

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

# **Familias en pandemia: dispositivo de atención de familiares de pacientes COVID del Htal. Gral. De Agudos Dr. C. Argerich del G.C.B.A.**

Gamaldi, Valeria Romina.

Cita:

Gamaldi, Valeria Romina (2021). *Familias en pandemia: dispositivo de atención de familiares de pacientes COVID del Htal. Gral. De Agudos Dr. C. Argerich del G.C.B.A.* XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/257>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/ro0>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# FAMILIAS EN PANDEMIA: DISPOSITIVO DE ATENCIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES COVID DEL HTAL. GRAL. DE AGUDOS DR. C. ARGERICH DEL G.C.B.A

Gamaldi, Valeria Romina

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología - GCBA. Htal. Gral. de Agudos Dr. C. Argerich. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El presente trabajo presenta el Dispositivo creado para alojar y tratar las urgencias subjetivas localizadas en familiares de pacientes COVID atendidos durante la Pandemia en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: Dispositivo de atención de familiares de pacientes COVID (DAFPAC).

## Palabras clave

Dispositivo - Familia - Urgencia subjetiva - Pandemia COVID

## ABSTRACT

FAMILIES IN PANDEMIC: HTAL. GRAL. DE AGUDOS DR. C. ARGERICH DEL G.C.B.A. COVID PATIENT'S FAMILIES ATTENTION DVICE

This paper presents the Dvice developed to treat subjective urgencies in COVID patient's relatives in Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires's Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich though Pandemic.

## Keywords

Dvice - Pandemic COVID - Subjective urgency - Family

## Introducción

El Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich es un centro de alta complejidad, que quedó incluido dentro del anillo rojo de Hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, como uno de los cuatro que recibieron casos moderados y graves de pacientes infectados con SarCOVID19.

Salas de internación y espacios de Guardia se reacondicionaron, protocolos que se multiplicaron, visitas que se restringieron. En el Servicio de Salud Mental, se implementaron distintos mecanismos para alojar y dar respuestas a las urgencias que surgieron en esta coyuntura. Junto con el Equipo de Interconsulta, que se ocupa de atender las demandas de pacientes internados y profesionales de salud, funciona el Dispositivo de atención de familiares de pacientes COVID (DAFPAC), que diseñé y coordino.

## Pandemónium

La irrupción del COVID quebró la escena del mundo y los modos de sostener los lazos con los otros, también la escena del en-

fermar y acompañar a un familiar en ese proceso, trastocando además el modo en que la escena se sostenía en el Hospital y hasta las posibilidades de ritos funerarios. "Lo real, convertido en imprevisto, ha irrumpido en nuestras vidas para desbaratar cualquier sentido, lógica o ley, porque, como dice Lacan, lo real es sin ley" (López-Herrero, 2020).

En las primeras semanas de decretado el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) por el Poder Ejecutivo Nacional por la Emergencia Sanitaria ante la Pandemia COVID-19, aparecía la familia y lo familiar en el temor de los profesionales a enfermarse y contagiar a su familia o en el horror que generaban las noticias de Europa sobre pacientes muriendo "solos" por los protocolos que se desarrollaban a la par que la ciencia iba leyendo al virus y sus mecanismos. "¿Cómo hago para decirle a una persona que su familiar falleció si ni siquiera le puedo tomar la mano?". Esta pregunta dividía a una médica clínica, que se veía confrontada a inventarse otros modos que aquellos que a lo largo de su práctica había encontrado para hacer confrontada con la muerte. También aparecía en los profesionales de salud, angustia por sentirse agente de esa prohibición de presencia de familiares y temor a los retornos violentos que pudiese generar, a la par que el otro se tornó un peligro que amenaza la propia vida. Este real del siglo XXI (Bassols, 2020) se pone en cruz, las familias ya no pueden sostener su cotidianeidad como lo venían haciendo ni pueden responder a la enfermedad de alguno de sus miembros como habían pasado otros episodios similares. A la par que esa misma familiaridad trasmuta de amparo a amenaza, ya que es entre los contactos estrechos donde el virus se propaga con mayor facilidad. El número de casos iba en aumento, las visitas se prohibieron, los médicos comenzaron a dar los partes a las familias por teléfono, lo que suscitó preguntas en torno a cómo constituirse como alguien a quien pueda suponérsele saber y crear un lazo que sostenga, cuando el cuerpo aparecía restado (o así parecía en un primer momento)

