

LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL COMO CAUSA DE TRAUMA PSÍQUICO

DRA. CHRISTIAN ARIANA CEA HERNÁNDEZ

Maestranda en Psicoterapia Psicoanalítica por el Colegio Internacional de Educación Superior. Médico Cirujano y Partero por la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Correo electrónico: arianaceahernandez@gmail.com

Recepción: 26 de febrero 2021/ Aceptación: 18 de abril de 2021

RESUMEN

La pandemia actual por COVID-19 ha sido el evento masivo que ha reorganizado a nivel mundial la vida diaria. Entre todos los panoramas disponibles para el estudio del psicoanálisis, los asociados con la intubación endotraqueal y la inminente estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) requieren una vista particular que no ha sido planteada. El recorrido que se realizará para este estudio será a partir de dos eventos: por un lado, la intubación orotraqueal desde la medicina, y posteriormente, la bibliografía disponible desde el psicoanálisis sobre el trauma psíquico. Equiparar la intubación endotraqueal al trauma psíquico es importante y necesario: por el aumento de la frecuencia en que cada psicoanalista se encontrará con estos casos y también por las implicaciones orgánicas y psíquicas a las que el sujeto se enfrenta, y con ello, la capacidad de dar un lugar a aquello que no ha sido nombrado.

PALABRAS CLAVE: intubación endotraqueal, medicina, psicoanálisis, trauma psíquico.

SUMMARY

The current COVID-19 pandemic has been the massive event that has reorganized daily life worldwide. Among all the scenarios available for the study of psychoanalysis, those associated with endotracheal intubation and the imminent stay in the Intensive Care Unit (ICU) require a particular view that has not been raised. The route that will be carried out for this study will be based on two events: on the one hand, the orotracheal intubation from medicine, and later, the bibliography available from psychoanalysis on psychic trauma. Equating endotracheal intubation with psychic trauma is important

and necessary: due to the increase in the frequency in which each psychoanalyst will encounter these cases and also due to the organic and psychic implications that the subject faces, and with it, the ability to give a place to that which has not been named.

KEY WORDS: *endotracheal intubation, medicine, psychoanalysis, psychic trauma.*

RÉSUMÉ

La pandémie actuelle de COVID-19 a été l'événement massif qui a réorganisé la vie quotidienne dans le monde entier. Parmi tous les scénarios disponibles pour l'étude de la psychanalyse, ceux associés à l'intubation endotrachéale et au séjour imminent en unité de soins intensifs (USI) nécessitent un point de vue particulier qui n'a pas été soulevé. Le parcours qui sera réalisé pour cette étude sera basé sur deux événements: d'une part, l'intubation orotrachéale de la médecine, et plus tard, la bibliographie disponible auprès de la psychanalyse sur le traumatisme psychique. Assimiler l'intubation endotrachéale à un traumatisme psychique est important et nécessaire: en raison de l'augmentation de la fréquence à laquelle chaque psychanalyste rencontrera ces cas et aussi en raison des implications organiques et psychiques auxquelles le sujet est confronté, et avec elle, la capacité de donner un lieu à ce qui n'a pas été nommé.

MOTS CLÉS: intubation endotrachéale, médecine, psychanalyse, traumatisme psychique.

INTRODUCCIÓN

La pandemia actual por COVID-19 ha sido el evento masivo que ha reorganizado a nivel mundial la vida diaria: las personas han tenido que habituarse a nuevas medidas sanitarias para poder prevenir un contagio, el diagnóstico de esta enfermedad se vuelve una noticia fatal, el aislamiento durante la enfermedad es necesario y, mientras dura, la salud entra en una montaña rusa, y los duelos simultáneos se convierten en eventos cada vez más comunes. Entre todos los panoramas disponibles para el estudio del psicoanálisis, parece que los asociados con la intubación endotraqueal y la inminente estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) requieren una vista particular que, hasta el momento, no ha sido planteada.

Desde siempre, la intubación endotraqueal se ha observado como un evento con un pronóstico sombrío, en la que se juega la esperanza de evitar una muerte para la que ni los familiares ni el sujeto en cuestión se encuentran preparados. El enfrentar una decisión que, en términos literales, pone en juego la vida en cuestión de horas, tiene un impacto en la vida física y psíquica de quien logra sobrevivir a ello. Dada la situación actual, el encontrarse en el consultorio con personas que hayan tenido que afrontar esta situación, y hayan superado el evento con todas sus complicaciones será cada día más común, y el psicoanalista debe saber lo que se está enfrentando, para llevar de mejor manera su tarea clínica.

