

Calligaris, Luciana Florencia

La sintomatología ansiosa asociada a agentes estresantes de origen sociocultural en usuarios del Servicio de Guardia de un Hospital Monovalente de Salud Mental de la Provincia de Córdoba

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Salvetti, Marcela Alejandra

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



*“La sintomatología ansiosa asociada a agentes estresantes de origen
sociocultural en usuarios del Servicio de Guardia en un Hospital Monovalente de Salud
Mental de la Provincia de Córdoba”*



La Espera
Montalbetti (2018)

Universidad Católica de Córdoba

Facultad de Filosofía y Humanidades

Licenciatura en Psicología



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Sistematización de Prácticas

Contexto Clínico

“La sintomatología ansiosa asociada a agentes estresantes de origen sociocultural en usuarios del Servicio de Guardia en un Hospital Monovalente de Salud Mental de la Provincia de Córdoba”

Estudiante

Calligaris, Luciana

Directora de TIF

Lic. Marcela Salvetti

Co Director de TIF

Dr. Mariano Buteler

CÓRDOBA - 2021

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A Ana quien abrazó este proceso.

A Marquis por fogonearme en el arte de la curiosidad.

A mis padres por cantarme desde la más tierna infancia que la oportunidad del estudio era su regalo para la vida.

A la Institución como colectivo humano de salud y en especial a quienes han dan dado voz y letra a estas oraciones, mis más sinceros respetos y agradecimiento.

A la vida, por ponerme aquí.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	13
2.1. HISTORIA Y ACTUALIDAD DEL H.N.P.....	16
3. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	19
4 .OBJETIVOS.....	21
4.1. OBJETIVOS GENERALES	22
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
5. PERSPECTIVA TEÓRICA	24
5.1. PSICOLOGÍA CLÍNICA: ASPECTOS GENERALES.....	25
5.1.1. UNA "JOVEN" EN BUSCA DE IDENTIDAD: ANTECEDENTES Y DESARROLLO	25
5.1.2 DEFINICIONES Y FUNCIONES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	32
5.1.3 DIAGNÓSTICO EN LA CLÍNICA	34
5.2. ANSIEDAD EN LA CLÍNICA.....	38
5.2.1 RECUPERACIÓN DE CONCEPTOS CLAVES: SIGNOS, SÍNTOMAS, SÍNDROME, TRASTORNO MENTAL.....	38
5.2.2. HACIA UNA DEFINICIÓN DE LA ANSIEDAD: ASPECTOS RELEVANTES PARA SU DIAGNÓSTICO. FACTORES ETIOLÓGICOS	40
5.3. RELACIÓN ENTRE CONTEXTO Y SALUD MENTAL.....	52
5.3.1. ACTUALIDAD ARGENTINA.....	60
6. MODALIDAD DE TRABAJO	63
6.1. SISTEMATIZACIÓN: ¿QUÉ, PARA QUÉ, POR QUÉ SISTEMATIZAR?.....	64
6.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	66
6.3 IMPLICANCIAS Y RECAUDOS ÉTICOS	67
7. ANALISIS DE LA EXPERIENCIA	68
7.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	69
7.2. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA	74
7.2.1 PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA RELACIONADA A LA PROBLEMÁTICA DE ANSIEDAD EN USUARIOS DEL SERVICIO DE GUARDIA.....	75
7.3 RELACIÓN ENTRE SALUD Y CONTEXTO	91
7.3.1. SALUD MENTAL: ¿ENRAIZAMIENTO PERSONAL E INSTITUCIONAL?.....	106
8. CONCLUSIONES.....	109
9. BIBLIOGRAFÍA	112
10. ANEXOS.....	122

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

Dx: Diagnóstico

HC: Historia clínica

HNP: Hospital Neuropsiquiátrico Provincial

TIF: Trabajo Integrador Final

UCC: Universidad Católica de Córdoba

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final se constituye como una sistematización de Práctica Profesional Supervisada y se realiza en el marco del reglamento que prevé la Universidad Católica de Córdoba para la obtención del título de grado de la Licenciatura de Psicología. El mismo, pretende una articulación teórico-práctica que encuentra apoyatura en la experiencia en el contexto clínico ligada a una perspectiva teórica que la fundamenta.

