más aquella histórica disociación entre la salud biológica y la salud mental, conmoverla más de lo que históricamente habíamos logrado hacer. El COVID-19, como pocos fenómenos, evidenció cómo una enfermedad que afectaba lo biológico a la vez comprometía brutalmente otros aspectos de la vida.

¹ Texto completo publicado en "Salud mental y pandemia Dispositivos de cuidado, asistencia y acompañamiento en la provincia de Buenos Aires". Julieta Calmels; Sebastián Holc; María Julieta Medici. - 1a ed. - La Plata: EDULP, 2022. <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/1993>. Autorizado por la autora para ser publicado en Cuadernos de Investigación N° 1 Salud Mental HIGA "Prof. Dr. R. Rossi".

² Subsecretaría de salud mental, consumos problemáticos y violencias del ámbito de la salud en la Provincia de Buenos Aires.

³ Nos referimos a la gestión neoliberal a cargo de la presidencia de Mauricio Macri y la gobernadora María Eugenia Vidal (2015/2019)..

⁴ Daniel Gollán y Nicolás Kreplak

PUNTUACIONES

Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la Provincia de Buenos Aires.

Tanto por la manera de defendernos del virus (el aislamiento y el distanciamiento social); como por el hecho de que quienes enfermaban o se aislaban transitaban altos niveles de angustia, incertidumbre, miedo y, muchas veces, terror acerca de lo que podía suceder e implicaba enfermar a distancia de aquellos con los que se comparte la vida, o demasiado cerca con el temor a contagiarnos. Pero estas angustias no solo se experimentaban en quienes enfermaban. El COVID-19 afectaba a todos y no solo a aquellos que portaban el virus. El COVID-19 -y con él la pandemia- se volvió un hecho eminentemente social que tuvo un gran impacto en la salud mental de toda la población expresado de formas variadas, atípicas, intensas y heterogéneas.

Y ello evidenció por primera vez en la historia cómo los aspectos de la salud mental están presentes en todos y todas; en suma, cómo es una dimensión de la vida. Por eso, las prácticas de cuidado (incluso el cuidado de los cuerpos y del organismo ante la enfermedad) se volvió inexorablemente un hecho que debía contener formas de cuidado integrales para nuestro pueblo, incluidos los cuidados de la salud mental y de los vínculos sociales, familiares, etc. Cuidar también significó el cuidado de los que cuidaban. Ya no solo en cuanto a brindar insumos de protección, enseñar a usarlos, elaborar y aplicar protocolos sino acompañar, escuchar, ayudar a pensar y elaborar (en lo

que fue posible) los altísimos niveles de angustia, desolación, miedo y exigencias ante una responsabilidad que excedía las capacidades de todo ser humano y grupo de ser asumidas por completo, y sin embargo la apuesta debía ser asumirlas y se asumieron. Acompañar a los equipos de salud también implicó acompañar los dolores ante las propias pérdidas de familiares, el tener que ser ellos mismos quienes los atendían en primera persona; también acompañar el desgarramiento de los equipos ante aquellos a los que no fue posible salvar y los dolores de sus familiares y seres queridos. Recuerdo una mañana mientras recorríamos los hospitales en medio de la segunda ola de COVID-19 junto al director de un hospital, escucharlo relatar lo que había sido la atención en su espacio y las 18 muertes que habían ocurrido sólo en un fin de semana. También otro profesional, jefe de UTI (Unidad de Terapia Intensiva), que nos contaba cómo después de trabajar todo un día atendiendo a los pacientes el equipo tenía que pasar el parte de salud a más de 40 familiares de pacientes internados graves. Recuerdo pensar con el equipo si era posible y cómo podía serlo para lo singular de cada trabajador y para el colectivo de trabajadorxs de un hospital tolerar en primera persona la intensidad y magnitud de una catástrofe social de esa envergadura. Y la respuesta era que no era posible y que la desmesura de lo vivido solo podía ser inscripta y elabora-

PUNTUACIONES

Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la Provincia de Buenos Aires.

da (en lo que se pueda de ello) en una trama colectiva, común, que es a la vez, la que hizo posible cuidar y salvar en condiciones extremas e inauditas.