Urgencia generalizada, de la que Sotelo (2009) nos enseña a distinguir la urgencia subjetiva (o subjetivable) como aquella que implica una "ruptura aguda, quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía, quiebre de los lazos con los otros, con el trabajo, con los pensamientos o con el propio cuerpo, irrupción de lo real" (P.26). Ruptura entonces, que al afectar los sentidos,

la lectura en la que el sujeto sostenía su vida, implica un quiebre entre S1 - S2, es decir, un fuera de discurso donde, el S2 ya no sirve de límite y los sujetos se confrontan con el agujero.

“Para el psicoanálisis el estatuto de lo traumático no está dado por la dimensión fenoménica sino por la cualidad que puede tener para impactar sorpresivamente de manera singular en la subjetividad. El trauma produce un exceso, mientras que el sujeto carece de los significantes que otorgan algún sentido a un goce imposible de dialectizar. Se constituye así un real que escapa al decir, frente a lo cual el fantasma se muestra impotente para cumplir su función, no alcanza a velarlo.” (Sotelo, 2015, P. 68)

Es decir, que allí donde podemos pensar que la pandemia trastocó como nunca habíamos imaginado el orden del mundo y puso a las familias en urgencia, a un nivel generalizado, la ética del psicoanálisis nos conduce a preguntarnos cómo se juega en cada familia (y en cada uno de sus integrantes) esa urgencia y, en principio, si la hubo.

En el hospital, Servicio de Salud Mental quedó a cargo de la “contención” de los familiares, de *todos* los familiares de pacientes COVID. ¿Cómo responder a ese pedido institucional y para qué? La RAE define “contener” como reprimir o sujetar el movimiento o el impulso de un cuerpo, reprimir o moderar una pasión. Pero dado que “la relación del psicoanálisis con lo social se sostiene en la ética con la que fundamenta su política” (Sotelo, 2015, p. 29), se tornó necesario dar una respuesta que equivoque el pedido institucional. Ya no buscando adaptar, sino una maniobra que aloje y funde un lazo que sostenga, para que cada quien pueda dar una respuesta subjetiva a eso real que irrumpe.

#### **DAFPAC: Dispositivo de Atención de familiares de pacientes COVID**

El diseño del dispositivo - orientado por la propuesta del Dispositivo de Atención de Urgencias Subjetivas de Inés Sotelo (2015)- estuvo sostenido por los principios antes descriptos. Los objetivos del DAFPAC son: localizar las urgencias subjetivas desencadenadas en los familiares de pacientes con COVID ingresados al Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich; alojar y darles un tratamiento a esas urgencias que permita su subjetivación; sostener un lazo de trabajo entre quienes siguen a la familia, al paciente en caso de ser necesario/posible y el Equipo de salud del servicio en el que cada paciente está internado (médicos, enfermeros, kinesiólogos)