Este planteamiento debe ser observado a partir de los distintos ejes que abordan la salud mental como prioridad, y el psicoanálisis no es la excepción: a partir del contexto freudiano del trauma psíquico, se debe poner especial atención a estos casos particulares.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El recorrido que se realizará para este estudio será a partir de dos eventos: por un lado, la intubación orotraqueal desde la medicina de urgencias, los factores fisiopatológicos que colocan en un estado de vulnerabilidad al sujeto cercano a la muerte, dejando a un lado a los pacientes que serán sometidos a este procedimiento por procesos quirúrgicos en que se usa la anestesia general. En este apartado, se analizará también las consecuencias médicas, que tienen una relación directa con la calidad de vida y la salud mental de quien sobrevive.

El segundo punto a considerar será la bibliografía disponible desde el psicoanálisis sobre el trauma psíquico y la capacidad que tiene para reorganizar la vida anímica del sujeto, así como las consideraciones psicoanalíticas puntuales para el tratamiento de estos casos particulares.

Por último, se cruzará la información encontrada a lo largo del recorrido realizado, esperando con ello abrir la puerta a nuevas teorías que puedan ofrecer abordajes más especializados, a partir del punto de vista psicoanalítico.

DESARROLLO

La intubación endotraqueal como procedimiento médico de urgencias

El 31 de diciembre del 2019, se anunció a nivel mundial la aparición de un nuevo microorganismo en la región de Wuhan, China, capaz de infectar y causar enfermedades en los seres humanos, un nuevo tipo de coronavirus que sería denominado COVID - 19. Poco tiempo después, el 30 de enero del 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud, declaró que el brote del nuevo patógeno era una emergencia sanitaria, y que se debían comenzar a tomar medidas para contener el contagio en la población mundial. De acuerdo a las cifras de la Organización Mundial de la Salud, para el 31 de diciembre del 2020, la enfermedad ya había cobrado mas de 1 millón 800 mil vidas humanas, y había infectado a poco más de 81 millones de personas alrededor del mundo [1]. La realidad ha cambiado radicalmente dada la situación: se ha llevado un periodo de confinamiento mayor al que cualquier persona creía capaz de soportarse, la capacidad hospitalaria nacional y mundial se encuentra en un permanente jaque, las medidas de seguridad e higiene se han intensificado, y el diagnóstico de la enfermedad casi siempre va acompañado de la incertidumbre de no saber su evolución y posibles desenlaces. Alrededor de todo este contexto apocalíptico, las personas que sufren un deterioro rápido debido a un Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) que pone en riesgo su vida, con la necesidad de una intubación endotraqueal, son las personas en las que este estudio se centra.

Una de las mayores prioridades a atender en un paciente en estado crítico es la vía aérea, ya que un manejo inadecuado de la misma y sus alteraciones tienen altos índices de mortalidad. Para ello, se han establecido protocolos de medicamentos englobados en la denominada “secuencia de intubación rápida”, la cual provee de un protocolo escalonado de pasos para asegurar un manejo adecuado, disminuyendo con ello las complicaciones secundarias a una hipoxemia, principalmente [2].

En términos generales, la indicación de realizar una intubación mediante la secuencia antes mencionada debe realizarse en aquellos pacientes en quienes se sospecha que la vía aérea no podrá mantenerse protegida. Los criterios médicos para llevar a cabo

dicho procedimiento son: una valoración con la Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 9, obstrucciones de la vía aérea, hematomas sofocantes en regiones del cuello, trauma o quemaduras de la vía aérea o del área maxilofacial, pacientes que requieren de sedación por agitación psicomotriz, trauma en tórax con datos de hipotensión, paro cardiaco, hipoxia refractaria a la reanimación, trauma raquimedular, grandes quemados, choque severo, incapacidad para mantener una vía aérea permeable y la insuficiencia respiratoria aguda [2].