La inserción en campo se desarrolló durante los meses comprendidos entre abril y diciembre de 2019 y se llevó a cabo en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, Institución monovalente pública de Salud Mental que asiste a personas desde los 18 hasta los 65 años inclusive y cuya oferta prestacional se extiende a lo largo del ejido provincial recibiendo por tanto demandas tanto de la capital como del interior de la provincia de Córdoba.

El protocolo diseñado para practicantes del H.N.P establece la inclusión en dos servicios de la institución: servicio de Guardia interdisciplinaria y en talleres artísticos del Área de Rehabilitación. La información que aquí se expone y como se dijo anteriormente, es recabada a partir de los registros de campo realizados semanalmente en los distintos espacios recorridos que incluyen participación, en el primero de los espacios, de consultas por guardia, pases de guardia y revista de sala junto al equipo interdisciplinario. En lo que respecta al segundo de éstos, se realiza en un primer momento un acercamiento al rol en calidad de observadora participante en las distintas actividades planteadas por el Área pero con inclusión semanal en el taller de radio La Chispa, rol que fuera consolidándose desde un lugar más activo con el correr del tiempo. Como taller es un espacio que, abierto a la comunidad, permite el encuentro, intercambio y debate de temas elegidos por los mismos participantes.

A lo largo del trayecto de la práctica, surgen interrogantes que permiten pensar y definir el eje de sistematización de este TIF- *“La sintomatología ansiosa asociada a agentes estresantes de origen sociocultural en usuarios del servicio de guardia en un Hospital Monovalente de Salud Mental de la Provincia de Córdoba”*-, con especial atención al servicio de Guardia y actividades relacionadas a ésta, así como a formular los objetivos que fueron de guía para elaborar el presente. Llegado el momento se considera que abordar la temática resultaría significativo y relevante en tanto que, en primer medida, no había sido abordada por practicantes en años anteriores; y, en segundo lugar se ha tornado un tema recurrente a largo de la inserción en campo

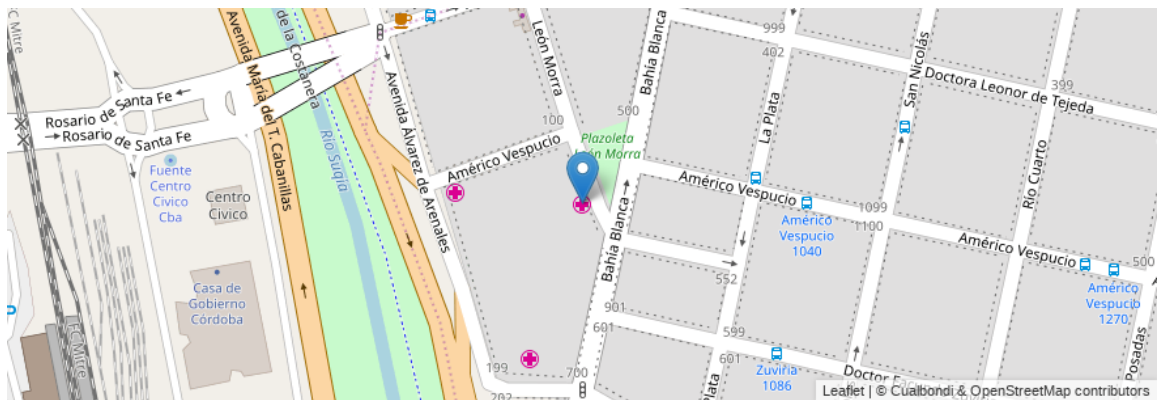
desde su primer día y se halla guardando relación con el contexto actual. El mismo cobra relevancia si se consideran, por ejemplo, los datos que arroja el Informe de Rodríguez Espínola y Salvia (2019) para la UCA acerca del desarrollo humano en términos de bienestar-malestar subjetivos de la población argentina en los últimos años, donde señala que los sectores vulnerables ostentarían carencias significativamente mayores en la dimensión hedónica y eudaimónica, resultando así doblemente afectados en problemáticas de depresión y ansiedad dado que “las percepciones, valoraciones y comportamientos de la población se encuentran socialmente condicionados y afectados por las desigualdades estructurales” (p.6).

