

La hetero-autoconservación amenazada: El despliegue del psiquismo para hacer frente a la pandemia

Hetero/self-preservation threatened: the display of the psyche to deal with the pandemic

Margarita Aznar Bolaño

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica, España

Resumen: Este trabajo pretende hacer una contribución a la comprensión de los efectos producidos por una realidad externa amenazante, como es la COVID 19, en el aparato psíquico partiendo de la obra de Hugo Bleichmar. Este autor ha incluido la hetero-autoconservación entre los sistemas motivacionales de su enfoque modular transformacional. A partir de dicho modelo se presenta el desarrollo normal del sistema de hetero-autoconservación que permitirá entender cómo el psiquismo se prepara ante las adversidades. El aparato psíquico tiene resortes que se activan ante peligros extremos personales o sociales; una condición extrema como la derivada de la pandemia actual puede convertirse en un factor de riesgo emocional, aunque también es preciso contar con las capacidades de las personas para enfrentarla. Es de gran importancia que los profesionales transmitan en sus intervenciones mensajes que no vulnerabilicen sino que promuevan desarrollos resilientes frente a la pandemia.

Palabras clave: sistemas motivacionales, hetero-autoconservación, resiliencia, vulnerabilidad, Covid 19

Abstract: This paper is intended as a contribution to the understanding of the effects produced by a threatening external reality such as COVID-19 on the psychic apparatus, based on the work of Hugo Bleichmar. This author has included hetero/self-preservation among the motivational systems in his transformational modular approach. From this model, the normal development of the hetero/self-preservation system is presented, which will allow us to understand how the psyche prepares itself in the face of adversity. The psychic apparatus has springs that are activated in the face of extreme personal or social dangers; an extreme condition, such as that derived from the current pandemic, can become an emotional risk

Este trabajo es un homenaje a Hugo Bleichmar, mi maestro, que tanto nos ha aportado y continuará haciéndolo con sus obras. Ha sido una de las pérdidas que hemos tenido como consecuencia de la pandemia. Quiero hacerlo extensivo a todos a los que se han ido en este año tan particular.

La correspondencia sobre este artículo puede enviarlo a la autora al email: margaritaznar@gmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

factor, although it is also necessary to have the capacities of people to face it. It is of great importance that professionals transmit messages in their interventions that do not enhance vulnerability, but rather promote resilient development in the face of the pandemic.

Keywords motivational systems, hetero/self-preservation, resilience, vulnerability, Covid-19

La hetero-autoconservación es uno de los sistemas motivacionales descritos por Hugo Bleichmar en su modelo de concepción del psiquismo denominado enfoque modular transformacional. Este modelo es heredero de los avances en el psicoanálisis actual, que se mueve en la complejidad, que incluye la modularidad del psiquismo y se aleja del reduccionismo de una única motivación. Plantea, además, el papel que juega la intersubjetividad (Bleichmar, 1997; Fodor, 1986; Laplanche, 1987; Lichemberg et al., 1992; Stern, 1991; Stolorow et al. 1987).

La fuerza motivacional de la autoconservación fue recogida por Freud (1973a; 1973b) en la primera parte de su producción. “El mantenimiento de la integridad corporal y mental” (Bleichmar, 1999c), en el ser humano no es algo meramente instintivo que se produce desde dentro del individuo; se precisa de la presencia de un otro que ponga los medios para que este proceso pueda tener lugar. Es necesaria la presencia de un “otro proveedor”; por ello este motor motivacional lleva el prefijo de hetero, porque se produce en el contexto de una interacción. Al mismo tiempo, este término introduce un elemento más y entonces la hetero-conservación, el cuidado del otro, se constituye en una motivación en sí misma. El sujeto no sólo tiene tendencia a autoconservarse, sino también a cuidar del otro (Bleichmar, 1999c).

Vamos a analizar este sistema motivacional desde el funcionamiento normal, porque además estamos hablando de una realidad externa amenazante, la que se pone en juego con la presencia de una epidemia de las proporciones que tiene la COVID 19.

No se había producido en las últimas generaciones un fenómeno que afectara a todos los seres humanos del planeta como con esta pandemia. Ni tan siquiera en el periodo de la Segunda Guerra Mundial todo el orbe se vio en riesgo simultáneamente como en esta ocasión.

La pandemia ha puesto a la hetero-autoconservación como el sistema motivacional prevalente y ha colocado a la realidad externa amenazante en un lugar central. La COVID 19 está afectando simultáneamente a todo el planeta en su condición de incertidumbre generalizada. A su vez, los medios para atajarla han puesto a toda la población en una situación de confinamiento desconocida. Por ello cuando hablamos de las consecuencias desde el punto de vista emocional podemos hablar de dos cuestiones:

Los efectos de la existencia de la enfermedad cómo el temor a enfermarse, el conocimiento de realidades cercanas con esta circunstancia, con sintomatología, gravedad y muerte. La existencia en la propia persona o los seres queridos de la enfermedad y del riesgo para la supervivencia (Chacón et al., 2020). Las pérdidas concretas que se han producido dentro de unos escenarios de soledad y deshumanización por todos conocidos.

Los efectos del primer confinamiento, con la obligatoriedad de la convivencia, han mostrado unos previsibles efectos nocivos en situaciones de conflicto familiar. Se harán sentir igualmente otros efectos derivados de la soledad y, en cuanto a la etapa en que nos encontramos, con la incertidumbre de los riesgos personales o colectivos de volver a cuarentenas y confinamientos (Brooks et al., 2020).