Se estima que entre el 35 y el 74% de los pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) requieren intubación endotraqueal y ventilación mecánica. Las estadísticas ante este procedimiento son desfavorables, sobre todo ante la pandemia por COVID - 19: La tasa de mortalidad actual en pacientes intubados de entre 18 a 65 años de edad son de 76.4%, mientras que, para los mayores de 65 años, el porcentaje aumenta a un 97.2% [4]. Las secuelas de este procedimiento en los sobrevivientes a nivel fisiopatológico son variadas, comenzando con las locales que van desde las ulceraciones de la mucosa de la vía respiratoria, la isquemia provocada por la presión del dispositivo en el plexo submucoso, y la estenosis traqueal [5].

Las consecuencias de una estancia prolongada en la UCI también deben considerarse: Se estima que el 25% de los pacientes que han permanecido intubados por al menos 7 días desarrollan debilidad física (denominado debilidad/parestesia adquirida en UCI, o DAUCI), lo que contribuye aun destete tardío del ventilador. Esta entidad es causada generalmente por los medicamentos usados para el tratamiento de los pacientes críticos (principalmente corticoides, bloqueadores neuromusculares, furosemida, aminoglucósidos), cuadros de sepsis o respuesta inflamatoria sistémica [6].

El conflicto bioético alrededor de la intubación en situaciones de urgencias es amplio: aunque siempre el objetivo es a partir de evitar la muerte, las complicaciones, secuelas y daños ejercidos ante la persona en cuestión son variadas, por lo que la percepción del paciente tiene una importancia absoluta, y la autonomía de cada persona toma un papel estelar. Algunos pacientes quieren ser reanimados por la pequeña esperanza de sobrevivir, aunque la gran mayoría no desean arriesgarse a los largos periodos de estancia en la UCI, con todas las situaciones antes mencionadas [7].

En los casos de enfermedad, en general, el sujeto tiene un sufrimiento debido a que se encuentra vulnerable, temiendo por sobre todo al dolor, al sufrimiento y al desamparo. Junto con los factores ambientales (como el estado de los enfermos que rodean al paciente crítico, la despersonalización vivida en estos servicios, la manipulación física proveniente de numerosas personas, entre otros), la vivencia de una intubación endotraqueal y de la estancia prolongada en la UCI apoya a que haya una prevalencia cada vez mayor de manifestaciones de estrés postraumático, así como cuadros de ansiedad [8]. Otros estudios apoyan que las experiencias cercanas a la muerte (tal y como se está planteando la intubación en este estudio) ocasionan cambios en la vida del sobreviviente: la pérdida del miedo a la muerte, la necesidad de encontrar un nuevo sentido a la vida, el incremento de la autoestima, el sentirse especialmente favorecido por Dios, la mejora en las relaciones interpersonales y una disminución en la importancia brindada a las ganancias materiales son solo algunos de los hallazgos encontrados [9].

El trauma psíquico desde el psicoanálisis.

El contexto de trauma psíquico es de importancia para el psicoanálisis, e incluso en los tiempos freudianos se puede observar una evolución del mismo: en primer lugar, como una contingencia de la realidad material de contenido sexual, que daría base a los síntomas neuróticos histéricos y obsesivos. Posterior a ello, se puede hacer una diferenciación entre el evento traumático y la interpretación fantasmática del mismo, lo que explica la variedad de cuadros clínicos que se presentan ante estos hechos. La teoría de la economía del trauma resulta fundamental para este estudio, en el que el trauma es visto como algo que excede la capacidad del aparato psíquico para dominar la excitación resultante, y del cual resultan trastornos duraderos. En el estudio de la denominada neurosis de guerra, Freud establece que todos los neuróticos simulan de forma inconsciente, y el sujeto enfermo no sabe que simula, y se distinguen al menos dos cuadros importantes: aquellos que olvidan el evento traumático, y aquellos que no pueden olvidarlo [10].