En principio, nuestro dispositivo incluye el “para todos los familiares de pacientes COVID del Hospital”, pero para todos una invitación. Intervención que apunta a crear presencia como condición para que una demanda pueda ser formulada y alojada. Un para todos que ya nace con excepciones, porque el llamado no se realiza cuando el paciente no acepta que se contacte a su familia. Seldes (2006) plantea que, ante la urgencia, “el primer efecto que se necesita es el de poner en juego un vector, una direccionalidad: que el que sufre, en su urgencia, tenga a quien

dirigirla” (P. 35). Al estar nuestro Hospital destinado a la atención de pacientes con COVID moderados y graves, muchos de ellos y sus familias son de otras zonas de la Ciudad, el Hospital les resulta desconocido. A esto se suma que frecuentemente los familiares más cercanos suelen estar cumpliendo aislamiento por lo que no pueden acercarse al Hospital, donde además las visitas están restringidas y reciben el parte médico en forma telefónica, configuración que puede propiciar que la institución se constituya como Otro anónimo. Es necesaria entonces una primera operación que nos constituya como alguien a quien hablarle, por esto, somos nosotros quienes llamamos.

Denominamos al primer contacto “Triage”, nombre que retoma un término de la medicina que apunta a una operación en la que se realiza una primera lectura y localización de aquello a tratar. Algunos profesionales del Dispositivo se ocupan de ese primer llamado telefónico. Se trata de una entrevista semidirigida, donde además de tomar datos que permitan ubicar cómo está compuesta la familia, se intenta ubicar qué situación están atravesando respecto al COVID, si hay otros enfermos /fallecidos por COVID en la familia, qué otras urgencias está atravesando (sociales, por ejemplo), cómo hacen circular ese valioso objeto libidinal en que a veces se transforma la información médica sobre el paciente, qué lazo tienen con el hospital. También preguntamos si hay niños en la familia, cómo están viviendo esta situación, si los adultos que están a cargo de su cuidado pueden registrar sus modos de atravesarla, qué respuestas dan. En muchos casos, verificamos que es en los niños donde se sitúa el estallido de angustia. Y en un movimiento que introduce la singularidad de cada familia, que comenzamos a construir como caso, la estrategia será uno por uno.

Miller (2005), en la Conversación publicada en Efectos terapéuticos rápidos, donde se presentaron algunos casos de la Red Asistencial que recibió casos Atocha, señala que cuando ocurren atentados o catástrofes, suele producirse una precipitación inmediata de terapeutas ofreciendo su servicio, por lo que invita a sostener una interrogación. “Una pregunta es si es realmente tan necesario intervenir; si no podrían curarse por sí mismos (...) en todos los casos en los que hay un trauma hay que preguntarse el por qué” (P. 80)

A quienes entrevistamos, con qué frecuencia, si abrimos entrevistas con varios miembros de la familia a la par que entrevistas individuales con algunos, acompañarlos en alguna visita al paciente, llamar antes/después de la visita pero sustraerse de ese encuentro con los médicos y con su familiar internado, entrevistas por videollamadas con niños. La dirección es que cada sujeto pueda dar repuesta a ese real que se presenta y desarma, sostenido en un lazo con otros. “La perspectiva del psicoanálisis aplicado a la terapéutica que considera al psicoanálisis puro en su causa y en su horizonte, indica la posibilidad de elegir las tácticas y estrategias que se impongan en cada caso” (Seldes, 2006, P. 39), la política es una, producir un sujeto, y en esa operación el soporte será el deseo del analista.

Es importante destacar que la urgencia de la familia no necesariamente coincide con la gravedad del paciente. También, que no en todos los casos encontraremos urgencia, hay familias que pueden atravesar esta situación sosteniéndose en esa trama de sentidos que los enlaza y los cuenta. En otras, eso se desarma y aparece la confrontación con el agujero. Irrumpen allí pasiones desatadas, culpa por haber contagiado (¿será eso posible de saber?), angustia, insomnio, síntomas ansiosos a la hora del parte médico, ideación suicida. Tiempo sin tiempo, espera del parte médico que se eterniza. “ruptura aguda de la cadena significativa. Dicha ruptura produce como efecto un colapso temporal” (Sotelo, 2015, P. 104). La intervención abre un tiempo de comprender en el que el decir pueda desplegarse y cada quien pueda dar cuenta de qué impacto le produce eso que está ocurriendo. No se trata de consolar ni hacer el bien, sino de producir un bien decir sobre eso que toca y conmociona, para darle otro tratamiento.

En este abordaje, resulta fundamental el trabajo conjunto con los Equipos de salud en los que están internados los pacientes. Con los Jefes de UTI, quienes brindan los partes médicos a la familia, se realiza una reunión semanal de discusión de casos y estrategias. A la par, cada día hay un encargado de Enlace. Ya que todos los psicólogos del Servicio de Salud Mental están abocados al trabajo en DAFPAC, el gran número de casos, las restricciones a la circulación dentro del hospital y las burbujas de trabajo presencial, creamos esta figura, que se trata de alguien que se ocupa del intercambio con los responsables de cada Servicio. Condiciones inesperadas, que dio lugar a una estrategia que comprobamos ha sido útil para generar y sostener transferencias de trabajo. También, se trabajó en conjunto con los servicios críticos del Hospital y la Dirección para armar un Protocolo de procedimientos de visita de familiares de pacientes COVID para casos críticos. Ese protocolo formalizó una necesidad de los pacientes, las familias y también del equipo de salud, ya que la prohibición de visitas se hacía insostenible para todos. Es un modo de inscribir eso que suele quedar oculto en las fisuras de la institución y de escribir también allí un “para no todos lo mismo”. Existe la posibilidad de que algún familiar visite a un paciente en estado crítico, pero también incluimos el trabajo conjunto entre el equipo del servicio en el que está internado el paciente y el equipo de salud mental para pensar estrategias que habiliten un tiempo (a veces unos minutos) para que el familiar pueda decidir si quiere realizar esa visita. En algunos aparece el miedo a ir al hospital y contagiarse siendo población de riesgo, otros prefieren no ver a su familiar en terapia intensiva. No se trata de armar un estándar de despedida sino, como nos señala Miquel Bassols (2020b), crear condiciones de acercamiento subjetivo, que pueden incluir la presencia en el hospital, pero no siempre y no sólo eso.

Como nos enseña Inés Sotelo, la salida de la urgencia no necesariamente coincide con la salida de la Guardia. Ni tampoco con el alta del paciente o su fallecimiento, es por eso que ante

el DAFPAC incluye un ciclo de entrevistas acotado -de número no definido de antemano- de seguimiento post-hospitalario. En muchos casos verificamos que al alta del paciente se produce una sutura: “ya pasó”. En otros, el temor a salir a la calle y volverse a contagiar, frecuentemente en los casos de internaciones prolongadas aparece el temor a que “no vuelva a ser el mismo”, el miedo a las secuelas, las dificultades para retomar el trabajo que antes hacía y también el lugar que tenía en la dinámica familiar. Se tratará de inscribir esa diferencia, abrir un tiempo para la recuperación, tramitar algo de lo perdido, apuntando a construir un equilibrio otro.

Ese ciclo de entrevistas se sostiene también con los familiares de los pacientes fallecidos. Se realiza un llamado posterior al fallecimiento -son familias con las que venimos trabajando desde el ingreso del paciente al Hospital. En algunos casos ese llamado coincidirá con la conclusión de la intervención, el duelo no necesariamente llama a un analista. En otros casos, será necesario ese ciclo de tratamiento para posibilitar el duelo. La puesta en marcha del trabajo de duelo es ya una salida de la urgencia porque pone a trabajar al significante para leer e inscribir el agujero de la pérdida en lo real (Lacan, 22/04/1959 p. 106), que implicará duelar el lugar de causa, “Sólo estamos de duelo por alguien de quien podemos decir *Yo era su falta* (Lacan, 27/02/1963, p. 155).

Sotelo (2015), nos recuerda que el momento de concluir se sostiene en la incompletud.

“La finalización de la urgencia depende de quien la sancione y de las particularidades de cada dispositivo (...) una urgencia ha finalizado cuando a partir del trabajo con el paciente, ésta se ha subjetivado, es decir, cuando la urgencia ha dejado de ser algo ajeno para el sujeto, ubicando en el lugar de la casual aquello que le concierne” (Sotelo, 2015, P. 106).