En cuanto a la estructura, este trabajo se ordena en distintas partes. Inicialmente, una descripción que hace al contexto institucional donde se llevó adelante la inserción en campo; en segundo término, se plantean tanto el eje de sistematización como los objetivos general y específico. En una tercera parte, se extiende la perspectiva teórica que funciona de marco y/o de apoyatura conceptual para el posterior análisis. Se continúa con un apartado que hace a la descripción de la modalidad de trabajo empleada que reúne la caracterización de los sujetos, las técnicas y consideraciones éticas implicadas que se han tenido en cuenta para recabar y resguardar la información desprendida de la experiencia. En un quinto lugar se despliega el análisis de la experiencia que recoge en primera instancia la recuperación del proceso vivido, donde se busca ilustrar el discurrir de la experiencia a través de períodos de tiempo conforme ésta avanzaba; y, en segunda instancia, un análisis y síntesis donde el material recogido es articulado con los conceptos teóricos que se han esbozado en el apartado anterior y esto es siempre desde un posicionamiento de apertura a escenarios de distintas posibilidades. En penúltima parte, se desarrollan algunas conclusiones, reflexiones e interrogantes personales sobre el presente T.I.F. Ya como cierre del presente trabajo se hace mención a la bibliografía utilizada y a los anexos donde se adjunta material sobre los casos clínicos seleccionados trabajados y recuperados en el análisis.

Será de destacar que se ha hecho opción por el término ‘usuario/a’ atendiendo a normas vigentes en Salud Mental que designan por tal a cualquier persona de la comunidad que acceda o solicite el servicio de un equipo interdisciplinario de ésta. (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2017). Sin embargo, se respeta la terminología que utiliza cada autor y miembro de los equipos tratantes en sus planteos teóricos al referirse a pacientes.

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, sito en calle León S. Morra 160 B. Juniors Departamento capital, donde se llevó a cabo la inserción en campo para su posterior sistematización, es una Institución monovalente de Salud Mental que forma parte del Sistema de Salud Público y que se halla en proceso de adecuación atendiendo a las disposiciones del Marco Regulatorio vigente de la República Argentina a partir de las leyes sancionadas en 2010, a saber Ley N° 26.657 Ley Nacional de Salud Mental y Ley N° 9.848 Protección de la Salud Mental de la Provincia de Córdoba.



Esta Institución se halla abocada al abordaje específico de patologías psiquiátricas agudas, con exclusión de diagnósticos de adicciones, demencias, retraso mental y patologías orgánicas, exceptuando aquellas en situación de crisis. En cuanto al rango etario de asistencia, es el comprendido entre los 18 a los 65 años. En lo que respecta a profesionales dispone prestación interdisciplinaria que aúna en equipos de trabajo a psicólogos/as, médicos/as psiquiatras, médicos/as clínicos, bioquímicos/as trabajadores/as sociales y enfermeros/as.

Conforme a su estructura, es preciso subrayar que el H.N.P se encuentra organizado en al menos 3 áreas centrales, Guardia, Internado y Área de Rehabilitación así descriptas.

