

Luna, Rocío

**Los efectos psíquicos del
aislamiento por pandemia
de Covid-19 en adultos
mayores consultantes de
una clínica privada
monovalente de la Ciudad
de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Bracamonte Gómez, Carolina

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



Facultad de Ciencias de la Salud

Licenciatura en psicología

Trabajo Integrador Final

2023

“Los efectos psíquicos del aislamiento por pandemia de Covid-19 en adultos mayores consultantes de una clínica privada monovalente de la Ciudad de Córdoba”

Alumna: Luna Rocío

Contexto: Clínico

Directora: Carolina Bracamonte Gómez

● **Codirectora:** Barbara Novillo

Agradecimientos

A mi mamá por enseñarme que todo esfuerzo tiene su recompensa. Gracias por acompañarme hasta el último minuto, se cuánto te hubiera gustado estar presente.

Índice

5
10
14
15
16
17
19
 19
 20
 22
 25
 27
 28
 28
 30
 31
34
 34
 45
 47
 50
 54
63

Introducción

El presente trabajo integrador final tiene por objeto la sistematización de las prácticas profesionales de la carrera de Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, realizadas entre mayo y octubre del 2021 en la clínica Saint Michel área de atención de adultos mayores.

¿Cuáles son los efectos psíquicos que produjo el aislamiento por la pandemia en adultos mayores?

Con el propósito de abordar dicho interrogante, vertebrador de este TIF, se desarrollarán distintos ejes temáticos a lo largo de ocho capítulos. En el primer capítulo, referido al contexto clínico, se recogen los hitos históricos que conformaron la labor del psicólogo clínico en nuestro país. En el segundo capítulo, se desarrolla el contexto institucional donde se desarrollan las prácticas profesionales. En el tercer capítulo, realizamos una aproximación al eje de sistematización de prácticas profesionales seleccionado. En un cuarto capítulo, se plantearán los objetivos generales que se persiguen a través del trabajo y en base a ello, en el quinto capítulo encontraremos los objetivos específicos que se desprenden del objetivo general. En el sexto capítulo, se desarrollará la perspectiva teórica base y fundamento correspondiente que pretenderá justificar los objetivos elegidos para abordar durante la práctica y que permitirán desarrollar el análisis de la experiencia desarrollada en el capítulo ocho junto con la recapitulación del proceso vivido que permitirá ahondar en los desafíos que implicó la pandemia. En el capítulo siete podremos encontrar la modalidad de trabajo y las técnicas utilizadas para llevar a cabo la sistematización de datos. Finalmente en el noveno capítulo encontraremos las conclusiones a las que he podido llegar luego de mi experiencia.

Capítulo 1: Contexto clínico

En este capítulo se esbozará una aproximación a la especificidad del rol del psicólogo clínico en Argentina, recuperando aportes de distintos autores que permitan, a su vez, reconocer la conformación de la práctica a lo largo de la historia en nuestro país.

En la década del 50 encontramos las circunstancias fundantes para el desarrollo del rol del psicólogo, coincidentes con la caída de Perón en 1955. En ese momento comienza una década de bienestar económico y estabilidad política durante la cual la universidad recupera su anterior autonomía y actualiza sus planes de estudio. La reorganización académica permite a la psicología establecerse dentro del campo de conocimiento con una legitimidad ausente hasta entonces, reconocida como una “psicología sin psicólogos”, ya que la disciplina hacía sus aportes desde una posición secundaria, establecida como una materia de la carrera de medicina dictada por filósofos y médicos. Entre 1955 y 1959 la carrera de psicología se establece como carrera profesional en seis universidades nacionales. La primera carrera de psicología fue creada en 1955 en la ciudad de Rosario, en la universidad de Litoral; unos años más tarde -en 1958- la carrera de psicología es creada en la Universidad Nacional de Córdoba dentro de la Facultad de Filosofía y Humanidades. Degiorgi M. G.(2020)

La clínica fue una de las áreas más demandadas por los alumnos, y recién en la década de los 60 comienzan a conformarse como profesionales de la psicología, quienes debieron enfrentarse a la tarea de construir una identidad profesional sobre la cual asentarse. No fue un camino fácil, ya que en ese momento no existían leyes que reglamentarían el ejercicio del psicólogo. Durante la primera mitad de los años 60 siguió preponderando un consenso que establecía la práctica -tanto el diagnóstico como la psicoterapia- dentro del campo de la medicina, y por lo tanto escapaba del quehacer de los psicólogos. Unos años más tarde, en 1967, se promulga la Ley Nacional 17.132, conocida como la Ley de Holmberg, mediante la cual se impedía a los psicólogos ejercer su práctica clínica sin la supervisión de un médico. Basándose en esta ley, Córdoba sanciona, en 1978, la Ley Provincial 6.222, que prohibía el ejercicio liberal de los psicólogos subordinándolos a la práctica médica ya que predominaba el modelo médico hegemónico cuyo principal sustento expone que la causa de

los padecimientos eran principalmente orgánicas desacreditando por completo la subjetividad de quien consultaba.

A partir de la década del 80, y con el consenso de los médicos-quienes reconocen la labor de los psicólogos-, los licenciados en psicología logran reivindicar sus derechos, impulsarla legalización del ejercicio profesional, y así dar comienzo al “periodo de institucionalización de la psicología” (Klappenbach,1996). En ese mismo marco, en el año 1984 se constituye el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, entidad reguladora de las normas que rigen el accionar de los psicólogos, de manera autónoma al ámbito médico.

Luego de esta breve contextualización histórica sobre los orígenes de la profesionalización del psicólogo en Argentina, nos aproximaremos al estudio del rol del psicólogo clínico.

La FEAP (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, 2003) define a la psicología clínica como una disciplina científico-profesional cuyos objetivos son la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación de los trastornos psicológicos. Es una especialización de la psicología que aplica técnicas y conocimientos de ésta al padecimiento que presenta el paciente a través de métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos.

Lagache (1982) define la psicología clínica como una disciplina basada en el estudio profundo de casos individuales, su objeto de estudio consiste en el estudio de la persona en una determinada situación conflictiva, sobre quien convergen distintas variables que determinan su padecimiento, por ejemplo: corporales, laborales, familiares, educativas. Lo que interesa no es tanto la exploración de la enfermedad mental sino el paciente como portador de un problema que genera malestar. En ese sentido, es importante que el psicólogo clínico adopte un enfoque multidimensional (Fiorini, 1996), considerando que la estructura psíquica del paciente se encuentra interrelacionada a su contexto vital.

Desde esas consideraciones, la labor del psicólogo clínico comprendería la realización de un diagnóstico eficaz a fin de orientarlo sobre el tratamiento y las herramientas adecuadas que deberá utilizar para tratar al paciente que se presente en la consulta. Tratará

de comprender y explicar cuáles son los motivos por los cuales el paciente actúa o se siente de determinada manera y encontrar la forma de aliviar el malestar o padecimiento del sujeto.

A su vez, es importante destacar que una de sus principales tareas es la de alentar a la promoción de salud, potencializando factores protectores que tengan impacto positivo en el nivel de vida y la salud general. El trabajo de prevención contribuye a la reducción de la aparición de trastornos mentales en una comunidad (Fucks, 1978).

En cuanto al marco legal que regula la práctica en la República Argentina, en la Resolución 24471/1985 del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación, Anexo: Incumbencias de los títulos de Psicólogo y de Licenciado en Psicología, se encuentran detalladas las incumbencias profesionales del rol del psicólogo. Entre ellas encontramos la realización de actividades de orientación y asesoramiento psicológico, realización de diagnósticos, pronósticos y seguimiento psicológicos, efectuar tratamientos psicoterapéuticos, realizar tareas de rehabilitación psicológica, entre otras. Actualmente y bajo el decreto de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se considera esencial la incorporación de un tratamiento interdisciplinario para los pacientes de salud mental, incluyendo disciplinas como psicología, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, etc.

Esta ley permite considerar al paciente en tanto sujeto de derecho, desde un paradigma integral, y marca un gran quiebre con respecto a la concepción tradicional alienadora, que segregaba a aquellos sujetos que padecían. Se ha evidenciado de qué manera la anterior lógica manicomial conforma una institución social instauradora de normas que ordenan e incapacitan a las personas (Cels, 2015). En épocas previas a la modernidad, regidas férreamente por el antiguo paradigma asistencialista, el “loco” sufría de maltratos y persecuciones ya que los imaginarios sociales predominantes lo consideraban motivo de desorden. No existía una disciplina médica de la enfermedad mental, ni una que lo tratara. Los sacerdotes y los monarcas eran quienes se encargaban de su cuidado. Muchos años más tarde surge la psiquiatría, disciplina que para ese entonces se ubicaba en el límite entre lo jurídico y lo sanitario. La ley de Esquirol sancionada en Francia en 1838, también conocida como la ley de los alienados, rigió la normativa jurídica de la época sobre la asistencia

psiquiátrica, y en sus fundamentos se establece que el “loco” es un ser humano enfermo diferente al resto, motivo por el cual no puede convivir en sociedad y conviene alienarlo.

Tras la segunda guerra mundial, el incremento de sujetos que necesitaban asistencia y el ascenso de movimientos humanistas generan una revolución en la psiquiatría clásica y se trata de pensar a la locura desde el seno de lo humano.

En 1946, en nuestro país se crea el “Sistema Nacional de Salud Mental” que sanciona la reforma de las instituciones psiquiátricas, a través de la que se integra a profesionales que no son médicos con la idea de hacer de la psiquiatría manicomial una medicina mental social. Actualmente, dentro de la medicina mental está naciendo una nueva concepción acerca del padecimiento psíquico y su tratamiento en la cual las prácticas profesionales sufren dos grandes transformaciones, una es la desmedicalización y la otra, complementaria a ésta, es la creación de nuevas prácticas terapéuticas cuyos fundamentos no provienen exclusivamente de la medicina. También, en este cambio de paradigma surge una nueva concepción de salud mental, donde la causa no es únicamente orgánica, sino que se la considera un proceso determinado por múltiples componentes (sociales, económicos, históricos, culturales, psicológicos y biológicos) LEY NAC S.M 26657

Este nuevo paradigma se encuentra integrado en la Ley Nacional de Salud Mental 26657, desde la que se establecen avances positivos alrededor de las internaciones, ya que destaca la participación de las familias, el seguimiento de los pacientes, los procesos de vinculación y la posibilidad de una externalización asistida, así como también prioriza al tratamiento ambulatorio y propone requisitos de consentimiento informado frente a posibles casos de internación.

Como síntesis de este recorrido histórico, advertimos el arduo camino que ha debido atravesar la psicología para alcanzar la autonomía y reconocimiento que hoy detenta. Esta ciencia contextual fue subordinada a la labor médica durante mucho tiempo, pero finalmente ha logrado -tanto legal como socialmente- alcanzar el status de una disciplina independiente con sustentos y bases teóricas que permiten un variado y profundo despliegue del rol de psicólogo clínico en su labor.

Capítulo 2: Contexto institucional

La clínica Saint Michel es una clínica privada monovalente fundada en 1983 por el Dr. Jorge Michref, médico sanitarista, y su esposa Ismery Suarez, licenciada en psicología.¹ Esta institución nace destinada al tratamiento de patologías inherentes a la salud mental, según su página web, desde un “actualizado programa médico, que da cumplimiento a la mejor calidad prestacional en el campo de la Salud Mental y la Psiquiatría Moderna”. Aunque aún no hemos podido contrastar esta información, partimos de la hipótesis de que hace referencia al nuevo paradigma integral de la psiquiatría desarrollada en el capítulo anterior, y actualmente enmarcadas bajo la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Figura 1

Logo oficial de la Clínica Saint Michel

Nota: Tomado



de: *Saint Michel.*

<https://www.saintmichelsrl.com.ar/institucional/>

La clínica monovalente Saint Michel es una institución organizada en diversas áreas, una de ellas es el área de admisión, en donde se realizan entrevistas para realizar un diagnóstico eficaz, y un servicio de guardia las 24 hs. del día que cuenta con un psiquiatra y un médico clínico, encargados de realizar una completa valoración clínica del paciente que ingresa para descartar patologías clínicas orgánicas. A través de la guardia se atienden

¹ Los datos recabados sobre esta institución resultan aún incompletos, y se pretende profundizar en ellos. Los efectos de la pandemia de Covid-19 generan, por un lado, la virtualización de todas las actividades, al mismo tiempo que, por otro, exigen una alta demanda de trabajo profesional. Esto ha impedido la obtención de una información más cabal acerca de la clínica. Los datos que aquí se incluyen están, mayormente, extraídos de la página web oficial de la institución ([www. https://www.saintmichelsrl.com.ar/](http://www.https://www.saintmichelsrl.com.ar/)), más la información a la que se ha accedido a través de las instancias de supervisión.

pacientes que presentan estados confusionales, agitaciones psicomotrices, ideas o tentativas suicidas, trastornos psicóticos, consumo problemático de sustancias, demencias, trastornos del estado de ánimo entre otros. Otro servicio brindado por la institución es el de los consultorios externos, donde se realizan tratamientos ambulatorios a personas que concurren post-internaciones, por demanda espontánea o derivaciones. Además, la clínica Saint Michel cuenta con el área de internación para jóvenes y adultos.

Figura 2

Fachada de la clínica Saint Michel



Nota: Tomado de: *Saint Michel*. <https://www.saintmichelsrl.com.ar>

El abordaje propuesto por la clínica es interdisciplinario, de allí que cuente con la participación de distintos profesionales, como psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, psicopedagogos y terapeutas familiares. Este enfoque integra terapias dinámicas que incluyen actividades en talleres en el hospital de día. El hospital de día es una modalidad terapéutica intermedia entre la atención ambulatoria y la internación que apunta al trabajo interdisciplinario con el paciente con el objetivo de prevenir recaídas y reinternaciones; mejorar el vínculo entre el paciente y su familia; y está destinado a pacientes con diagnóstico de psicosis, trastorno bipolar y trastornos afectivos. Entre las actividades más frecuentes se encuentran: gimnasia, musicoterapia, ludoterapia, talleres de expresión corporal, etc.

En el marco de la pandemia por Covid-19 y bajo las disposiciones nacionales de aislamiento y/o distanciamiento social preventivo y obligatorio (ASPO y DISPO), la clínica debió realizar modificaciones con el fin de adaptarse a la contingencia. A tal fin se implementó el Comité de Emergencia de la Institución, que determinó una serie de medidas de implementación inmediata, escalonada y progresiva desde el 11 de marzo de 2020. Las mismas siguen los lineamientos propuestos por las OMS, el Ministerio de Salud de la Nación, entre otros organismos, y se establecen con el fin de cuidar a pacientes y personal de la institución. Entre las medidas ejecutadas se destaca la creación de un comité de emergencia, la capacitación permanente de todo el personal, la adecuación edilicia para cumplir con la nueva realidad sanitaria y epidemiológica, la reorganización institucional y administrativa enfocada en la atención online y, por último, la inversión en elementos de bioseguridad.

Además, se llevan a cabo exámenes clínicos con foco epidemiológico en todos los ingresos a la institución, con la realización de test antigénico o PCR, con el objeto de identificar precozmente casos sospechosos, asintomáticos, sintomáticos y contactos estrechos, como así también aquellos casos que ya tuvieron Covid-19.

En relación al dispositivo de internación, se estableció un protocolo de estricto aislamiento individual por 72 hs., hasta contar con el resultado del test antigénico o PCR y observar la evolución del estado infectocontagioso, seguido de aislamiento de catorce días en un sector destinado al control epidemiológico antes de pasar a otro sector de internación. Se conservó en cada uno de los sectores de internado una habitación con baño privado y ventilación adecuada para el aislamiento inmediato de cualquier paciente que presente cuadro febril o sintomatología de covid-19. También, se suspendieron las salidas de los pacientes, a excepción de casos de extrema necesidad. En estos casos, y al romper el aislamiento, el paciente tendría que volver a confinamiento individual de catorce días con el fin de asegurar que el retorno a la vida institucional no implique un riesgo para el resto de los pacientes.

Otra de las medidas tomadas por el comité afecta al funcionamiento de los consultorios externos, que atienden en modalidad presencial exclusivamente en turnos programados de manera específica en situaciones de libre demanda por urgencia, mientras que se utiliza la

modalidad virtual para el resto de los pacientes, incluidos los de hospital de día. Por último, en referencia a los profesionales, se dispuso capacitación permanente de todo el staff de la clínica con foco en el uso adecuado de equipos de protección personal (EPP), medidas de higiene, bioseguridad, situación epidemiológica institución y provincial. Rigen igualmente para los profesionales los protocolos de identificación y aislamiento ante cuadro febril u otro síntoma sospechoso de Covid-19 y su respectivo seguimiento por el departamento de Salud Ocupacional. (Ponce Milagros trabajo TIF en prensa)

Capítulo 3: Eje de sistematización

A raíz de la situación atravesada por el Covid 19 y los casos presentados en el capítulo anterior, me propongo trabajar en la sistematización los efectos psíquicos del aislamiento por pandemia de COVID-19 en los adultos mayores consultantes en una clínica privada monovalente en Córdoba

Capítulo 4: Objetivo general

Objetivo general

-Analizar los efectos psíquicos del aislamiento, a raíz de la pandemia por COVID 19, en adultos mayores que consultaron en el área PAMI de la clínica Saint Michel en la ciudad de Córdoba de mayo a noviembre del 2021.

Capítulo 5: Objetivos específicos

Objetivos específicos

-Caracterizar el modo de asistencia a adultos mayores en la clínica privada monovalente Saint Michel a partir de las medidas sanitarias.

-Explorar la relación entre el aislamiento y el motivo de consulta de los adultos mayores consultantes del área PAMI frente a la situación de pandemia.

-Describir los abordajes clínicos durante las entrevistas a consultantes del dispositivo consultorio externo PAMI.

Capítulo 6: Modalidad de trabajo.

Para elaborar el presente trabajo integrador final, se llevará a cabo como modalidad de trabajo la sistematización de experiencias basada en la bibliografía de Oscar Jara Holliday (2015) quien define a la misma como un proceso a través del cual podemos ordenar y clasificar datos extraídos de nuestra experiencia en el terreno de la práctica, proceso que nos permite incorporar nuevos aprendizajes mediante la interpretación crítica. A través de la sistematización de experiencias, podemos recuperar el proceso vivido y reconstruir experiencias de manera tal que nos permite compartir nuestra práctica en el campo con otros lectores. En síntesis, podemos decir que la experiencia es una fuente de aprendizaje.

A lo largo de los meses transitados por la institución y para poder llevar a cabo nuestra sistematización nuestras técnicas de recolección de datos han ido variando en base a la actividad desempeñada. Por ejemplo, en un primer momento y con el objetivo de recabar información sobre las viñetas clínicas del consultorio externo PAMI presentadas la técnica utilizada fue la observación simple, es decir, de observación no interactiva en donde tratamos de organizar nuestras percepciones sobre el escenario donde estamos inmersos tratando de captar aspectos que nos resultan significativos para el desarrollo de nuestro trabajo. La observación nos permitió realizar una interpretación de aquellos datos recolectados. En esta actividad fueron muy importantes los resguardos éticos que tuvimos que llevar a cabo en cuanto a no revelar la identidad del paciente y el secreto profesional como por ejemplo, cambiar datos como el nombre del paciente.

En la segunda mitad del año, es decir cerca de agosto del 2021, nos incorporamos al equipo de hospital de día en donde desempeñamos un rol de observador participante, en donde junto a los pacientes realizamos las actividades propuestas por las coordinadoras del equipo con el objetivo de poder familiarizarnos con el grupo y coordinar así un taller cuando el vínculo con los pacientes fue más estrecho. Durante las instancias de observación, desde un primer momento, fue muy importante realizar registros en donde plasmamos nuestra experiencia. En los registros de campo se trató de volcar en papel todas las experiencias vividas incluyendo los sentimientos del observador participante a lo largo

de la práctica. Estos registros son los que luego posibilitaron el análisis y desarrollo del proyecto.

Luego de registrar, la principal duda se centraba en cómo analizar la información condensada en los registros de campo. El principal objetivo que el investigador debe realizar apunta a descubrir sobre qué aspecto de la práctica buscaba reflexionar y plasmar en el proyecto de tesis. Una vez que el eje de sistematización fue definido, el foco se centró en poder brindar una respuesta al objetivo propuesto a través de la construcción de datos.

Como bien sabemos, en las investigaciones de tipo cualitativas los datos se construyen a partir de la experiencia y la información recabada en la misma. Es decir, que para lograr lo propuesto fue muy importante reducir los registros de campo de tal manera que puedan dar respuesta al objetivo propuesto, respaldado en un marco teórico que posibilita avalar el análisis del eje de sistematización .(Schettini y Cortazzo 2015).

Capítulo 7: Perspectiva Teórica

A lo largo del presente capítulo desarrollaré las ideas y conceptos teóricos necesarios para comprender la especificidad del estudio de la psicología del adulto mayor con el fin de plantear una aproximación sobre su abordaje terapéutico, y considerar las particularidades del dispositivo de abordaje terapéutico surgido durante el contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio decretado durante la pandemia de coronavirus del año 2020.

7.1. Adulto Mayor: una perspectiva multicausal

El estudio de la psicología de los adultos mayores ha brindado valiosos conceptos para la comprensión integral de los sujetos pertenecientes a este grupo etario. Resulta interesante historizar el surgimiento de esos aportes para comprender en profundidad su significado.

La investigación sobre el envejecimiento aparece de manera tardía en el estudio del desarrollo humano. No es sino hasta después de la segunda guerra mundial cuando surgen sólidas investigaciones que se cristalizan en la creación de cátedras, revistas especializadas y centros de investigación. Desde siempre el foco del estudio sobre el desarrollo había estado puesto en la niñez y en la adolescencia, es decir en las primeras décadas de la vida de las personas, a partir de una perspectiva que valoraba en esas etapas el aumento de las potencialidades biológicas, entre ellas el exponencial crecimiento de sus estructuras psicológicas. En líneas generales podríamos decir que las investigaciones se centraron en cambios considerados unidimensionalmente positivos, que suponen ganancias biológicas para el organismo. Esta perspectiva implica, en contrapartida, considerar a la última etapa del desarrollo evolutivo de las personas en términos de pérdida.

A diferencia de otras etapas de la vida, la vejez ha estado asociada con connotaciones negativas o prejuicios ya que se conceptualizó el proceso de envejecimiento con un declive ya sea físico, psicológico o social, lo que ocasiona que a lo largo plazo se genere miedo o ansiedad frente al paso de los años.

En 1978, el psicólogo alemán Paul Baltes propuso un nuevo concepto de desarrollo humano que rompe con esa concepción. Ese concepto es el de la *multidimensionalidad*, es decir, que los cambios que se dan constantemente durante los diferentes momentos de la

vida del ser humano no deben ser considerados desde una única perspectiva (hasta ese momento, principalmente la biologicista). La multicausalidad del desarrollo propuesta por Baltes trasciende los factores biológicos para considerar también otros, como los ambientales, sociales y culturales que interfieren en la trayectoria evolutiva. En este sentido, Baltes hizo especial énfasis en la idea de las diferencias individuales, es decir que el desarrollo no puede comprenderse desde un proceso normativo, sino que deben reconocerse diferencias individuales que aluden a la capacidad plástica del individuo para adaptarse al paso del tiempo. A partir de esta nueva conceptualización el autor se va a centrar específicamente en la idea de que el desarrollo es una co-ocurrencia entre ganancias y pérdidas, es decir que ninguna etapa está exclusivamente asociada con ganancia o pérdida.

Tomo estos aportes que permiten poner distancia de una mirada totalizante negativa sobre la última etapa evolutiva de los seres humanos. Consecuentemente, en el presente trabajo no utilizaré el concepto de *vejez*, término que encierra prejuicios culturales históricos, sino el de *adultos mayores*, noción que implica entender esta etapa cronológica de la vida desde la adaptabilidad del sujeto a los cambios producidos desde una perspectiva multicausal.

7.2 Adulto mayor: hacia una posible definición

En 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la *adultez mayor* como una etapa del desarrollo del ser humano que inicia a partir de los 60 años y termina en el momento en el que la persona fallece; y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento. Entender esta definición desde un enfoque multicausal implica considerar los diferentes aspectos que influyen en su caracterización.

Al considerar el desarrollo humano desde una **perspectiva cronológica**, se ha caracterizado a la etapa evolutiva que va de los 30 a los 60 años como *etapa de adultez propiamente dicha* (Havighurst 1964). Esta etapa está caracterizada por una marcada orientación hacia el futuro, con menores niveles de impulsividad y menor búsqueda de nuevas sensaciones respecto a la juventud, y la aceptación y el ajuste a los cambios físicos

de la mediana edad. Luego, a partir de los 60 años podríamos ubicar la etapa de la adultez mayor.

Es importante tener en cuenta que actualmente la esperanza de vida es cada vez más prolongada. De acuerdo a las estadísticas, cuando una persona cumple 60 años tiene por delante en promedio 22 años más por vivir. La esperanza de vida depende de diferentes factores como los genéticos, sociales, culturales y educativos, entre otros, como también de hábitos que la persona incorpore a lo largo de su vida. La extensión de esta etapa ha merecido que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establezca en 2020 el Plan de Trabajo para el Decenio del Envejecimiento Saludable, mediante el que propone una serie de acciones que apuntan a fomentar la capacidad funcional, que permitirá el bienestar en la vejez.

Desde una **perspectiva socio-cultural**, no podemos dejar de considerar la existencia de ciertas transiciones de las últimas décadas de la vida y roles que son asociadas al proceso de envejecimiento, como por ejemplo la jubilación o la abuelidad como así también la viudedad.

Carstensen (1993) plantea desde una **perspectiva socioemocional** el aspecto de la selectividad de la adultez mayor, en donde la búsqueda del equilibrio de los estados emocionales o de sentirse necesitado son elementos que permiten entender la conciencia del envejecimiento y de la finitud del tiempo. Esto hace que las personas fortalezcan los vínculos sociales más significativos y no se inclinen por ampliar el horizonte del conocimiento. Visto de esta manera, la no ampliación de las experiencias no es considerado necesariamente como pérdida, sino como ganancia de bienestar.

Desde una **perspectiva funcional**, se considera que un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar los procesos de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de *funcionalidad* es clave dentro de la definición de salud para el adulto mayor. De allí que, ya en 1982, la OMS propone como el indicador más representativo para este grupo etéreo el estado de *independencia funcional*. Fillenbaum (1984) confirma este criterio, sugiriendo la evaluación de salud de los adultos mayores en términos de estatus funcional, asociando el concepto de salud al de independencia funcional. La funcionalidad o independencia

funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se considera que la funcionalidad está indemne (MIN- SAL, 2003).

Como puede observarse, la apertura de la perspectiva de estudio de la adultez mayor permite derribar falsos estereotipos reduccionistas. En la actualidad se han planteado nuevos conceptos, entre los cuales podemos encontrar el de *envejecimiento satisfactorio* (Rowe y Kahn 1997). Este concepto se construye a través de tres criterios: la presencia de salud física, la capacidad de realizar de manera independiente actividades cotidianas y la implicación de una vida activa, es decir, mantener una red de relaciones interpersonales y el desempeño de actividades productivas que contribuyen al crecimiento personal de cada uno. Lo importante a destacar de este nuevo concepto es considerar que existen distintos modos de envejecer y que el envejecimiento no está caracterizado unívocamente por la dependencia y la pérdida.

Todas estas consideraciones multicausales del desarrollo ponen en evidencia el vínculo existente entre la capacidad de adaptación de las personas ante sus propios cambios y los del contexto. De allí la importancia histórica del estudio de la funcionalidad en un contexto excepcional como el ocasionado por el de la pandemia de COVID-19 y las medidas para afrontarlo.

7.3 Un desafío para los adultos mayores: la pandemia de COVID-19 y el aislamiento social, preventivo y obligatorio

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el brote de COVID-19 como una pandemia que afectaba, hasta ese momento, a 110 países. La velocidad de la propagación del virus impulsó al gobierno nacional argentino a dictaminar la emergencia sanitaria nacional, y a tomar medidas para evitar la propagación y el impacto masivo en el sistema sanitario. Estas medidas se plasmaron en varios decretos, fundamentalmente desde el 12 de marzo de 2020, y tuvieron en una primera fase la determinación de aislamiento social, preventivo y obligatorio. A continuación, me parece pertinente recuperar algunos puntos de esos decretos establecidos por el presidente de la

Nación Argentina, Alberto Fernández, para comprender los cambios radicales que motivó la pandemia.

En el decreto 297/2020, sus artículos (específicamente 1, 2, 3 y 5) se establece para todas las personas que habitan en el país, a fin de proteger la salud pública, la medida de ASPO. Esta excepcional medida, denominada inicialmente “cuarentena”, fue instaurada por ese decreto inicialmente desde el 20 hasta el 31 de marzo, con posibilidad de prorrogarlo.

Durante la vigencia del ASPO el decreto estableció que las personas debían permanecer en sus residencias habituales, abstenerse de concurrir a sus lugares de trabajo, sin poder desplazarse por rutas, vías y espacios públicos, con el fin de prevenir el contagio del virus. A fin de lograr el cumplimiento de los artículos 1 y 2 emitidos por el Presidente de la Nación se dispusieron controles permanentes en rutas, vías y espacios públicos. Durante la vigencia del ASPO quedaron prohibidos todo tipo de eventos que implicaran la concurrencia de personas, como así también se suspendió la apertura de locales y centros comerciales.

En síntesis, los principales puntos del ASPO en nuestro país implicaron:

- ✓ Evitar el contacto físico.
- ✓ Impedir reuniones en espacios cerrados.

A raíz de la propagación del virus y la magnitud de contagios la cuarentena, el ASPO debió prolongarse, mediante decretos, hasta el 19 de abril para todo el territorio nacional, tras lo que cada provincia determinó su continuidad o pase a la fase de distanciamiento social, preventivo y obligatorio (DISPO). Las prórrogas o cambios se analizaban día a día, y la incertidumbre sobre el futuro tomó una dimensión desconocida hasta ese momento. La cuarentena implicó una restricción en la libertad de las personas ya que suponía que la mayor parte de la población, de manera obligatoria, debía quedarse en sus casas sin contacto social.

La pandemia COVID-19-19 fue sin dudas una emergencia a nivel global que produjo grandes crisis sanitarias, impactando no solo en la salud pública sino también en la salud mental. Me detendré en el análisis de este impacto en adultos mayores.

El análisis de la salud pública realizada por el gobierno ante la pandemia de COVID-19 desagregaba a la población por grupos de mayor o menor riesgo. Junto con las embarazadas, y las personas con diabetes, enfermedades respiratorias o cardiovasculares, los adultos mayores se encontraban entre los grupos más vulnerables por la baja de defensas a la hora de enfrentar el virus. (MIN- SALUD 2020)

Así fue que entre las políticas preventivas impulsadas por el gobierno se encontró la de evitar visitas a personas vulnerables, como las que se encontraban en centros de atención para personas mayores u hospitales o aquellas que se encontraban bajo tratamiento médico.

Simultáneamente a la disminución de actividades sociales y salidas recreativas, las redes de contención social para los adultos mayores disminuyeron a grandes escalas, impactando sobre su subjetividad. La desconexión social producto del aislamiento acarrea miedos de distintos tipos como la soledad, la hospitalización, hasta la propia muerte o la de algún familiar. Si a esto le sumamos el excesivo flujo de información sobre la pandemia que circulaba a través de las redes o medios masivos de comunicación, podemos inferir el incremento de los efectos ansiógenos en las personas mayores. La incertidumbre, el temor y el encierro generaron un gran impacto en el psiquismo de las personas.

Desde hace ya un tiempo se reconoce que mantener contacto con otras personas incrementa el bienestar y salud mental de las personas, es decir que el aislamiento y la soledad influyen de manera negativa en la calidad de vida de los seres humanos. La soledad y el aislamiento aumentan el riesgo de contraer enfermedades psíquicas. (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito 2016)

Aun así, es posible considerar que el aislamiento social objetivamente se planteó para minimizar el riesgo de contacto a partir de evitar el contacto con otras personas, mientras que la soledad derivada del ASPO refiere a una sensación subjetiva, vinculada a la percepción de tener menor contacto afectivo y cercanía emocional de lo deseado.

Si retomamos los planteos de Carstensen (1993), podemos comprender que los fundamentos de la selectividad socioemocional de la adultez mayor, que implican la

concentración de los vínculos sociales más significativos y el resguardo en lo ya conocido, se vieron notablemente sacudidos durante la cuarentena. Si sentirse necesitado y en equilibrio emocional permite la comprensión consciente del envejecimiento, es posible entender el sentimiento de soledad que muchos de los adultos mayores experimentaron a lo largo del ASPO. Si bien existían medios tecnológicos que permitían paliar el distanciamiento, la incertidumbre y la noción de la finitud del tiempo sumado al temor de ser parte de un grupo de riesgo profundizaban el temor a los aspectos negativos de la soledad.

Estas consideraciones resultan fundamentales a la hora de pensar los emergentes de salud mental de este grupo etario durante la pandemia, así como los modos en los que fueron planteados los dispositivos de atención terapéutica.

7.4. Primeras entrevistas

A modo de caracterizar los emergentes de salud mental en adultos mayores me parece importante considerar a la entrevista como el instrumento fundamental de la psicología clínica. En el presente apartado, desarrollaremos las características de la entrevista en el proceso terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica, para luego pensarla en la psicología clínica del adulto mayor, y posteriormente estudiar las particularidades con las que se desarrolló durante la pandemia de COVID-19 en ese grupo etario en la clínica privada monovalente Saint Michel a partir del ASPO.

La técnica de la entrevista ha sido influenciada en gran medida por el psicoanálisis, corriente que se ha utilizado a lo largo del desarrollo de este proyecto. Algunos de sus aportes han sido el estudio del inconsciente, la transferencia, la contratransferencia, la resistencia y su instrumentación técnica en el abordaje clínico. El psicoanálisis propone trabajar en la búsqueda de la subjetividad, apuntando a la singularidad del discurso de quien llega a la consulta. (Secció 2015).

Desde ese espacio, como terapeutas vamos a tratar de recuperar el significado de la experiencia, es decir, habilitar un espacio de escucha donde el discurso y sus marcas van encontrando nuevos significados, en una resignificación en la que el paciente es protagonista de su propia re-construcción histórica. Kancyper (2007) entiende que el

psicoanálisis transforma al sujeto en protagonista ya que es él mismo el principal actor para resignificar y configurar su historia sin adoptar una mirada pasiva de un destino inmutable.

La entrevista psicoanalítica surge de la relación entre dos participantes, terapeuta y paciente. Considero relevante realizar una distinción entre entrevista psicológica y tratamiento psicoanalítico ya que la entrevista es una técnica que favorece la recolección de información relevante del paciente que por sí sola no es posible considerarla un tratamiento. Mientras que podemos definir al tratamiento psicoanalítico como un proceso terapéutico cuyo objetivo consiste en explorar procesos inconscientes del psiquismo. Un elemento central para el tratamiento psicoanalítico es el uso de la transferencia, ya que esta es el motor para conducir al paciente al camino de la cura. "El primer objetivo del tratamiento es ligar al paciente a la cura y a la persona del médico" (Freud, 1913). Sentido hacia el que ahonda Bowlby (1989) al afirmar que "el apego es ineludible en la relación terapéutica, en la medida que sentirse vulnerable, necesitar protección y requerir ayuda de un congénere más capaz, definen al paciente que acude a consulta".

En síntesis, las primeras entrevistas son parte del proceso psicoanalítico y permiten recabar información sobre el paciente y así poder llevar a cabo el tratamiento psicoanalítico. Durante el tratamiento el analista desempeña el rol de acompañante y es quien media, a través de la interacción, para que el paciente, progresivamente, se comprenda a sí mismo y a su propia historia. Para que ello suceda, el entrevistador deberá desarrollar la escucha. Pereda (2012) define la escucha del terapeuta como una operación de lectura sobre el relato que el paciente trae para producir cierto alivio en el mismo. Esta lectura consiste básicamente en recortar y puntuar aspectos de ese relato que son significativos para el paciente. La principal tarea del psicólogo es fortalecer ese vínculo que permita al sujeto que llega a la consulta aliviar sus síntomas y lograr la potencialidad de sus capacidades.

El marco regulador del abordaje terapéutico propuesto por el psicoanálisis es el encuadre, un concepto claro para guiar todo el proceso. El encuadre no es fijo, sino dinámico, ya que las personas y sus historias de vida también lo son. En esta misma línea podemos tomar los aportes de Green (2011) quien hace dos distinciones de los componentes del encuadre, uno de ellos es la matriz activa y el otro el estuche. La matriz activa se presenta como el componente no variable que hace referencia a la escucha y la

asociación libre, par dialógico y punto de inicio de todo análisis. Por otro lado, el estuche podría definirse como las variables que componen el encuadre donde podríamos incluir la cantidad de sesiones, modalidad de entrevista, forma de pago. Estas últimas son susceptibles de adecuaciones y cambios.

La escucha por parte del psicólogo permitirá las redefiniciones necesarias a medida que avanza el proceso. Un claro ejemplo para pensar este dinamismo, es la vasta profunda transformación de los sujetos y su contexto debido al ASPO y la pandemia por COVID-19.

7.5 Motivo de consulta

En distintos campos de la salud vemos que frecuentemente aparece la categoría “motivo de consulta”. Si bien resulta fácil pensarlo al leerlo, no es tan sencillo como parece. Cuando buscamos completar el motivo de consulta dentro de la historia clínica del paciente, una de las principales preguntas que surge es acerca de si debemos completar el espacio en blanco por el cual consulta con lo que él mismo nos brinda como información o si lo que el paciente está expresando es tan solo una pantalla de lo que realmente se esconde detrás de lo que nos está diciendo. Poner en palabras aquello que nuestro cuerpo expresa a través de distintos síntomas suele ser una de las tareas más complicadas.

En Freud, el “motivo de consulta” aparece en sus historiales clínicos en el caso conocido como el Hombre de las Ratas (Freud, 1909) en donde el paciente acude a él expresando “la razón directa por la que acudo a usted”. Sin embargo, entramos en el mismo debate acerca de lo que lee aquello que el cuerpo está expresando.

Siguiendo a Freud y su modelo del sueño, podemos decir que hay dos tipos de motivos de consulta, un motivo de consulta manifiesto y otro latente. El primero corresponde a la interpretación que hace el paciente de su malestar y el segundo corresponde a la percepción más subjetiva del mismo, es decir a aquellos fantasmas inconscientes que giran en torno del malestar y que develan la realidad del mismo. Muchas veces el motivo de consulta plasma el motivo de consulta manifiesto ocultando el verdadero motivo de consulta que dará inicio al tratamiento produciendo el alivio del síntoma. (Freud,1900)

7.6. Abordaje clínico de adultos mayores

Resulta interesante pensar los cambios en relación a las perspectivas teóricas de abordaje clínico de adultos mayores considerando los planteos de Freud al respecto. Sigmund Freud (1905) afirmaba que después de los cuarenta años de edad las estructuras psicológicas adquieren mayor rigidez, y ya no resulta posible cambiarlas.

En contraposición a esta mirada, otros aportes teóricos reconocen aspectos dinámicos de la salud mental de esa etapa vital como por ejemplo considerando lo propuesto por Erikson (1985) en *El ciclo vital completado*, puede afirmarse que el desarrollo vital está estrictamente relacionada con las ocho crisis psicosociales que atravesamos a medida que avanzamos en los diferentes estadios vitales, desde que nacemos hasta que llegamos a la vejez. Estas crisis y sus resoluciones están íntimamente relacionadas unas con otras y son codependientes, esto es, que la persona no puede atravesar una fase sin haber superado con éxito las crisis de desarrollo de las fases anteriores. La última etapa, conocida como la etapa de la vejez, conlleva la tarea fundamental que consiste en la integridad del ego, lo que supone la aceptación de la propia vida.

Preguntarme por el abordaje clínico de los adultos mayores hace relevante volver a pensar en los orígenes de la perspectiva psicoanalítica. El psicoanálisis surge con los aportes de Freud hechos hacia 1895, a partir de sus estudios sobre la histeria, bajo el objetivo primordial de conducir al paciente hacia la cura. Con el correr de los años, debido a las demandas contextuales y a la evidencia de que no todas las personas son aptas para someterse efectivamente al análisis, aparecen nuevas formas de orientar al paciente al método psicoanalítico, como por ejemplo la psicoterapia. En este nuevo método o nueva adecuación del análisis tradicional, el encuadre varía ya que el número de sesiones es menor, pero el objetivo sigue siendo el mismo: conducir al paciente hacia la cura.

7.6.1. El encuadre focal

El abordaje psicoterapéutico con adultos mayores, al considerarlo desde la crisis de la octava etapa, enfrenta ciertos emergentes vinculados a la irrupción de duelos como la viudez, la angustia por la propia muerte y la muerte de seres queridos, la angustia por el cuerpo perdido, etc. (Gamo Medina, E., 2009). Al hablar de duelos resulta imprescindible

mencionar los aportes de Freud en “*Duelo y melancolía*”. En 1917 describe que, frente a una pérdida, el sujeto puede desarrollar un duelo o una melancolía. Esta última es entendida como una pérdida inconsciente, en la que el sujeto queda fijado en el objeto perdido. Se produce un marcado desinterés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de la productividad y una rebaja del sentimiento de sí produciendo un empobrecimiento del yo, generando repulsión y castigo en el sujeto. Por el contrario, el duelo se define como un proceso normal, lento y doloroso donde hay un retorno de la libido puesta en ese otro hacia uno mismo. No es un proceso inconsciente y, a diferencia de la melancolía, ni el yo se vuelve despreciable ni el mundo exterior.

En la clínica con adultos mayores la labor del terapeuta va a consistir en hacer foco en problemas que interpelan en el aquí y ahora del adulto mayor focalizándose en aliviar la sintomatología que trae al paciente a la consulta. Ante estos emergentes, puede reconocerse la congruencia de un encuadre focal.(Fiorini, 1993) El mismo consiste en aliviar el malestar actual y lograr que el paciente explote sus potencialidades, aquellas que actualmente se encuentren a su disposición y que le permitan darle un sentido más completo a su transitar. Es decir, resignificar las crisis y duelos de la etapa y lograr el equilibrio necesario entre el amor y el trabajo, conceptos introducidos a lo largo de sus desarrollos teóricos por Freud quien define que un desequilibrio en alguna de estas áreas podría provocar malestar psicológico.

Bajo esta nueva mirada que ha adoptado la psicoterapia con adultos mayores podemos seguir lo planteado por Fiorini (1993) respecto al concepto de foco. El mismo nos invita a pensar que toda terapia tiene un punto nodal, un punto de urgencia donde convergen situaciones somáticas que ponen en jaque a la persona y a su bienestar emocional. Por ende, la tarea del psicoterapeuta consiste en la focalización, es decir, en la jerarquización de ciertos puntos que permitan resolver esos problemas que son vividos como prioritarios. No olvidemos que apuntamos a reforzar y lograr que la persona ponga en marcha procesos activos que contribuyan a la resignificación e historización de su vida con los recursos yoicos que la misma dispone.

Así, el encuadre dinámico pensado desde el abordaje clínico a partir de las primeras entrevistas, en donde la interacción a través de la palabra permite convertir al paciente en

protagonista de su propia historia, se refuerza con el encuadre focal, permitiendo trabajar malestares presentes en pos de la aceptación de la propia vida del adulto mayor, durante la octava crisis vital de su desarrollo. En esta misma línea podemos pensar en los aportes de Ferrero, Mazzino y Stivelberg (1998) para pensar en el trabajo analítico concretamente con personas que se encuentran atravesando un proceso de envejecimiento. Estos autores apuntan a que el principal objetivo consiste en recuperar la singularidad e historicidad de cada uno como factor determinante de su vida, en donde los recuerdos y reminiscencias ocupan un lugar central.

7.7. Envejecimiento e historización

Entendemos a las reminiscencias como aquellos recuerdos de experiencias que han sido modificadas por experiencias de vida posteriores. Envejecer provoca en los individuos una introspección y un balance de sí mismos, y el pasado aparece como un factor que constituye al sujeto y que permite pensar en la continuidad de la vida. Rememorar le permite al paciente modificar cómo éste interpreta su pasado. Pero, ¿qué pasa cuando esos recuerdos son vivencias traumáticas, representaciones que no pueden ligarse al afecto por el impacto que las mismas tuvieron para el psiquismo?

Lo traumático se asocia a pérdidas que los sujetos debieron atravesar a lo largo de su vida y, en los casos que me ocupan, también en la pérdida de libertades individuales producto de la pandemia como por ejemplo podemos pensar en la pérdida de actividades recreativas, reuniones sociales, contacto físico, entre otras. Toda etapa de la vida psíquica de un sujeto está marcada por duelos que debe ir atravesando a medida que evoluciona cronológicamente. Distintos autores, como Erikson (1985) y Carl Jung (1961), señalan que durante la vejez se produce un incremento de interioridad, el foco no está puesto en el exterior sino en una introspección que realiza el sujeto de su vida, de sus relaciones y de sus logros. El adulto mayor constantemente está procesando psíquicamente estas instancias de duelo que debe atravesar, debe aceptar esta nueva identidad y nuevo cuerpo, la aceptación de la dependencia en ciertos aspectos, la aceptación de la vida y también de aquello que fue. Es decir que el adulto mayor se ve en constante trabajo de elaboración de procesar

dichos cambios. Podemos pensar en la vejez como un proceso, en donde los ciclos vitales y crisis de cambio operan desorganizando (y re-organizando) la estructura del sujeto. Haciendo esta salvedad, es importante recordar que este ciclo vital en particular es el resultado de las experiencias y las transformaciones que acontecieron en los ciclos vitales anteriores donde cobra relevancia la visión retrospectiva de la vida y se resignifican muchos aspectos de ciclos vitales anteriores.

7.8. Cuando el pasado irrumpe: lo traumático.

A partir de la idea de vejez como un proceso de cambios e introspección, me resulta imprescindible desarrollar el concepto de trauma.

El psicoanálisis ha recogido los términos *trauma* y *traumatismo*, provenientes del campo disciplinar de la medicina por su significado referido a efracción, choque resultante de una violencia externa, con consecuencias sobre el conjunto de la organización. Esta asimilación de conceptos se ha traspuesto al plano psíquico de los individuos. Desde la concepción psicoanalítica, se define al trauma como una situación vivida que implica un aumento de excitación abrupto a la vida psíquica en general. La capacidad de elaboración fracasa, dando lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético. Es decir, la cantidad de excitación es excesiva en relación a la tolerancia del aparato psíquico, por el cual el aparato tiende a descargar el monto de excitación que ingresa al psiquismo. Dentro de la teoría del trauma, Freud hace especial énfasis en la cuestión económica del mismo, como aquel gran cúmulo de estímulo proveniente del exterior que invade el psiquismo, rompiendo la barrera anti-estímulo, y que no puede ser simbolizado. Para que exista un trauma es importante destacar la falta de *abreacción* de la experiencia, la cual permanece en el psiquismo como una fuerza extraña (Laplanche, 2015)

Siguiendo esta línea de pensamiento, Schkolnik (2007) considera que lo no simbolizado es lo que no cambia, ya sea porque hay un exceso de ligazón, con lazos inamovibles, o porque un desligazón, también excesivo, no permite establecer las redes y estructuras simbólicas susceptibles de organizar, habilitar la resignificación y la consiguiente apertura al sentido. En pocas palabras, el trauma se presenta y no se re-presenta. Aparece como aquello que no se puede poner en palabras y que irrumpe la

cotidianeidad. Freud (1920) lo señalaba mediante la palabra *efracción*, choque violento, irrupción. El trauma pone en peligro el equilibrio psíquico.

Asimismo, también es posible asociar la idea de trauma al concepto de neurosis traumática. Se denomina *neurosis traumática* a un estado patológico que aparece a raíz de un traumatismo psíquico. En 1917, Freud identifica que la neurosis traumática nacería de la incapacidad de las personas de tramitar una vivencia. En relación a esto, Schkolnik (1999) destaca que el acento no solo debe estar puesto en el factor económico, sino que es importante destacar que lo traumático también responde a la reactivación de huellas inconscientes que remiten a los primeros encuentros con el otro originario. La autora describe que lo traumático puede tomar dos destinos: un destino patógeno o un carácter estructurante. Esta última se logra cuando el sujeto logra procesar posteriormente el evento desestabilizante, una situación traumática. Mientras que, por su parte, el destino patógeno es el trauma propiamente dicho, el evento desestabilizante no puede procesarse y se producen fallas en la simbolización. Para determinar cuál vertiente de lo traumático se llevará a cabo es importante valorar las condiciones de la estructuración psíquica previa y las características en las que la represión originaria ha sido establecida, ya que si hay fallas en este mecanismo podemos hablar de una escisión del yo, por lo cual el trabajo psíquico de lo traumático se ve dificultado. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la represión originaria también puede sufrir alteraciones posteriormente por diversas vivencias que sean consideradas como desestructurantes para el sujeto.

En la misma línea Benyakar (2005) postula el concepto de *situaciones fácticas*, considerando específicamente aquellas que tienen la característica de ser desestabilizantes; son situaciones imprevistas y azarosas, por lo tanto, sorpresivas, que nos llevan a pensar en una reacción emocional más intensa que aquellas situaciones que son esperadas por el sujeto. Como menciona el autor, lo fáctico es todo aquello que existe verdaderamente y que alude a algo de existencia efectiva. A su vez, Benyakar nos invita a pensar lo *disruptivo* definido como aquellos eventos que por sus características implican una exigencia de trabajo impuesta al psiquismo mucho más allá de lo que este puede tolerar, es decir que son situaciones que tienen un poder potencialmente desestabilizante en donde la integridad narcisista se ve alterada. Estas situaciones disruptivas transforman la vivencia en una

vivencia traumática en donde la elaboración o metabolización de dicho suceso no puede llevarse a cabo, no hay una articulación necesaria entre afecto y representación, el trauma queda como aquel cúmulo de energía que no puede ligarse ya que la cantidad de energía que ingresa al psiquismo rompe con las barreras protectoras del mismo. Al respecto, Marucco (1999) sostiene que las realidades traumáticas le exigen al Yo una pérdida de libido para una sobreinversión constante de la realidad. En estas condiciones, el Yo está dedicado a protegerse del aniquilamiento del mundo exterior; se protege de la realidad y muchas veces operan mecanismos de defensa como el retraimiento social o mecanismos como la desmentida.

Recapitulando lo que se ha desarrollado en este apartado la aproximación a la definición del adulto mayor y la comprensión de esta etapa desde una perspectiva evolutiva multicausal me ha permitido establecer conceptos clave para el abordaje clínico de adultos mayores. Para entender dicho abordaje, me resultó indispensable revisar ciertos fundamentos del psicoanálisis, las características del encuadre y la entrevista a la luz de los rasgos propios de este grupo etario, donde el encuadre focal se presenta como uno de los posibles modos para encarar el trabajo terapéutico. Comprender la vejez como un proceso, en donde los cambios irrumpen conmoviendo la estructura del sujeto, y enmarcando la octava crisis vital descrita por Erikson (1985), permite anticipar el desafío de acompañar terapéuticamente esa etapa vital en pos de lograr la integridad del ego, esto es, la aceptación de la propia vida. Lograr una elaboración de los duelos, de las pérdidas que el sujeto ha debido transitar, pérdidas normativas y otras asociadas a pérdidas del objeto amado. Ligar ese cúmulo de energía que no puede incorporarse al psiquismo y lograr una resignificación del mismo.

Capítulo 8: Análisis de la experiencia

8.1. Recuperación del proceso vivido

Momentos iniciales: aproximación a la institución y primera supervisión de caso

En el presente capítulo se realizará una recuperación de las experiencias vividas durante las prácticas profesionales supervisadas en la clínica Saint Michel de la ciudad de Córdoba, Argentina, desde mayo hasta agosto de 2021.

Estas prácticas fueron desarrolladas en el marco de la pandemia de Covid-19, que afectó transversalmente a todos los ámbitos de la sociedad, también presentó limitaciones y desafíos para esta instancia de formación académica. Lo establecido debió modificarse rauda y constantemente de acuerdo a la evolución de la pandemia y las políticas asumidas para enfrentarla. La virtualidad se presentó como la vía alternativa para llevar adelante numerosas actividades, y esto modificó las instituciones. Las vidas se protocolizaron y con ello se normativizaron cuestiones como el distanciamiento social y preventivo donde se puso en juego la corporalidad poniendo en tensión las nociones de presencia y ausencia.

Las instituciones se adaptaron y crearon nuevos protocolos que no solo modificaron la dinámica de trabajo en equipos, sino que generaron cambios significativos registrados a nivel espacial. La presencia física se vio afectada y en algunos casos se transformó en otro tipo de presencia, la tecnología debió ser incorporada casi de inmediato. Las medidas tomadas por los organismos oficiales por causas de bioseguridad afectaron de modo contundente la comunicación, dificultando los lenguajes no verbales, como el corporal, tan importantes en las intervenciones clínicas. Este particular contexto atravesó también mis prácticas y permeó los muros de la clínica interpelando a sus profesionales “Las medidas de protección suponen una barrera que no permite que el mensaje llegue de forma óptima” (Ateneo clínico, 28/05/2021)

En la clínica Saint Michel desde el primer encuentro la psicóloga responsable de las prácticas profesionales comentó que, debido a la irrupción del virus, la dinámica de trabajo institucional se vio afectada y los espacios debieron modificarse notablemente. La guardia y el sector de internación fueron sectores a los que no pudimos acceder ya que el acceso

estuvo restringido con el objeto de resguardar y evitar el contagio y propagación del virus. A su vez, otras áreas de la clínica fueron notablemente afectadas, como el área de consultorios externos, en donde se realizó atención vía telefónica a PAMI y atención vía ZOOM a pacientes particulares y/o con cobertura de diferentes obras sociales. “Solo se atiende por medio de la presencialidad a infantes y adolescentes otorgándoles cierta prioridad por la etapa del desarrollo en la que se encuentran.” (28/05/2021)

A lo largo de las dos primeras entrevistas que fueron realizadas a la referente de la supervisión de las prácticas obtuve información referida al funcionamiento de la clínica que detallaré a continuación.

La clínica se dividió en área de adultos y área infanto-juvenil tanto para consultorios externos como para el internado, que admitía a jóvenes a partir de los 14 años. A su vez, los distintos espacios de la clínica fueron divididos por sectores demarcados con colores para facilitar la orientación de los profesionales de la salud que formaron parte del cuerpo de la institución, ya que la clínica ocupa una manzana. El sector rojo, que tradicionalmente era el sector para los pacientes agudos, en el marco de la pandemia debió refuncionalizarse como sector de cuarentena, es decir, un sector para todos aquellos pacientes que ingresaron a internación y debieron permanecer en aislamiento preventivo durante 14 días. El sector azul antes utilizado por pacientes autoválidos, se denominó “sector limpio” y no alojó pacientes. Dentro del esquema planteado por el Covid-19 se utilizó únicamente como espacio de pasaje, conectando la clínica con los distintos sectores, sin interferencias. El sector amarillo fue el área de psicogeriatría. Esta área se encontraba muy restringida y sólo ingresaba un médico para prevenir posibles contagios de Covid. Muchos pacientes mayores y con patologías orgánicas como pulmonares se encontraban en dicho sector.

A pesar de la situación que debió atravesar el país y del impedimento en asistir a la institución, las actividades dispuestas para las prácticas profesionales en 2021 fueron muchas y variadas, apoyadas integralmente en la virtualidad. Entre ellas se encontraban: entrevistas a profesionales, seguimiento de casos en los ateneos, participación en el hospital de día y en la atención telefónica de los consultorios externos PAMI. Durante los meses de marzo a agosto, realicé encuentros virtuales semanales, llevados a cabo los días viernes de 13:15 a 16:30 hs. Durante el primer encuentro, la referente institucional señaló que, de

acuerdo a las disposiciones de las autoridades sobre restricciones y protocolos que afectaron al funcionamiento de la institución, sumado a las incertidumbres e interrogantes que la situación planteó, un plan de trabajo que se basó en dos dimensiones simultáneas (de marzo hasta octubre o noviembre): donde participe de un grupo de supervisión junto a practicantes de psicología clínica de la UNC en el área consultorio externo PAMI, en donde se presentaron casos clínicos. Y, por otro lado, entrevistas a distintos profesionales que formaron parte del cuerpo de salud de la institución.

Área PAMI

En el marco de las medidas biosanitarias ante la Covid-19, este espacio también se transformó, e implicó grandes desafíos tanto a pacientes como a profesionales, quienes cambiaron el lugar de encuentro institucional de la clínica a la privacidad de los celulares y los espacios personales.

En este dispositivo, los profesionales atendían telefónicamente a un promedio de 20 pacientes diarios cada uno. Muchos de ellos eran sus pacientes antes de la pandemia, pero se agregaron nuevos, con quienes no tuvieron la oportunidad de conocerse personalmente. En esta tarea los psicólogos reconocieron la importancia del trabajo en equipo con psiquiatras. Las dificultades para sostener el tratamiento telefónicamente para los adultos mayores son numerosas, y los profesionales rescatan que, pese a todas ellas, es posible lograr el acompañamiento.

Debe ser difícil que alguien los llame y les diga, “Hola, soy la licenciada C, psicóloga de la clínica Saint Michel. Hoy ud. había sacado un turno para psicología...” Ese es, al menos, mi *speech*, así me presento. Que ellos tengan que hablar conmigo sin estar seguros de quién soy... agradezco que me tengan buena fe...por eso algunos me han preguntado si podemos reunirnos y vernos cara a cara, lo cual me parece perfecto.

Durante tiempos de COVID-19, el contexto impuso su presencia en los temas y modos; desde pacientes que atravesaron cuadros de Covid, hasta el caso extremo de que una llamada se realizó en el momento en el que una paciente estuviera despidiendo a su marido durante el entierro. Las pérdidas fueron un motivo frecuente de consulta. Las conversaciones en torno a la decisión de vacunarse o no, la angustia ante la falta de dosis, el malestar que las dificultades de que sus familiares no los hayan querido visitar por sentirse

una amenaza sanitaria, la aparición de restricciones a las que debieron adaptarse, fueron de las temáticas mas recurrentes.

Ante la pregunta sobre si las consultas aumentaron en la pandemia, los profesionales consideraron que, efectivamente, se incrementaron un 25%, tanto de pacientes nuevos como otros que retomaron luego de un largo tiempo sin acompañamiento clínico. También reconocieron que otros pacientes no saben que la clínica sigue trabajando en pandemia, o que no entendieron la modalidad de trabajo. Las dificultades de adaptación en este contexto resultaron numerosas. También pudieron observar menor ausencia a los turnos pautados que antes, quizás por el hecho de depender de la llamada del profesional.

Primera supervisión de caso clínico

Durante el primer encuentro de supervisión se presentó el caso de una persona mayor 81 años, a quien llamaremos Marta. Una psicóloga (recibida de la UNC, quien estuvo realizando su residencia en la especialidad clínica) fue la responsable de presentarnos el caso. La psicóloga a cargo del caso nos refería que, a diferencia de otros pacientes, Lara llegó a la consulta con un gran monto de angustia debido a situaciones traumáticas vividas en su juventud, que por la situación del aislamiento y por la enfermedad neurodegenerativa de su esposo, que pierde el habla, comenzaron a adquirir un “tinte regresivo”.

A lo largo de la entrevista, Marta le comentó a la psicóloga que su infancia fue difícil, con un padre que viajaba mucho por trabajo y una madre que la maltrataba física y psicológicamente cuando su padre no estaba en casa. Sus recuerdos felices se circunscriben a los momentos en que su padre volvía a casa. Muchos años más tarde, su madre muere de alzhéimer, enfermedad neurodegenerativa que padece Mario, su actual esposo. Refiere también que los 17 años fue madre producto de una violación; luego formó pareja y tuvo 3 hijos. Su esposo falleció y después formó pareja con Mario.

El conocimiento de este caso influyó en el surgimiento de numerosos interrogantes: ¿El proceso terapéutico de los pacientes se vio limitado por la virtualidad? ¿Qué herramientas se podían utilizar cuando la intervención no era posible a través de la palabra? ¿Cómo ponemos el cuerpo en la virtualidad? ¿Cómo afectó la virtualidad a los equipos de salud que forman parte de la institución? ¿Qué registro tienen los profesionales de esto?

Hacia el interior de la institución: Entrevistas a profesionales, observación participante y supervisión de casos clínicos

El mes de julio de 2021 fue un mes muy enriquecedor en lo que respecta a las prácticas. Si bien la segunda ola y las nuevas restricciones continuaron imposibilitando la presencialidad en la institución, logré llevar a cabo una serie de actividades dentro de las prácticas que permitió ampliar el conocimiento sobre la institución. Entre estas actividades, realicé entrevistas semidirigidas a distintos profesionales de la institución de áreas tales como el internado infanto-juvenil, el consultorio externo de PAMI y el infanto-juvenil, y en el hospital de día. Los profesionales me permitieron asistir a los encuentros virtuales que se realizaron con los pacientes en algunos de esos espacios como observadora participante, con la posibilidad de coordinar un taller unos meses más adelante, antes de finalizar la práctica.

Hospital de día

A través de la entrevista realizada a la coordinadora del hospital de día el 28 de julio pudimos acceder a valiosa información sobre este dispositivo. El hospital de día antes de la pandemia funcionaba con una modalidad intermedia entre la internación y el tratamiento del paciente por consultorio externo. El paciente asistía algunos días de la semana y realizaba actividades recreativas, en el turno que eligiera (por la mañana, de 8 a 13 hs., o jornada completa, de 8 a 17 hs.) Los pacientes recibían allí el desayuno y el almuerzo.

Para poder participar de los talleres de hospital de día era necesario realizar una entrevista de admisión llevada a cabo por la psicóloga a cargo del dispositivo, en donde se trata de conocer la historia de la enfermedad del paciente y en base a esto, la elección de actividades. Se conforman grupos de diez pacientes a los que se les ofrecen distintas actividades: manualidades, actividad física, talleres de música, talleres de estimulación cognitiva y reflexión dictados por una psicóloga.

El hospital de día trabaja fundamentalmente con pacientes con diagnóstico de psicosis, esquizofrenia y trastornos de bipolaridad estabilizados que no representen un riesgo para sí mismos ni para terceros (quedan excluidos quienes padecen demencias, adicciones, o representen un daño para sí mismos o terceros). A lo largo del tiempo y por el incremento

de la demanda se sumaron pacientes con otros diagnósticos como depresión y retraso mental leve. El hospital de día es de asistencia voluntaria, por lo que el paciente debe tener el deseo de ingresar.

El dispositivo estaba formado por una médica psiquiatra quien se encargaba de la supervisión médica, una nutricionista que realizaba la supervisión de alimentación dentro y fuera de la clínica, una enfermera que cumplía un rol muy activo e importante de acompañamiento (durante la presencialidad, recibía a los pacientes y los despedía, les administraba la medicación, recibía sus pertenencias, los acompañaba durante las comidas, etc.) Además, acompañaba a los talleristas en el dictado de las actividades. A su vez, el dispositivo contó con una psicóloga encargada de dictar los talleres grupales, brindar asistencia psicológica a los pacientes; dos profesores de gimnasia uno a la mañana y otro a la tarde y un acompañante terapéutico.

Este dispositivo persigue como principales objetivos:

- Prevenir la desestabilización de los pacientes, internaciones o reinternaciones,
- Asegurar la continuidad de los tratamientos, muchos pacientes que no tienen consciencia de la enfermedad, traían la medicación que les toca en esa franja del día y desde el taller se encargaban de dárselo.
- Promover la resocialización, esto es, la integración grupal social a través de los talleres; y la rehabilitación, dada la importancia de conectar al paciente con sus potenciales sanos, con sus recursos creativos.
- Descomprimir a la familia, ya que muchos pacientes llegan con una familia muy cansada; el tiempo de cuidado en el hospital de día logra mejorar el vínculo con la familia.
- Trabajar sobre las actividades de la vida diaria (AVD), implica la adaptación a ciertas rutinas y responsabilidades (vestirse y presentarse adecuadamente, poner y levantar la mesa, estimular el autocuidado y la higiene)

A partir de marzo del año 2020, ante la irrupción de la pandemia en nuestro país, el cierre del hospital de día se dió de manera simultánea al de las escuelas, provocando un cambio sustancial. “Se anunció el cierre del hospital de día y se abrieron las puertas de las casas de los pacientes.” (Coordinadora del hospital de día, 28 de julio de 2021) La

institución se puso en contacto con sus pacientes a través de WhatsApp, y semanalmente se comenzó a enviar tutoriales de música, manualidades, actividad física, estimulación cognitiva, ejercicios de cognición y nutrición. Los pacientes enviaban fotos y videos de las actividades realizadas.

Los pacientes se empezaron a enganchar, pero notamos que se perdía la grupalidad y para rescatar esto propusimos encuentros por zoom que se realizan 2 veces por semana y están coordinados simultáneamente por los profes de gimnasia y los de labor terapia, los martes y jueves. La de labor terapia propone actividades lúdicas como el ludo o tutti frutti de canciones en donde se van conectando las distintas áreas ya que el juego tiene muchos fundamentos teóricos que nos permiten un correcto abordaje y los jueves la actividad se torna más sobre lo físico y se llevan a cabo actividades coreos y actividades más de coordinación. (Coordinadora del hospital de día, 28 de julio de 2021)

Un día antes de los encuentros pactados se les enviaba la invitación con la actividad y el link para que ellos se conecten. Esto se realizaba los martes y jueves a las 11 de la mañana. Era una actividad “cortita” porque se dificultaba mucho sostener tiempos largos través de la virtualidad.

El día jueves 12 de agosto del 2021, vía zoom, asistí a mi primer encuentro con los pacientes del hospital día. El lunes previo a ese encuentro la coordinadora del hospital de día nos envió a nuestro WhatsApp un *flyer* en donde como requisito principal se indicaba el uso de ropa deportiva, ya que el encuentro estaría destinado a realizar actividad física con una profesora de educación física como coordinadora.

En un primer momento, al ingresar a la sala de zoom nos saludamos y nos presentamos, explicamos cuál era nuestro rol dentro de la institución y que participaremos de los próximos dos talleres previstos dentro del hospital de día. La actividad realizada el jueves duró aproximadamente 30 minutos y fue destinada a trabajar glúteos, aductores y abductores. Durante el taller se destacó siempre a los participantes que el mismo es un espacio de ellos y en caso de no poder realizar la actividad por motivos de salud se puede participar viendo la actividad.

El día jueves 30/09, via zoom, junto con mi compañera de prácticas coordinamos nuestro primer taller en el hospital de día. Como todos los talleres, el encuentro duró aproximadamente 40 minutos y trabajamos la temática de adivinanzas en donde días antes

al mandar el flyer del encuentro pedimos que traigan dos adivinanzas cada uno. Para una mejor organización del taller decidimos desempeñar distintos roles, mi compañera coordinó este taller y yo asistía marcando el encuadre de trabajo propuesto.

El día martes 5/10, via zoom, junto con mi compañera coordinamos el último taller. Este al igual que el resto de los talleres tuvo una duración de 40 minutos, en donde jugamos al dígallo con mímica trabajando la temática de profesiones. En este encuentro Florencia asistió marcando el encuadre y yo coordiné el taller.

Internado infanto-juvenil y de adultos

Además de la entrevista con la coordinadora del hospital de día, tuvimos la oportunidad de realizar dos entrevistas relevantes para comprender el origen, los objetivos y el funcionamiento del internado, y cómo este ha sido afectado por la pandemia de Covid-19. A continuación se presentará información significativa recabada durante las entrevistas realizadas al psicólogo y la psicóloga responsables del área de internación infanto-juvenil de la clínica Saint Michel.

El dispositivo de internado infanto-juvenil es intensivo atendía un rango etario de entre los 14 hasta los 18 años, con algunas situaciones excepcionales de jóvenes de 13 años. Desde el 2018, la mayor parte de la población oscilaba entre los 15 y los 17 años. El objetivo que perseguía este dispositivo era pensar la salud mental, disminuyendo el sufrimiento psíquico, a partir de una perspectiva integral que contemplaba a jóvenes y niños desde la decisión del embarazo por parte de la madre.

El internado infanto-juvenil surgió a partir de la creciente demanda observada en la institución. Los diagnósticos que presentaban los jóvenes en el área de consultorio externo eran cada vez complejos y presentaban mayor dificultad, lo que llevó a pensar en la necesidad de una internación para adolescentes. Esta tendencia decreciente en la edad se siguió observando : la demanda aumentó en edades más bajas con mayor frecuencia, llegando a los 12 años. Si bien los hospitales públicos tienen un criterio de internación que admite niños de hasta 12 años (que se internan con los padres), esta clínica no está adaptada para dichos requisitos. A partir de la pandemia se ha evidenciado un descenso aún más marcado en la edad de solicitud de admisión.

Los profesionales observan una gran complejidad de casos, por la vulnerabilidad del contexto y los conflictos de índole intrafamiliar. Esto pone de relieve la necesidad de trabajo intensivo con las familias de los pacientes. Para que un menor pueda ser internado se requiere la anuencia de los dos padres, ya que legalmente se consideró una internación involuntaria.

El trabajo en este dispositivo fue más intensivo que en el internado de adultos, por las características de la población y la vulnerabilidad etaria en la que se encuentran los jóvenes. El internado infanto-juvenil incluyó la labor de dos psiquiatras y dos psicólogos que trabajaron en equipos de a dos para un mejor rendimiento. A su vez, se contó con el asesoramiento de una nutricionista, una psicopedagoga y una asistente social.

Los criterios tenidos en cuenta para llevar a cabo la internación en el área infanto-juvenil fueron:

- Riesgo de vida para el paciente o de terceros.
- Presencia de ideas auto lesivas, aunque no las hayas llevado a cabo.
- Pedido de internación por parte de malestar percibido por el mismo paciente.
- Necesidad de evaluar la toma de medicación.

Las patologías más recurrentes que se observaron en los jóvenes fueron trastornos límites de personalidad, mucho más frecuente en mujeres; mientras que en varones fueron más visibles problemas de consumo, conductas límites, autolesiones e intentos de suicidio. Psiquiatras mencionaron que también se presentaron problemáticas de impulsividad que ponían en riesgo al paciente o terceros, y patologías de base o estructuras *borderline* y trastornos alimentarios. A su vez, psicólogos informaron que con la pandemia, se registró un mayor sentimiento de vacío, melancolía, ansiedad, soledad y problemáticas familiares.

El trabajo del internado se ha modificado categóricamente a causa de la Covid-19, ya que pasó a ser totalmente cerrado. Antes de la pandemia, el dispositivo se proponía conectar progresivamente al joven con el ámbito social. En una primera fase, al ingreso del joven, se realizaba un aislamiento; luego se contactaba con la familia a través de llamadas telefónicas, y después, dependiendo de su adaptación, era visitado tres veces por semana

por la familia. En la última fase previa al alta se llevaban adelante salidas transitorias. Por la situación epidemiológica vivida, este proceso se transformó íntegramente, y el internado buscó nuevas estrategias para garantizar la salud mental en los jóvenes. Los pacientes pudieron contactar con sus familias solo a través de videollamadas supervisadas, mediante las cuales se evaluaba la dinámica familiar y si el paciente estaba en condiciones de recibir el alta. En este contexto de emergencia biosanitaria y distanciamiento social, se volvió notoria la carencia de algunos elementos que brindaba la interacción física con su grupo social. Esto solía ser un factor de descompensación que servía para evaluar las repercusiones en su psiquismo.

En cuanto al internado de adultos, el psicólogo entrevistado entendió que era diferente al infanto-juvenil por el menor grado de organización. La clínica Saint Michel contaba en aquel entonces en su internado con 110 pacientes adultos, 8 psiquiatras y 4 psicólogos. En cambio, en el internado infanto juvenil eran 8 pacientes internados y 4 profesionales por lo cual el trabajo individual con el paciente fue un poco más intenso. En el internado de adultos las principales patologías fueron las adicciones y los trastornos depresivos. Desde este espacio se promovía una mínima articulación de trabajo con la familia, respondiendo a una dinámica y una intensidad distinta. Por otro lado, por razones epidemiológicas hubo cambios de equipos constantes, lo que terapéuticamente no fue muy recomendable.

Para enriquecer aún más la información recabada en el área infanto-juvenil, considero pertinente adjuntar la entrevista realizada al área de psicología de familia para entender como las psicólogas trabajaron con el sistema familiar del joven que ingresaba a la institución y es internado.

Eran tres psicólogas dentro del servicio infanto juvenil, y dentro del mismo también formaron parte del equipo de terapia familiar y de pareja. Este equipo arrancó hace once o doce años cuando se formó equipo infanto juvenil. Dentro de ese servicio se trabajó con los pacientes internados realizando entrevistas familiares mientras el paciente se encontraba internado, y después, si la familia lo disponía, se continuaba con los tratamientos por consulta externa cuando el paciente era dado de alta. Como mencione anteriormente, este equipo a su vez formó parte de los profesionales que trabajan por consultorio externo,

entonces además de la gente del sector de infante juvenil, por consulta externa otros pacientes pueden solicitar.

El modo de abordaje que se perseguía en el área dentro de infante juvenil, mientras el paciente estaba internado, era tratar de realizar intervención en crisis, las familias del paciente internado estaban atravesando un momento de crisis, muy conmovidas con lo que les estaba pasando en relación al paciente que era un menor, generalmente, a veces eran internaciones por primera vez, con motivos de consulta graves porque la mayoría de las internaciones tenían que ver con intentos de suicidio o descompensaciones más psicóticas, tenían que dejar al menor solo, a partir de los 13 años no necesitaba internarse con un adulto. Entonces el objetivo fue intervenir en esas crisis, conocer ahí el sistema familiar, generalmente cuando un sistema está en crisis está más permeable para más intervenciones. Son objetivos en común acuerdo con el equipo, psicólogo, psiquiatra. El alta del paciente fue un tema de gran preocupación para el equipo, donde va a volver, muchos de los padres estaban separados, a veces el grupo de convivencia ras un grupo de mucho estrés.

Desde el momento que se realizaba la primera entrevista al paciente, se buscaba detectar cuáles eran esos mecanismos que a veces eran crónicos asociados a dinanismos familiares para trabajar y modificar esas interacciones familiares y así generar un cambio.

Este dispositivo de trabajo a raíz de la pandemia se modificó abruptamente, las entrevistas que se realizaban con el paciente y la familia en el consultorio, al paciente se lo traía desde la internación al consultorio y se trabajaba todos juntos con el dispositivo de la cámara Gesel, y con la pandemia toda la posibilidad de hacer las sesiones presenciales se vió interrumpida. Una de las profesionales del equipo tenía que ir al internado con un celular, quedarse con el paciente y las otras dos profesionales se quedaban en el consultorio a hacer la videollamada armando como una dupla terapéutica para asistir.

“Por otro lado, la demanda aumentó mucho al igual que la gravedad. Los motivos de consulta no han cambiado tanto, más bien se han agudizado, porque para el adolescente, todo el aislamiento social, el no tener contacto con los pares, el haberse quedado sin el espacio de la escuela, del club, del deporte, el no conocer a los compañeros. También se intensificaron mucho las convivencias, los padres empezaron a trabajar dentro de la casa, eso intensificó la convivencia diaria, lo cotidiano lo cual repercutió mucho en los conflictos relacionales.” (Coordinadora del área, 29 de julio de 2021)

Consultorios externos

Las entrevistas realizadas a los psicólogos responsables del internado permitieron también acceder a información sobre los consultorios externos de la clínica. El licenciado entrevistado realizó además su labor profesional en esta área.

El equipo de consultorio externo estuvo formado por psicólogos, psiquiatras, consultorio familiar, y área de psicopedagogía. El dispositivo trabajó con niños de 3 años en adelante, realizando un trabajo en conjunto con los padres. Las consultas se presentaron mayormente por adolescentes, por lo general de entre 13 y 14 años, que querían empezar terapia por deseo propio, y referían sufrir trastornos de ansiedad, angustia, dificultades para dormir o problemas familiares.

En el marco de las medidas de protección ante la Covid-19, la atención en esta área se desempeñó de manera virtual. Se recibían consultas ambulatorias excepcionalmente, generalmente de pacientes que han sido dados de alta del internado, si el niño era muy pequeño, o casos donde se consideran que la persona estaba en riesgo. Los profesionales rescataron las estrategias generadas por la institución para mantener los tratamientos pese al contexto pandémico. Entre ellas, el uso de barbijo, que si bien dificultó el reconocimiento de la cara del otro, permitió la continuidad cuidada en la atención presencial.

