

El análisis en tiempos del Covid-19

Juan Vives Rocabert

Hace cien años una pandemia viral que pasó a la historia como la *Gripe española*, nombre con el que se le oficializó en el imaginario popular pese a que se había iniciado en territorio estadounidense (específicamente, en la base militar de Fort Riley, Kansas, U.S.A.), y se transformó en una enfermedad que asoló a Europa, Asia y el resto del mundo a la manera de las viejas mortandades debidas a la peste negra y otras calamidades parecidas, pandemia en la que se infectó un tercio de la población mundial, con un saldo de muerte incierto pero que se ha calculado en unos 50 millones de personas -aunque algunos autores hablan de 100 millones de muertos-, es decir, al 5 % de la población mundial de esa época. Si comparamos esta cifra -que se alcanzó en el curso de un par de años- con los 60 millones de muertos que fue el saldo final de la Segunda Guerra Mundial que abarcó de 1939 a 1945 (un poco más de cinco años), nos podemos dar cuenta del grado y gravedad de amenaza que puede llegar a representar una pandemia de estas características.

Es estremecedor darnos cuenta que un virus puede ser mucho más peligroso, resultar más efectivo y en menos tiempo, que las más mortíferas armas empleadas en la devastadora contienda mundial. Hoy, el mundo entero se estremece -nos estremecemos- ante una nueva pandemia viral, el originalmente llamado *coronavirus*, al que se le ha catalogado como el Covid-19.

Creo que una de las cosas de las que debemos cobrar clara conciencia es que, en nuestros días, resulta que el predador más temible para el hombre, que se precia de ser la cumbre de la evolución de todas las especies que han poblado nuestro globo terráqueo, resulta ser una diminuta molécula de ARN -los virus- ante los cuales estamos inermes. Hay que entender, a propósito de lo anterior, que los virus son la entidad biológica más común y abundante sobre la faz de la tierra. No deja de ser un tanto paradójico que

unas partículas de ARN a las que podemos catalogar como las primerísimas formas de vida sobre la tierra -anteriores a la aparición de las células- que fueron capaces de reproducir su código genético, hace de 4,200 a 4,400 millones de años -los virus- y a las que podemos en justicia calificar como el inicio de eso que conocemos como seres vivos, sean hoy el predador potencial más peligroso para los seres humanos. Como dice una vieja frase “el principio será el fin”. Desde que tenemos noticias más o menos verificables de este tipo calamidades, desde la Peste Antonina -también llamada Plaga de Galeno- ocurrida en los comienzos de nuestra era, entre 165 y 180 DC (y que fue producida por la transmisión viral del sarampión, o más probablemente de la viruela), hasta nuestros días, y exceptuado la aparición de la peste negra que acabó con un tercio de la población total de Europa y que es producida por una bacteria, todas estas plagas han sido producidas por esos diminutos bichos denominados como virus.

Así como el siglo XX se preció por ser una centuria en la que las enfermedades bacterianas y parasitarias fueron vencidas por la llamada era de los antibióticos -desde la aparición de las sulfonamidas, el fortuito descubrimiento de la penicilina por Alexander Fleming y de ahí en adelante, toda la secuela de recursos que fueron apareciendo en contra de bacterias de todo tipo- y que gracias a estos recursos no se han vuelto a presentar epidemias de peste negra o de peste bubónica; en nuestro siglo XXI aún no se ha vislumbrado la posibilidad de contar con algún tipo de recurso farmacológico en contra de las virosis. Pese a los grandes avances que se han obtenido para combatir al terrible virus del ébola (que ostenta una altísima tasa de mortalidad, que puede llegar al 90 %), así como los adelantos en retrovirales que hicieron que, finalmente el SIDA y la infección con el VIH no fueran necesariamente mortales (virosis que ha ocasionado una mortandad de entre 25 y 35 millones de enfermos), pese a todos estos avances, el hecho es que la ciencia aún no ha encontrado una forma eficaz de lidiar con este tipo de infección viral, entre otras cosas, por el alto índice de mutación que los virus por lo general ostentan.