La Guardia externa 24hs ofrece prestación de asistencia a usuarios/as que se presentan ya sea por demanda espontánea, prejudicial o judicial. El servicio se halla subdividido en 5 equipos de trabajo distribuidos a lo largo de los cinco días hábiles contando con profesionales que se alternan para dar respuesta días sábados y domingos. La subdivisión que se menciona responde a una lógica de administración y distribución en la que a cada equipo tratante se le designan zonas de cobertura o precintos, anteriormente seccionales, que abarcan toda la Provincia de Córdoba.

De acuerdo a ésto, se referencia a cada usuario/a con el equipo que corresponda al lugar de residencia de éste ya sea barrio o localidad. En lo que hace a lo estadístico, este servicio recibe alrededor de 50 a 60 consultas por día.

Por su parte, el Internado funciona sectorizado en dos pabellones uno de mujeres y otro de varones contando con plaza de 53 camas aproximadamente y una sala de cuidados especiales. En el espacio se encuentran también consultorios internos, una sala de enfermería y una destinada a reuniones de equipo donde se llevan a cabo por ejemplo las Revistas de Sala.

En otro sector, se encuentra el Área ambulatoria comprendida por dos subgrupos de prestación, una de ellas es el servicio de Consultorios Externos y otra el Área de Rehabilitación. El primero, ofrece atención ambulatoria a través de turnero y recibe tanto demandas espontáneas como de quienes han sido externados y requieren continuidad de tratamiento. Integrada y organizada también por equipos, esta oferta prestacional ambulatoria cuenta con especialidades de clínica psiquiátrica, psicología, clínica médica, odontología, laboratorio de análisis y trabajo social.

El Área de rehabilitación por su parte se caracteriza por ser un espacio de salud, una prestación también ambulatoria dirigida a la comunidad y por esta entendida usuarios/as externados, familiares, estudiantes, pasantes y vecindad.

Como parte del área, se desarrollan múltiples talleres artísticos con efectos terapéuticos. El área en sí no cuenta con personal exclusivamente asignado, siendo la mayoría de sus coordinadores, tanto técnicos-artistas como terapéuticos, voluntarios. Estas actividades comprenden taller de música Los pickles, cerámica, bio danza, canto, teatro, periodismo gráfico, bordado, literatura, cine y radio La Chispa, esta última en la que se hizo la inserción, son coordinadas en conjunto con Abracadabra una Asociación Civil sin fines de lucro que reúne a profesionales del H.N.P y a artistas ad honorem.

Es preciso destacar también que dentro del área funciona La Rampa que se constituye como un espacio de acompañamiento y rehabilitación al usuario internado (Brasca, 2014).



2.1. HISTORIA Y ACTUALIDAD DEL H.N.P.

En lo que respecta a los cimientos fundacionales de la Institución, se fecha en el año 1890, tal como reza su antiguo, pero aún utilizado, ingreso principal. De Leonardis y Lafi (2010) deslizan que las distintas etapas que ha atravesado, se han visto influenciadas tanto por los paradigmas, y con ellos las distintas formas de concebir un paciente y de tratarlo, como por los escenarios políticos de cada momento. Por tanto en un proceso de reconstrucción histórica sugieren períodos a saber, un primer momento fundacional que iría de 1890 a 1907 como “Asilo de Alienadas” con funciones asistenciales y de caridad de carácter religioso no constituyendo una institución médica ni dedicada exclusivamente al tratamiento de padecimiento mental.

Una segunda etapa refieren podría situarse en el periodo 1907-1980 que coincide con el ingreso de la Facultad de Medicina lo que hace virar el objetivo modificándolo para ser ahora ya de asistencia médica a internos y de enseñanza de la psiquiatría. Ante imposibilidad de cura los tratamientos habrían implicado métodos de sujeción mecánica como cadenas y chalecos de fuerza además del encierro, resultando así una concepción del paciente “puesto al servicio del avance del conocimiento científico, no como sujeto de derecho, sino como objeto de estudio” (De Leonardis y Lafi, 2010, p.5). Años posteriores, en 1950 se destaca el pase de administración del Hospital de la Sociedad de Beneficencia quien fuera su fundadora al Ministerio de Salud Pública

y Asistencia Social de la Nación. Además insisten en señalar que el periodo entre los años 50 y 70 se halló signado por distintos gobiernos de facto lo que habría aparejado un desmantelamiento en materia del Sistema de Salud Público que implicase modificaciones incluso edilicias en el Hospital.