Desde la perspectiva lacaniana, el trauma se establece en relación con la noción de *LaLengua*, dado que esta se sufre, se padece, y deja marcas en el cuerpo que dan lugar al *sinthome*. El conjunto significante no alcanza para producir un saber, ya que no

puede articularse, y genera un placer situado en relación con el goce [11]. La compulsión de repetición es denominada como el fracaso de la ligadura, dado que el trauma es aquello que se resiste a entrar en la cuenta, y siempre es “lo mismo” dentro de un sistema de diferencias. El trauma introduce la función de lo no asimilable, destituyendo la serie. Señala lo actual que no termina de inscribirse en el sistema de representaciones del trauma [12]. El psiquismo, para poder hacer frente a las tensiones producidas, hace uso del principio de placer: con el objetivo que se disminuya el displacer, las pulsiones de autoconservación del yo pospondrán la satisfacción, ubicando al trauma en la introducción a la pulsión de muerte. La pulsión de muerte se expresa como una fuerza que deconstruye, que no se liga a las representaciones, y adquiere eficacia en tanto haya una formación que deconstruir [13].

Las heridas psíquicas se encuentran ligadas de una forma íntima con las físicas, el malestar, la angustia, el dolor y el padecimiento. La noción de trauma se usa como explicación de las consecuencias de eventos trágicos capaces de generar gran cantidad de angustia, direccionado hacia el sufrimiento humano. Ante la existencia de un dolor intenso, hay una conmoción del yo, independiente a la duración de la misma; y una vez que se establece en el inconsciente, puede reaparecer transfigurado en acontecimientos inexplicables y penosos. Al mismo tiempo, el dolor se encuentra entre el límite del mundo exterior y el mundo interno, brindándole mayor complejidad al proceso [14].

Para estudiar el trauma psíquico se debe tomar en cuenta también al sujeto, como creador de sus fantasías, de su mundo interno, objetal, representacional, y su forma de introducirse en la vida, y por otro lado el sujeto en los contextos sociales: familiar, cultural, en sus relaciones con los otros, sitios en los que la subjetividad adquiere características únicas. En la relación entre sujetos y conjuntos distintos, el concepto de trauma adquiere sentidos específicos, ya que incluye sus propias marcas, sus propias formas de olvidar y recordar. El trauma, entonces, puede darse en un presente que puede asociarse con un pasado, como una inscripción novedosa, y no necesariamente remite a un origen, como el trauma de nacimiento [15].

De acuerdo a la Sociedad Española de Psicoanálisis, el trauma puede dividirse en dos grandes grupos: un trauma de “persona contra persona”, y un trauma que ocurre alre-

dedor de las catástrofes, como accidentes, eventos naturales, terrorismo, entre otros. La diferencia más grande entre ellos es la respuesta de solidaridad del medio. Mientras que, en los eventos catastróficos, las personas reciben gestos de amabilidad de su entorno de forma espontánea desde distintos frentes, como las asociaciones gubernamentales, familiares, vecinos, o semejantes que hayan estado presentes en el hecho; en los denominados “persona contra persona” son ocultados, y se consideran todavía hoy en día como un tabú [16].

Para el psicoanálisis, lo importante a señalar no es el acontecimiento per se y la violencia propia del mismo, sino con el factor sorpresa, el cual toma efectos dada la implicación de un sujeto en el acto. Esta implicación distingue al trauma del suceso traumático: el trauma no puede pensarse como un evento exterior, siempre hay una implicación subjetiva. El hecho traumático lleva a una ruptura con el fantasma, por lo que un tratamiento psicoanalítico debe atravesar por el acontecimiento, para tratar el trauma como tal [10]. Éste marca una ruptura con el pasado, la introducción de lo novedoso dentro de la incertidumbre. Lo traumático no solo es un único momento vivido por el sujeto, sino que incluye lo tramitado por la historia del sujeto e inmersa en el discurso familiar [16]. Por ende, requiere de al menos dos momentos para instalarse: el primero es el del momento del evento, con aquello de lo real que desborda sus capacidades de afrontamiento y de simbolización, lo cual provoca la fijación al trauma, y un segundo tiempo en el que se desencadenan los traumatismos cuando se reactivan las huellas. Según Freud, entre estos dos tiempos, hay un estado de latencia en que el sujeto queda en un estado de suspensión. El valor traumático del suceso se da por las condiciones psicológicas del sujeto (el cual carece de mecanismos que le permitan afrontar el hecho), la situación que impide una respuesta adecuada, y el conflicto psíquico que impide integrar en la personalidad consciente la experiencia que lo ha tomado por sorpresa, rompiendo en el momento los diques psíquicos frente al peligro [17].