La pandemia y la salud mental

El interés en describir los procesos que están ocurriendo en los sujetos ante la presencia de esta pandemia es un loable intento de anticiparse a las consecuencias emocionales de la COVID 19. La proliferación de programas psicológicos desde los primeros tiempos destinados a atender sus efectos, es un esfuerzo necesario. Hay que incluir, no obstante, en la ecuación otra variable: los seres humanos como especie estamos preparados para resistir emocionalmente guerras, hambrunas, pestes..., diferentes clases de adversidades.

Se puede correr el riesgo de que con el deseo de poner todos los medios para paliar los efectos de la pandemia estemos hablando de sus potenciales graves consecuencias y esto repercuta en la población provocando una posición de vulnerabilización, de identidad de vulnerable.

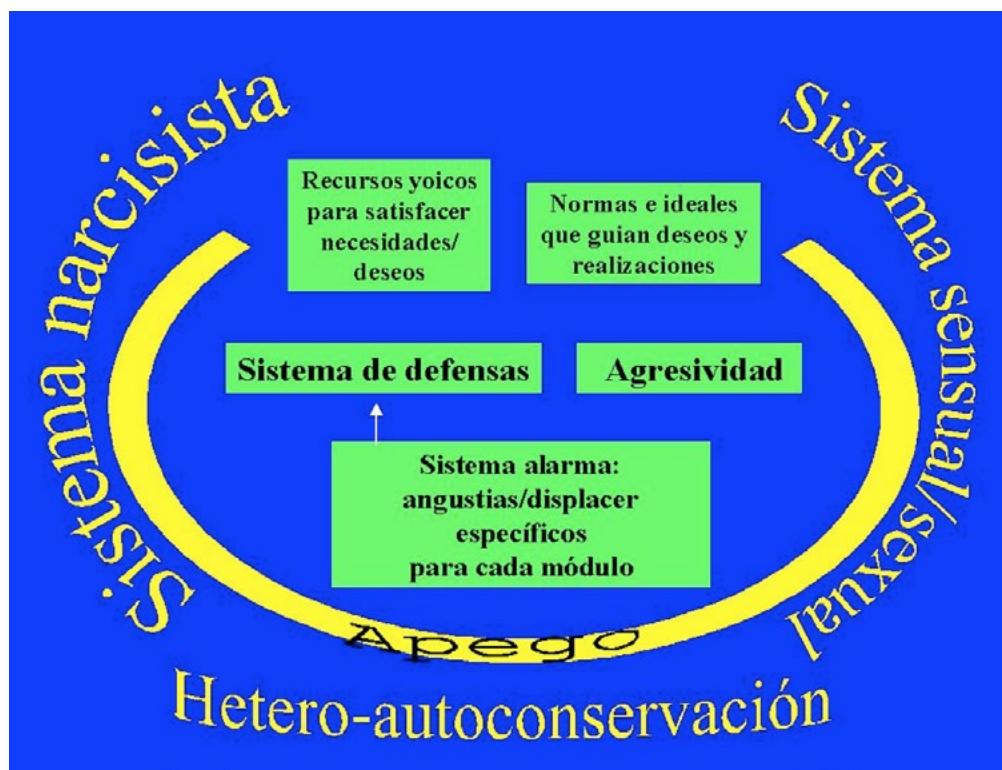
El objetivo de este trabajo es profundizar en el funcionamiento psíquico para mostrar los recursos con los que cuentan los seres humanos. Se trata de favorecer que los procesos y mecanismos que tienen las personas para afrontar las adversidades progresen adecuadamente. Se puede desarrollar teórica y técnicamente nuestro conocimiento para valorar cuándo se está produciendo esa progresión saludable y detectar y ayudar a resolver, con el menor coste posible, cuando las cosas se estén complicando.

El funcionamiento normal del psiquismo

El enfoque modular transformacional nos proporciona una lectura del funcionamiento normal del psiquismo, que está en coherencia tanto con un modelo de la psicopatología como con sus aportes técnico-clínicos (Méndez e Ingelmo, 2009).

El enfoque plantea el funcionamiento del psiquismo como “una estructura modular articulada” (Bleichmar, 1997, p. 20) en la que diferentes sistemas motivacionales interactúan entre sí en un funcionamiento complejo. Se pueden apreciar primero los funcionamientos normales, para después valorar la articulación de dichos sistemas en la psicopatología que va a generar una especificidad en las intervenciones.

Figura 1. *Modelo del psiquismo en base a la articulación de componentes y de sistemas motivacionales*



Nota: En H. Bleichmar, 1999c. Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular transformacional. Aper- turas psicoanalíticas, (1). Copyright 1999 de Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica.

Estos sistemas motivacionales: hetero-autoconservación, apego, sensual-sexual y narcisismo no agotan todos los posibles. El cuadro que se presenta en la Figura 1 nos permite apreciar los sistemas de alarma, las defensas, los recursos yoicos y las normas e ideales para cada sistema motivacional. Cuando las necesidades y deseos de los sistemas motivacionales no son satisfechos se activan angustias específicas, las cuales ponen en marcha diferentes sistemas de defensas y la agresividad (Bleichmar, 2005).

Frente a la realidad externa amenazante, la hetero-autoconservación se articula con otros sistemas. Las diferentes estructuras psíquicas se pondrán en funcionamiento. Habrá que discriminar en qué medida se está tratando de reacciones saludables, en qué casos estarán constituyéndose en reacciones de riesgo e incluso en qué casos se producirán cuadros clínicos porque se favorezca la superposición o multiplicación de la patología.

Bleichmar incluye en el cuadro, en trabajos posteriores, el sistema motivacional de la regulación psicobiológica compartiendo espacio con lo hetero-autoconservativo. Existe una estrecha relación entre ambos sistemas porque es una función hetero-conservativa el cuidar de la integridad emocional y eso ya forma parte del sistema motivacional de la regulación emocional. La función del adulto en la regulación emocional es gestionar el interjuego de ansiedades y de esa manera preservar la integridad emocional en el niño (Dio Bleichmar, 2005).

Los sistemas de alarma

La dificultad para la realización de las necesidades y deseos en cada sistema motivacional pone en juego tanto un sistema de alarma como unas angustias prevalentes (Bleichmar, 1999b).

Puede haber distintas representaciones del *self*, desde los diferentes sistemas motivacionales, en la misma persona. En el sistema de la hetero-autoconservación, la representación del *self* como “estoy seguro” versus *self* “en peligro” va a mediatizar el sistema de alarma.

Hay otras identidades de *self* posibles. Bleichmar (1999b) menciona otras identidades fruto de tener unos padres que describen las angustias, como “esto es horroroso” o “no hay quien pueda con esto tan terrible”.

En la pandemia, las angustias hetero-autoconservativas están presentes desde el miedo a enfermarse y esas representaciones de *self* descritas mediarán en la manera en que se experimenta ese miedo: la de “estoy seguro”, tendrá carácter protector frente al factor de riesgo que será la representación de *self* en peligro.

Existe una articulación de los sistemas motivacionales de manera que puede haber predominio de uno sobre otros, como hemos valorado con la *pole position* que ha tomado la hetero-autoconservación en la pandemia; puede haber sinergias y coincidencias o conflictos intersistemas (Bleichmar, 2005).

Por ejemplo, una representación del *self* en peligro puede conducir a una desvalorización narcisista: “soy un inútil, no valgo, no voy a sacar adelante mi vida ante esta crisis económica que se avecina” o en sentido contrario, una representación de sentirse seguro y/o valioso va a activar “un saldré adelante” protector (Bleichmar, 1999b). Un ejemplo: Ese judío ruso de comienzos de la época nazi que se despliega por Europa camino de América con toda su familia extensa y les dice a hermanos y familiares “nos vemos en América” (Bleichmar, comunicación personal, 7 de junio, 2004).

Otro ejemplo de la configuración de sistemas motivacionales: La hetero-autoconservación y el apego en la doble vertiente siguiente, desde las angustias hetero-autoconservativas, defenderse con identidad agresiva de poderoso que aleja la posibilidad de ser calmado por el otro en la angustia o, lo contrario, frente a las angustias autoconservativas, el despliegue de la vinculación protectora que conduce a experiencias enriquecidas, a funcionamientos saludables.

Los estados afectivos

“Los estados afectivos son estructuras cognitivo afectivas englobadas habitualmente con la denominación de angustias y son el resultado de la activación de un sistema de alerta ante diferentes peligros internos o externos” (Bleichmar, 1997, p. 329). Angustias de hetero-autoconservación, que tendrían las

variantes de abandono (del objeto inclusive por el hecho de tener una enfermedad corporal), angustias de persecución, sentimientos de culpa, de confusión, de vergüenza, sentimientos de pérdida de coherencia mental y corporal.

Las angustias autoconservativas pueden devenir en persecutorias, llevando una angustia automática a otra abrumadora e impotentizante frente a un objeto atacante como salida de la indefensión que genera la condición de enfermedad. En el fondo, es al sentimiento invalidante de impotencia al que se le quiere combatir de diferentes maneras. Frente a las angustias de hetero-autoconservación que se producen ante una realidad externa como en este caso la pandemia, la gestión de la impotencia va a tomar un papel predominante.

Agresividad

Bleichmar plantea una lectura de la agresividad desde el papel que cumple para el que la experimenta o actúa (Bleichmar, 1997). El funcionamiento de la agresividad está destinado a cubrir alguna necesidad del individuo. Se apoya en definiciones anteriores del mismo que aluden al intento de superar un obstáculo frente a una necesidad (Meissner et al., 1987), o de proteger a un *self* en peligro amenazado en su integridad (Balint, 1969; Fonagy et al., 1993; Kohut, 1971). Este es un abordaje que nos conecta con una visión no patológica de la agresividad, que enfatiza el hecho de que una de las condiciones que la activan es algún tipo de sufrimiento.

En primero de enfermería ya se explica a los alumnos las fases del duelo de Kübler-Ross, (1972) (confusión, culpa, agresividad, aceptación...) para familiarizarlos con las posibles reacciones de pacientes y familiares frente a la impotencia ante la enfermedad o la muerte, previniéndoles de las reacciones agresivas, entre otras, que se pueden producir.

La gestión de la agresividad ha tenido un papel importante en los tiempos de la vida cotidiana confinada. Ya se conocen los efectos nocivos que ha tenido la agresividad sobreañadida en situaciones de conflicto previo. También se han visto posturas indignadas desde posiciones políticas distintas que, o bien ponían el acento en los errores del gobierno, o bien en los estragos de la pérdida de plazas sanitarias causados por el deterioro de la sanidad pública. Estas reacciones agresivas dentro de unos límites han podido ser útiles; seguramente, en muchos casos, esa deriva agresiva ha permitido convivir con los que se estaba confinado. Si se elimina la agresividad de lo cotidiano colocándola en el malestar con la gestión de la pandemia, se puede estar protegiendo a los cercanos; el problema es que puede derivar en la vivencia de estar poco protegidos institucional o socialmente y esto puede aumentar la identidad de vulnerable.

El sistema de defensas

Bleichmar (2001) habla de dos modalidades básicas para enfrentar la angustia. Por un lado, mecanismos de huida tales como la represión, la evitación fóbica y la postergación, la renegación, la disociación... que son todas ellas variantes de un procedimiento de alejamiento de pensamientos o situaciones; por el otro, el intento de control de lo angustiante/temido mediante hipervigilancia o hiperconexión con lo amenazante. En este segundo caso, se busca activamente lo angustiante para no ser sorprendido, para intentar dominarlo.

Podemos pensar en lo que ha sucedido con los sanitarios y con el resto de la población en estos meses. Sólo ya con los conceptos de hetero y autoconservación enlazados podemos pensar en el conflicto emocional que se produce ante las posibilidades de contagio y que, además, también se ha constituido en una condición de riesgo (Inchausti et al., 2020):

- La priorización de lo hetero-conservativo frente a lo autoconservativo en los profesionales sanitarios en su práctica profesional.

- Las preocupaciones hetero-conservativas de dichos sanitarios en relación con la protección de sus propias familias, pensando particularmente en sus mayores más amenazados.
- La convivencia con personas enfermas y el miedo al contagio.
- Los dilemas en el comienzo de la pandemia sobre el hecho la permanencia de los mayores en las residencias.

Cada uno de estos conflictos está mediatisado por la combinación con otros sistemas motivacionales: Lo hetero-conservativo de cuidar de los cercanos, frente a las normas e ideales de lo que se espera de uno desde el rol profesional; un imperativo, desde el sistema motivacional del narcisismo, de identidad valorizada del que cura; la ambivalencia con el cuidado-abandono de los mayores relacionada con la específica historia y relación actual con los padres.

En el caso de los sanitarios, se han puesto en marcha programas para atender la previsible demanda de los mismos desde diferentes dispositivos vinculados a salud mental (Chacón et al., 2020). Se esperaba que estas iniciativas tuvieran una amplia respuesta en dichos profesionales que estarían necesitados de poder canalizar lo que estaba sucediendo. Se ha podido comprobar desde la evidencia clínica cercana y desde diferentes trabajos (Chen et al., 2020) que esto no ha sido así, o al menos no tanto como se suponía. Surge la cuestión de cuáles han sido las causas. En algunos casos lo hetero-autoconservativo se ha puesto de manifiesto en querer solucionar la autoprotección frente a la COVID 19 consiguiendo medios para protegerse a ellos y a sus familias lo primero de todo. En otros casos se trataría, quizás, de que no se han podido cuidar expresando el malestar por estar abrumados y sobrepasados de carga de trabajo y de otras cuestiones (Chen et al., 2020). Podrá haber otro grupo de profesionales que no han abordado la cuestión explícitamente, en una disociación saludable, como manera de poder seguir adelante.

Se puede visualizar cómo la conveniencia de que hubieran tenido un/a chófer de camino a casa que les permitiera, sin dedicar más tiempo al trabajo, volcar en alguien su angustia para dejar libre a su medio familiar de la misma y a ellos de tener que reabsorberla, o que creara simplemente el marco para que pudieran hacerlo o que les permitiera permanecer en silencio o hablar de otra cosa. Un “psicoconductor”.

Con todo esto nos estamos introduciendo en los sistemas de defensa. En todo este desarrollo nos movemos en la doble vía de lo que puede haber de estructurante o facilitador y el riesgo, en los sistemas de alarma, en la gestión de la impotencia, inclusive en la misma agresividad. Llegados a las defensas la cuestión es similar, puede ser un elemento facilitador o puede suponer un riesgo.

El eje central de esta cuestión es que particularmente en la gestión de la incertidumbre frente a una enfermedad física o frente a una adversidad que irrumpen en la vida de las personas hay diferentes configuraciones de mecanismos que se pueden activar y que tendrán articulaciones saludables o de riesgo en función de diferentes parámetros. Por ello, no existía la manera *adecuada* de lidiar con la angustia por parte de los sanitarios a las salidas de sus trabajos. Esto es muy evidente para los que trabajan con enfermedades físicas con problemática grave. Ante el impacto de las noticias, diferentes mecanismos de respuesta pueden ser saludables, inclusive la negación, siempre que el límite de esta sea, claro, la adherencia a los tratamientos (Meichenbaum y Turk, 1991).

El diálogo entre las defensas y el afrontamiento

El psicoanálisis tradicional ha partido de una consideración de las defensas que se ha ido ampliando, tanto a la luz de la reformulación de los tipos de procesos inconscientes como a su capacidad transformadora. Algunos precursores de esta evolución han sido autores como Bibring (1943) y Lagache (1968). Este último llama mecanismos de desprendimiento a unos mecanismos del yo que tienen carácter transformador y estructurante. Bleichmar (1997) plantea que no toda defensa debe considerarse patológica y ser desmontada.

Para Vaillant (1993) las defensas muestran la fuerza adaptativa del yo. Este autor realiza estudios que señalan los aspectos positivos de las defensas intrasubjetivas, de ocultamiento de realidad. Son valiosos por su énfasis en el aspecto positivo, sanador y adaptativo que estos procesos tienen en su función de mantenimiento de la salud y su papel en la resiliencia y en la creatividad. En una buena metáfora plantea este autor que las defensas

son como los anticuerpos; un exceso vuelve al cuerpo en contra de sí mismo, mientras que en adecuadas dosis son transformadoras (Díaz Benjumea, 2016).

La psicología cognitiva ha trabajado mucho acerca de los recursos con los que se puede contar ante los problemas: Lazarus y Folkman (1986) en su obra clásica nos traen el papel del *coping*, el afrontamiento, con toda la carga empírica de sus aportaciones. Sus conceptos de daño y desafío son releídos por una autora desde el psicoanálisis (Dryzun, 2006) que plantea el desafío no como una valoración de las capacidades del sujeto, que diría Lazarus, sino como una posición subjetiva interna, un reto de llevar adelante una empresa desconocida para el sujeto. Como posición subjetiva interna, el desafío no niega la marca del daño, tampoco consigue olvidarla, sino que la vuelve inefectiva, indolora, una mera cicatriz.

Relata Dryzun (2006) una viñeta de un paciente “Carlos” al que una condición de enfermedad grave le deja fuera su antigua vivencia de potencia:

En este sentido y respecto de sus miedos, la estrategia terapéutica adoptada consistió en, sin negarlos, lograr ponerlos a suficiente distancia para no abrumarlo excesivamente, permitiendo espacio para la vivencia real de continuidad que se manifestaba en la consolidación de su plan terapéutico y en el resto de sus actividades diarias. Se lograba de esta forma una cotidianidad preservada. Esta oscilación entre el miedo que ensombrecía la vivencia de continuidad existencial y la vida diaria que le aportaba acciones gratificantes le reflejaban en un espejo su potencia residual, le permitían recobrar sentido y coherencia en el marco de las consecuencias traumáticas que soportaba (Dryzun, 2006, dos viñetas clínicas ilustrativas).

Cualquier situación tiene la potencialidad de generar en el sujeto una posición en la que rescatar aspectos protectores o, por el contrario, generar una vulnerabilización que agrava el cuadro. Esta viñeta es ilustrativa de cómo un despliegue de defensas adquiere un carácter protector.

Nuestro personal sanitario en el repertorio de reacciones que tuvieron en marzo, muchas de ellas les estaban protegiendo; en otras, no se podía saber cuánto les iban a proteger o generar secuelas. La imagen del psicoconductor disponible para cualquiera que fuera lo que quisieran/pudieran hacer es la metáfora de la posibilidad de crear recursos que vivieran como protectores. Pensamos que el grupo, los compañeros de trabajo, su vinculación con ellos, ha tenido un carácter protector importante en esta situación.

Zukerfeld y Zukerfeld (2005) en un inspirado juego de palabras acerca de si se trata de que el psiquismo se defiende al modo psicoanalítico o afronta al modo cognitivo conductual recoge, citando a Vaillant, que “las defensas afrontan y el afrontamiento defiende” (p. 34).

El afrontamiento es un término muy investigado empíricamente pero es descriptivo: se refiere a los modos de enfrentarse, no a los resultados (Lazarus y Folkman, 1986), no se posiciona con lo que es saludable. Las defensas, en su carácter protector y de maduración (Vaillant, 1993), van encontrándose con un constructo nuevo surgido de otras conceptualizaciones por fuera del psicoanálisis, pero que llegan a un destino similar. Un constructo que plantea un abordaje estructurador tanto en la salud como en la presencia de la patología clínica.

Los desarrollos resilientes

Hace más de 20 años empezó a acuñarse el concepto de resiliencia. Es definida como “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Grotberg, 2001, p. 24).

Hay varias motivaciones para adscribirse a esta conceptualización desde el esquema conceptual en que se mueve este trabajo:

- Enlaza con una mirada capacitadora que ya está en autores anteriores y sobre la que se ha trabajado profundamente (Pichon Rivièr, 1985; Weinstein, 1978).
- Conjuga una lectura de lo temperamental del sujeto, con la importancia de la vinculación y con el papel que juega la realidad externa por fuera de la situación (Cyrulnik, 2002) que puede generar, cómo dice Sluzki

(2002), círculos virtuosos, la retroalimentación positiva de esos tres estamentos y círculos viciosos, cuando es en sentido contrario.

- El psicoanálisis lo ha integrado en la comprensión del psiquismo dentro de los procesos terciarios (Zukerfeld y Zonis Zukerfeld, 2011).
- Da cuenta de mecanismos que son transformadores y positivos y que se extraen de la órbita de las defensas centradas en la patología (Vaillant, 1993).
- Es importante hablar de desarrollos resilientes porque la resiliencia no es un carnet que uno obtiene de la pertenencia a un club de por vida.
- Visibiliza el papel vulnerabilizador que tienen determinados mensajes que instalan representaciones del *self* de riesgo.

En una investigación acerca de las repercusiones psicológicas de la fibrosis quística (Aznar, 2009) se pudo comprobar la evidencia empírica de que la existencia de una enfermedad tan grave no estaba necesariamente vinculada a la disfunción o al deterioro emocional en los niños y sus familias. La evidencia clínica del contacto con las familias mostraba que había muchas situaciones complejas emocionalmente, pero lo que impactó particularmente a la investigadora fue la capacidad de algunas de estas familias de, frente a una adversidad tan grande, poder desarrollar funcionamientos mucho más saludables que otras familias con otras enfermedades más leves o sin ellas.

No se puede hacer una lectura simplista de los desarrollos resilientes pensando que se puede dar a la población resiliencia “a cucharadas”. Cuando se habla desde esta óptica de desarrollos resilientes, como cuando hablamos de capacidades de parentalización, estamos hablando de procesos en la subjetividad y no son equiparables, de ninguna manera, con habilidades en la esfera de la conducta. Se puede instrumentar sobre el déficit, se puede capacitar, pero siempre va a ser ampliando la subjetividad (Aznar, 2018; Dio Bleichmar, 2005).

Los desarrollos resilientes en la promoción de la salud, la prevención y la clínica

En la etapa del confinamiento de los primeros meses ha habido muchas familias que han estado obligadas por las circunstancias a estar conviviendo a tiempo completo. Los colegas refieren las consecuencias negativas que eso ha entrañado en muchos casos, pero también nos consta que ha habido muchas parejas que han reforzado su proyecto de relación con la convivencia.

Sorpresivamente ha habido una mejora en situaciones familiares complejas y un ajuste y adaptación a la situación que ha sido constatada por los clínicos en su práctica y que va a ser motivo de análisis en los próximos tiempos. Por ejemplo, esos niños y padres obligados a estar más tiempo juntos que se han sentido particularmente bien con ello. Reafirma esta evidencia lo que planteamos acerca de lo negativa que es la práctica habitual en esta sociedad de que los niños pasen toda la tarde siendo llevados de actividad en actividad porque unos padres, a su vez sobrecargados con su jornada laboral, sienten que tienen que desarrollar a sus hijos en el mayor número de áreas posibles. También podemos encontrar otra razón que puede explicar ese bienestar, que es que las angustias hetero-autoconservativas han activado el sistema de apego y han favorecido estas sintonías (Bleichmar, 1999a). Ambas lecturas las suscribimos. La activación del apego es una explicación y también el que los niños tienen que jugar con los padres e incluir el juego libre en su actividad diaria es algo necesario, por su bien y por el bien de los padres.

Por comunicación personal nos llega información de algún neurólogo infantil de que han disminuido las medicaciones del TDAH durante el confinamiento, pudiendo trabajar los chicos con sus padres en las tareas escolares y de que han disminuido las cefaleas. Estamos seguros que tendremos investigaciones en los próximos meses que nos ilustren sobre estos aspectos.

A muchas personas les pueden preocupar los mensajes que se están recibiendo de las importantes consecuencias psicológicas de la COVID 19 para la población. Una visión sobre la pandemia desde el punto de vista psicológico que haga hincapié en las facultades, tiene un poder capacitador que los usuarios agradecen. Es importante transmitir que los profesionales de la psicología estamos aquí para favorecer que la población

pueda reencauzar con sus recursos personales el impacto en su vida de una situación excepcional (Consejo General de la Psicología de España, 2020, p. 24) y, al mismo tiempo, que podamos neutralizar en nuestros pacientes actuales la sobrecarga de la pandemia que se coloca como un factor de riesgo añadido a su problemática (Aznar, 2009).

La pandemia no tiene por qué provocar problemas emocionales en todas las personas (WHO, 2020; Taylor, 2019). Por ello, se trata de no patologizar, por principio, las consecuencias de la pandemia y de estar instrumentados para contribuir a evitar o aminorar duelos patológicos, estrés postraumático, trastornos de ansiedad y otras patologías.

Una segunda consecuencia de la pandemia ha sido el confinamiento, la etapa de la desescalada permitió empezar a trabajar en otra etapa diferente de reexposición a la pandemia, a los efectos de la misma y a situar las angustias prevalentes. La situación actual con restricciones y confinamientos parciales nos coloca en un nuevo escenario que no es exactamente el mismo del primer confinamiento. Se pueden poner en juego ansiedades ligadas más a lo hetero-autoconservativo que habían pasado a segundo plano en el respiro de la desescalada. Los efectos de la incertidumbre sobre la hetero-autoconservación y por extensión en la regulación emocional nos hace tener que estar atentos a las maneras de prevenir cuadros de fobia, desregulación y también en la negación de los mismos. Se producen fenómenos de negación del problema, que puede complicar la salud de todos y también habrá que seguirle la pista a la desactivación del deseo por angustias autoconservativas, también la aparición de sintomatología de desvitalización de los pacientes y anhedonia, sin vivencia de conflicto como manera de neutralizar las angustias autoconservativas (Bleichmar, 2010).

Viñetas clínicas

A continuación, se van a abordar tres viñetas clínicas en las que hay dos elementos comunes, han ocurrido en esta época inicial de la COVID-19 y se tiene en cuenta ese aspecto capacitador, preventivo que se está mencionando.

Caso A: En la que se pone el acento en las capacidades yoicas, sin negar la angustia para contrarrestar la identidad de vulnerable.

Se trata de una intervención puntual con una sanitaria de 38 años a finales de marzo. Lleva un año trabajando como auxiliar de clínica por motivaciones económicas de estabilidad laboral frente a otros trabajos menos estables. Presenta una angustia paralizante acerca de su miedo, certeza, de que se va a morir contagiada y que está atrapada porque no puede abandonar el trabajo porque peligra su proyecto de estabilidad y se va a contagiar ella y a sus familiares. No puede trabajar, cada día es un horror; hay pocos medios y mucho riesgo de contagio. Tiene un historial de problemas de ansiedad, y vivencias de angustias elevadas ante el embarazo y en la crianza de su hijo. Su pareja está en contra de que siga trabajando desde fuertes angustias autoconservativas poniéndole encima de la mesa constantemente el riesgo de que contagie a toda la familia.

Se realiza una intervención en la que se canaliza su ansiedad con la posibilidad de que acuda a su médico para que le recete un ansiolítico como límite. El mensaje es “Se puede hacer algo, no vas a estar así”. La intervención rescata su identidad de mujer luchadora que quiere labrarse un futuro (identidad valorizada) y que tiene un historial de miedo y ansiedad. Se le transmite una definición de ella, una identidad de “miedosa arriesgada”. A partir de ahí, va al médico, se compra el ansiolítico (como no quiere habituarse no se lo toma), pero conecta con el psicólogo de su hospital. Empieza a enlazar que tiene un riesgo medido y controlado en el hospital porque van protegidos y puede tolerar las bromas de sus compañeros frente a su superautocuidado desde el humor y la red de apoyo del grupo.

Caso B: La neutralización de ansiedades en la relación con los iguales en una adolescente.

B es una adolescente de 16 años, es una paciente con un historial de ansiedad de separación y fobia

social que estaba bastante resuelta al empezar la pandemia. Ha pasado el confinamiento en una segunda residencia aislada a unos km de su ciudad. B. plantea en la fase 0 como, por un lado, quiere volver a su ciudad, pero a ella siempre le pasa que estar en grupo le preocupa. Se ha sentido rara al llegar a su residencia habitual (en la fase 2 en la que podía ya desplazarse) y al empezar a vincularse con la gente. Hablamos de su experiencia de estar tan aislada y alejada, de las dos semanas de rodaje de sus amigos en la fase 0 y 1. Se trata de evitar que una creencia sobre ella misma que ya era historia, “ya estoy yo con mis dificultades en las relaciones”, no se convirtiera en factor de riesgo.

En este caso ya se incorpora algo de la intervención con muchos pacientes actuales, se trata de hacerles partícipes y protagonistas de neutralizar el presentar un problema añadido a su problemática porque haya habido esta pandemia. Se trata de colocarles en un lugar activo que conecta con lo que hablaba Bleichmar de ciertos pacientes narcisistas en los que se planteaba una especie de alianza-reto para resolver los problemas que les aquejaban. “Vamos a ver cómo vamos a poder neutralizar entre ambos que esta situación (la pandemia en este caso) no te haya traído un problema añadido a los que estábamos trabajando” H. Bleichmar, comunicación personal 7 de noviembre, 2001). Es un lugar empoderado, capacitador.

Caso C: La intervención con paciente que comienza el confinamiento con un duelo por la pérdida de una relación amorosa.

C., de 45 años, ha tenido una experiencia amorosa particular ya que nunca se había sentido así en una relación. Esto ha sucedido en los dos últimos años. Se añade la cuestión del momento vital que vive por su edad y el balance de qué tiene en la vida desde el punto de vista emocional. Tras varios meses con contactos esporádicos finalmente se da cuenta de que la otra persona no se compromete como le gustaría a C. La otra persona mantiene una relación de pareja que no va a dejar. Aunque C. llevaba varios meses en terapia, anunciaba que había un tema del que hablar pero no lo hacía. Con el desengaño final toda esta situación irrumpió en las sesiones anteriores al confinamiento. El malestar de C., el duelo por la relación perdida se suma al confinamiento, dándose el caso de que por su profesión tiene una visión bastante realista-pesimista de lo costoso que va a resultar salir de esta situación de pandemia.

El trabajo lleva su curso, nos vemos *online* semanalmente y va encontrándose algo mejor. La pandemia, el confinamiento en soledad, son un importante factor de riesgo para el curso que va a llevar su duelo. C. presenta desvitalización cuando empieza la desescalada, no tiene interés en ver a sus amigos y anula algunos planes de encuentros en la primera y segunda fase. Bleichmar plantea en su trabajo sobre la depresión (Bleichmar, 2010) cómo hay casos en los que la vitalidad del analista debe emplearse para activar en el paciente aquellos núcleos de vitalidad que hayan sufrido en la desactivación.

Su realidad personal nos la muestra atravesando un duelo que no tiene por qué ser patológico habida cuenta de que no ha pasado tiempo suficiente. La alianza explícita de paciente y terapeuta de neutralizar los efectos añadidos en su dolor de la soledad sobreimpuesta es también una herramienta que le va a ayudar junto con la vuelta a las sesiones presenciales. Es su realidad la que más ha espoleado a la terapeuta a volver a lo presencial. No es porque *online* no pueda tener una intimidad terapéutica, o que no le vayan a servir sus señalamientos o interpretaciones, sino que había que mostrarle una terapeuta activa que se enfrenta y se arriesga, al mismo tiempo que le cuida. C. aparece en la consulta en la primera sesión presencial diciendo que va a irse de vacaciones en julio con un plan que incluye realizar las actividades que le suelen gustar.

Conclusiones

Partir del sistema motivacional de la hetero-autoconservación tiene como razón central situar la etapa de la pandemia que está viviendo la población mundial en el marco de las capacidades psicológicas con las que los seres humanos cuentan frente a las adversidades.

La pandemia es un tiempo propicio para generar salud, propiciar factores de protección, para acompañar a los recursos emocionales de la población en general y de nuestros pacientes en particular y encauzarlos hacia desarrollos resilientes.

Existe una preocupación por un sector de profesionales de salud mental de que, por un legítimo deseo de solucionar los problemas psicológicos posibles, de dotar de medios, de anticiparse y tratar de sensibilizar acerca de las necesidades que se pueden tener frente a la pandemia, se incida demasiado en la patología, se estén dando mensajes vulnerabilizadores: “esto va a ser horroroso”, “no vamos a salir bien parados” que fomenten esas identidades de riesgo y, por lo tanto, que nos convirtamos en iatrogénicos.

La pandemia nos va a acompañar mucho tiempo. En el trabajo clínico en su doble vertiente diagnóstica y pronóstica. En los casos que tenemos en la actualidad habrá que valorar las particularidades de la articulación de riesgos y fortalezas de cada caso. No es meter la pandemia en todos los señalamientos, es comprobar que es una realidad atravesada por algo diferente. En los casos que se inician y en el futuro, las preguntas sobre estos meses tendrán fines diagnósticos: qué ha sucedido a su alrededor, como se ha vivido la pandemia, (no en el sentido de bien o mal sino cómo se ha subjetivado), diferencias entre antes y después, factores de riesgo añadidos... Todo eso será un rico material de conocimiento del paciente, así como de valoración de cuánto ha influido también la pandemia en su consulta actual, lógicamente.