La invención de los cuidados y los dispositivos

Como decíamos descubrimos que no sólo se trataba de poner de pie un sistema de salud profundamente golpeado por los años y el descuido, sino que debíamos y estábamos inventando una nueva manera de hacer salud y salud mental. Por un lado la reorganización de los espacios de atención con profundos cambios en lo que hacía a las maneras de atender: muchos servicios de salud mental y CPA que pasaron en la primera etapa a la modalidad virtual de atención con los desafíos enormes que supuso, a la vez que también estos equipos cumplieron roles inéditos para adentro de los hospitales en su relación con los otros equipos de salud y en relación al cuidado de las personas internadas; al tiempo que los CPA se incluyeron en procesos comunitarios de cuidado. Pero a la vez también, supuso la invención de dispositivos y ámbitos inexistentes hasta ahora: los interministeriales de enlace con la Dirección de Escuelas y sus equipos territoriales que visitaban las casas de aquellos niños más desvinculados de la escuela para acompañar a las infancias en claves y formas novedosas, inventar centros extrahospitalarios y pensar en esos contextos más

cercanos a la “ciencia ficción” cómo podían incluirse cuidados en salud mental. La atención y acompañamientos telefónicos fueron asimismo un modo de hacer accesible un sistema de salud centrado en la atención del COVID-19 en un tiempo social donde debíamos quedarnos en casa y donde el fantasma de la soledad y la desolación amenazaban. Descubrimos la potencia no solo de generar acceso, derivaciones, orientaciones y abordajes situacionales; sino que además descubrimos a través de los dispositivos del Centro de Telemedicina (CETEC) y 0800 formas estables, continuas de acompañar y sostener el acompañamiento como un modo de intervención en salud y salud mental que no se reducía a la asistencia. Descubrimos una vez más la potencia de prácticas en salud mental que no acontecen en dispositivos tradicionales ni bajo encuadres clásicos en los consultorios, ni en el marco de prácticas interpersonales entre profesionales y pacientes.

Recuperamos experiencias históricas de alto valor en la Argentina vinculadas al acompañamiento en salud mental como un tipo de intervención específica que en otros escenarios y con otra población supieron consolidarse con rigurosidad y potencia como lo fue -y lo es- por ejemplo, los acompañamientos a víctimas del terrorismo de Estado. La función de acompañar desde el Estado fue cobrando cada vez más sentido y pertinencia. También im-

PUNTUACIONES

Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la Provincia de Buenos Aires.

plicó disponerse y estar dispuestos en contextos y escenarios donde no estaba prevista una demanda ni un pedido, y a veces ni siquiera una necesidad configurada en términos de salud mental. Ponerse camisolín, barbijo, gafas, guantes y junto a los equipos de salud comunitaria salir a visitar las casas, entrar a los barrios aislados, acompañar las postas de hisopados y muchas veces la entrega de resultados, sobre todo aquellos que traían la mala noticia del “COVID positivo” en un tiempo sin vacunas y con el terror de la muerte como sombra permanente.

Acompañar embarazadas, mujeres a cargo de hijos pequeños o adultos mayores a cargo que debían aislarse, constatar que el sufrimiento se localiza en torno a escenarios diferentes donde muchas veces, por la distribución desigual de las tareas de cuidado, son las mujeres las que cargan con responsabilidades no compartidas de ser quienes cuidan a otrxs en un tiempo donde les pedíamos que puedan ser ellas las cuidadas; trabajar por esto mismo junto al Ministerio de Desarrollo de la Comunidad para que esas dolorosas realidades puedan ser también acompañadas trazando estrategias comunitarias que las hagan menos difíciles y solitarias. Atrevernó, cuando era inimaginable, a hacer protocolos para ingresos de familiares y seres queridos a los hospitales para que el dolor no sea tanto y el acto humano y humanizador de acompañar la enfermedad y, a

veces también, el final de la vida incluso en esas condiciones tan excepcionales, fuera aún posible. Ofrecer, comprar y distribuir dispositivos electrónicos en los hospitales para aminorar la distancia y las enormes fantasías que la ausencia de cuerpos y miradas producía en la desolación de aquellos días. Crear una modalidad específica para acompañar a las personas mayores aisladas con tiempo y espacio para estar sin tener que cortar rápido el teléfono y sin desaparecer al otro día. Tolerar la angustia desgarradora de las pérdidas sin velorio en toda la primera etapa e inventar con otras formas posibles una despedida que acuciaba y se hacía en soledad, buscar formas de inscribir los nombres de aquellos que se iban en el común de una sociedad que no podía despedirlos. Encontrase una vez más con las infancias en un tiempo inicial de creación del programa de “Cuidados y atención en salud mental para infancias y juventudes” surgido como primera respuesta a la deuda histórica pero en un contexto por entero diferente al que imaginamos, y disponernos a pensar las trayectorias de lxs niñxs, de los jóvenes produciendo materiales que orienten a familias, cuidadores, educadores y la comunidad acerca de cómo acompañar en la pandemia y contribuir a condiciones donde ellxs también puedan hablar de sus dolores, miedos y potencias, y que puedan ser escuchados. También cambiar la dirección de los cuidados y cuidar a

PUNTUACIONES

Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la Provincia de Buenos Aires.