La consecuencia de los desórdenes de las fuerzas pulsionales antes mencionadas provoca una perturbación de los mecanismos de defensa que están enfocados de la situación traumática. El trabajo analítico entonces va alrededor de las elaboraciones

traumáticas, como una forma de descubrir una nueva forma de pensar los acontecimientos traumáticos, como escenas fijadas en el pasado del sujeto. El trauma no solo revive las faltas fundamentales del sujeto, además remite al desamparo originario, y paralelamente se inscribe una base productora de nuevas organizaciones [15]. Dado el desbordamiento del yo del sujeto ante el evento, la labor del psicoanalista no se centra en una curación de los síntomas o del paciente, sino que se acompaña al sujeto en ese proceso de simbolización detenido, a diferencia de la medicina, en la que el silencio del síntoma es equivalente al éxito terapéutico. Ante el trauma, se habla de un cuerpo que habla, que simboliza en síntomas aquello que no ha podido ser expresado en el lenguaje, un cuerpo que se construye a partir de su relación con el otro, cuerpo apareado al goce, a través del deseo [16].

La intubación endotraqueal y... ¿el psicoanálisis?

A partir de la revisión del trauma psíquico que se ha elaborado hasta el momento, se puede pensar que la intubación endotraqueal, como procedimiento médico, cumple con los requisitos mínimos para poder equipararse a las vivencias que son capaces de generar un trauma psíquico: generalmente es un procedimiento que se requiere en un momento súbito en que la vida de la persona corre peligro, y el aceptar el procedimiento solo es el reflejo del último intento del sujeto consciente de preservar la vida, independiente al pronóstico y a las secuelas del mismo. De igual manera, y dada la intensidad del evento, es esperado que logre que el yo del sujeto se desborde, ocasionando con ello una reestructuración del psiquismo.

En este punto, es inevitable pensar el aceptar la intubación endotraqueal como la expresión máxima de la pulsión de vida: aferrarse a ese mínimo ápice de esperanza en que el sujeto en cuestión perderá por completo la conciencia y la capacidad motora, en que las cualidades sensitivas se verán por completo deprimidas, en que el cuerpo se encuentra con soportes medicamentosos para poder sostener el mínimo de funciones orgánicas necesarias, en que el sujeto se acerca al máximo a la muerte, apostando todo el tiempo a que la vida continúe.

Sin embargo, el efecto psíquico no termina ahí: una vez que el paciente despierta del coma, se deben tomar en cuenta las implicaciones orgánicas que terminan por alargar la agonía: no solo por las lesiones traqueales, o las complicaciones como la polineuropatía de la que antes se habló, o las fallas orgánicas que pueden seguir al procedimiento, sino también, el ambiente hospitalario común, que incluye el mantenerse cerca de gente sufriende enferma, junto con la ausencia de sus seres queridos, y en que la despersonalización puede ser extrema, sobre todo en situaciones críticas como la pandemia actual. Todo esto lleva a pensar que el trauma psíquico es mucho mayor del que se ha contemplado hasta el momento.

¿Cómo responde el psicoanálisis las necesidades que hay ante la presencia inminente de la muerte, como en los casos que en este estudio expongo? La bibliografía hasta el momento es poca, y se refiere más a las enfermedades crónicas que tienen el carácter de incurable, incluidos en la noción de la “terminalidad terapéutica”: en el momento en que el médico da un pronóstico ominoso al paciente, junto con las alternativas que se tienen al momento para prolongar la vida, el psiquismo tiene un juego importante: la muerte se actualiza ante la enfermedad, como esa entidad dolorosa y temible. Sin embargo, el diagnóstico puede encontrar un alivio a la angustia ante aquellas dolencias de un cuerpo que resulta extraño, dado que permite que el paciente se libere de sus elucubraciones. El enfermo terminal, al enfrentar la disfunción orgánica parcial o total de su cuerpo, puede recordar la idea de su propia muerte [18].

En este orden, reflexionar en la concepción de la finitud y la muerte desde el psicoanálisis también es útil para contemplar un mayor panorama. La muerte, indecible, queda circunscrita a las pérdidas, y se puede acceder a una cierta elaboración a partir de los duelos (como la pérdida de trabajos o de actividades profesionales) al negativizar la identidad propia, plantear que una parte de la vida ya no será igual. Sin embargo, y aún con los procesos parciales de elaboración, la muerte sigue siendo inimaginable, el inconsciente sigue convencido de su propia inmortalidad, no hay un modo eficaz de representación. Las enfermedades terminales, la vejez, y los deterioros bruscos del estado físico le hacen recordar al enfermo la condena de muerte con la que ha nacido. Y,

por otro lado, el mantener una posición de un sujeto deseante ante una situación adversa implica el aprovechamiento de las marcas simbólicas de las fallas orgánicas [18].

¿Es equiparable el paciente sometido a una intubación endotraqueal a uno que es asediado por una enfermedad terminal? En el instante en que se enfrenta con un médico que le plantea la opción como una única esperanza de vida, se puede plantear una respuesta afirmativa. La desesperanza, la cercanía con lo innombrable, la pérdida de la capacidad de mantenerse con vida, como características compartidas entre ambas entidades hacen lícita la relación antes expuesta. Y también al despertar, contemplar su propio cuerpo deteriorado que ya no será lo que fue, requiriendo soportes externos para mantenerse con vida, encontrándose en el límite, aunque el momento crítico haya pasado, se puede equiparar con el duelo permanente ante su propia existencia, un duelo que no puede ser elaborado.

El estado de dependencia que tiene el paciente extubado al despertar es otro punto a considerar: En este punto, hay una herida narcisista profunda, de dependencia absoluta, de regresión a los primeros estadios de la vida extrauterina, la alteración de las funciones orgánicas daña la imagen de sí mismo y la identidad corporal, por lo que los estados de aislamiento se figuran como formas de violencia que el enfermo puede ejercer a sí mismo y a los demás, resultado de la imposición de la realidad que lleva al paciente a encontrar un refugio en el narcisismo infantil, haciendo aparecer el odio, la culpa, la pérdida de la estima en sí mismo, y por ende, un terreno ganado para la pulsión mortífera [18].

Sin embargo, y a diferencia del enfermo terminal, el paciente extubado no tiene un periodo delimitado ante su propia vida: si bien la calidad de la misma nunca será la misma, la escala del tiempo parece no tener importancia en estos casos. Y el paciente extubado está condenado a sobrevivir con las marcas en su cuerpo de los procedimientos que se hayan realizado, con las terapias de rehabilitación física para aproximar su vida a lo más “normal” posible, y con las implicaciones psíquicas de haber afrontado a la muerte, y haberla vencido, al menos una vez.

Se pueden pensar al menos en dos momentos importantes para la génesis del trauma psíquico: por un lado, el momento de tomar la decisión de ser intubado con el fin de preservar la vida hasta las últimas consecuencias y entregarse a un estado de vulnerabilidad absoluta, y el segundo, el momento de afrontarlas dichas consecuencias, que también implican una nueva concepción ante la muerte, como algo que fue vencido, como algo que fue superado, algo por lo que ya se transitó, como algo que puede sorprenderse. Saberse mortal y vulnerable, dependiente como en la infancia, y al mismo tiempo encontrarse a sí mismo como un vencedor con heridas de guerra, teniendo pruebas tangibles de su propia inmortalidad, generan un conflicto que incluso raya en lo primitivo: en la vida incluso antes del placer. No es extraño encontrar entre estos pacientes aquellos que han abandonado sus alimentos predilectos por el miedo al daño, que se vuelven más cautelosos ante las decisiones y acciones cotidianas al punto de limitarse a las nuevas experiencias, y que buscan un cuidador que esté a su servicio en cualquier momento del día, para atender cualquier dolor que pudiera aparecer.

Las manifestaciones de cada uno de los casos serán variadas, y se encontrarán en distintas formas en los consultorios clínicos. Al igual que con el trauma, será la tarea del psicoanalista permitir un lugar para la resignificación de un conflicto que resulta profundo y entramado. Resignificar el trauma de una muerte vivida resulta en una tarea complicada, que los psicoanalistas de otros tiempos no habían enfrentado, y que dan una entrada particular para la teorización renovada ante las problemáticas actuales.