Con los gobiernos de facto en el pasado y el advenimiento de la democracia, se señalará una etapa que va desde el año 1983 al 2000. La apertura democrática habría posibilitado en el país una modernización en los servicios a partir del movimiento de la Antipsiquiatría que cuestionaba el modo asilar y que en el H.N.P se vio reflejado en la incorporación de los equipos interdisciplinarios, se trabajó en la rehabilitación conformándose así el área que contempló el contexto y los vínculos de los pacientes. También se incorpora el servicio de emergencia y el área de psicoanálisis.

En los 90' comienza lo que De Leonardis y Lafi (2010) refieren como un retroceso en tanto se inician recortes presupuestarios y de recursos personales que impactan en tanto en el trabajo interdisciplinario como en lo edilicio. Se da a considerar una penúltima etapa que se iniciare en el 2000 y que se estrecha con el periodo anterior en tanto que continúan los recortes en presupuesto y se evidenciaría una disminución en las disciplinas alternativas a la médica lo que significó una afectación al trabajo interdisciplinario y que con particularidad, el Servicio de psicología no fue incluido en el plan de reformas y su personal se vio disminuido. El presupuesto fue destinado principalmente al mejoramiento edilicio y sobre todo el área del internado y sus pabellones y junto con la seguridad del edificio.

En la actualidad, y desde el año 2010, se sancionan en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) y la Ley N° 9848, Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba (2010) y es por este motivo que el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial debe sujetarse y adecuarse a las disposiciones en tanto que éstas dentro de sus objetivos buscan asegurar la protección de la Salud Mental constituyendo un avance respecto a los DDHH. Respecto de la Ley Nacional, Hermsilla y Cataldo (2012) referirán que ésta supone cambios tanto conceptuales como operacionales inaugurando un periodo de modificaciones, de revisión de prácticas y concepciones en la atención de personas con padecimiento mental siendo “deseable que todo profesional en el área de la Salud Mental, sea en la atención pública o privada, haga suyo los principios enunciados en la legislación” (p.1).

Castro Castillo, Peñaloza y Romero (2019) señalarán que ambas leyes instauran a la vez que proponen tanto una transformación del Sistema de Salud Mental como un nuevo Paradigma de Salud Mental Comunitaria que adoptara la modalidad de una red de dispositivos entre los que se contemplan casas de medio camino, Hospitales y centros de día, atención domiciliaria, talleres protegidos artístico culturales, programas de rehabilitación socio-laboral y acompañamientos terapéuticos

3. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“La sintomatología ansiosa asociada a agentes estresantes de origen sociocultural en usuarios del Servicio de Guardia en un Hospital Monovalente de Salud Mental de la Provincia de Córdoba”

4 .OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS GENERALES

- Analizar la sintomatología ansiosa asociada a agentes estresantes de origen sociocultural a en usuarios del HNP.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la sintomatología ansiosa de los usuarios que concurren al servicio de guardia del HNP y sus manifestaciones clínicas.
- Reconocer los agentes estresantes de origen sociocultural en sus distintas dimensiones (familiar, laboral y social) en los usuarios que concurren a la guardia del HNP.
- Identificar la situación socioeconómica de los usuarios diagnosticados con sintomatología ansiosa que concurren al servicio de guardia y los efectos en su salud psíquica.