8.2. Caracterización del dispositivo de abordaje terapéutico en la clínica privada monovalente Saint Michel.

El espacio destinado a brindar psicoterapia a los adultos mayores afiliados al PAMI dentro de la clínica privada monovalente Saint Michel es conocida informalmente dentro de la institución como “el área PAMI”. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral), fue creado por el Estado argentino en 1971 con el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores sin beneficio previsional ni obra social. Con 5 millones de afiliados, PAMI es la obra social más grande de Latinoamérica. Los jubilados y jubiladas, pensionados y pensionadas, sus familiares a cargo, personas con discapacidad y veteranos de guerra de Malvinas eligen un profesional de cabecera a través del cual se

gestionan de forma gratuita estudios, insumos, intervenciones y prácticas médicas en su red de prestadores en todo el país. (Recuperado de: <https://www.pami.org.ar/preinicio>).

La llegada abrupta del Covid 19 y las medidas sanitarias definidas por el gobierno nacional para afrontarlo implicaron un fuerte proceso de readaptación a lo que denominó informalmente la “nueva normalidad”. La clínica Saint Michel no estuvo exenta de las repercusiones que la pandemia tuvo en el resto de la sociedad. De acuerdo con la opinión de sus profesionales, el área destinada a la atención de adultos mayores fue una de las más afectadas debiendo adaptarse a la nueva modalidad. Aunque se contaba con el antecedente del Acompañamiento Telefónico a Mayores (ATM) de CEPRAM, hasta el momento no había sido puesto en acción de manera generalizada el nuevo modo de asistencia.

El área PAMI contó con un sector específico dentro de la clínica Saint Michel, integrado por un equipo interdisciplinario, compuesto por psicólogos, médicos psiquiatras y psicopedagogos. Dentro del equipo de terapeutas que la conformaron se encuentran practicantes de psicología de la UCC y pasantes de la UNC (estos últimos realizaron su especialización en psicología clínica). Además, en esta área se llevó a cabo la participación rotativa de estudiantes de grado de diferentes carreras profesionales.

En la mayoría de los casos los pacientes fueron derivados desde Psiquiatría. La psicoterapia psicoanalítica fue el principal instrumento utilizado por los profesionales que formaron parte del dispositivo PAMI. Como bien sabemos, la misma apunta a utilizar principios psicoanalíticos, tanto teóricos como técnicos, para conducir al camino de la cura. Dentro del dispositivo, la psicoterapia no siguió de manera estricta las condiciones preestablecidas por el psicoanálisis, sino que se realizaron adaptaciones de acuerdo con las condiciones institucionales.

En 2020, la clínica Saint Michel siguió el proceso general de virtualización de sus actividades que experimentó el resto de la sociedad a partir del aislamiento, es decir, se buscaron medios tecnológicos que suplantarán el encuentro presencial. La virtualidad atravesó súbitamente todos los espacios. Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) desarrolladas hacia el 2020 sirvieron de apoyo para un sinnúmero de aplicaciones (como procesamiento de datos, evaluación, comunicación, tratamientos online,

entre otros). La creciente y vertiginosa incorporación de la tecnología implicó un desafío muy grande en el campo de la psicoterapia pero también la aplicación de recursos tecnológicos a los espacios terapéuticos posibilitó la comunicación a través de, por ejemplo, videollamada. Pero este aprovechamiento no fue homogéneo en todas las clases sociales ni -eje que aquí nos interesa- en todos los grupos etarios. En la clínica adolescente, por ejemplo, el amplio conocimiento generalizado en las TIC, pudo funcionar positivamente. Pero en aquellos rangos etarios como la adultez, las actualizaciones y oportunidades de familiarizarse con las tecnologías no eran las mismas.

En base a estas consideraciones, en la clínica Saint Michel para el área PAMI se optó por brindar asistencia psicológica por vía telefónica. Un medio más próximo y conocido para los adultos mayores, que no implicaba, en la mayoría de los casos, el aprendizaje de nuevos procedimientos con el fin de garantizar la accesibilidad de los usuarios. A través de la voz, se llevaba a cabo un “encuentro” telefónico de 30 minutos. Con la agenda colapsada y casi sin turnos disponibles a corto plazo debido a la alta demanda, personas de entre 60 y 80 años de edad esperaban el sonido del teléfono, quizás por días, semanas o meses.

Los pacientes podían acceder al encuentro a través de turnos asignados por la secretaría de la clínica, quienes se encargaban de compartir luego a las licenciadas los turnos para la semana y el número telefónico al cual debían llamar para tener contacto con el paciente.

8.2.1. Abordaje terapéutico telefónico

Como ya referimos antes, en la ciudad de Córdoba encontramos un antecedente muy importante en la atención telefónica de pacientes. En el año 2003 surgió en esta ciudad el espacio de escucha telefónica para adultos mayores (ATM), en el Centro de Prevención del Adulto Mayor (CEPRAM) con su director Andrés Urrutia. Este espacio de escucha es atendido por voluntarios que son constantemente capacitados y supervisados por un conjunto de psicólogos que están a cargo del programa. El proyecto nace con el objetivo de promover la salud y el bienestar de las personas mayores que están atravesando situaciones de crisis y se encuentran solos, lejos o con problemas de accesibilidad. Datos extraídos de la página oficial de CEPRAM confirman que, en 2013, a diez años de la creación de ATM, fueron atendidas más de 13 mil llamadas. Esto nos indica que los espacios de escucha son un recurso válido y efectivo para llevar a cabo que la escucha.

Si bien el éxito de la escucha telefónica dio buenos resultados, los desafíos que debieron enfrentar los profesionales de la clínica Saint Michel a la hora de acompañar terapéuticamente, manteniendo entrevistas por vía telefónica fueron numerosos y complejos. Uno fue el del tiempo de la consulta, telefónica de tan sólo 30 minutos. Otro, el del canal exclusivamente oral. Este desafío puede dimensionarse en la misma etimología de la palabra *entrevista* que destaca el carácter visual implicado en el término, compuesto por el prefijo *inter* (entre) y *vider* (ver) (Corominas). Es decir, una mirada entre dos personas. En este caso privados de la mirada, la interacción propia de la entrevista descansó sobre la escucha. El principal foco de los terapeutas durante las primeras sesiones se concentró en una escucha activa que permitiera al adulto mayor (que se encontraba detrás del teléfono) poner en palabras angustias, temores y alivianar el sentimiento de soledad que irrumpía su cotidianeidad.

Si bien, como hemos desarrollado en el capítulo anterior, el encuadre terapéutico psicoanalítico privilegia la palabra como herramienta para tratar de recuperar el significado de la experiencia propia del paciente, el discurso de este está conformado tanto por lo verbal como por lo no verbal. . Lo no verbal, en una entrevista presencial, se expresa parcialmente en el cuerpo y su gestualidad. A raíz de la virtualidad y de la nueva forma terapéutica pautada para el área PAMI, resultó central la atención al discurso, ¿Cómo lo dice?, ¿Cuándo lo dice?, su tonalidad, volumen, sus silencios. Es decir que la escucha activa sugirió que el terapeuta entre en sintonía con quien está emitiendo el mensaje para así poder analizar lo que aparece de manera explícita y también lo que subyace oculto, que forma parte de ese contenido latente en la consulta.

Es posible suponer que muchas veces el no poder visualizar la persona que nos escucha puede generar ciertas inseguridades e incertidumbres tales como: ¿me estará escuchando?, ¿podrá comprender todo aquello que quiero transmitirle? ¿me estará expresando de la manera correcta? En esta línea, los profesionales referían que recurrir a diferentes técnicas que permitan transmitirle seguridad al oyente como la reformulación de las palabras, formular preguntas acerca de lo que está mencionando, validar constantemente sus emociones, entre otras.

¿Cómo y qué es posible hacer allí, desde la pantalla? Cuando estamos en un encuentro virtual, los silencios, los gestos, la forma en la que ingresa el paciente al consultorio, quedan en suspenso, virtualizadas. ¿Será que el silencio que se produjo es por la mala conexión?, el uso del silencio como modalidad de intervención de parte del analista, ¿cómo lo estará escuchando el paciente?, ¿cómo decirle al paciente que “no se lo puede escuchar”?, ¿cómo incluir algo del trabajo con el cuerpo no presente?, ¿qué tipo de presencias se construyen allí donde estamos mediatizados por lo virtual? (Pereyra, Gonzalo et al, 2020)

Los psicólogos, psiquiatras y todos los profesionales que formaron parte del *staff* de la clínica tuvieron que repensar estrategias, capacitarse en nuevos usos de tecnología y redefinir el encuadre propio que la psicoterapia había adquirido a lo largo de los años. En este azaroso contexto, el principal objetivo consistió en salvar la función de la psicoterapia a pesar de las limitaciones, de las incertidumbres y las dudas que generó la construcción de ese nuevo espacio de encuentro.

Siguiendo el objetivo planteado por el dispositivo PAMI de la atención promedio de veinte pacientes diarios para cada profesional, las entrevistas telefónicas se adecuaron a treinta minutos de duración.

Además, como parte de la implementación de dicho dispositivo, se dispuso también en la Clínica un espacio de supervisión de esos casos, del cual participamos en el marco de nuestras prácticas. Un espacio de interjuego en donde el analista traía consigo, a través de las asociaciones libres, el primer aspecto que le preocupó del paciente y que, al plasmarlo bajo el espacio de la supervisión, entendido por los participantes como un espacio de interjuego de miradas que van a ir conformando la trama de la historia clínica del paciente, suponía incorporar la visión de ese otro hacia el sufrimiento del paciente.

A partir de estos espacios de supervisión pude realizar un exhaustivo registro que se traduce en este trabajo como viñetas clínicas. Este espacio al cual frecuentamos virtualmente consistía en la escucha activa de los casos presentados por las psicólogas de la UNC ²quienes traían algunos de los casos con los que se encontraban día a día para debatir acerca del modo de intervención, de posibles acciones. Este espacio de supervisión estaba

² Se trata de una práctica profesional en el marco de la formación como especialistas de psicología clínica brindada por la Universidad Nacional de Córdoba quienes habilitaron bajo convenio el espacio de la clínica privada Saint Michel para llevar a cabo el cumplimiento de horas prácticas pactadas.

conformado por otras dos estudiantes de la UCC , estudiantes del último año de la carrera de Lic. en psicología y dos estudiantes de la Especialización de psicología clínica de la UNC y una supervisora del staff de la clínica Saint Michel.

Nuestros encuentros tenían una duración de 75 a 90 minutos durante el cual compartíamos los casos y debatíamos posibles intervenciones. Muchas veces, el trabajo consistió en articular aquello que se veía en la práctica con la teoría. Siempre desde el espacio se buscaba que nuestra participación sea activa ya que al no poder tener contacto con los pacientes por reglamentación ética y no poder acompañar a las psicólogas durante la entrevista (ya que el dispositivo elegido era el teléfono por lo cual no podíamos sumarnos al encuentro como observadoras no participantes), se les pedía a las otras pasantes que compartan de la manera más amplia y detallada posible casos clínicos que nos permitieran dar lugar a la creación de este nuevo espacio.

8.2.2.2. Una aproximación al dispositivo

Tal como mencioné con anterioridad, el encuadre propuesto originalmente por Freud hacia finales del siglo XIX fue aceptando variantes debido a las demandas contextuales. De allí surgen variadas adecuaciones al método. En la práctica he observado que dentro del dispositivo PAMI los profesionales referían a sus prácticas clínicas en términos de psicoterapia de tipo focalizada, priorizando la escucha de los adultos mayores.

A su vez, en el capítulo teórico, recuperé el concepto de Pereda (2012) referido a la escucha como una operación de lectura sobre el relato que el paciente trae para producir cierto alivio en el mismo. Siguiendo estos fundamentos entiendo que la principal tarea del psicólogo fue fortalecer un vínculo transferencial ,sostenido por el encuadre, que permitió al adulto mayor que llegó a la consulta un espacio de trabajo analítico.

Sin embargo, ante las condiciones determinadas por la emergencia del COVID y las políticas para su prevención, me he preguntado ¿fue suficiente considerar a la terapia como un espacio de escucha? ¿o sería necesario revisar no solo la adecuación técnica que otras transformaciones, también teóricas, impondrían al contexto pandémico?

L., psicóloga de la UNC, comentó en su entrevista que una de las principales preocupaciones de los pacientes era si la persona que los iba a recibir nuevamente sabía de su historia o debería volver a contarla. Anteriormente, estos pacientes habían comenzado su terapia de forma presencial, pero luego fueron atendidos por el equipo de manera virtual. Este planteamiento generaba mucha angustia e incertidumbre en los pacientes ya que si bien pudieron poner en palabras todo aquello que sentían, debían volver a enfrentarse a la incertidumbre de no saber quién se encontraba detrás del teléfono y establecer una transferencia que posibilite el camino de la cura. Esto afectó la confianza y el vínculo que se establecía entre paciente y terapeuta.

En síntesis, podemos decir que el modo de abordaje principal en tiempos de COVID-19 utilizado por el dispositivo PAMI fue el de la escucha, focalizando en aquellos síntomas que producen malestar en los consultantes. Para que esto pueda llevarse a cabo el encuadre fue sometido a nuevas adaptaciones técnicas que permitieron el contacto con el paciente.

En las consultas recibidas, se refería a sentimientos de soledad producidos por la pandemia, asociados a la sensación de aislamiento, sumados el miedo a la muerte, contagios y multas por incumplimiento del decreto. Las profesionales consideraban que, en conjunto, los pacientes enunciaban gran incertidumbre y un incremento en la demanda de atención debido a las nuevas políticas vigentes.

A partir de ese análisis, el teléfono se definió como el medio posible para poder llevar a cabo la atención. El encuadre, la modalidad de la entrevista, el análisis del discurso (considerándolo tanto verbal como no verbal) debieron modificarse sustancialmente.

¿Y la transferencia?

La pregunta por el vínculo establecido entre paciente y terapeuta en un contexto no presencial planteó numerosas preguntas y desafíos. Aunque dentro de la modalidad telefónica en la que se establecieron las sesiones no podía plantearse la ausencia, sí fue necesario pensar otro tipo de presencia, una presencia marcada por la ausencia de la corporalidad. Como plantea Ricardez (2021), cierta distancia psíquica podría considerarse un elemento fundamental en el método psicoanalítico para que el paciente pueda

comprender sus síntomas y no se vuelva dependiente del vínculo con el terapeuta. Sin embargo, ¿cuál es la distancia que impone el teléfono?

Al hablar de psicoterapia online mi principal interrogante rondaba en como establecer un encuadre apropiado. Si pensamos en lo mencionado anteriormente respecto a los componentes del encuadre planteados por Green y pensando en la invariancia de la matriz como marco posibilitador del despliegue transferencial sería apropiado que pensemos la incidencia de la intermediación tecnológica. ¿qué obstruye? ¿qué favorece? ¿como modifica el encuadre? . Acordando con diversos autores contemporáneos, entre ellos Grinberg Vaisman y Segura Fontova (2021), es posible considerar que, a pesar de las dificultades que puede implicar la conexión virtual, y a pesar de que el estuche del encuadre se modifique, la invarianza de la matriz permite que la transferencia se despliegue, ya que mediatizado por un medio tecnológico hay una persona que sostiene la función analítica y posibilita que el vínculo se construya a través del encuentro.

Paralelamente, es importante considerar también que el proceso terapéutico era llevado adelante por pasantes de la especialización en psicología clínica por un periodo de seis meses. La confianza y el vínculo que se establece con el terapeuta son esenciales a lo largo del proceso terapéutico, pero, ¿qué sucede cuando el terapeuta es un pasante que acompaña transitoriamente ese proceso?, ¿qué supone que los tiempos dispuestos para una pasantía no sean simultáneos a los que los que necesita el paciente?

Pensar en la finalización de las prácticas generaba mucha angustia e incertidumbre en los pacientes, ya que si bien habían logrado poner en palabras todo aquello que sentían, y lograron sentirse acompañados, deberían hacerlo de nuevo, debían volver a enfrentarse a la incertidumbre de no saber quién se encontraba detrás del teléfono y si era posible nuevamente establecer una transferencia que posibilite el camino de la cura. Esto, además, planteado desde un tipo de paciente -el adulto mayor- que no tiende a ampliar su horizonte social, sino más bien todo lo contrario.

Sería pertinente retomar la pregunta ¿Cómo esta modalidad de encuadre virtual y de temporalidad acotada podría incidir en el proceso analítico?

Como cierre de pasantía, en la última sesión con sus pacientes, las pasantes les mencionaban quién sería el psicólogo a cargo de seguir adelante con el proceso. Previamente, ambos pasantes se reunían para conversar acerca de los pacientes y hacer la derivación correspondiente, entregando las historias clínicas pertenecientes a cada sujeto que llegaba a la consulta.

En síntesis, el abordaje clínico en tiempos de COVID-19, en la clínica Saint Michel, se vio atravesado por las adecuaciones frente a las medidas de ASPO, que llevaron a la atención mediante llamadas telefónicas. Esa contingencia confluyó con otros condicionantes tales como sesiones de corta duración (30 minutos), la demora en acceder a un turno con un psicólogo y la temporalidad del pasante con el paciente (6 meses).

Debido a las demandas del contexto, el psicoanálisis ha debido ampliar su alcance expandiendo su campo de acción. El desafío principal a raíz de esto radica en cómo el psicoanálisis se enfrenta a los nuevos condicionantes, como los mencionados anteriormente, sin perder la singularidad del sujeto en la masividad de la demanda y el establecimiento de la transferencia.

Entendemos que el establecimiento de la transferencia en las instituciones muchas veces se ve dificultado por diferentes aristas; los pacientes no suelen tener recomendaciones sobre el profesional que los va a recibir e incluso, como caractericé anteriormente, tienen un tiempo acotado de trabajo. Consideramos que establecer la transferencia en instituciones y producir efectos terapéuticos es posible. Allí el deseo del analista, su pericia para conducir el camino de la cura y la disposición del paciente, son factores potenciadores que sostienen, de uno y otro lado del teléfono, la función analítica alojando el sufrimiento del consultante. Es a partir de ese vínculo que se establece en la diada paciente-psicólogo, que el paciente puede enfrentarse y recordar aquello real que irrumpe disminuyendo ese monto de energía libidinal, que no puede ser procesado por el psiquismo y que como resultado produce el alivio de los síntomas.

8.3. Relaciones entre el aislamiento y el motivo de consulta de los adultos mayores consultantes del área PAMI.

Al inicio de este capítulo consideré la modalidad establecida para la atención del adulto mayor en la clínica Saint Michel, ahora me detendré en las historias y demandas que llegaron a esas sesiones telefónicas durante el contexto de ASPO decretado durante la pandemia de coronavirus del año 2020.

Con el objeto de establecer relaciones entre el motivo de consulta de los adultos mayores en la clínica Saint Michel y el ASPO, usaré como material de análisis la información recogida durante el espacio de supervisión de casos del área PAMI, en el cual participé en el marco de mis prácticas.

8.3.1. Espacio de supervisión

Me gustaría poder definir el espacio de supervisión como un espacio de interacción entre profesionales a donde el analista trae consigo, a través de las asociaciones libres, el primer aspecto que le preocupa de alguno de sus pacientes. Al plasmarlo bajo el espacio de la supervisión, entendido por los participantes como un espacio de interjuego de miradas que conformarán la trama de la historia clínica del paciente.

A lo largo del desarrollo del presente TIF y de la definición propuesta en el párrafo anterior, podríamos destacar que la esencia de mi práctica y el acercamiento a la clínica estuvo mediado por el relato, en el espacio de supervisión, de lo que escucha el analista de su paciente. El relato del relato, mediado por la subjetividad del analista que prestaba su corporalidad a través del teléfono para llevar a cabo las entrevistas. Un relato interpelado por angustias y dudas que me permitió repensar en el dilema planteado anteriormente acerca de otros tipos de presencia que fueron centrales en los tiempos de ASPO, una presencia marcada por la ausencia de corporalidad en donde las interacciones fueron completamente mediadas no solo por medios telefónicos si no también por otras personas.

En el próximo apartado de análisis desarrollaré cuatro viñetas clínicas, seleccionadas dado que conformaron mi primer acercamiento a la clínica. Todos los casos tienen la característica de haber sido derivaciones desde el área de psiquiatría, en un abordaje interdisciplinario del paciente propuesto por la clínica Saint Michel.

Los datos extraídos fueron presentados por R. quien se comunicó telefónicamente con el paciente debido a las medidas del ASPO, articulando el dispositivo de escucha telefónica con el de la escucha en la supervisión.

“Secretos de mi historia”

Lara es una mujer de 66 años que llega a la consulta derivada por el área de psiquiatría refiriendo padecer ataques de pánico muy fuertes que le impiden salir de su casa. Ha realizado un tratamiento previo en 2017, que abandonó por motivos económicos. En aquel momento descubre que fue abusada a los 8 años. Dice que teme que la terapia la ayude a recordar más. A sus 10 años fue violada nuevamente por la misma persona, el novio de su hermana.

Relata su historia familiar, aludiendo a una madre alcohólica, quien estuvo mucho tiempo internada por lo que no pudo cuidarla, y una hermana que debió hacerse cargo del rol materno. Menciona que se siente tan vulnerable como se sintió en la infancia.

Al comenzar el espacio de supervisión, la psicóloga tratante expuso el motivo de consulta y aspectos centrales de la historia de vida que la paciente mencionó al iniciar la sesión.

¿Qué lugar ocupó Lara en su historia familiar? recuerdo que fue una de las primeras interpelaciones del equipo. En su relato menciona la ausencia de su madre y quizás por momentos de su hermana quien debía protegerla y cuidarla frente al desamparo de su madre. Ante situaciones de desprotección, Lara se sintió vulnerable durante su infancia. Menciona que teme seguir recordando ¿Será que el aislamiento aflora en la paciente sentimientos de desprotección, soledad e incertidumbre que le recuerdan a situaciones traumáticas que vivió en su infancia? ¿Que desamparo se re-edita con el contexto? ¿Sera el espacio de escucha analítica un medio para proveerle sentimientos de amparo frente al desvalimiento?

“La melancolía del recuerdo”

Vicente es un hombre de 73 años, que fue derivado a la consulta por el área de psiquiatría. Tomaba al momento de la consulta 12 medicamentos por día.

Llegó a la consulta con un cuadro de depresión, con ideas suicidas que lo llevaron a “tomarse todas las pastillas”.Estuvo internado en coma. No podía respirar. Se despertó a las 48 horas.A partir de ahí siente que empezó “a perder mucho la memoria”.

El paciente relata que en varias oportunidades se ha sentido asfixiado en su casa y recuerda sus épocas pasadas con mucha melancolía.

Dice que “la ansiedad lo está dominando”, refiere que bajó mucho de peso y en reiteradas ocasiones menciona sus “pocas ganas de salir adelante”.

El caso de Vicente, representó para mi uno de los casos más difíciles a la hora de analizar ya que constantemente me preguntaba ¿Qué es lo que el paciente no puede poner en palabras? . Vicente relata en su discurso “sus pocas de salir adelante”. En su discurso se puede observar un gran anhelo por sus recuerdos del pasado, lo que nos llevó a pensar en una sobreinversión del pasado que impide la circulación del deseo. En Vicente el discurso develaba un re-vivir del pasado el cual deseaba volver a vivir.

“El desasosiego de la culpa”

Ruth, mujer de 72 años, ama de casa, dos hijas, viuda. En el 2021 muere su esposo por COVID-19.

Asistía a terapia desde el 2019, presentaba un gran miedo a que los miembros de su familia pudieran enfermarse. Tuvo ataques de pánico.

Una de sus hijas vivía en el exterior y presentaba la enfermedad de Hodgkin³. En 2016 quedó embarazada e ingresó a terapia intensiva por una gran infección. Ruth sintió mucho miedo ya que sintió que su hija se iba a morir y que su nieta iba a quedarse sin madre.

Siempre tuvieron mucho miedo al COVID-19 ya que su esposo era diabético, por lo cual se cuidaban mucho, eran muy activos socialmente y a raíz de esto, para cuidarse mejor “dejaron de tener vida social”. Ruth era la única que salía de su casa para realizar las actividades esenciales como ir al banco o al supermercado. Su marido da positivo, pero ella y su hija no.

En el relato del caso de Ruth, mi principal pregunta estuvo vinculada al miedo. ¿Qué sucede en el psiquismo cuando el miedo se hace real?. Tanto el contagio, la enfermedad y la muerte la enfrentan con un duelo real, con algo que realmente aconteció. El principal eje de trabajo con Ruth estuvo centrado en el acompañamiento de la elaboración de su duelo, potenciando ciertos aspectos de su vida que impidan que quede fijada en el objeto perdido, dando como resultado un duelo patológico.

“La melodía del trauma”

Carmen, mujer de 68 años. Al indagar sobre el motivo de la consulta, la paciente expresó: “me cuesta olvidar el pasado”.

Relata: “a los 17 años quedé embarazada de mi hija. Mi esposo tomaba, no le gustaba trabajar bajo patrón. A mí me hizo daño con mis hijos. Tenemos muchas discusiones. Yo no puedo reprocharle las cosas”.

Luego relata situaciones de abuso vividas en su familia. Comentó que su hijo menor abusó de su nieta. Comentó que ya hizo la denuncia correspondiente. Comentó que su nieta quedó embarazada.

3. Es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en el sistema linfático.

Al escuchar el relato del caso de Carmen llamó mucho mi atención la frase que utiliza para expresar el motivo que la lleva a consultar, “me cuesta mucho olvidar el pasado”. Al tomar los aportes de Benjakar y Freud acerca del trauma pudimos traer a colación la noción de repetición, la repetición de un trauma actual que se reactualiza debido al gran cúmulo de energía que el mismo supone para el psiquismo impidiendo que el mismo sea representado, produciendo así la repetición del trauma.

Al trabajar cada caso fue de gran utilidad formular preguntas, quizás muchas de ellas sin respuesta, que nos permitieran elaborar hipótesis acerca de la raíz del padecimiento del consultante y de su historia de vida. Como podemos observar en los cuatro casos, los espacios de supervisión apuntaban a hipotetizar sobre las posibles causas que generan malestar en el paciente y de esta forma focalizar sobre puntos estratégicos que apunten a la orientación del proceso. El interjuego de miradas nos permitió enriquecer nuestros conocimientos a través de la escucha, adoptando nuevas miradas y formas de re- construir casos sin dejar de lado la singularidad, lo particular de cada uno a pesar de encontrar ciertas semejanzas en la sintomatología que los lleva a consultar.

La escucha mediatizada por el relato de un colega me permitió posicionarme en rol de analista, pensar y re-pensar intervenciones clínicas basadas en sustentos teóricos, que a su vez traíamos a colación con cada caso, y a su vez comprender que cada relato estaba mediado por la subjetividad del analista. No solo nos enfocábamos en el padecer del consultante sino también en las angustias, miedos y dudas del analista en su práctica clínica. Los espacios de supervisión fueron muy enriquecedores para comprender el rol del psicólogo en la práctica clínica.

8.3.2. La reedición de los duelos y la actualidad del trauma

Como hemos podido visualizar en las viñetas clínicas y aportando mi escucha en el interjuego de tramas de la supervisión, pude observar como una constante la presencia de sintomatología física como motivo precipitante y expreso de la consulta psiquiátrica. Ahora

bien, ¿cómo los analistas podemos escuchar ese dolor del cuerpo e interpretarlo como un sufrimiento subjetivo, que desprende el contenido latente del motivo de consulta? Encarnando mi rol como psicóloga, a la escucha de la voz del sujeto sufriente, lo que pude observar principalmente era la aparición de síntomas que se consignaban psiquiátricamente como síntomas de ansiedad, ataques de pánico y depresión en los pacientes.

A medida que iba reconociendo la singularidad de los casos, llamó mucho mi atención la manera en la que sucesos vividos en la infancia, traumáticos en su mayoría, irrumpieron en la cotidianeidad actual de los pacientes y en algunos casos situaciones traumáticas actuales. Esto inmediatamente me llevó a pensar en la elaboración del trauma en la adultez y sus posibles asociaciones con el aislamiento. En cada sujeto la resignificación activa un tipo de memoria particular, aquella repetición relacionada con escenas traumáticas vividas por el paciente, que abren las puertas de aquello caótico y acallado por mucho tiempo.

La memoria de la resignificación, “ese centinela del alma” (Shakespeare, *El rey Lear*), abre, en un momento inesperado, las puertas del olvido y da lugar a la volcánica emergencia de un caótico y desordenado conjunto de representaciones acalladas, largamente silenciadas y no significadas durante años e incluso generaciones.” (Kancyper, 1985)

Al encontrarnos frente a complejos casos de sufrimiento, trauma y duelos, mi primera pregunta ante la escucha radica en cómo analizar ese malestar voraz e insaciable que irrumpe en el psiquismo de los consultantes que atraviesan procesos de envejecimiento. Me resultan singularmente ricos los aportes de Ferrero, Mazzino y Stivelberg (1998) respecto a la necesidad de recuperar la singularidad e historicidad de cada uno como factor determinante de su vida, y la centralidad que ocupan los recuerdos y reminiscencias. Pienso en el caso de Vicente, donde él expresa claramente la sensación de asfixia que le genera el presente rememorando con melancolía anécdotas de su pasado. Su pasado aparece como una fantasía de bienestar que anhela recuperar descatectizando su realidad actual.

En el caso de Lara, la terapia le ha descubierto un hecho traumático frente al que teme continuar ahondando. No ha tenido la oportunidad previa de ligar el recuerdo a su propia historia, a representar ese acontecimiento que impactó en su aparato psíquico desestabilizándolo. La vulnerabilidad experimentada de niña retorna a los 66 años con igual

poder desestructurante. Se evidencia una necesidad, propia de toda una vida pero especialmente marcada en la adultez mayor, de recordar para historizar su pasado. En Carmen, los eventos traumáticos, si bien no le han impedido actuar consecuentemente como, por ejemplo, protegiendo a su nieta- el padecimiento vuelve a su memoria y el pasado no pasa, pesa.

Los cuatro pacientes me llevan a preguntarme, si el aislamiento del ASPO se asocia a las sensaciones de soledad enunciadas por estos pacientes, y de que modo se relaciona con los efectos de irrupción de acontecimientos traumáticos de su vida pasada.

Creo de gran importancia recordar frente a estas situaciones que los duelos pueden ser considerados como una posibilidad de transformación y enriquecimiento, pero otras veces el paciente queda fijado en esa pérdida sin poder aceptarla. Propiciar que ocurra lo primero será el objetivo terapéutico. Frente a situaciones traumáticas, el principal objetivo terapéutico, siguiendo los aportes de Ferrero, Mazzino y Stilverg (1998), consiste en recuperar la singularidad e historicidad de cada paciente en donde el trabajo de historización ocupa un lugar central en ese malestar que irrumpe. Tratar de enlazar ese real, aquello que no puede ser simbolizado, a alguna ligadura de palabra traza el norte del proceso.

Como hemos podido observar en las viñetas presentadas el motivo de consulta es el motivo manifiesto, es decir, sintomatologías físicas que alteran el bienestar del paciente y lo llevan a realizar la consulta. Sin embargo, en el desenlace de la terapia se puede ver como en el contenido manifiesto aparece solapado el motivo latente que se desentrama a lo largo de la misma. Entonces, ¿Qué relación podríamos establecer entre el motivo de consulta y la limitación de la circulación en el contexto de ASPO?