A MODO DE CONCLUSIONES

Una de las particularidades del psicoanálisis es que debe adaptarse a la subjetividad del momento en que se vive. El medio que nos rodea es un medio de contingencia sanitaria mundial, un nuevo orden internacional que pone en juego todos los valores que hasta el momento se conocían, y el psicoanálisis ha sabido adaptarse (al menos en cierta medida) al uso de las tecnologías para continuar su vigencia. Sin embargo, la adaptación del psicoanálisis no solo debe ser en la técnica, las teorías también deben renovarse, para seguir siendo de utilidad a los sujetos que acceden a la experiencia del diván, con todas sus particularidades. Y la subjetividad del tiempo también exige res-

puestas ante nuevos conflictos que parecieran inéditos gracias a la poca experiencia que hay alrededor de ellos, pero que hoy en día resultan imprescindibles.

Es por ello que equiparar la intubación endotraqueal (campo exclusivamente médico hasta el momento) al trauma psíquico es importante y necesario: no solo por el aumento de la frecuencia en que cada psicoanalista se encontrará con estos casos en la clínica, sino también por las implicaciones orgánicas y psíquicas a las que el sujeto se enfrenta, y con ello, la capacidad de dar un lugar a aquello que no ha sido nombrado. No permitir que lo real devore al analizado, funcionar como un aliado para la reelaboración de los sucesos, ser el sostén cuando atravesase por la vulnerabilidad y la dependencia absoluta parecen ser solo algunas de las nuevas funciones que el psicoanalista tendrá que cumplir a lo largo de la época actual.

¿Qué tanto de lo expuesto puede extenderse a los pacientes que, víctimas de la enfermedad, se encuentran en los hospitales, donde la muerte les rodea, donde los pronósticos cambian de un día a otro, sobre todo en temporadas tan catastróficas como la actual? ¿Cuáles son las oportunidades que el psicoanalista tiene para resignificar la experiencia de afrontar la muerte en cuestión de horas, y de haber sobrevivido a dicho enfrentamiento? ¿Cómo debe dirigirse la clínica en estos casos particulares, en que incluso la idea de la propia muerte pudiera resultar irreal? ¿Cómo tratar un psiquismo tan particularmente afectado? Todas esas son nuevas preguntas de investigación que pueden derivar de este estudio, y que sería esperado que, con el tiempo, vayan encontrando respuestas que también apoyen a la renovación del psicoanálisis.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Departamento de Seguridad Nacional, España. Revisado 20/01/2021. DOI: <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-31-diciembre-2020>

[2] ALMARES, JR. SAAVEDRA, MA. SALCEDO, O. ROMANO DW. MORALES, JF. QUIJANO, CA. FERNANDEZ, D. (2016). Inducción de secuencia rápida para la intubación orotraqueal en Urgencias. Elsevier, Repertorio de Medicina y Cirugía. 25 (4). Fecha de consulta: 2021/01/23. DOI: <https://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirurgia-263-pdf-S0121737216300759>

[3] GORDO, VF. CALVO, HE. ALGORA, WA. PEÑALTA SRM. NÚÑEZ, RA. TEMPRANO, VS. (2002). Análisis comparativo del pronóstico de pacientes intubados con y sin enfermedad obstructiva crónica. Medicina Intensiva. 26 (5). Fecha de consulta: 2021/01/25. DOI: <https://www.medintensiva.org/es-pdf-13033580>

[4] RICHARDSON, S. HIRSCH, JS. NARASIMHAN, M. CRAWFORD, JM. MCGINN, T. DAVIDSON, KW. AND THE NORTHWELL COVID – 19 RESEARCH CONSORTIUM. (2020). Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID – 19 in the New York City Area. JAMA. 323 (20). Fecha de consulta: 2021/01/ 27. DOI: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765184>

[5] MIRANDA, JE. HERRERA, M. VILLALOBOS, M. RODRIGUEZ, L. JIMENEZ, E. (2001). Lesiones traqueales por intubación prolongada y su relación con la presión del balón de tubo endotraqueal. Medicina Legal de Costa Rica. 18 (1). Fecha de consulta: 2021/01/27. DOI: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000200006

[6] IBARRA, EMMA. BRISEÑO, RJ. CHIQUETE, W. RUIZ, SJL. (2010). Debilidad adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos: Polineuropatía y miopatía del paciente en estado crítico. Revista Mexicana de Neurociencias, 11 (4). Fecha de consulta: 2021/01/27 DOI: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2010/rmn104e.pdf>