El hecho es que actualmente estamos inmersos en el núcleo mismo de una pandemia de la que prácticamente ningún país se ha librado de sus efectos. Las medidas instrumentadas en México por las autoridades sanitarias: desde los lemas de “sana distancia”, y “quédate en casa”, hasta el uso de cubrebocas y mascarillas transparentes, la recomendación de un lavado frecuente y con jabón de manos, etc. han servido para detener la frecuencia de los contagios, pero no han evitado una pauta bastante alta de

los mismos y, lo que es más amenazador, por alguna razón tenemos una tasa de mortalidad entre 12 y 13 % -que es altísima en comparación con otros países en los que alcanza cotas máximas del 4 al 6 %

Por otra parte, se trata de una pandemia que ha provocado un estancamiento y colapso de la economía mundial. En México, como en el resto del mundo, esto ha ocasionado el cierre de fábricas, restaurantes, centros comerciales, museos, cines y teatros, espectáculos populares y otros eventos en los que solía reunirse mucha gente (como los eventos deportivos) y, concomitantemente, ha provocado la pérdida de empleos, desocupación y crecientes problemas de pobreza entre la población más vulnerable, lo que resulta desastroso en un país en el que hay un número insultante de pobres. Paralelamente a la desocupación, el índice de delincuencia -robos, secuestros, asesinatos, etc.- se ha incrementado hasta niveles nunca antes imaginados, lo que incide en la sensación de inseguridad e indefensión de la población.

Los psicoanalistas y otros colegas del mismo campo que llevamos a cabo distintos tipos de psicoterapia -individual, grupal, de pareja, familia, de emergencia, en relación al estrés post-traumático, terapias madre-bebé, etc.- y como resultado de la proscripción preventiva de la atención presencial a nuestros pacientes, nos hemos visto en la necesidad de instrumentar un método de asistencia a distancia con el fin de continuar ofreciendo nuestros servicios a los pacientes que estaban en pleno proceso psicoterapéutico, así como atender a las nuevas circunstancias que han promovido una gran inseguridad en todos, con variadas reacciones de ansiedad, depresión, sentimientos persecutorios de todo tipo, etc., situación que ha hecho necesaria una tarea especialmente activa de contención y de ayuda.

¿Qué ha cambiado desde que atendemos a nuestros pacientes con métodos que nos permiten actuar a distancia?, y ¿cómo se manifiestan las nuevas y variadas necesidades de atención y contención, más allá de los procesos psicoterapéuticos que estaban en curso?

En primer lugar, es importante tener en cuenta que las angustias que han sido despertadas por una pandemia como la que estamos viviendo, son emociones que están siendo vividas tanto por los pacientes como por nosotros mismos, los trabajadores de la salud emocional. De hecho, nuestra tarea de ser capaces de contener las ansiedades de tipo catastrófico y las fantasías apocalípticas que escuchamos en nuestros pacientes, son las mismas que las que nosotros mismos estamos vivenciando. La profunda regresión que algunos pacientes viven en estas condiciones, es claro que

tiene que ver con aquellos momentos formativos del recién nacido en los que se vive una sensación de indefensión total y la convicción de estar completamente en manos del otro, de ese otro capaz de una acción específica que nos gratifique o nos frustre. La sensación de impotencia psíquica vivida en estas condiciones tiende a reproducirse gracias a la regresión de los pacientes, y de los analistas, a estas condiciones primigenias de nuestra existencia. Obviamente, la impotencia vivida es suplida con gran frecuencia con sentimientos de omnipotencia, dado que el narcisismo nos protege de una condición tan angustiante y echa mano del sentimiento de omnipotencia como defensa ante una situación por demás precaria. Este es el sitio en el que se dan cierto tipo de defensas maniacas que vemos en algunos pacientes, defensas que tienden a negar la situación que se vive y que es proporcional al grado de miedo, en ocasiones muy agudo, ante la posibilidad de morir infectados por el virus de la pandemia.

