

Narrativas clínico-sanitarias. Historia para una futura post-pandemia

Ramiro Pérez Martín

Una epidemia es un fenómeno social que conlleva algunos aspectos médicos.

Rudolf Virchow, anatomopatólogo - antropólogo - político.
(epidemia de tífus en Alta Silesia, 1847)

La pandemia nos invita a narrar, a contar historias del tiempo de la pandemia. Historias que se cuentan en pasado pero aún se viven en presente, escenas de las que somos público y actores a la vez; en ocasiones, haciendo las veces de maquilladores, otras de vestuaristas. Esta vez, una suerte de guionista de un documental que le pone texto a la pandemia. Un documental que se cuenta a la vez que se vive. Historias de trama compleja, bordes filosos y final abierto.

Vivo en una región de pequeñas ciudades rurales, muy alejada de grandes centros urbanos; en el "lejano oeste" del interior de la provincia de Buenos Aires. Con casi 50.000 habitantes y siendo una de las ciudades más grandes de la zona, mi reciente tierra adoptiva -luego de una vida y formación en la gran urbe porteña- resulta un centro regional para la gente de municipios o localidades menos desarrolladas, dentro de unos 100-150 km a la redonda y para diversas actividades (sanitarias, educativas, culturales, comerciales, etc.).

La región donde vivo y trabajo se ubica al noreste de la Provincia, con una extensión de algo más de 40.000 km² (aproximadamente el 13% de la provincia). Con una densidad poblacional de 6 habitantes/km², es la región con menor concentración de población de

todas las regiones sanitarias de la provincia (en el AMBA¹ la densidad es de 3.368 y en CABA² de 14.300 hab/km²). El último Censo oficial estimó una población de unos 260.000 habitantes para esta región (similar a la de las provincias de La Rioja o La Pampa, Santa Cruz o Catamarca). Para ilustrar las dimensiones de estos datos, vale mencionar que esta región tiene el doble del tamaño de la provincia de Tucumán, es bastante más grande que la provincia de Misiones o apenas más pequeña que la de Jujuy y que su densidad poblacional es apenas menor que la de Salta, Formosa, San Juan o Santiago del Estero, muy parecida a la de las provincias de Neuquén o San Luis, del doble de Río Negro, La Rioja, La Pampa o el triple o más que las provincias de Chubut o Santa Cruz. Entre otras cuestiones de relativa importancia en el contexto de la pandemia, cabe destacar que esta región no cuenta con transporte público de ningún tipo, sólo transporte privado, por tierra y en rutas de mano y contramano. Es decir, los contagios por estas zonas dependen quizá más del fluido traslado por tierra de alimentos, mercancías y personas desde el AMBA, del traslado de personal esencial entre localidades de la región, de pequeños descuidos, o bien de resistencias o transgresiones a las recomendaciones sanitarias.

En cuanto a lo sanitario, los municipios de esta región —con indicadores demográficos como de una provincia—, cuentan con un único hospital general y unos pocos centros de atención primaria. Algunos no tienen oxígeno central ni respiradores; mucho menos, médicos intensivistas. De los 12 municipios de la región, sólo 3 cuentan con clínicas privadas. En general, en todos los municipios hacen falta más médicos de todas las ramas y especialidades, así como enfermeros y prácticamente no existen las residencias. Respecto a la salud mental específicamente, todos cuentan con Servicios o Áreas de Salud Mental y casi ninguno con una Secretaría de Salud Mental en el Ejecutivo Municipal. Estos Servicios tienen en general psicólogos y trabajadores sociales —habitualmente insuficientes— y la mayoría no cuenta con psiquiatras —mucho menos, psiquiatras infanto-juveniles—. Cuando los hay, estos no son profesionales estables sino que concurren unas pocas horas por semana. Y cuando los hay estables, las condiciones laborales son de temer: se ocupan de todas las áreas asistenciales simultáneamente, con disponibilidad pasiva todos los días, todo el día.

Hasta mediados de agosto de 2020, los municipios de la región oscilaron por épocas entre tener pocos casos o focos y no tener ninguno por algunos días. A partir de entonces, esto ya no es así; los casos han aumentado sostenidamente. Según datos no oficiales, en la región hay un 30% menos de camas de UTI cada 1000 habitantes que en la CABA.

¹ AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires.

² CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Donde vivo, se ha diseñado un sistema de atención de salud que, ante un eventual desborde, prevé disposición de salas de internación para pacientes COVID³ con requerimiento de oxígeno, división del personal de salud entre *el* hospital (para COVID) y *la* clínica (no COVID) —que de hecho funcionan habitualmente de manera prácticamente unificada—, disposición de un hotel que fundió durante la pandemia para aislamiento de casos leves, etc. Si bien es una ciudad donde el sistema de salud —sin considerar la salud mental— históricamente contó con recursos edilicios, humanos y tecnológicos mucho más sólidos que otros municipios de la región, los recursos humanos siempre han sido escasos en función de su desarrollo. La región sanitaria delimita un territorio y ofrece un Hospital Regional, pero el funcionamiento regional como sistema sanitario de complejidad creciente es literalmente inexistente en todas las áreas. Ante la necesidad, los que pueden viajan a La Plata o Buenos Aires. En pleno 2020, un gobernador de una provincia norteña, preocupado por el impacto creciente del COVID en su provincia le dijo al presidente: “el principal problema es la falta de personal de salud” y que “el mejor médico que tenemos es Aerolíneas Argentinas”. Suerte norteña: en esta especie de provincia que es esta región, también faltan médicos además de otros profesionales de la salud mental, pero no hay aeropuertos.

Más de la mitad de los pacientes que asisto —tanto los del ámbito privado como los del ámbito público— no viven en la localidad donde vivo. G es uno de ellos. Está en ese período tan frágil de la vida que llamamos pubertad: la adolescencia incipiente. Su papá, que llamaremos H, es de profesión médico —no psiquiatra— y ejerce un cargo de importantes responsabilidades en un Hospital municipal. Sus padres están separados hace varios años aunque mantienen una agradable relación. Ambos han vuelto a convivir en pareja. G vive con su madre y H vive a unas cuadras. Padre e hijo se ven todos los días y varias veces por semana, G se queda a dormir en lo de su papá.

Un año atrás, en una primera “evaluación”, la conclusión luego de algunas sesiones iniciales había sido continuar con su tratamiento psicológico en su lugar de residencia, agregando algunas orientaciones para G y sus padres. Pero ya en 2020, cuando van algunos meses de pandemia, los papás de G me piden realizar una nueva evaluación de su hijo. A pesar de haber cumplido las indicaciones previas, G había empeorado marcadamente desde el inicio de la pandemia en Argentina. Aunque, en ese entonces, aún no había casos de COVID donde viven, la pandemia parece haber sido el desencadenante perfecto para exacerbar sus pensamientos obsesivos en relación a la contaminación y la muerte.

³ COVID: sigla en inglés para Enfermedad por Coronavirus.

En esta segunda evaluación, además de exacerbarse los pensamientos obsesivos, se habían agregado compulsiones, insomnio e incluso sintomatología depresiva. Y algo más: ahora prefería no salir de su casa, aunque eso implicara no ver a su papá. Aunque no hubiera casos, un miedo irracional al contagio, a contagiar y en definitiva, a la muerte, se lo impedían. "Podría aguantar", sentenció G, a la vez que se preguntaba angustiado por qué se le despertaban esos pensamientos.

Una de las últimas revisiones sobre los trastornos obsesivo compulsivos en publicaciones científicas (Stein et al, 2019), informa que estos cuadros tienen una prevalencia de entre 2 y 3 % en la población, que tienen un importante efecto en el empobrecimiento de los vínculos y funcionamiento social y que se asocian frecuentemente con otros cuadros, como los depresivos. Si bien mencionan que típicamente estos cuadros comienzan a edades tempranas, tienen larga duración y la proporción entre sexos es similar, refieren que en un cuarto de los varones comienzan antes de los 10 años de edad. Según el Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de Lebovici (Diatkine, 1989):

La mayor parte de estos niños son observados hacia el final del período de latencia. Esta constatación suscita diversas interpretaciones, sobre todo en función del lugar atribuido a la maduración en la teoría de cada autor. Pero todo parece indicar que es necesario alcanzar cierto estadio del desarrollo intelectual para que aparezca una neurosis obsesiva. (t. III, p. 225)

Por su parte, Ajuriaguerra dice en su clásico Manual de Psiquiatría Infantil (De Ajuriaguerra, 1977) que "puede llegar a decirse de manera paradójica que el Yo del niño es precisamente obsesivo todo él en este período (de latencia)" y que:

De manera esquemática puede decirse que el sujeto afecto de obsesiones vive su angustia de una manera muy diferente al fóbico, en el que toda la angustia es desplazada y eliminada, mientras que en el obseso se mantiene a distancia, aunque siempre presiona. (Lebovici, 1957, en: De Ajuriaguerra, 1977, p. 639)

Este autor también hace alusión respecto a una diferenciación entre neurosis obsesiva y esquizofrenia infantil (Despert, 1955, en: De Ajuriaguerra, 1977, p 637), que dice, es clara: "en la neurosis [...] su sentido de realidad no resulta deteriorado; su capacidad de manejar conceptos abstractos no se afecta y no existe ningún otro trastorno del pensamiento. El niño neurótico vive sus contenidos mentales patológicos como extraños".



En esa segunda etapa de evaluación, decidí iniciar psicofarmacoterapia con un ISRS⁴. Un mes después, la respuesta sintomática había sido notoria, incluso para G, que había vuelto a pedir nuevamente visitar a su padre en su casa. Pero al mes siguiente, sí empezaron a haber casos de COVID en su localidad y G volvió atrás con la decisión de ver en persona a su papá. En las sesiones, H parece estar dolido, cansado, confuso, aturdido. Si bien toma algunas orientaciones ofrecidas, se mantuvo esquivo a iniciar su propia psicoterapia. Todo sucede en esa suerte de teletransportación virtual tan útil que son en estos tiempos las tele sesiones —cuando son posibles—. Entre tanto, G me va enseñando distintos artilugios tecnológicos para intervenir psicoterapéuticamente; me enseña a utilizar una nueva dimensión de la zona transicional (Winnicott, 1971), las que en su aspecto objetivo pueden construirse en el mundo externo pero en base a un soporte virtual. En ese tercer espacio que es la zona transicional, podemos compartir lo lúdico sin las exigencias del mundo interno ni externo: el juego, el dibujo, la escritura.

En la medida que los padres menos le preguntan a G cómo está, éste se siente todavía un poco mejor. Pero en este sentido y sin que lo note, a H se le presentan, entre su vida personal y su vida laboral, dos lógicas diferentes del razonamiento médico que entran en conflicto y asfixian su vitalidad: la de la psicopatología y la de la fisiopatología. Dos lógicas que se complementan pero que, para verlas danzar juntas, necesitan en general trabajarlas, pensarlas, ir revelándolas (en el sentido de la fotografía analógica). Por un lado, la lógica de lo psíquico, necesaria para que G reconstruya, al resguardo de sí mismo y paulatinamente, aspectos internos sin recordar permanentemente los que lo hacen tambalear. Y con ello, demorar algo del encuentro adolescente con lo tanático; ayudarlo a G a sostener algún tiempo más, algo de la latencia. Pero a pesar de las recomendaciones y los intentos de los padres, a H le cuesta no preguntarle a su hijo por su estado sintomático y algo de la otra lógica, la del COVID, la de perseguir al síntoma perseverantemente hasta la minucia, le juega una mala pasada. H no logra tener presente que las lógicas del razonamiento médico se entretajan con los modelos causales en salud. Al respecto, Marcelli y Braconnier ubican que los modelos monocausales (o reduccionistas) se han ido descartando progresivamente en favor de los multicausales. Y dentro de estos últimos, citan la existencia de los modelos de efecto principal, interactivo y transaccional, ubicando a este último como “el que mejor refleja la dinámica de lo vivo” (Marcelli & Braconnier, 2005). En el modelo transaccional el proceso que se concibe no sólo es el efecto de dos o más factores (biológicos, psicológicos, sociales, históricos) sino que, además, estos entran en interdependencia con el estado momentáneo del sujeto en cuestión: “Desde este punto de vista, la

⁴ ISRS: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina.

respuesta del sujeto es considerada más que una simple reacción a su entorno, se le considera implicado activamente en las tentativas de organización y estructuración de su mundo" (Sameroff & Chandler, 1975, en: Marcelli & Braconnier, 2005, p. 34).

Tiempo después, G está mejor y aunque los casos de COVID oscilen, no se anima a volver a ver a su padre. Teme igualmente contagiarse y dar marcha atrás con su mejoría. Su padre siente algún alivio en saber que su hijo está mejor, pero continúa inmerso en una compleja situación personal (y laboral...). ¿En qué pensará H al llegar a su casa, en esos momentos cotidianos que se abren espacios de intimidad con uno mismo?, ¿qué pensará al momento de dormir, a la hora de mirarse al espejo cada mañana?, ¿por qué sendero irá su pensamiento cuando se aburre? ¿Qué imagen, qué cosa lo sostiene? ¿quizá alguna narración de un libro de ficción con la que logró identificarse? Quizá eso podría ser un buen descanso; ni siquiera requiere de pantallas o wifi. Paul Auster, el escritor, dijo alguna vez al recibir un premio:

La narrativa, sin embargo, se halla en una esfera un tanto diferente de las demás artes. Su medio es el lenguaje, y el lenguaje es algo que compartimos con los demás, común a todos nosotros. En cuanto aprendemos a hablar, empezamos a sentir avidez por los relatos. Los que seamos capaces de recordar nuestra infancia recordaremos el ansia con que saboreábamos el cuento que nos contaban en la cama, el momento en que nuestro padre, o nuestra madre, se sentaba en la penumbra junto a nosotros con un libro y nos leía un cuento de hadas. [...] Los cuentos de hadas suelen ser crueles y violentos, describen decapitaciones, canibalismo, transformaciones grotescas y encantamientos maléficos. Cualquiera pensaría que esos elementos llenarían de espanto a un crío; pero lo que el niño experimenta a través de esos cuentos es precisamente un encuentro fortuito con sus propios miedos y angustias interiores, en un entorno en el que está perfectamente a salvo y protegido. Tal es la magia de los relatos: pueden transportarnos a las profundidades del infierno, pero en realidad son inofensivos. Nos hacemos mayores, pero no cambiamos. Nos volvemos más refinados, pero en el fondo seguimos siendo como cuando éramos pequeños, criaturas que esperan ansiosamente que les cuenten otra historia, y la siguiente, y otra más [...]

Ello se debe a la necesidad de historias que tiene el ser humano. Las necesita casi tanto como el comer, y sea cual sea la forma en que se presenten "en la página impresa o en la pantalla de televisión", resultaría imposible imaginar la vida sin ellas. (Auster, 2006)

A modo de cierre, quisiera abrir algunas preguntas: ¿cómo se juega la pandemia en la parentalidad de los profesionales de la salud?, ¿cuál es el límite de lo posible para que un médico sostenga su compromiso y lucidez en su rol profesional?, ¿qué cambios nos invita a pensar la pandemia para los sistemas de salud y salud mental?