5. PERSPECTIVA TEÓRICA

5.1. PSICOLOGÍA CLÍNICA: ASPECTOS GENERALES

5.1.1. UNA JOVEN EN BUSCA DE IDENTIDAD: ANTECEDENTES Y DESARROLLO.

La psicología es, desde la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003), argumentada como una ciencia definida por el estudio del comportamiento ya sea normal o anómalo, lo que la gente hace, que incluiría desde la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional, el decir y hasta el hacer propiamente dicho y valga la redundancia, en los distintos ámbitos del hacer humano en sus distintos contextos ya sean sociales, familiares, laborales o educativos.

Sería dable considerar, según la Federación, que como disciplina científica “tiene un largo pasado pero una corta historia” (p.1) en tanto que su institucionalización dataría recién de finales del siglo XIX.

Su surgimiento habría sido posible, al igual que el resto de las ciencias humanas, en un contexto histórico donde el saber científico se volcaría distinto a otros tiempos, sobre los propios sujetos, sobre la persona como objeto del saber científico, a saber “cómo el mundo construye al sujeto o cómo el individuo es modelado por el mundo” (p.1) y sobre la sociedad y con ello, la intención de perseguir mejoras posibles para éste y para la sociedad misma.

Respecto de los antecedentes particulares de esta disciplina cabría señalar que el hito fundante remontaría a 1879 cuando Wilhelm Wundt desarrolla lo que fuera el primer laboratorio de Psicología en la Universidad de Leipzig. Señalarán que por la fecha son hitos también el primer Tratado de Psicología por William James en 1890, los estudios acerca de las diferencias individuales de Francis Galton en 1885, el Congreso de Psicología Experimental en 1889 dirigido por Théodule Ribot y la fundación de la fundación de la American Psychological Association

junto con la revista *Psychological Review* en 1892. Ya el siglo XX traería consigo lo que serían los institutos aplicados y las primeras cátedras universitarias. Aún así y más allá de los hitos particulares sería notable “ver la simultaneidad con la que aparecen en los distintos países los laboratorios, los tratados y las figuras señeras” (p. 2).

Existiendo un conocimiento básico, ya la aplicación social sería diversa y pareja su implementación profesional respecto de la institucionalización de la Psicología y esto habría sido tan pronto fue requerida. La EFPA (2003), en este sentido daría en considerar que uno de los campos profesionales y perfiles tradicionales en los que se aplicó la disciplina fue la Psicología Clínica.

De acuerdo a la EFPA (2003) partirían de una misma historia aunque con distinto perfil, “al hilo y en interacción” (p.2), remitiéndose a los orígenes de la psicología clínica respecto de la Psicología general y es que, ambos estudios, uno aplicado a aquellos comportamientos que implican algún trastorno y el otro al comportamiento normal, marcharían juntos es más dirán que correrían en paralelo.

Así es que, en la historia se habrían sucedido primero lo referente al funcionamiento considerado normal de la personalidad y sus conceptos psicológicos, para luego continuar con el desarrollo de técnicas diagnósticas siguiendo con las formulaciones de tipo psicopatológicas, procedimientos terapéuticos, y finalmente, la institucionalización profesional de la disciplina, es decir que tanto diagnóstico, psicopatología, tratamiento e institucionalización han sido en interacción con la psicología misma.

Aún así, Bernstein y Nietzel (1982) repararán en afirmar que la psicología clínica surgiría diecisiete años después de fundado el laboratorio de Wundt cuando ya estaba establecida lo que sería la tradición de investigación experimental motivo por el cual los primeros psicólogos clínicos comenzarán a razonar como científicos y a utilizar métodos de laboratorio en los problemas clínicos, para continuar afirmando que es de allí que se observaría una tendencia de estos a la evaluación.

Estos autores deslizarán que se trata de un disciplina antigua porque tiene orígenes tiempo antes de que se empezara a hablar de ella pero que aún “es joven y, como cualquier adolescente, está lleno de conflictos y de inquietudes sobre su identidad y sobre su actuación para seguirse desarrollando” (p.26).