⁵Subsecretaría Administrativa, Legal y Técnica a cargo de María Victoria Anadón; Subsecretaría de Gestión de la información, Educación Permanente y Fiscalización a cargo de Leticia Ceriani.

⁶ Jefe de gabinete Carlos Bianco.

⁷ Axel Kicillof. Gobernador de la Provincia de Buenos Aires.

los que cuidaban; proponer ahí en el cuerpo a cuerpo de los encuentros con los trabajadores de salud que también ellos necesitaban ser cuidados y experimentar el alivio de que no estaban solos (eso ya lo sabían) sino que además no estaban solos ni aún en sus angustias y que hacer salud para nuestro Ministerio era también hacerla para ellos. Que en esos contextos donde el tiempo se esfumaba en el aire, los recursos humanos no alcanzaban ni aun multiplicando al infinito los existentes, aún ahí había un tiempo y un lugar para cuidarlos a ellos y ellas.

La gobernanza y la búsqueda de la integración del sistema

Mientras esto sucedía se hacía cada vez más imperiosa la necesidad de construir gobernanza, rectoría en un inmenso y fragmentado sistema de salud que contenía instituciones sanitarias provinciales (80 hospitales generales, 4 neuropsiquiátricos, 150 espacios de salud mental) pero también otros sectores de la salud tanto públicos municipales (211 hospitales) como de la seguridad social y la medicina prepaga que era necesario integrar en una política común y coordinada. Que la salud y los cuidados que buscábamos no podían segmentarse según clases o sectores ante una pandemia que borraba a su paso toda división histórica y formal de nuestro sistema. Que era indispensable entonces asumir la responsabilidad de construir salud

para que ningún ciudadano/a de nuestro pueblo quedara sin atención; para que nuestro sistema tuviera pautas comunes de cuidado por medio de protocolos de compra de insumos, ampliación y gestión de camas, sistema de fases para las aperturas de actividades, etc., que involucró una inmensa tarea de otras subsecretarías de nuestro Ministerio⁵ junto a Jefatura de Gabinete⁶ en el marco de la coordinación de nuestro gobernador Axel Kicillof⁷ y nuestros Ministros de Salud. Esa rectoría, gobernanza y coordinación de estrategias quizá sean de las primeras experiencias argentinas que evidenciaron la necesidad y posibilidad real de avanzar hacia la integración de nuestro sistema de salud, y permitió lo que no se había logrado hasta entonces: un verdadero acceso equitativo al sistema de salud provincial.

El rol del Estado

Finalmente, la “presencia del Estado” de la que tantas veces hablamos cobró en la intemperie de la pandemia la encarnadura más profunda porque ahí se vio de manera material y simbólica que si no hubiera sido por las decisiones, inversión y determinación de volver capilar el Estado hasta llegar a las personas, nuestra provincia hubiera sido un espejo de lo vivido en los países “centrales”. Un espejo resquebrajado del derrumbe. Nunca fue tan claro como la “mano invisible del mercado” no regula y que el Estado tiene un rol central en el

PUNTUACIONES

Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la Provincia de Buenos Aires.

cuidado de la vida y en la salud de todas y todos. Y que eso implica decisión, valentía e invención de formas nuevas para hacer lo necesario porque “a situaciones excepcionales se responde con medidas excepcionales”

Ahora ¿por qué amor al pueblo?

Porque nada de esto hubiera sido posible solamente apelando a la responsabilidad, a la comprensión de la gravedad del tiempo que nos tocó vivir o a la capacidad técnica y/o de gestión. La fuerza, la invención, la indeclinable voluntad de sortear obstáculos de espacio, tiempo y distancias propias del cuidado solo fueron posibles por un sentimiento, una pasión: el amor al pueblo del que formamos parte.