Resumen

En este relato clínico-sanitario, me propuse articular una serie de dimensiones que suelen entrar en juego en la clínica psicoanalítica con niños y adolescentes, atravesadas por los tiempos de la pandemia. Estas dimensiones - en las que entramos en juego nosotros mismos, quizá más que otras veces- se complejizan y nos invitan a pensar. Se presenta una viñeta clínica para ilustrar lo tanático en la pubertad, en tiempos de pandemia y en un contexto sanitario de pequeñas ciudades rurales. Así, se narra una intervención en la virtualidad, la vida actual del personal de salud y en definitiva, una historia en presente, a la vista de un futuro que hallará un bálsamo en la historización del pasado.

Descriptores

Pandemia, Palud pública, Pubertad, Lo virtual, Historización.

Clinical-public health narratives: history for a future post-pandemic

Abstract

In this clinical-public health report, I proposed to articulate a series of dimensions that usually come into play in the psychoanalytic clinic with children and adolescents, going through the times of the pandemic. These dimensions -in which we ourselves come into play, perhaps more than other times- become more complex and invite us to think. A clinical vignette is presented to illustrate the death drive in puberty, in times of pandemic and in a health context of small rural cities. Thus, it is told a virtual intervention, the current life of health personnel and ultimately, a story is told in the present, in view of a future that will find a balm in the historicization of the past.

Descriptors

Pandemic, Public health, Puberty, The virtual, Historization.

Récits clinique-sanitaires: histoire d'une future pandémie

Résumé

Dans ce récit clinique-sanitaire, j'ai proposé d'articuler une série de dimensions qui entrent en jeu dans la clinique psychanalytique avec les enfants et les adolescents en passant par le temps de la pandémie. Ces dimensions -dans lesquelles nous entrons nous-mêmes en jeu, peut-être plus qu'à d'autres moments- deviennent plus complexes et donnent à réfléchir. Nous présentons une étude de cas clinique sur la pulsion de mort à la puberté, pendant une période de pandémie dans un contexte de soins de santé dans de petites villes du milieu rural. De cette manière, on raconte une intervention virtuelle, la vie actuelle du personnel sanitaire et, en somme, une histoire au présent, en vue d'un avenir qui trouvera un baume dans l'historisation du passé.

Descripteurs

Pandémie, Santé publique, Puberté, Le virtuel, istorisation.



REFERENCIAS

- Auster, P. (2006). *Premio Príncipe de Asturias de Las Letras 2006*. Fundación Príncipe de Asturias. Recuperado el 29/08/2020 de <https://www.fpa.es/es/premios-princesa-de-asturias/premiados/2006-paul-auster.html>
- De Ajuriaguerra, J. (1977, reimp. 2007). Capítulo XVIII: Las Organizaciones Neuróticas en el Niño, Parte IV: Las Obsesiones. En J. De Ajuriaguerra (Ed.), *Manual de Psiquiatría Infantil* (pp. 633-641). Elsevier-Masson.
- Despert, L.J. (1955). Differential diagnosis between obsessive-compulsive neurosis and schizophrenia in children. En P. H. Hoch y J. Zubin (Eds.), *Psychopathology of Childhood* (pp. 240-259). Grune and Stratton.
- Diatkine, G. (1989). Obsesiones y neurosis obsesivas en el niño. En S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (Eds.), *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (vol. 3, pp. 213-244). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Marcelli, D & Braconnier, A. (2005). Modelos teóricos de comprensión de la adolescencia. En D. Marcelli & A. Braconnier (Eds.), *Psicopatología del Adolescente* (p. 34). Barcelona: Masson.
- Lebovici, S. & Diatkine R. (1957). Les obsessions chez l'enfant. *Rev Franc Psychanal*, 21(5), 647-681.
- Sameroff, A. & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of care taking casualty. *Review of Child Development*, 4: 87-244.
- Stein, D.J., Costa, D.L.C., Lochner, C. et al. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 5(1):52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>
- Winnicott, D. W. (1971). Objetos transicionales y fenómenos transicionales. En D.W. Winnicott (Ed.), *Realidad y Juego* (pp. 17-45). Barcelona: Gedisa.