### Palabras finales

Al 30 de Junio de 2021 hemos atendido a familiares de 1425 pacientes con COVID. Continuamos atendiendo las urgencias subjetivas en el contexto de Pandemia, con las modulaciones que introduce tanto en pacientes como Equipo de salud el avance del plan de vacunación, el surgimiento de nuevas cepas, la llegada de pacientes jóvenes gravemente afectados, familias atravesadas por pérdidas, por pérdidas de trabajo. Sostenemos nuestra práctica a la par que la civilización intenta dar respuestas, analistas oportunistas inventando modos de hacer existir en lo social de la Salud Pública ese tratamiento por la palabra de lo real que irrumpe, que es uno por uno y que enlaza a otros.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Bassols, M. (2020a). Coronavirus. La ley de la naturaleza y lo real sin ley. Recuperado de: <https://zadigespana.com/2020/03/20/coronavirus-la-ley-de-la-naturaleza-y-lo-real-sin-ley/>
- Bassols, M. (2020b). Distanciamiento social y acercamiento subjetivo. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?v=MCs3DYTYjY&ab\\_channel=SeminariodelCampoFreudianoenValencia](https://www.youtube.com/watch?v=MCs3DYTYjY&ab_channel=SeminariodelCampoFreudianoenValencia)
- Freud, S. (1917) [1915]. Duelo y Melancolía. En *Obras Completas* (2ª Edición, 10ª reimpresión), Volumen XVII (pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919). Lo ominoso. En *Obras Completas* (2ª Edición, 8ª reimpresión), Volumen XVII (pp. 215-251). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930 [1929]). El malestar en la cultura. En *Obras Completas* (2ª Ed. 8ª reimpresión), Volumen XVII (pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gamaldi, López & Montezanti (2012). El abordaje de lo familiar en el ámbito hospitalario. En Trimboli et. al. (comp). *¿Diagnóstico o estigma? Encrucijadas éticas* (pp. 83-84). Buenos Aires: Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental.
- Gamaldi, V. R. (2013). La familia en urgencia. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Lacan, J. (1938). *La familia* (5ª Ed.). Buenos Aires: Editorial Argonauta.
- Lacan, J. (1952). *El mito individual del neurótico, o Poesía y verdad en la neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958-1959). Hamlet: Un caso Clínico. CEP.
- Lacan, J. (1962-1963). El Seminario. Libro 10: La angustia. (1ª Edición, 1ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1969-1970). *El Seminario Libro 17: El reverso del Psicoanálisis* (1ª Edición, 8ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2020). Las biopolíticas de la pandemia y el cuerpo, materia de la angustia. Recuperado de: <https://zadigespana.com/2020/06/18/las-biopoliticas-de-la-pandemia-y-el-cuerpo-materia-de-la-angustia/>
- López-Herrero, L. S. (2020). Lo real, recuperado de <https://zadigespana.com/2020/11/04/lo-real/>
- Miller, J. A. (1997). Observaciones sobre padres y causas. En *Introducción al método psicoanalítico* (1ª Edición, 6ª Reimpresión). Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A y Otros (2005). Efectos terapéuticos rápidos. Buenos Aires: Paidós.
- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. En La urgencia generalizada, la práctica en el hospital. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (Comp.) (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (Comp.) (2007). *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Sotelo, I. (Comp.) (2009). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2015). DATUS. Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas. Olivos: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2020). La urgencia en tiempos de coronavirus. Buenos Aires: Intersecciones Psi. Revista electrónica de la Facultad de Psicología. Recuperado de: [http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=822:la-urgencia-en-tiempos-de-coronavirus&catid=9:perspectivas&Itemid=1](http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=822:la-urgencia-en-tiempos-de-coronavirus&catid=9:perspectivas&Itemid=1)