Un aspecto central que ha aparecido en esta pandemia es, como resulta natural, el miedo de morir. No se trata de cualquier tipo de muerte, sino de una forma de dejar la vida característica del Covid-19, es decir, idéntica a la manera ya muy conocida de los pacientes con neumonías virales: con niveles crecientes de sensación de ahogo y asfixia, lo cual es angustiante casi para cualquier habitante del planeta. Hay ocasiones en las que la concretización de la fantasía de morir sin poder respirar, ha auspiciado una suerte de claustrofobias reactivas. Recordemos que ya Freud (1920) nos advertía que el fenómeno de la muerte promueve una toma de contacto con las profundidades de nuestra *psique*, con la advertencia de que -en conjunción con el *Eros* universal- albergamos una fuerza interna en nosotros mismos que nos impulsa hacia la muerte.

Morir, como posibilidad real y concreta a corto plazo, es una de las fantasías más angustiantes que enfrentamos todos, pacientes y analistas. La muerte ha dejado de ser algo siempre lejano -no importa la edad que tenga el sujeto, siempre es lejano- para transformarse en una posibilidad cercana y posible, por la constatación diaria del incremento de defunciones debidas al virus de esta pandemia -en el momento de terminar este escrito (finales de julio del 2020) son ya más de 50,000 las defunciones imputables al Covid-19 en nuestro país. Todos los pacientes -y nosotros- nos hemos actualizado en información sobre pandemias anteriores y sus tasas de mortalidad, lo que crea una especie de clima paranoide-hipocondriaco muy particular. Pese a que sabemos que en el inconsciente no existe una representación de la muerte propia -Freud *dixit*- y de que, en su fuero íntimo, nuestro narcisismo

y omnipotencia nos hace suponer que sólo se mueren los demás, es un hecho que la abrumadora realidad nos hace sentir un miedo en virtud de que, pese a dicha omnipotencia narcisista, también nos funciona el principio de realidad.

En la experiencia clínica de nuestra práctica y la de muchos de nuestros colegas, hemos advertido que los tratamientos a distancia, en términos muy generales, tienden a favorecer las resistencias, principalmente aquellas que tienen que ver con el deseo de interrumpir el tratamiento. Al parecer, la distancia del terapeuta o analista favorece la posibilidad de verbalizar, incluso de actuar, el deseo de interrupción. De ahí el reporte de muchos analistas de que algunos de sus pacientes han aprovechado dicha coyuntura para interrumpir sus procesos terapéuticos. Para mí resulta claro que esta circunstancia ocurre en pacientes en los que, desde antes de esta contingencia, ya se venía gestando una resistencia de este tipo -y que Lauro Estrada (1977) estudió con acuciosidad en su momento. Por el contrario, en otros pacientes, hemos visto un aferramiento al tratamiento y un incremento de la dependencia. Incluso el agravamiento de algunos síntomas, principalmente en personalidades de corte obsesivo-compulsivo, incrementados como una forma de pretender cierto control sobre las condiciones en las que estamos viviendo. Un dato proveniente de una disciplina distinta -la dermatología- al que hemos tenido acceso y que reafirma lo anterior, tiene que ver con la frecuencia de lesiones en manos debida a formas compulsivas de lavado gracias a las cuales los pacientes se llegan a llagar sus manos, así como lesiones de tipo de las dermatosis de contacto consecutivas al uso indiscriminado y excesivo de compuestos clorales.

En relación a la práctica de nuestro trabajo, tenemos que estudiar cómo es que en una buena parte de nosotros se da un fenómeno de fatiga. Al parecer es un fenómeno bastante generalizado. Más allá de lo que representa nuestro trabajo, parece ser que el hacerlo en las condiciones actuales, a distancia, sea por teléfono, por *Skype*, video-conferencia u otro medio similar, promueve una mayor sensación de cansancio en los analistas y terapeutas. De hecho, un cuestionamiento al que deberemos de referirnos es la interferencia con la función de “atención flotante” que se pide al analista en su escucha. ¿Puede esto llevarse a cabo cuando tenemos que aguzar nuestros sentidos para captar datos emocionales que antes teníamos muy a la mano al ver cotidianamente el lenguaje corporal paralelo al discurso y asistir, literalmente, a la forma de respirar de nuestros pacientes? Lo anterior es particularmente cierto en el caso de primeras entrevistas. Al parecer hay

una clara y real limitación al hacerlo a distancia, por medios electrónicos. No ver concretamente al paciente, advertir cómo nos saluda, la distancia o cercanía que pone en estos primeros contactos, advertir la forma de sentarse, su desenvoltura o timidez, la forma de abordar un evento un tanto estresante como es una primera entrevista, etc. son aspectos que, sí, también los podemos registrar por medios electrónicos, pero la sensación es de que algo se pierde, que la relación a distancia no nos ofrece todo aquello que registramos, consciente e inconscientemente, cuando tenemos una relación presencial con nuestros pacientes en las primeras entrevistas. Podría ser también que todo sea cuestión de tiempo y que andando nuestras nuevas experiencias desarrollemos la capacidad y el “oído” para captar todas esas muy sutiles percepciones que solemos achacar a la presencia concreta del otro. Sin embargo, en lo personal soy un tanto escéptico y creo que lo presencial seguirá siendo central en nuestro trabajo cotidiano. No dudo que podremos adquirir experiencia, y mucha, acerca de estas nuevas formas de comunicación, sin embargo, seguimos pensando que la comunicación entre dos seres humanos presentes es muchísimo más rica de lo que habitualmente suponemos, pues estoy seguro que intervienen factores de los que aún no sabemos nada.

Un punto que me parece importante es el de la frustración. Sabemos desde siempre que el tratamiento psicoanalítico transcurre en frustración. Una de las reglas básicas de nuestra disciplina es no gratificar las necesidades neuróticas de nuestros pacientes con el fin de que estas emerjan en toda su magnitud y, de esta forma, poderlas interpretar con toda pertinencia y en el momento adecuado con el fin de incrementar el *insight* de nuestros pacientes. Pero a lo anterior, hay que agregar que, en las condiciones actuales de confinamiento y encierro, a estas naturales frustraciones se agregan otras que, hay que advertirlo, no son necesidades neuróticas. Estamos, todos, restringidos en la posibilidad de ver y charlar personalmente con nuestros familiares, amigos y colegas. De la misma forma, los pacientes resienten mucho las restricciones que tienen en sus intercambios sociales y en sus interacciones con hijos, padres, hermanos, amigos, colegas, etc. etc. etc. Este tipo de frustraciones están referidas a “necesidades normales”. No tienen nada que ver con las necesidades neuróticas, el intercambio social y emocional con las personas cercanas que suelen conformar nuestro entorno social, nuestras redes familiares, nuestras costumbres culturales, etc. Todo esto agrega un peso adicional a los tratamientos actuales: no sólo hay que seguir frustrando la gratificación de las necesidades neuróticas, sino,

además, la realidad impone una importante cuota de insatisfacción por la frustración de necesidades socio-culturales y familiares cotidianas. Todo el mundo ha tenido que cancelar bodas, fiestas de quince años, *Bar Mitzva*, y cumpleaños. Tanto nuestros pacientes como nosotros como analistas, hemos tenido que posponer fiestas de cumpleaños en las que tradicionalmente, se reúne toda la familia, hemos visto como se posponen planes de viajes -tanto de placer como de negocios- reuniones científicas y congresos científicos. También es importante consignar que, como pueblo latino que somos, la frustración de la necesidad de contacto -solemos saludarnos con un beso y, frecuentemente, con un abrazo- también implica un tipo de frustración importante -sobre todo si tenemos en cuenta aquellos aspectos destacados por Didier Anzieu (1987) en sus trabajos sobre el Yo-piel y su relación con el *self*. La necesidad de contacto cutáneo, para la comunidad latino-americana no sólo es una característica cultural, sino una necesidad emocional, que no por aprendida culturalmente es menor su importancia para el equilibrio psíquico de estos pueblos.

Un aspecto importante en las nuevas condiciones de trabajo, tienen que ver con el pago de los honorarios. Si bien hay muchas personas que cuentan con el bagaje tecnológico para hacer transferencias bancarias desde la comodidad de sus hogares, muchos otros no cuentan con este tipo de dispositivos y, con ello, el pago implica un desplazamiento de los pacientes al banco u otro lugar en el cual realizar sus pagos, o de los terapeutas a las instituciones bancarias para cobrar los cheques. En ambas situaciones, se incrementan la inseguridad por las posibilidades de contagio, pese a todas las medidas de seguridad que habitualmente se atienden.

Es claro que una crisis como la presente implica la puesta en escena de las capacidades adaptativas, tanto de los pacientes como de los terapeutas. En este sentido, hemos visto en algunos pacientes, en los que dicha capacidad adaptativa es particularmente deficiente, que presentan dificultades especiales. A la problemática particular anterior, se suma la presencia de problemas agregados debida a rigideces caracterológicas y empecinamiento en lo conocido, que provocan una gran distonía con el ambiente y con las condiciones que se requieren en una pandemia como la actual. Un ejemplo no demasiado raro, es el que encontramos en pacientes que no toleran esta mayor cercanía con los suyos que les impone el Covid-19 en el *estrecho* ámbito de su casa. En ellos advertimos una suerte de claustrofobia, de “falta de aire”, en la que sienten la necesidad de establecer más distancia, de tener espacios privados sin los cuales se sienten

encarcelados y condenados a una cotidianidad y cercanía que no desean -con frecuencia de manera inconsciente- y no pueden tolerar con facilidad. Un aspecto de esta cuestión está en el hecho, estadísticamente señalado, de un incremento en la frecuencia de la violencia intrafamiliar, resultado de la necesidad de mayor espacio vital entre un miembro y otro de la familia. Similarmente, las crisis matrimoniales están a la orden del día en cierto tipo de parejas. Uno de mis pacientes, al tercer día de confinamiento, empezó a considerar, él y su pareja, la posibilidad de un divorcio -obviamente, se trata de una relación muy disfuncional desde hace mucho tiempo. Son personas que, habitualmente, utilizan el ámbito laboral para poder huir -teniendo una buena coartada ante sus propios ojos- de la cotidianidad de sus hogares y de las tensiones que ahí se generan. Es claro que, así como en términos generales, la cercanía física y emocional es un ingrediente indispensable para nuestra convivencia diaria, para otras personas, resulta ser un factor particularmente estresante y es el resultado de un incremento en la violencia general de la población en más de un 80 %.

Esta capacidad de adaptación incluye los niveles institucionales. Es un hecho de que muchas organizaciones -comerciales, laborales, científicas- de inmediato encontraron la manera de suplir lo presencial con medios electrónicos de comunicación a distancia, pero otras instituciones han tardado un poco más en este tipo de adaptación. Es claro que la edad de las personas involucradas en ellas es un factor importante, ya que en estas condiciones, a mayor juventud y flexibilidad, así como mayor cotidianidad y frecuentación en el uso de dichos instrumentos, mayor capacidad para adaptarse, con relativa facilidad, a las condiciones imperantes. Por el contrario, a mayor edad y, por tanto, mayor dificultad o ignorancia para la utilización de las nuevas herramientas y tecnologías, mayor problemática en su capacidad de adaptación. Nuestra institución, la APM, ha mostrado ser una organización de personas con un promedio alto de edad, por lo que su capacidad de respuesta ha sido, en general, bastante lento.

Entre los sistemas defensivos empleados ante esta pandemia, se han erigido baluartes de tipo obsesivo, que en aras de la limpieza y la salubridad, han incrementado en la población este tipo de conductas, así como defensas de tipo fóbico, claramente evitativo de la gente entre sí (ahora se considera indeseable entrar en contacto con otra persona, y ese no entrar en contacto va mucho más allá de la dimensión puramente cutánea), y las defensas de tipo paranoide gracias a las cuales, los pacientes pueden llegar a sentir que entrar en el consultorio del analista puede ser peligroso y potencialmente

dañino pues ahí puede estar agazapado el virus del Covid-19, mientras que entre los analista puede darse un movimiento semejante al considerar que cualquier paciente que entrara al consultorio podría ser portador del virus que amenazará su salud. Las reacciones paranoides han sido la regla y han sido particularmente intensas debido a que se trata de un *enemigo* invisible que puede estar en cualquier sitio y nos amenaza sin que -casi- tengamos la posibilidad de defendernos de su amenaza. Los virus son entidades biológicas no detectables a simple vista y, con frecuencia, ni siquiera con el uso de un microscopio común; de ahí la sensación de peligrosidad e inermidad ante una presencia no detectable pero efectiva.

Otra vertiente que hemos advertido en una distinta concepción paranoide de la pandemia, es la que se da en ciertas personas particularmente religiosas en las que hay un íntimo convencimiento de que se trata de un castigo divino como represalia en contra de... casi cualquier cosa que esté sucediendo en nuestro mundo actual -situación que tiene que ver con la particular severidad del Superyó del sujeto- y cuya peligrosidad reside en que están convencidas de que la única forma de luchar en contra de la pandemia es con rezos y otras formas de aplacamiento de la ira de los dioses y que, por tanto, no suelen hacer caso de las recomendaciones de las autoridades sanitarias. Por su parte, un aspecto a tener muy en cuenta es la aparición social de una fantasía persecutoria, prácticamente universal, de que este tipo de calamidades obedecen a un castigo de alguna entidad superior que está enojada u ofendida por alguna transgresión de los seres humanos. Más allá de los casos mencionados de reacciones paranoides particulares en pacientes muy religiosos, aquí estamos hablando de reacciones sociales generalizadas. La Biblia ayuda mucho para sostener esta versión apocalíptica, pues relata cómo Dios, desde los inicios de la humanidad, castigó a Adán y Eva expulsándoles del paraíso por su pecado de soberbia y la ambición del conocimiento que daba el árbol del saber. En forma semejante, ese Dios encolerizado por las transgresiones de los hombres les castigó con un exterminio total, el Diluvio, proceso en el que murió toda forma de vida sobre la tierra, a excepción de los salvados en la famosa Arca de Noé. Similarmente, un genocidio semejante ocurrió con las ciudades de Sodoma y Gomorra, destruidas como castigo debido a la maldad y perversión de sus habitantes. Otras calamidades, ya en épocas históricas fueron catalogadas de la misma manera como consta -por mencionar algunas obras de los cientos que existen- en dos cuadros de Mattia Preti (*La Virgen con san Francisco y santa Rosalía*, y *La Virgen con san Genaro y santa Rosalía*), que se exhiben

en la Galería Nacional de Capodimonte (Nápoles, Italia) y que relatan los infortunios de los pecadores en la epidemia de peste de dicha comunidad, mientras que los probos gozaban del favor y bendiciones de la Virgen y otros santos (Monreal, 1983, pp.170-73). En forma semejante poseemos el testimonio de Daniel Defoe (1722) quien nos dejó un invaluable testimonio descriptivo de la peste que asoló a la ciudad de Londres en el siglo XVII.

No resulta raro, entonces, que los seres humanos tendamos, en el imaginario popular, a relacionar cualquier tipo de catástrofe -temblores de tierra, tsunamis, ciclones, erupciones volcánicas, inundaciones, sequías, etc.- como castigos de un dios que ha sido ofendido con los pecados de la humanidad, por nuestros pecados. Por supuesto, las pandemias no son la excepción a esta regla. No sólo las enfermedades que tienen que ver con la sexualidad -la propagación de la sífilis y del SIDA pueden ser vistos como prototipos- sino que, desde siempre, las pandemias han sido interpretadas por la fantasía popular, como castigos de los dioses. Susan Sontag relata que, desde los tiempos de Hipócrates, el padre de la Medicina “que escribió varios tratados sobre las epidemias, descartó específicamente la <ira de dios> como causa de la peste bubónica.” (Sontag, 1988, p. 52).

Finalmente, en nuestros tiempos, las teorías de venganza divina han sido sustituidas por otras, más mundanas, en las que se trata de siniestros complots de algunas potencias mundiales con el fin de exterminar a partes de la humanidad. En ciertos pacientes proclives a deglutir sin masticar cualquier cantidad de *fake-news*, este tipo de noticias suelen incrementar sus mecanismos paranoides al máximo. Habitualmente ostentan esta vertiente de reacciones paranoides y suelen estar convencidos poseer datos “científicos” incontrovertibles de que esta pandemia es una situación provocada por los chinos o por los estadounidenses que albergan maléficas intenciones para con el resto de la humanidad. Todos recordamos como el VIH comportó varias teorías en las se trataba de un virus “fabricado” en secretos laboratorios dedicados a preparar una guerra bacteriológica en contra de enemigos específicos, virus que luego se habían “escapado”. Igual suerte ha tenido el Covid-19 que, como si fuera una repetición de lo mismo, también ha gozado de la virtud de haber sido “preparado” con fines inconfesables con el fin de conquistar una hegemonía mundial -económica y política- dentro de nuestro planeta.

Capítulo aparte merecen las consideraciones en relación al futuro inmediato y mediato como resultado de la experiencia mundial con esta pandemia. “No se preocupen, todo va a seguir igual, los hombres no

aprenden” es una de las consignas que muy frecuentemente escuchamos entre pacientes y colegas. “El mundo ya nunca va a ser el mismo, va a cambiar todo y, en adelante, ya no nos vamos a poder tocar ni abrazar nunca” es otro de los aparentes razonamientos que también se hacen, casi en igualdad de frecuencia que los anteriores. ¿Cuál es la verdad? Obviamente, nadie la conocemos. Conocemos antecedentes de lo ocurrido con otras plagas que han asolado a la humanidad. Susan Sontag (1988), por ejemplo, nos ha dejado sus ensayos en relación a otras plagas anteriores y, en especial, a la relacionada con el SIDA, que dura hasta la fecha, y los problemas sociales de una ola de sidofobia resultante, prejuicios enraizados principalmente en virtud de una falta de información veraz o a informaciones distorsionadas y de dudosa procedencia. Esta sidofobia fue generalizada e impactó conductas sociales en las que los sidosos eran despedidos de sus trabajos y no podían conseguir ningún empleo ulterior, que las personas pusieran el grito en el cielo si un mesero estaba enfermo de SIDA, y así en otras muchas situaciones sociales en las que se repudiaba a este tipo de pacientes, en forma muy semejante a como en la Grecia pre-Hipócrates se satanizaba al epiléptico -se le llamaba “el mal sagrado”. Como vemos, este tipo de reacciones sociales no son nuevas y las hemos visto anteriormente en relación a la sífilis, que en un momento dado causó estragos y que también ocasionó una reacción muy semejante y una ola de sifilofobia; y parecida también a otra, aún anterior, nos referimos a la fobia a la lepra, enfermedad maldita que aterraba a las comunidades medievales de todo el orbe y que promovió que los leprosos fueran satanizados y desterrados de la sociedad.