Alguna vez, un diputado de nuestra provincia dijo que “no se puede gobernar a quienes se desprecia”⁸. Y tomando esa afirmación, y trasladándola invertida al terreno que nos ocupa podríamos decir que la experiencia sanitaria de cuidado solo fue posible por amor al pueblo. Por ese enigmático sentimiento, esa pasión por el otro, por aquellos a los que nuestra vicepresidenta Cristina Kirchner definió de una vez y para siempre como nuestra patria. Ese lazo de amor entre quienes gobiernan, gestionan y hacen reales las políticas de cuidado y el pueblo, ese lazo fue el que permitió sostener en condiciones de absoluta excepcionalidad todo el trabajo que en este libro se presenta y todo el inmenso trabajo sanitario

que otros futuros libros seguramente puedan testimoniar. Fue ese el motor, la razón que hizo posible crear hasta lo imposible todos los dispositivos de cuidado, atención y acompañamiento capaces de aliviar el dolor del pueblo y salvar de la desolación y la soledad a cientos de miles de hombres, mujeres, jóvenes y también niños y niñas de nuestra provincia. Sin ese amor, nada de todo lo que este libro narra hubiera sido posible. Ni nada de lo que fue posible hubiera sido capaz de extenderse, multiplicarse, ensancharse, doblarse y llegar hasta el lugar más pequeño y la situación más inusual para la atención en salud y salud mental. En las calles, en las camas de personas internadas, en las casas, en los teléfonos, en los centros extrahospitalarios, en los barrios aislados, en el trabajo con trabajadores que solo encontraban a veces en estos cuidados el único espacio donde dejar de cuidar a otros. La experiencia de la pandemia, tenemos que decir, transformó nuestra mirada de las cosas, nuestros límites de lo posible, nuestra capacidad para flexibilizar los encuadres sin perder el sentido y la razón de nuestra tarea. Y lo más bello y novedoso es que esto fue posible porque miles y miles de trabajadores de la salud decidieron también que esa era la apuesta de la historia que nos tocaba hacer y asumir, y que esa experiencia también nos transformó colectivamente porque quizá, por primera vez en muchísimos largos años, también

⁸ Federico Otermín. Frente para la Victoria

PUNTUACIONES

Amor al pueblo: dispositivos de atención, acompañamiento y cuidado en salud mental en la Provincia de Buenos Aires.

los trabajadores y trabajadoras experimentaron que esa apuesta se hacía desde el corazón mismo del Estado. Que la gestión de lo público no era una máquina burocrática, sino que palpitaba y se arriesgaba a hacer lo inimaginable por salvar y cuidar a su pueblo. La historia dirá cómo esta experiencia transformó el sistema de salud bonaerense y nos transformó. Y la historia abierta que aún transitamos exigirá seguir inventando formas de hacer con los efectos de lo que nos ocurrió. Pero estamos seguros que hubo un antes y un después en la historia de la salud bonaerense, en lo que con ella es capaz de hacerse. Quizá este libro sea una forma de dejar un testimonio en honor a todos y todas los que trabajaron sin descanso por amor al pueblo. Y por ello aquí van a encontrar algunas de sus voces, palabras, formas de narrar lo inventado, sostenido y pensado. Y también, por qué no, sea un modo de inscribir en la tradición argentina de la salud mental otro mojón donde se han inventado formas de hacer con lo imposible y formas donde las prácticas en salud mental se entramen con las necesidades de su pueblo.

En honor a nuestro pueblo y a lo que trabajamos para que sea una nueva etapa en nuestra provincia de reparación, reconstrucción y transformación.

Bibliografía:

AA.VV. (2021). Revista Soberanía Sanitaria

especial pandemia. <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/category/dossier/especial-pandemia/>

Calmels, J. (2020). "Políticas públicas en salud mental en el marco de la pandemia: lo singular y lo colectivo", Revista El Sigma. <https://www.elsigma.com/salud-publica-y-psicoanalisis/politicas-publicas-en-salud-mental-en-el-marco-de-la-pandemia-lo-singular-y-lo-colectivo/13831>

Calmels, J. y Rey, M. (2022) "Las políticas de salud mental para la provincia de Buenos Aires". Revista La Gaceta psicológica.

Kicillof, A. (2021). Apertura de las sesiones ordinarias Congreso de la Provincia de Buenos Aires.

CUADERNOS DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL #1

SUMARIO

Mariana Isasi, Cecilia Fasano, Dévora Kestel, Santiago Castellanos, Ana Paula Ribeiro, Santiago Del Pino, Santiago Levin, Ricardo Selles, Santiago Primerano, Juan Manuel Blanco, Luis Volta, Eugenia Urlezaga, Alicia Stolkiner, Domenico Cosenza, Julieta Calmels.



HOSPITAL
RODOLFO ROSSI
La Plata

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES