

EL ESTRÉS AL OTRO LADO DE LA MESA. SUPERVIVENCIA DE UN EQUIPO DE SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Lisi Amaya Lega¹

RESUMEN

Se trata de un trabajo de reflexión sobre los factores que hacen que el psicoterapeuta se vea inevitablemente afectado en lo personal por su actividad laboral. Quedará ilustrado con la experiencia vivida durante la pandemia en un equipo de salud mental, analizando los factores que influyeron tanto en el caos vivido al principio como en la resolución del mismo.

Palabras clave

Pandemia. Estrés laboral. Psicoterapeuta. Institución. Equipo.

ABSTRACT

This article gives a few thoughts on the circumstances in therapeutical practice which contribute to inevitable impact in therapists' personal lives. This will be portrayed through the experience underwent by a team of mental health professionals during the pandemic, focusing on the factors which fell upon the chaos experienced during its beginning and resolution.

Key words

Pandemic. Work stress. Psychotherapist. Institution. Equipment.

Normalmente cuando hacemos una búsqueda bibliográfica sobre un determinado tema, como por ejemplo el estrés, la ansiedad o la angustia, nos encontramos numerosos artículos que muestran diferentes perspectivas, puntos de vista, teorías, matices y ejemplos clínicos que tienen como principal protagonista al paciente que lo padece y consulta en una demanda de ayuda. Pero resulta poco frecuente encontrar bibliografía en la que el terapeuta sea el objeto de estudio. Sin embargo, las estadísticas reflejan que, en la profesión médica en general, la ansiedad está muy presente, hasta un 70 % de los profesionales presenta un nivel de ansiedad media y un 18% un nivel de

¹ Psiquiatra en el Centro de Salud Mental de Leganés (Madrid). Psicoanalista (miembro del Instituto de la Asociación Psicoanalítica de Madrid y de la Asociación de Psicoterapia Psicoanalítica Oskar Pfister). Profesora asociada en la Universidad Alfonso X. lisiamaya@hotmail.com

ansiedad alto. Se debe, por una parte, a aspectos relacionados con el paciente como son el sufrimiento que este padece y al sentido de responsabilidad respecto a su evolución (peor cuanto mayor sea la expectativa/exigencia del médico); y por otra, a variables relacionadas con la institución, como son el estrés laboral (la más frecuente de todas), la falta de apoyo social, de formación y de tiempo. Existen factores protectores, como el trabajo en equipo y la satisfacción en cuanto a la organización y funcionamiento del mismo y las relaciones personales. También un buen coordinador, que potencie la comunicación y facilite el análisis y solución de conflictos que van a ser inevitables, se constituye como factor protector. Dentro de la profesión médica, los profesionales que intervienen con enfermedades terminales, la atención primaria y la salud mental son los más expuestos y los que más padecen ansiedad. En el terreno de la psicoterapia, también existe, tal y como señala James D. Guy, un impacto en el terapeuta y una alta prevalencia de enfermedad mental, tal y como demuestran diversos estudios (Tedesco, 1982; Pfifferling, 1986). Esto se debe a factores relacionados tanto con la personalidad del psicoterapeuta como con la naturaleza del trabajo en sí. El contacto diario con el sufrimiento humano o el aislamiento del psicoterapeuta en el despacho (sobre todo si se dedica a la práctica privada, aunque uno también puede sentirse solo en un equipo) son algunos de los factores que van a influir en la persona del psicoterapeuta. El encuentro paciente-psicoterapeuta es un reto emocional para ambos, pero no nos olvidemos que, como dice O. Spurgeon, la paciente lidia solo con ese y el terapeuta con uno detrás de otro a lo largo de cada jornada... Y qué decir de la propia vida del psicoterapeuta, que, cuanto menos, va a tener que enfrentarse al infortunio común por el que pasamos todos los mortales.

Este trabajo tiene como objetivo el realizar una reflexión sobre el psicoterapeuta como ser humano, también sufriente de situaciones personales, sociales y laborales que inevitablemente le van a afectar. Posteriormente, lo ilustraré con la experiencia personal vivida durante la pandemia en el equipo de salud mental en el que trabajo.

El psicoterapeuta

La persona que ejerce de terapeuta ha pasado por un largo camino hasta llegar a ese lugar deseado. Ya el elegir esa profesión tiene un sentido (hablar sobre los motivos que despiertan esta vocación daría para otro artículo...), prepararse durante años para ella estudiando la licenciatura correspondiente, continuar su formación profundizando en diferentes técnicas o modelos de psicoterapia, realizar una psicoterapia personal, supervisiones... Al final, es una formación que va a durar *sine die* porque siempre hay cosas que aprender, compañeros y maestros que pueden enseñar y una práctica clínica que no deja de sorprendernos y retornos permanentemente.

La figura del psicoterapeuta suele estar revestida de un halo por el que comúnmente se piensa que se trata de una persona invulnerable e idealmente equilibrado. Ciertamente es que el paciente que acude a una consulta de psicoterapia necesita pensar que se pone en manos de alguien lo suficientemente sano y profesionalmente preparado como para poder ayudarlo en la resolución de sus conflictos. Será parte del proceso llegar a desidealizar y a entender que el psicoterapeuta también es una persona que puede sentir, sufrir, equivocarse... pero nuestro papel es mantener una neutralidad que permita el despliegue de toda clase de fantasías en el paciente que nos van a permitir profundizar en su mundo interno.

Pero somos personas, tenemos vida propia y, como cualquier sujeto que acude a nosotros por un malestar interno, no somos ajenos a él; de hecho, muchas veces estos conflictos que presentan los pacientes nos resuenan especialmente por haber vivido o estar viviendo una situación, cuanto menos, parecida a la que nos traen. Como expresa James D. Guy, *“es necesario que los psicoterapeutas moderen o controlen sus respuestas emocionales a los problemas y los acontecimientos durante la hora de terapia. Al intentar proporcionar un medio estable, neutral y seguro al cliente, frenan sus relaciones emocionales”*. El terapeuta, idealmente, deja fuera del despacho sus preocupaciones, sentimientos, intereses personales... para poder centrarse en el trabajo con su paciente. Idealmente porque en realidad uno lo lleva consigo, pero, en el mejor de los casos, consigue

que sus emociones o sentimientos no traspasen y enturbien el trabajo de psicoterapia con el paciente, siendo capaz de, una vez terminada la jornada, poder mirarlos de frente, sentirlos, pensarlos y analizarlos de manera que adquieran un sentido y puedan ser elaborados. No me refiero solo a la contratransferencia ni a la identificación proyectiva, de eso sí se ha escrito mucho, sino a lo que de manera primaria está viviendo el propio psicoterapeuta más allá del paciente que tiene delante. Me refiero a su momento vital, a una posible crisis, un duelo, una enfermedad, la pandemia... Se corre el riesgo, tal y como señalan Freudenberg y Robbins (1979), de que por tanto restringir el terapeuta sus propios sentimientos para preservar el espacio terapéutico, al final se aíse de los mismos, no sean elaborados y acaben provocando un daño psíquico.

La herramienta con la que trabajamos es nuestra personalidad en el más amplio sentido de la palabra, y uno tiene que cuidar aquello con lo que trabaja. El análisis personal, la continua formación, las supervisiones, el tiempo personal de reflexión y autoanálisis son indispensables para poder realizar nuestra tarea, que, en definitiva, es, día tras día, lidiar con el sufrimiento y la angustia de otros.

Por otra parte, hablamos de un trabajo que puede ser muy solitario, en el que se corre el riesgo de caer en un aislamiento físico y psíquico. Farber y Heifetz (1981) hablan de un “vacío personal” en el terapeuta derivado de estos factores que incluye la falta de espontaneidad, el agotamiento físico, la actitud analítica permanente... En ese sentido, el poder disponer de espacios de reunión en los que se comparta conocimiento y experiencia, así como espacios más informales en los que además se pueda hablar de aspectos más personales en relación con la profesión será importante para evitar el desgaste del profesional. Por supuesto, el realizar actividades que no tengan que ver con nuestro trabajo, disfrutar de espacios de desconexión, va también en la línea de ese autocuidado del que hablamos.

La experiencia de la pandemia en un equipo de salud mental

Trabajo en un centro de salud mental (CSM) que está integrado en un hospital universitario formado por varios dispositivos. Hay tres unidades de hospitalización (dos de media y una de larga estancia para pacientes con trastornos mentales graves) y diferentes unidades de tratamiento ambulatorio, que son el hospital de día de adultos, el hospital de día infantojuvenil y el CSM. El Hospital Universitario Severo Ochoa es el hospital general de referencia, donde se encuentra la Unidad de hospitalización de Agudos de Salud Mental. Está ubicado en Leganés, población que se vio muy duramente afectada por el COVID durante la pandemia.

Para poder realizar este trabajo sobre lo vivido durante la pandemia, he revisado notas, e-mails y todo lo que se movió en mi institución a lo largo de aquellos meses pandémicos. La primera impresión, y algo de lo que me he hecho más consciente a posteriori, al reflexionar sobre todo esto, es de caos. Caos externo e interno.

Ya la última semana de febrero, el COVID empezó a estar en boca de todos. Había quien era consciente de la gravedad de la situación, quienes pensaban/pensábamos que era una gripe... no había una consigna clara de qué era lo que estaba pasando ni de cómo actuar. Reuniones en las que se daba información contradictoria, lo que se decía en una reunión se desdecía en la siguiente; protocolos uno detrás de otro, y a veces con horas de diferencia... Mucha improvisación y siempre con la sensación de ir a ciegas. El mes de marzo fue una caída en picado. En la sociedad lo veíamos a través de prensa, noticias y comunicados; en nuestras unidades de hospitalización, empezábamos a tener pacientes afectados por COVID y había que tomar decisiones (aislarles, dónde, cómo tratarles...); en el Severo Ochoa, se empezaba a tener las urgencias muy saturadas; y en todos esos niveles, el personal también empezaba a caer contagiado por coronavirus....

Era todo muy difícil de integrar y de pensar. Mi sensación era de exceso, un exceso difícil de digerir y de elaborar, imposible, demasiada incertidumbre. Y ahí seguíamos, atendiendo a nuestros pacien-

tes lo mejor que podíamos, desde el 12 de marzo, eso sí, telefónicamente. Solo se atendía presencialmente a los pacientes que acudían al centro de urgencias o que, por su gravedad o situación personal, no era factible la vía telefónica.

En el CSM la semana del 11 de marzo ya se empezaron a suceder las bajas por COVID; poco a poco fuimos cayendo el jefe de Servicio y del CSM, varios psiquiatras y psicólogos del centro, trabajadores sociales, enfermeros... En mi caso, fue un viernes a última hora cuando empecé con síntomas; ese domingo tenía guardia, recuerdo la sensación de frustración por caer mala y no poder hacer mi trabajo en un momento en el que tanto se necesitaba. Pensé en mis compañeros que estaban ya cubriendo otras bajas, tratando de coordinar y organizar algo mínimamente en todo ese caos, pensé en mis pacientes... Afortunadamente, el cuadro fue leve: tres días de fiebre sin datos de alarma, lo cual me permitió el poder trabajar desde casa. Eso para mí fue un alivio.

Nuestro papel consistía en dar apoyo y contención a nuestros pacientes. Llamadas continuas, estar disponibles y hacer todo lo posible por evitar que los pacientes fueran a una urgencia hospitalaria que estaba ya saturada y que les ponía en riesgo de infección. Por otra parte, desde el 23 de marzo la mitad de las unidades de agudos de los hospitales de la CAM se convirtieron en unidades COVID, así que disponíamos de pocas camas para ingresar a los pacientes que estaban descompensados, por lo que teníamos que tratar de contener y manejar ambulatoriamente esos casos.

En el día a día, escuchábamos experiencias traumáticas de todo tipo: de la estancia en urgencias, donde no había ni sillas para todos los pacientes que llegaban; duelos difíciles por inesperados, por lo traumático de no poder acompañar a quien se quiere en sus últimos momentos, por recibir la noticia tres días después y no saber ni dónde está; pacientes dependientes que habían perdido al familiar que se ocupaba de ellos, quedando, por tanto, en una situación social muy frágil; la angustia tanto por el confinamiento como, poco después, por el desconfinamiento y el miedo a contagiar y/o ser contagiados; deseo de normalidad y miedo, mucho miedo; pacientes que, habien-

do sido capaces de adaptarse a esta situación tan dura y de incluso sacarle el lado positivo (descubrir nuevas aficiones, de repente tenían tiempo para ellos, sus familias...), hablaban de vergüenza y culpa por ello... Historias de todo tipo, algunas de las cuales nos resonaban especialmente.

Y mientras, el equipo. Nosotros dentro de la institución tratando de estar en nuestra tarea. Nuestra labor como profesionales de salud mental era muy diferente a la de nuestros compañeros del hospital Severo Ochoa, que estaban en primera línea frente al COVID, una línea tremendamente dura. Éramos testigos del horror que se estaba viviendo en el hospital general, pero no podíamos hacer más de lo que ya hacíamos. Convivíamos con la sensación de que, por un lado, todo era poco, y, por otro, que más no se podía hacer. Nos ofrecimos, pero hacíamos falta donde estábamos.

He de decir que, poco a poco y afortunadamente, se pudo ir poniendo orden en todo este caos. Ya he comentado al principio que en nuestro hospital se contagiaron bastantes trabajadores, eso incluyó también a los jefes, gerentes, dirección médica, jefes de servicio... De repente, nos vimos sin esa parte de la jerarquía necesaria y fundamental en todo grupo. Más caos. Así que hubo que empezar a organizar y funcionar desde los equipos de las diferentes unidades.

Señala Carolina Cabrera et al que *“el requisito fundamental para el buen funcionamiento de una institución es la relación adecuada entre la tarea principal y la estructura administrativa”* y añaden la importancia de una *“dirección jerarquizada que favorezca la participación de todos los profesionales de la institución en espacios de comunicación”*. Existen movimientos y dinámicas institucionales que pueden complicar el buen funcionamiento del grupo, dinámicas regresivas que lleven al equipo a funcionar no como grupo de trabajo, sino como grupo de supuesto básico, por tanto, regresivo y dominado por lo emocional. Ya he comentado previamente la importancia del coordinador. Todo grupo necesita un líder. Nosotros habíamos perdido a los nuestros. En nuestro centro, fueron dos compañeros los que asumieron esa función de liderazgo, siendo aceptados por todo el equipo y pudiendo, por fin, recuperar una estructura que nos permitió sentirnos de nuevo

como grupo con una tarea común. Cumplieron con creces la que debe ser la función del líder, tal y como la expresa Manuela Utrilla utilizando la metáfora del teatro, alguien que, además de conocer el medio y la institución, sepa preservar la tarea adaptando los medios y recursos disponibles, permitiendo que *“dentro de estas limitaciones, cada actor pueda desarrollar sus capacidades creativas”*. En un momento en el que era difícil pensar, fueron capaces de poner orden, priorizar y organizar el servicio haciéndonos a todos partícipes del proceso. Se dividió el equipo de manera que facilitó que algunos facultativos trabajaran desde casa para evitar un aforo excesivo que nos pusiera en riesgo. Todos los días había una reunión a primera hora de la mañana con las personas que trabajaban presencialmente, se ponía al día de lo que sucedía en otras unidades, se actualizaban los datos de bajas/altas del personal, se veían las tareas a realizar y se organizaban los recursos humanos (residentes, facultativos) de manera eficiente, dirigiéndolos allá donde hiciera falta (CSM, unidades de hospitalización, HUSO...). Se enviaba un acta por e-mail para que el personal de todos los dispositivos y aquellos que estaban teletrabajando estuvieran al tanto de todo.

Esta comunicación ha sido crucial y nos ha hecho esta situación más soportable. La capacidad de coordinarnos entre los diferentes dispositivos del hospital y estar al tanto de las necesidades, adaptando y desviando recursos allá donde hacía falta; sentir que todos remábamos en la misma dirección y con el mismo objetivo, todos a una; apoyarnos entre todos con los casos más difíciles y con mayor necesidad; compartir lo que estábamos viviendo, también en lo personal, ideas que surgían para abordar situaciones complejas; respetar a cada uno en sus propios miedos y tolerarlo; profesionales que querían estar en lo presencial y otros que no; estar a una en las dificultades, suplencias...; buscar soluciones creativas ante situaciones dantescas nunca vistas en un centro de salud mental; todos con bata y pijama, lejía en mano, desinfectando entre paciente y paciente como si no hubiera un mañana... Trabajo en equipo con un fin común: afrontar el desastre de la pandemia.

El equipo en una tarea común. Un equipo formado por personas que estábamos viviendo la misma situación traumática que nuestros

pacientes y literalmente el resto del mundo. El estado de alarma, un Madrid callado y vacío hasta los aplausos de las 20 h, los visados, no poder estar cerca de familiares que a su vez estaban preocupados por nosotros, las pérdidas y la propia enfermedad que tampoco nos han sido ajenas, compañeros y amigos que han perdido a sus padres... Un sinfín de experiencias, todas ellas muy dolorosas y similares a ambos lados de la mesa.

Un equipo con personas que sienten, que se emocionan. En ocasiones se habla de “gestionar las emociones”, pero las emociones hay que vivirlas; tienen una función: nos avisan, nos previenen, nos hacen poner límites, defendernos, disfrutar, elegir una cosa y no otra... Spinoza consideraba que los impulsos, motivaciones, emociones y sentimientos eran un aspecto fundamental de la humanidad y que no se puede refrenar. Se puede controlar, a veces, la exposición a estímulos que provocan emociones, por ej., evitar ver tertulias en la televisión sobre la pandemia, evitar telediarios, noticias... pero no la emoción en sí. Esta aparece sin más, se siente. Es algo automático que surge ante un determinado estímulo. Las emociones permiten evaluar lo de dentro y lo de fuera y son necesarias para que el sujeto responda de manera adaptativa. En ocasiones no sabemos qué lo ha desencadenado, pero sentir la emoción nos permite reflexionar sobre ello.

Se gestiona una agenda, un hospital, una pandemia, la vacunación... La emoción es una reacción del cuerpo ante algo que se traduce en un sentimiento, más duradero, mental, que nos va a permitir entender, descubrir su sentido si es posible. Puede ser un problema cuando es tan intensa o uno mismo es tan frágil que supone un riesgo, que invade y puede romper al sujeto. Ahí es cuando nos toca a nosotros intervenir, apoyar y ayudar a quien no puede tolerarlo, sea por el motivo que sea. Las emociones son vida, no son ni buenas ni malas; pueden ser agradables o desagradables, eso sí, pero están ahí y no se puede escapar de ellas. Si pienso en esos primeros meses, destacaría la sorpresa, la confusión, la pena... También la alegría, el sentimiento de unión a mis compañeros y la gratitud hacia mi equipo, gratitud hacia mi familia, hacia los míos, hacia la gente que, de manera desinteresada, ha colaborado en todo este caos.

Nos movíamos en dos niveles: por un lado, el equipo; por otro, uno mismo. En relación con el primer nivel, uno de los problemas inherentes a cualquier grupo, y como tal, la institución, tiene que ver con ese conflicto equipo-individuo y cómo uno se sitúa en él. Se trataba de gestionar un equipo para poder mantener la tarea a pesar de los condicionantes impuestos por la pandemia. En el otro nivel, el individual, cada uno tenía que poder trabajar y pensar con su paciente.

Es difícil pensar cuando se está viviendo una situación de este calibre. Escribe Martina Burdet y col. que al inicio de la pandemia formaron un grupo de nueve analistas con el objetivo de tener un encuentro virtual para leer textos y poder pensar sobre los cambios que implicaba la irrupción de la pandemia en el marco de trabajo. Curiosamente, durante el primer año, no se hablaba de los artículos, el tiempo se ocupaba en hablar de las propias angustias en relación con la situación de realidad, del trabajo con los pacientes...; la angustia era desplazada a todo lo que tenía que ver con el COVID: geles, aislamiento, separación... En ese tiempo, esos nueve compañeros, que previamente no se conocían mucho, fueron creando lazos de manera que ese grupo acabó teniendo la función de contención y elaboración de todo lo traumático que estaba sucediendo para dar paso, por fin, a la recuperación de la capacidad de pensar.

El coronavirus era una amenaza para todos. Pacientes y terapeutas nos hemos visto afectados en mayor o menor medida, hemos sufrido pérdidas o las hemos vivido de cerca, cuanto menos en las noticias, con los datos aterradores que nos lanzaban cada día. Cada uno de nosotros hemos tenido nuestra manera de lidiar con ello. Puede ocurrir que paciente y terapeuta estén viviendo la misma situación, y en ese caso es fácil que lo que nos dice el paciente nos resuene más. Corremos el riesgo de caer en una identificación y que nos quedemos en lo externo más que profundizar en lo interno que, en definitiva, es lo que matiza la vivencia de lo común y la hace única y, quizás, patógena. Es importante no perder de vista ese factor interno, cómo cada uno, en función de nuestro psiquismo, vivimos, sentimos y elaboramos. Dice Milagros Cid que este impacto de lo real en nuestro mundo interno puede interferir *“como un ruido, a veces ensordecedor con nuestros propios procesos psíquicos”*. También, quizás, con

nuestra propia capacidad de pensar, con nuestra capacidad analítica. De ahí la importancia del trabajo de autoobservación y autoanálisis, de preservar esos factores de protección comentados anteriormente para poder elaborar y seguir en la tarea.

Ya Freud, cuando elabora su teoría del trauma, diferencia lo que tiene que ver con la realidad externa y su potencia traumatógena de lo que tiene que ver con la fortaleza yoica y capacidad de elaboración del sujeto. A lo largo de su obra, podemos ver cómo evoluciona este concepto desde lo puramente externo (teoría de la seducción), hasta lo interno. Primero, un aparato psíquico frágil incapaz de tramitar esa sobreexcitación que viene de fuera. En un segundo momento, aparece la fantasía, representación inconsciente de la realidad psíquica, quedando en segundo plano lo externo. Y por último, el trauma como herida narcisista secundaria a esa angustia primaria de desvalimiento que, en mayor o menor grado, va a dejar huella en todos nosotros. El efecto de lo traumático externo vendrá determinado en gran parte por estas huellas más arcaicas que van a ser despertadas y reactivadas.

Manuela Utrilla señala el efecto de “*fascinación y excitación*” que acompaña a lo traumático y cómo este efecto puede hacer de pantalla que no nos deja ver el verdadero conflicto que, como he explicado anteriormente, es algo interno, una angustia más temprana reactivada por la representación interna de esa realidad traumática. Si nos quedamos con el foco puesto en la realidad, corremos el riesgo de no ver lo que ocurre en el mundo interno del sujeto, en palabras de esta misma autora “*no podríamos analizar el aspecto representativo que los avala*”, corriendo el riesgo de que “*si todo lo que nos rodea, o los objetos altamente investidos, son las causas de nuestro sufrimiento, se puede producir un sentimiento de desconfianza y de persecución*”. No hay que olvidar la realidad, pero esa realidad adquiere una representación interna que va a ser única en cada uno de nosotros porque se inscribe en un aparato psíquico que es único y singular.

La pandemia ha sido algo muy intenso y traumático, a todos nos ha afectado de alguna manera y nos ha requerido de un trabajo psíquico de elaboración. La intensidad del acontecimiento traumáti-

co hace que quien más y quien menos se vea afectado por ello, pero no perdamos de vista los recursos internos que van a permitir ese trabajo psíquico o, en su defecto, van a provocar el síntoma.

Es nuestro papel como terapeutas preservar la tarea, atender a nuestros pacientes y, en esta situación traumática compartida, asumir que esto nos afecta también a nosotros, aceptarlo. Eso es lo que permite, a su vez, que se puedan adaptar los cambios necesarios para preservar la terapia. Lo más evidente es el encuadre, no caer en una rigidez que, en definitiva, negaría una realidad común para todos. Dice Marie-Thérèse Khair Badawi, que, ante una realidad traumática que afecta tanto a paciente como a terapeuta y en la que el encuadre se convierte en inaccesible, la persona del analista se convierte en el encuadre en sí misma. Y añade que no aceptar ese nuevo escenario, mantener la rigidez, no hace sino reducir al analista en una figura omnipotente capaz de controlar una realidad de por sí incontrolable. La pandemia ha provocado que, para preservar la práctica clínica, el terapeuta tenga que realizar cambios en el marco del tratamiento. Pandemia como reflejo de pulsión de muerte, algo que amenaza el proceso terapéutico, frente a una relación terapéutica investida fuertemente por ambos, paciente y terapeuta, en aras del deseo de vivir. Una flexibilidad, eso sí, con límites, ya que caer en el “todo vale” es, de nuevo, reflejo de la omnipotencia del analista.

Otro aspecto tiene que ver con la curiosidad del paciente hacia el terapeuta. Es habitual que los pacientes sientan curiosidad por los terapeutas, que hagan alusión a la vida personal, fantaseen sobre ello... algo que normalmente es fuente de frustración en la medida en la que no se satisface, pero que el paciente entiende como necesario para preservar el proceso. En esta ocasión, había algo traumático que nos estaba afectando a todos y que inevitablemente afectaba a la pareja terapeuta-paciente de forma simultánea. Pacientes que preguntaban: “¿cómo está usted?, ¿y su familia?” en cada sesión o que se despedían en la distancia que imponía el estado de alarma y la consulta telefónica con un: “*doctora, cuídese*”, algunos negando esa distancia con: “*un abrazo*” o frases que en lo presencial no se dirían. Cada caso es único y, teniendo en cuenta que puede ser algo a trabajar también en sesión, contestar de alguna manera a esa pregunta

desde lo real era una opción necesaria, muy necesaria para algunos pacientes.

Dice Nina Coltart en su libro *How to survive as a psychotherapist*, que se trata no solo de sobrevivir sino de disfrutar en el camino. Nuestra profesión es muy dura y es fundamental cuidarse uno para poder cuidar a otros. Entre otras muchas cosas, señala la importancia de airear el cuerpo y la mente, un cuerpo muy acostumbrado al sedentarismo del despacho y una mente analítica expuesta a las emociones, tanto de los pacientes como de uno mismo. En una situación normal, uno puede tener sus recursos como viajar, hacer deporte, navegar, ir al teatro, al cine, hacer senderismo, jardinería... cualquier cosa que implique un movimiento y una desconexión mental, vía de canalizar parte de esas emociones generadas en nuestra jornada. Problema: en la pandemia, el estado de alarma nos ha limitado mucho cualquier afición o recurso que contrarreste esa quietud de nuestro trabajo. No solo a nosotros, todo el mundo tenía una gran necesidad de salir y moverse, no hay más que recordar cómo la sierra de Madrid se llenó, literalmente, de gente en cuanto se abrió la veda. Pero en ese tiempo de tanta restricción, ¿qué podíamos hacer? A mí personalmente, que lo que me gusta es correr por la montaña, más allá de la bici estática y de videos de gimnasia (mejor en familia), que nada tienen que ver con mi verdadera afición, agarrarme a cosas como tener más tiempo con mi familia, tertulias interminables, cocinar a fuego lento, sin prisa, grabar coreografías imposibles, ponernos todos al día con nuestras cosas, las clases online, travesuras varias compartidas en la cena... fue lo que oxigenaba mi mente y me preparaba para el día siguiente, para volver al CSM con mis compañeros, con mis pacientes, a la tarea.

Conclusiones

En julio de ese primer año pandémico, 2020, presenté en unas jornadas organizadas por la asociación Oskar Pfister unas líneas sobre mi experiencia en esos meses de pandemia (online, dichoso zoom, pero qué bien nos ha venido). Eso me hizo parar. Parar, pensar y sentir. Ser plena y emocionalmente consciente de lo que habíamos vivi-

do. Hasta ese momento, creo que, como yo, muchos compañeros, sin darnos cuenta, vivíamos el día a día desde lo más práctico. Vuelvo a Manuela Utrilla, que habla de dos lugares: el de la conducta, que permite organizar y ordenar; y el interno, que permite reflexionar, entender e ir más allá de lo consciente. Era muy importante el primero; el segundo, creo que cada uno ha tenido su momento para ello. Había que ser eficaz, sacar el trabajo adelante, siendo consciente de lo que estaba pasando. Lo emocional, estando presente, quedaba atenuado por eso que era prioritario.

Sabemos que el trabajo del psicoterapeuta está muy expuesto al desgaste por todo lo anteriormente comentado. En esta situación pandémica, nos encontrábamos en un reto a modo de poliedro con muchas aristas. Por un lado, el trabajo con el paciente, adaptar el encuadre y estar en la tarea, atenderlos, seguir cuidando. Por otro, cuidarnos a nosotros mismos, ser conscientes de nuestra vulnerabilidad, aceptarla, desplegar los recursos necesarios para sobrellevar la situación; no nos podíamos abrazar ni ver en persona, pero sí podíamos hacer videollamadas, buscar momentos de risa, hacer pan, ver pelis con palomitas, jugar a juegos de mesa...

En la institución, participar en ella y de ella. Me doy cuenta de la importancia que ha tenido el equipo en toda esta etapa (y siempre). La labor de sostén y apoyo de la que todos hemos sido partícipes, colaborando en el trabajo común. Siento una enorme gratitud hacia mis compañeros por su capacidad de trabajo, por estar ahí desde lo más genuino. Algo que me hace pensar cómo en tiempos difíciles, aquellos que reman juntos acaban teniendo una unión y un vínculo cada vez más fuerte, tal y como se ve en otros grupos como la pareja, familia o amigos, que uno sabe que van a estar ahí porque ya lo han estado. Vínculos que se fortalecen por caminar juntos en arenas movedizas y sobrevivir a ellas.

Al final, todo este trabajo, tanto individual como grupal, ha permitido frenar esa caída en picado del mes de marzo, siendo capaces de avanzar en ese caos y dar un cierto orden desde lo más práctico para poder afrontar esta situación que a todos, políticos, sanitarios y cualquier persona, nos ha superado. Pensar sobre ello, ponerle palabras, ha venido después.

BIBLIOGRAFÍA

- Bokanowski, T. (2005). Variaciones sobre el concepto de “traumatismo”: traumatismo, traumático, trauma. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid* 44: 15-31
- Burdet, M., Cubillo, M., Ferrandiz, C., Guijarro, F., Gutman, V., Morandini, P., Muñoz, I., Ruiz, R. y Vidal, M. (2022). La angustia del analista en situación de emergencia. El testimonio de nueve analistas en busca de sentido. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid* 94: 59-77
- Cabrera, C., Delgado, I., Gómez, R., González de Vega, C., Virué, M. (2011). Algunas aportaciones teóricas sobre la regresión en la institución. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid* 62: 137-157
- Cid, M. (2020). Los afectos en la clínica y en los diferentes modelos. Introducción al tema monográfico. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid* 88: 5-11
- Coltart, N. (1993). *How to survive as a psychotherapist* Phoenix Publishing House
- Farber, B.A. y Heifetz, L.J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology* 12, 621-630
- Fernández Villamarzo, P. (1997). *Cursos sistemáticos sobre el pensamiento freudiano. Temas metapsicológicos, Vol 2*. Madrid: Marova
- Freudenberg, H.J. y Robbins, A. (1979). The hazards of being a psychoanalyst. *Psychoanalytic Review* 66, 275-295
- Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asoc. Esp. De Neuropsiq.* 90
- Grant, S. (1987). Personal issues facing the psychotherapist in the National Health service. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2 (3): 195-199
- Guy, J.D. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta. El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós Ibérica

- Khair Badawi, M.T. (2013). Ser, pensar, crear: cuando la guerra ataca el encuadre y la transferencia contraataca. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid* 68: 25-234
- Levinton, N. (2005). Trauma: debate sobre el papel de la realidad externa y de la fantasía [Kogan,I.,2003] *Aperturas psicoanalíticas* 20: 1-19
- McGrath Howard, A. (2022). Un territorio por explorar: la práctica clínica en la era de una pandemia y revolución cultural nacionales. *Aperturas Psicoanalíticas* 70: 1-10
- Mingote Adán, J.C., del Pino Cuadrado, P., Sánchez Alaejos, R., Gálvez Herrer, M. y Gutiérrez García, M.D. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Med. Segur. Trab* 57. Suplemento 1: 188-205
- Pfifferling, J.H. (1986). Cultural antecedents promoting professional impairment. *Heal Thyself: the health of health care professionals*. Nueva York: Brunner/Mazel
- Spinoza, B. (1984). *Ética* Madrid: Sarpe
- Spurgeon, O. (1976). The emotional stress of psychotherapeutic practice. *J. Amer.Acad. Psychoanalysis* 4(2): 191-201
- Tedesco, J.F. (1982). Premature termination of psychology interns. *Professional Psychology* 13: 695-698
- Utrilla, M. (1998). *¿Son posibles las terapias en las instituciones?* Madrid: Biblioteca Nueva
- Utrilla, M. (2005). El trauma invisible. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid* 44: 189-212
- Utrilla, M. (2010). *Convulsiones en las instituciones psicoanalíticas. II. El fanatismo en psicoanálisis*. Madrid: El Duende
- Utrilla, M. (2012). *Convulsiones en las instituciones psicoanalíticas. III. Palpitaciones: autoanálisis, grupos e instituciones*. Madrid: El Duende
- Utrilla, M. (2020). Coronavirus: de la fenomenología al psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid* 88: 109-121