En virtud de lo anteriormente mencionado a lo largo del presente trabajo, podemos caracterizar al ciclo de la vejez como un periodo en el cual se desprende una marcada tendencia a la introspección que realiza el paciente en ese momento de su vida. Tratando de explorar la relación entre el motivo de consulta, el contexto de aislamiento y la privación de la libertad, podríamos inferir que a raíz del ASPO los sentimientos de soledad se incrementaron notablemente; lo que me ha llevado a inferir que este proceso de

introspección fue mayor y que aquello que no ha podido ser simbolizado irrumpe en el psiquismo por la imposibilidad de ser ligado, provocando fuertes movilizaciones emocionales que los enfrenta con estas problemáticas del pasado no resueltas.

8.4. Describir el abordaje singular clínico durante las entrevistas telefónicas a consultantes del dispositivo consultorio externo PAMI.

Entendiendo que los adultos mayores transitan una etapa vital atravesada por duelos sociales y emocionales producto de los cambios físicos y cognitivos, al que se está enfrentando. Desde una perspectiva unívoca, biologicista y tradicional, se ha caracterizado a esta etapa negativamente, incluyendo al mismo Freud quien pensaba en la imposibilidad de cambios terapéuticos luego de los 45 años.

La perspectiva multicausal ha permitido cambiar ese paradigma y contemplar los cambios, las mutables pérdidas y ganancias de esta etapa vital. A través del trabajo que el terapeuta realiza a través del abordaje, se despliega la rememorización de instancias de la vida del paciente para que puedan ser reconocidos e historizados. El terapeuta va a centrarse en aquellos aspectos del sujeto que generan sufrimiento apuntando la atención en aquellos como puntos de urgencia.

El abordaje clínico para adultos mayores supone una ampliación del método clásico de psicoterapia psicoanalítica. La flexibilidad del encuadre es una de las principales adecuaciones que se ha tenido en cuenta a la hora de trabajar con esta etapa vital. Sin embargo, la matriz del encuadre es aquello que se sostiene a pesar del contexto y del reglamento institucional (Green, 2011). Es decir que la matriz aparece como ese aspecto invariable que caracteriza el abordaje.

Me resulta interesante pensar a la singularidad del discurso como el sustento del abordaje clínico para adultos mayores. Singularidad mediada por la escucha (Pereda, 2012) entendiendo a la misma como la lectura que realiza el analista, a través de la atención flotante, del discurso del paciente. El objetivo del abordaje focal (Fiorini, 1993) será trabajar sobre los puntos de urgencia detectados a lo largo de la entrevista, donde

convergen no solo sintomatologías somáticas sino también psíquicas. A raíz de esto, el analista tratara de abordar aquello que ha sido acallado por tanto tiempo.

Rememorar aquellos acontecimientos del pasado le permitirá al paciente resignificar experiencias traumáticas y duelos no elaborados, permitiendo así, que aquellas situaciones fácticas no simbolizadas, producto del choque violento de energía, puedan ser representadas. El analista será aquel que posibilite la elaboración y la circulación del deseo nuevamente.

En la privacidad de una sesión telefónica durante el ASPO, se encuentra un paciente que, desde la intimidad de su casa, ha esperado la ansiada llamada pactada, quizás desde hace meses de su primer contacto con el psiquiatra quien posibilita el vínculo con el psicólogo. La escucha analítica aloja el discurso de ese consultante y mediatizado por el teléfono da lugar al malestar insistente que llega sin pedir permiso. La responsabilidad del terapeuta siempre es muy grande, aunque parece intensificarse ante los problemas de salud mental derivados del COVID y las medidas sanitarias implementadas.

Conclusiones

A raíz de este trabajo donde fueron sistematizados los datos de la práctica realizada en la clínica Saint Michel, podemos concluir que, comprender a la adultez mayor desde una perspectiva multicausal brindó numerosas posibilidades para, por un lado, comprender la conflictiva propia de los pacientes de ese grupo etario, al tiempo que comprender la apuesta de la clínica Saint Michel para hacer frente a las limitantes impuestas por las medidas de aislamiento social, preventivo y obligatorio determinadas por el gobierno nacional ante la emergencia de la pandemia de COVID-19 durante el 2020.

Desde el estudio teórico hasta el conocimiento de la clínica mediante el espacio de supervisión del que participé, la perspectiva multicausal permitió despojarme de representaciones sociales sobre la denominada vejez, que dominan el pensamiento colectivo e impiden ampliar nuestro conocimiento sobre esta etapa vital.

De allí que fuera posible pensar en las adecuaciones necesarias para, por un lado, ofrecer una modalidad de atención adecuada a los adultos mayores y, por otro, adaptar el abordaje psicoterapéutico a las posibilidades de atención emergentes en ese periodo.

La escucha se convirtió en un lugar donde se pudo desplegar el discurso del paciente y comunicar experiencias, anhelos, prejuicios e ideas.

La adaptación del modo telefónico decidido por la clínica Saint Michel para los pacientes del dispositivo PAMI implicó adecuaciones sobre el encuadre. Más allá de las adecuaciones referidas al modo de asistencia, el encuadre focal permitió hacer lugar a los nuevos motivos de consulta de los pacientes de este grupo etario. Aun cuando desde antes de la pandemia la intervención clínica con adultos mayores tenía adecuaciones que marcaban una diferencia con la intervención clínica brindada para otros grupos etarios (como por ejemplo la duración de las sesiones, menor a 60 minutos, y la frecuencia de las mismas, cada 15 días). Debido a la pandemia el modo de abordaje presente en la clínica con adultos mayores debió re-adaptarse y formular un nuevo encuadre pertinente a la situación que estaba atravesando el país y a la reglamentación vigente, tomando como objetivo principal el abordaje principal. Para lograr dicho objetivo, se propuso como eje principal la focalización sobre puntos de urgencia del discurso del paciente. Como hemos podido visualizar a lo largo de la experiencia, el aislamiento produjo en algunos casos un incremento de las sensaciones de angustia y soledad en adultos mayores como así también un re-actualizamiento de duelos y traumas no elaborados.

Llevar a cabo una sesión telefónica no es tarea fácil ni para el consultante como así tampoco para el analista.

Ante las necesidades surgidas en el contexto pandémico y de aislamiento en la población de adultos mayores que buscan abordajes terapéuticos en la clínica Saint Michel, pude observar un gran trabajo interdisciplinario entre colegas que entretejían la escucha activa en la sesión y en la supervisión. Las personas que llegaron a la consulta pudieron comenzar, con la ayuda de terapeutas, a poner en palabras aquello que los aqueja; y posteriormente, en el espacio de la supervisión, la palabra circuló buscando ejes de intervención y acompañamiento para trabajar con el sufrimiento de esos pacientes. De allí es posible considerar al espacio psicoanalítico como un espacio de escucha en donde la persona puede historizar y poner en palabras.

Las inéditas magnitudes del impacto que el COVID-19 ha dejado en todos los ámbitos de nuestra sociedad, pero especialmente en el que he estudiado, no ha permitido dar una respuesta satisfactoria a todas las necesidades planteadas.

Durante mi experiencia en la práctica he podido comprender el valor de la escucha, la escucha como sostén que permite alojar el sufrimiento del otro. La escucha permite recortar, puntuar, focalizar sobre el discurso de quien consulta. Permite darle un lugar al sujeto que consulta, indagar respecto de su sufrimiento. Afrontar el padecimiento, apuntar al malestar y buscar la singularidad de cada paciente que consultaba fue una de las tareas más valiosas que llevamos a cabo en nuestros espacios de supervisión. Espacio donde se estudiaba cada caso en profundidad. A lo largo de mi práctica aprendí que cada caso es único y todas las variables deben ser analizadas con el fin de poder dar lugar al malestar que interpela.

Bibliografía

- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2), 363-369. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80512213>
- Arellano, M., & Bascuñan, C. (2015). Representaciones sociales del envejecimiento en Chile: perspectivas desde la psicología.
- Asociación Psicoanalítica Argentina. (s.f). Biblioteca APA. Recuperado de https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup100/100-schkolnik.pdf
- Asociación Psicoanalítica Argentina. (s.f). Biblioteca APA. Recuperado de greenstone/cgi-bin/library.cgi?e=d-01000-00---off-0revapa--00-1---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-es-Zz-1---20-about---00-3-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=revapa&cl=CL1.17.71
- Asociacion Psicoanalitica Argentina. (s.f). Biblioteca APA. Recuperado de <http://apa.opac.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?e=d-01000-00---off-0revapa--00-1---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-es-Zz-1---20-about---00-3-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=revapa&cl=CL1.1.44>

- Bernardi, R. (2005). La formación del analista y la transferencia en la didáctica psicoanalítica. *Calibán*, 3, 60-80. 41-53 Recuperado de https://www.fepal.org/revista_caliban_bivipsil/13_caliban_castp.pdf
- Benyakar, M. (2016). Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas (E. Ramos, A. Taborda & C. Madeira, Comp.). San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L. Recuperado de <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/Disruptivo-traumatico.pdf>
- Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto *Revista Lasallista de Investigación*, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 50-63. Corporación Universitaria Lasallista . Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Carlino, R. (2020). Psicoanálisis a la distancia. *Topía*, (100), 28-34. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/psicoanalisis-la-distancia>
- Carstensen, L. L. (1995). La influencia de la sensación de tiempo en el desarrollo humano. *Science*, 268(5217), 542-546.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2015). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externalización del manicomio*. <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2016/10/Cruzar-el-muro.pdf>
- Clínica Saint Michel. <https://www.saintmichelsrl.com.ar/>
- Dafgal, A. (2009). Entre París y Buenos Aires: *La invención del psicólogo*. Paidós.
- Degiorgi, M. G. (2020). Historia de la profesión del psicólogo en la Argentina. En: ¿Autor/Editor/compilador? *Manual de introducción a los estudios universitarios*. (pp. 38-44)
- De Lellis M. (2015). Un nuevo paradigma en Salud Mental: ejes de la transformación. En: De Lellis M. (Comp.). *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 85-115). Ediciones Nuevos Tiempos.

- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.(2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24(85),1-10.
- Ferrero, G., Mazzino, N., & Stivelberg, A. (1998). Construcciones y reminiscencias: un destino de la singularidad. En G. Ferrero (comp.) *Envejecimiento y vejez* (pp.157-167). Buenos Aires: Editorial Atuel.
- Fiorini, H. (1993). Exploración de la situación como una modalidad de abordaje en Psicoterapias; Diferentes Niveles de Diagnóstico. En:*Estructuras y Abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*. Nueva Visión.
- Galende E. (1983). La Crisis del Modelo Médico en Psiquiatría.*Cuadernos Médicos Sociales*, 23, 425-441.
- Galende E. y Kraut A. (2006).*El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Lugar Editorial.
- González,C.,& Rojas, V. (2017). Vivencias de la vejez en Chile: revisión crítica desde la perspectiva de género. *Psicoperspectivas*, 16(2),195-205.
- Green, A. (2011). La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada. Amorrortu editores.
- Jara, O. (2018). La sistematización de experiencias: Práctica y teoría para otros mundos posibles.
<https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2121/Libro%20sistematizacio%CC%81n%20Cinde-Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kancyper, L (1985) Adolescencia y a posteriori. *Revista de Psicoanálisis*. 42(03), pp. 535-546.
- Kancyper, L (2019) Resignificación, memoria y trabajo de simbolización. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanálisis.org/wp-content/uploads/2019/01/LUIS-KANCYPER.-Resignificaci%C3%B3n-memoria-y-trabajo-de-simbolizaci%C3%B3n..pdf>

- Lagache, D. (1982). Psicología clínica y método clínico. En: *Obras III: De la homosexualidad a los celos. Psicología y los métodos clínicos. Otros estudios* (pp. 141-156). Paidós.
- Laplanche, Jean. (2015) Diccionario de psicoanálisis/Jean-Bertrand. Pontails: bajo la dirección de Daniel Lagache, -1 ed, 17 reimp, - Buenos Aires: Paidós (p.447 - 451)
- Larna, S. (2014). El impacto de la comunicación política en la formación de opinión pública: Un estudio de caso en Argentina. Recuperado de https://ora.ox.ac.uk/objects/uuid:420d2bb2-cec3-4e58-95ce-4dde2eae3845/download_file?file_format=pdf&safe_filename=Larna%2BArgentina%2B2014%2BTrabajo%2BFinal%2BRevisado%2Bcon%2BISBN%2B%2B%2Bcodigo%2Bde%2Bbarras%2B%25285%2529.pdf&type_of_work=Conference
- Ley Nacional N° 26657. Derecho a la Protección de Salud Mental. República Argentina. B.N.:3 de diciembre de 2010.
- López-Meneses, E., Piqueras-Rodríguez, J. A., & Martínez-González, R. A. (2018). El impacto psicológico de los desastres naturales en niños y adolescentes: revisión de la literatura. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 17-27. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6849762>
- Marucco, C. (1999). La teoría de la cura en el psicoanálisis actual. De Freud a nosotros. En *Cura analítica y transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Molena-Fernandes, C. A., Lima, M. A., Oliveira, M. R., & Santana, F. R. (2005). A percepção do cuidador sobre a sexualidade do idoso institucionalizado. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2(2), 56-67. Recuperado de <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/118/93>
- Psiquiatría.com. (2020). Programa de la XXI Reunión Virtual de la Sociedad Española de Psiquiatría. Recuperado de <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-7-2020-2-COMU5.pdf>

- Resolución 2447/85 del Ministerio de Educación de la Nación. Incumbencias de los títulos de Psicólogo y de Licenciado en Psicología. República Argentina. 20 de septiembre de 1985.
- Resnizky, S (2019). La contratransferencia en la clínica de las toxicomanías: una mirada psicoanalítica. Revista de psicoanálisis APdeBA, 38 (2), 291-306. Recuperado de <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/03/Resnizky.pdf>
- Resnizky, S (2019). La problemática del envejecimiento. Revista de Psicoanálisis, 76 (2), 441-459. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/03/Resnizky.pdf>
- Rosa-López, A. (2011). Sobre la pertinencia del psicoanálisis en la vejez. Revista de Psicoterapia, 22(85), 53-64. Recuperado de https://nucep.com/wp-content/uploads/2012/09/ref_Rosa-Lopez_SOBRE-LA-PERTINENCIA-DEL-PSICOANALISIS-EN-LA-VEJEZ.pdf
- Rivaben, J. C. (2016). La importancia del juego en la educación infantil. Revista Uruguaya de Psicología, 7(2), 39-47. Recuperado de <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1516/1314>
- Schkolnik, F (2009). La ética del psicoanálisis. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 100, 115-123. Recuperado de https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup100/100-schkolnik.pdf.
- Schkolnik, F (2010). La subjetividad en la vejez. Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 100, 93-110. https://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup100/100-schkolnik.pdf
- Teran, A. (1998) El mercado de los restos. En G. Ferrero (comp.) Envejecimiento y vejez (pp.61-79). Buenos Aires: Editorial Atuel.
- Tomicic, A., & Martinez, C. (2017). Hacia una clínica del acto fallido en psicoanálisis. Revista de psicología clínica con niños y adolescentes, 4(2), 195-202. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082017000200195&script=sci_arttext.

Viel, S. (2018). Experiencia emocional de envejecer. Temas de Psicoanálisis, (10), 29-43.

Recuperado de <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/01/Silvia-Viel.-Experiencia-emocional-de-envejecer..pdf>

Zlotnik, C. (2015). Abordaje psicoanalítico del acto fallido. Revista de psicología y psicopedagogía, 6 (1), 89-103. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>