[7] GEMPELER, RFE. (2015). Reanimación cardiopulmonar. Más allá de la técnica. Revista Colombiana de Anestesiología. 43 (2). Fecha de consulta: 2021/01/29. DOI: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334714001476>

[8] LINDERMAN, VY. (2013). Estrés postraumático en sobrevivientes de enfermedad crítica en Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión de la literatura. PSIMONART. 5 (1 – 2). Fecha de consulta: 2021/01/29. DOI: <https://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen5-1/08%20Psimonart%2007%20-%20Estres%20Postraumatico.pdf>

[9] BONILLA, E. (2011). Experiencias cercanas a la muerte. Revisión. Investigación clínica, 52 (1). Fecha de consulta: 2021/01/30. DOI: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0535-51332011000100008&script=sci_arttext&tlng=en

[10] GUTIERREZ, PM. (2013). La vigencia de la concepción psicoanalítica del trauma. Desde el Jardín de Freud. 13.Fecha de consulta: 2021/01/30. DOI: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4782522>

[11] SUAREZ, NE. LOPEZ, SM. DAMIANO, JM. SCLANI, A. PIOVANO, AL. SANCHEZ, M. DE CRISTOFOLLO, C. BALLESTEROS, D. BRACCO, A. GOMEZ, A. GARBET, A. ZANGHELLINI, ML. PEREYRA, L. CARTIER, C. (2014) Las elaboraciones subjetivas del trauma en la clínica psicoanalítica. Jornada de Investigación y Encuentro de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología, IV Jornadas de Investigación y III Encuentro de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología. Fecha de consulta: 2021/01/30. DOI: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/51639>

[12] ALEJO, A. (2014). El trauma en los fundamentos del psicoanálisis. VI Congreso Internacional de Investigación Psicoanalítica y Práctica Profesional en Psicología. XXI Jornadas de Investigación. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología en MERCOSUR. Facultad de Psicología. Argentina. Universidad de Buenos Aires. 2014. Fecha de consulta: 2021/01/30. DOI: <https://www.aacademica.org/000-035/574>

[13] GOMEZ, AL. (2017). Trauma en la teoría psicoanalítica – constitución, manifestación y efectos-. Trabajo final de grado. Facultad de Psicología. Uruguay. Universidad de la República. Fecha de consulta: 2021/02/01. DOI: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/10927/1/G%c3%b3mez%20Aguirre%2c%20-Luc%c3%ada.pdf>

[14] FRUTOS, JP. (2016). La lesión psíquica en personas víctimas de accidentes de tránsito. Vicisitudes e incidencia del diagnóstico del TPETPT (trastorno de estrés post-traumático). Trabajo final de grado. Facultad de Psicología. Uruguay. Universidad de la República.Fecha de consulta: 2021/02/01. DOI: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8604/1/Frutos%2c%20Juan.pdf>

[15] PUGET, J. (2005). El trauma, los traumas y las temporalidades. Psicoanálisis AP-deBA. 27 (1). Fecha de consulta: 2021/02/01. DOI: <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/08/Puget.pdf>

[16] COLLANTES, AMA. (2013). Estudio sobre el trauma psíquico y su resignificación a partir de un caso clínico. Disertación previa a la obtención de título de psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Fecha de consulta: 2021/02/02. DOI: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5504/T-PUCE-5731.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[17] ARISTIZÁBAL, E. PALACIO, J. MADARIAGA, C. OSMAN, H. PARRA, LH. RODRIGUEZ, J. LOPEZ, G. (2012). Síntomas y traumatismo psíquico en víctimas y victimarios del conflicto armado en el caribe colombiano. Psicología desde el caribe. 29 (1). Fecha de consulta: 2021/02/02. DOI: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1550/9206>

[18] CARDONA, PMC. (2015). Metapsicología del dolor, la angustia y el duelo en el paciente con una enfermedad terminal. Universidad de Antioquia. Colombia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Fecha de consulta: 2021/02/02. DOI: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/7271/1/CardonaMilton_2015_MetapsicologiaDolor-Angustia.pdf