Es importante con los pacientes incidir en las fortalezas y convertirles en aliados para combatir “el virus” de los efectos nocivos sobreañadidos a sus problemas como consecuencia de la COVID 19.

Referencias

- Aznar, M. (2009). *Repercusiones de la Enfermedad Celíaca en los niños/as y sus familias*. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/3982/27648_aznar_bola%C3%B1o_margarita.pdf?sequence=1
- Aznar, M. (2019). Entre el desarrollo de la capacidad reflexiva y la elaboración de las proyecciones sobre los hijos. Un modelo de trabajo con padres en clínica psicoanalítica de niños. *Aperturas Psicoanalíticas*, (60). <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001051>
- Balint, M. (1969). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. University Press.
- Bibring, E. (1943). The conception of the repetition Compulsion. *The Psychoanalitic Quarterly*, 12(4), 486–519.
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós.
- Bleichmar, H. (1999a). Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro. *Aperturas Psicoanalíticas*, (2). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000074>
- Bleichmar, H. (1999b). El tratamiento de las crisis de pánico y el enfoque “Modular-Transformacional”. *Aperturas psicoanalíticas*, (3). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=94>
- Bleichmar, H. (1999c). Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, (1). <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=52ya=Fundamentos-y-aplicaciones-del-enfoque-modular-transformacional>
- Bleichmar, H. (2000). Aplicación del enfoque “Modular-Transformacional” al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas psicoanalíticas*, (5). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000123>
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas*, (9). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=178>
- Bleichmar, H. (2005). Consecuencias para la terapia de una concepción modular del psiquismo. *Aperturas Psicoanalíticas*, (21). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=350>
- Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos. *Aperturas Psicoanalíticas*, (35). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=647>

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-3)
- Chacón, F., Fernández-Hermida, J. R. y García-Vera, M. P. (2020). La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial. *Clínica y Salud*, 31(2), 119-123. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a5018>
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J. y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Consejo General de la Psicología de España (Mayo-Agosto, 2020). Perspectivas en psicoterapia: entrevista a Pedro Rodríguez. *Boletín Informativo de la División de Psicoterapia*. <http://www.dpsit.cop.es/uploads/pdf/BoletinAgosto2020.pdf>
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Gedisa.
- Díaz Benjumea, L. J. (2016). Perspectivas de los procesos defensivos a través de tres autores representativos. *Aperturas Psicoanalíticas*, (52). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=928>
- Dio Bleichmar, E. (2005). Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Paidós.
- Dryzun, J. (2006). Daño o desafío. *Aperturas psicoanalíticas*, (24). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=418>
- WHO Regional Office for Europe. (2020). *Mental health and psychological resilience during the Covid-19 pandemic*. Autor.
- Fodor, J. A. (1986). *La modularidad de la mente*. Morata.
- Fonagy, P., Moran, G. S., y Target, M. (1993). Aggression and the psychological self. *International Journal of Psycho-Analysis*, 74(3), 471-485.
- Freud, S. (1973a). Los dos principios del funcionamiento mental (L. López Ballesteros y De Torres, Trans.). En Autor, *Obras Completas* (Vol. II, pp. 1638-1642). Biblioteca Nueva. (Original publicado en 1910).
- Freud, S. (1973b). Tres ensayos para una teoría sexual (L. López Ballesteros y De Torres, Trans.). En autor, *Obras Completas* (Vol. II, pp. 1169-1237). Biblioteca Nueva. (original publicado en 1905).
- Grotberg, E. H. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Melillo y E. N. Suárez Ojeda (Eds.), *Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas* (pp. 19-30). Paidós.
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J. y Sánchez-Reales, S. (2020). La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a5011>
- Kohut, H. (1971). *Análisis del self*. Amorrortu.
- Kübler-Ross, E. (1972). *Sobre la muerte y los moribundos*. Mondadori.
- Lagache, D. (1968). *El psicoanálisis*. Paidós.
- Laplanche, J. (1987). *Nuevos fundamentos para el Psicoanálisis: la seducción originaria*. Amorrortu.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. y Fosshage, J. L. (1992). *Self and motivational systems: toward a theory of psychoanalytic technique*. The Analytic Press.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Desclée de Brouwer.
- Meissner, W. W., Rizzutto, A. M., Sashin, J. I. y Buie, D. H. (1987). A View of Aggression in Phobic States. *Psychoanal Quarterly*, 56(3), 452-476.
- Méndez, J. A. e Ingelmo, J. (2009). *La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque modular-Transformacional*. Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica.
- Pichon Rivière, E. (1985). *El proceso grupal*. Nueva Visión.
- Sluzki, C. E. (2002). *La Red Social: Frontera de la práctica sistémica*. Gedisa.
- Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Paidós.
- Stolorow, R. D., Brandchaft, B. y Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment. An intersubjective approach*. Analitic Press.

- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease.* Cambridge Scholars Publishing.
- Vaillant, G. (1993). *The Wisdom of the Ego.* Harvard University Press.
- Wenstein, L. (1978). *Salud y autogestión.* Dosbé.
- Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2011). Sobre el desarrollo resiliente: perspectiva psicoanalítica. *Revista Clínica Contemporánea*, 2(2), 105-120. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a1>
- Zukerfeld, R. y Zukerfeld, R. Z. (2005). *Procesos terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia.* Lúgar.

www.margaritaznarpsicologia.es
www.psicoterapiapsicoanalitica.com
www.aperturas.org

Artículo recibido: 01/10/2020

Artículo aceptado: 15/10/2020