El interés por las diferencias individuales, su medición y la ocupación por los casos concretos y particulares habría sido lo que le permitió a la psicología clínica surgir como especialidad puesto que, referirán los autores que, si bien se admitían características individuales entre seres humanos no fue hasta inicios del siglo XIX que adquirieron relevancia las sutiles diferencias psicológicas entre los individuos que antes eran clasificados entre hombre-mujer, bueno-malo, sano juicio-loco etc;.

Ya con la idea de las diferencias sobre el funcionamiento de la mente, se agregarían para Bernstein y Nietzel (1982) tres elementos influyentes para el surgimiento de la disciplina. Uno de ellos fue el sistema de pruebas sensomotoras de Catell-Gaton para determinar estructuras relativamente estables que favoreció el surgimiento de lo que lo fue la primer clínica de Psicología. Otro de ellos, fue la batería de Instrumentos diseñada por Binet y Henri con las que se analizaban funciones mentales más complejas que prepararía el escenario de las pruebas mentales y daría su identidad a la disciplina.

Por último, el tercero de los elementos influyentes fue el cambio de opinión y la forma de tratar los desórdenes mentales. Primitivamente, a todas aquellas conductas consideradas inusuales, inesperadas o extrañas se le fueron atribuidas explicaciones sobrenaturales. Se creía en la existencia de demonios o espíritus mientras que por tratamientos se utilizaban exorcismos, trepanaciones, perforaciones etc;. El siglo XVIII trajo junto con los referentes reformistas europeos y americanos, según los autores, la convicción de que no se trataba de posesiones demoníacas sino ya de enfermedades mentales lo que permitió fueran mejorando las condiciones de vida y los tratamientos, abriendo paso ya a la medicina que a fines del siglo XIX y luego del descubrimiento de que un síndrome como el sífilis que implicaba un deterioro cerebral y que había sido tratado como locura, dio impulso a considerar que los desórdenes conductuales tenían bases orgánicas y que por tanto correspondía a la medicina su investigación y tratamiento.

Bernstein y Nietzel (1982) describirán que pese a este avance de la medicina, algunos médicos pertenecientes a lo que se habría dado en llamar la revolución psiquiátrica mostraron interés por el fenómeno de la hipnosis lo que dio lugar a considerar, con investigación y demostraciones de Charcot, Janet y Bernheim, la posibilidad de que desórdenes como la histeria y otras enfermedades mentales tuvieran al menos en parte, origen psicológico y que por tanto en algunos casos responderían mejor a un tratamiento de esta índole que uno orgánico.

En este escenario es que, tanto la EFPA (2003) como Bernstein y Nietzel (1982) coincidirán en que el año 1896 sería la fecha de bautizo, un tiempo fundacional de la Psicología Clínica, puesto que hay dos hitos que darían inicio al desarrollo y estado actual de la disciplina: los estudios de Sigmund Freud y su nominación de “psicoanálisis” a su método clínico y el reconocimiento de Lighner Witmer como el primer psicólogo clínico con la fundación de lo que fuera la primera clínica psicológica del mundo.

El primero de estos sería de una gran influencia para la psicología clínica puesto que el psicoanálisis de Freud habría significado lo que fuera una ruptura, tal señala la EFPA (2003), con la tradición neuropatológica y con ello el inicio de un novedoso enfoque que hoy sería plausible de inscribirse como Psicología clínica y así es que afirmarán “Freud pasa a una forma de conocimiento con base en la escucha biográfica, lo que habría de permitir una concepción propiamente psicológica, con su psicopatología y psicoterapia” (p.3).