Esto no es anecdótico, por el contrario nos resulta muy importante debido a esta satanización que se hizo y ha hecho con los pacientes con SIDA, con sífilis o con lepra, es un repudio muy semejante a lo que hoy vemos en el rechazo existente hacia el personal médico, de enfermería e intendencia que trabajan en los hospitales y que están en contacto “de primera línea” con el virus del Covid-19. No permitirles el acceso a servicios de transporte, maltratarlos e insultarlos en plena calle son algunas de las manifestaciones que lamentablemente podemos constatar en ciertas conductas sociales. “Médico”, “enfermera”, etc. ha pasado a ser como aquellos gentilicios que el imaginario popular ha inventado para ciertos virus: “gripe española”, “mal francés”, “gripe asiática”, etc. calificativos que pueden ocasionar actitudes rechazantes y prejuiciosas en contra de poblaciones determinadas y provocar su maltrato y discriminación laboral, social, incluso familiar. La famosa “gripe asiática” (provocada por el virus H2N2), ocurrida en 1957-

58 e iniciada en Yunán (China), que provocó una mortandad de 2 millones de personas, también promovió una actitud prejuiciosa hacia todo lo chino. De la misma forma, el virus VIH, causante del SIDA, que ha provocado una de las mortandades más importantes en la historia de las plagas del mundo, reportándose que ha sido responsable de la muerte de entre 25 y 35 millones de personas, también ocasionó, sobre todo en los inicios de la enfermedad, una ola de furor en contra de la comunidad homosexual, quienes sufrieron de una forma aún más acusada de repudio.

Hay que consignar en justicia, que de la misma forma hemos sido testigos de multitud de reacciones de tipo altruista, de solidaridad sin par, de acciones tendientes a dar trabajo a los más necesitados, así como de la entrega que el personal médico, enfermería e intendencia sigue teniendo en relación a esta desigual lucha. Afortunadamente, cuando hay este tipo de calamidades, también se despiertan en el psiquismo individual y colectivo fuerzas -antes más bien adormecidas- que procuran un clima civil de ayuda y capacidad de enfrentamiento de la adversidad. Quizás, al final, habría que recordar alguna frase de ese gran escritor cubano, Reinaldo Arenas, quien decía que “Sólo las grandes catástrofes nos hacen sentir acompañados. La hermandad de los hombres descansa en el desastre.” (Arenas, 1999, p. 60)

Resumen

Luego de una brevísima revisión de las pandemias más devastadoras, se pasa revista a los problemas que se han derivado de la actual situación mundial con la pandemia del Covid-19, enfocando los comentarios en relación con la necesidad de instrumentar los tratamientos a distancia y sus dificultades.

Palabras clave: Covid-19, Pandemias, Psicoanálisis a distancia

Summary

After a brief review of the most devastating pandemics, we review the problems that have stemmed from the current global situation from the Covid-19 pandemic, focusing comments on the need to implement remote treatments and their difficulties.

Keywords: Covid-19, Pandemics, Remote Psicoanalysis

Bibliografía

- ANZIEU, D. (1987): Los significantes formales y el yo-piel, en Anzieu, D. *et al.*: *Las envolturas psíquicas*, trad. de Víctor Goldstein, Ed. Amorrortu, Buenos aires, 1990, pp. 15-37
- ARENAS, R. (1999): El color del verano o Nuevo “Jardín de las Delicias”, *Letras Libres*, (México), I (2): 60-63
- DEFOE, D. (1722): *Diario del Año de la Peste*, trad. de Edmundo G. Blasco, Ed. Brújula, Argentina, 1969
- ESTRADA-INDA, L. (1977): La amenaza de abandonar el tratamiento como importante factor resistencial, *Cuadernos de Psicoanálisis* (México), X, (1-2): 189- 213
- FREUD, S. (1920): Más allá del principio del placer, en: *Obras completas*, trad. de Luis López-Ballesteros, Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, Vol. III: 2507-2541
- MONREAL, L. (1983): *Obras Maestras de la Pintura. 5. Galería de los Uffizi. Galería Borghere. Galería Nacional de Capodimonte*, Ed. Planeta, Barcelona
- SONTAG, S. (1988): *El SIDA y sus metáforas*, trad. de Mario Muchnik, Muchnik ed., Barcelona, 1989