En lo que concierne al desarrollo de Witmer, señalan que de cara a su formación doctoral con Wundt y la posterior fundación de la clínica llamada precisamente de Psicología clínica empezó a delinear lo que sería el papel clínico del psicólogo. En esta señala, la EFPA (2003), se ofrecían tratamientos para deficiencias del desarrollo infantil y además se impartía una formación para los estudiantes de la Universidad de Pennsylvania en psicodiagnóstico y aplicación terapéutica a la que su fundador llamó método clínico. Asimismo se le reconoce el logro de la creación de la primera revista psicológica en 1907.

Ya entre los años comprendidos entre 1918 y 1941, tiempos de entre guerras se libraron, tal señalan Bernstein y Nietzel (1982), las dos batallas históricas conocidas como la Primera Guerra Mundial y la Segunda Guerra Mundial, conflictos que fueron de gran relevancia para el desarrollo de la disciplina porque si bien explica que, de forma embrionaria se había gestado antes de las guerras, su mayor desarrollo y popularización fue durante estas y así lo expone “es una especialidad que se inició hace sólo 75 años, y que comenzó a desarrollarse realmente después de la Segunda Guerra Mundial” (p. 4) considerándola además hija de la posguerra. Los autores señalan que en tiempos de la primera batalla se le fue requerido enfocarse en el diagnóstico de adultos que no se encontraran en situación de hospitalización, lo que se debería a que el Ejército de Estados Unidos, ya en guerra, precisó clasificar a numeroso personal para determinar tanto su nivel intelectual como su estabilidad emocional, tarea que comprendía la

realización de variadas pruebas y que le habría sido encomendada al entonces presidente del APA Robert Yerkes quien formó una comisión de psicólogos experimentales con el fin de ejecutar los medios necesarios para lograrlo.

En esta época habría sido creciente el reconocimiento de los psicólogos clínicos por la aplicación de estas pruebas de personalidad de índole proyectivas que dieron un lenguaje común que aunaba a psicólogos y a psiquiatras, los primeros abocados al diagnóstico y los segundos a la terapia, hecho que significó primero cierto alejamiento de las pruebas y luego un acercamiento de los psicólogos al contacto con la gente y que se involucraran con ésta atendiendo no sólo a un aspecto sino al paciente todo. Además en este tiempo fue prolifera la investigación y la teorización que se comenzó acerca de temas relevantes para la disciplina como la naturaleza de la personalidad, las causas de los desórdenes del comportamiento, el origen de la inteligencia humana respecto de la herencia o el medio ambiente etc.

Pese a este avance recalcan Bernstein y Nietzel (1982) la psicología clínica aún no había sido reconocida como profesión y más aún, considerada ,según el autor, de segunda clase por ser los profesionales confundidos como técnicos de pruebas psicológicas lo que resultó para estos y para la disciplina la escasa ayuda de las universidades y de la misma APA que se habría mantenida desinteresada en mejorar su imagen al no exigir certificados oficiales ni estableciendo formación normalizada y así se pronunciará para enfatizar la adolescencia que transitaba la disciplina que anteriormente nombraba “sólo se necesitaba el apoyo de la ciencia madre, la Psicología, y de la sociedad a la que servía para llegar a su mayoría de edad” (p.51).

La Segunda Guerra Mundial habría traído consigo el interés y el apoyo que esta estaba necesitando, los psicólogos y los médicos eran designados por el ejército. Las pruebas que se habían hecho en el primer conflicto bélico fueron para este entonces ya masivas al ser aplicadas al personal del ejército y se sirvieron tanto de la psicometría como de la clínica consistiendo en breves pruebas de inteligencia y aptitudes con fines de selección de este personal, algunas de las técnicas habrían estribado en medir comportamientos de candidatos en situaciones de presión y de frustración.

Al margen de esta selección, las secuelas del conflicto requirieron un compromiso mucho mayor ya que fueron hospitalizados en neuropsiquiátricos alrededor de cuarenta mil veteranos de guerra que necesitaron de diagnósticos y tratamientos.

Bernstein y Nietzel (1982) referirán que “No fue la ciencia ni la profesión de la Psicología en sí misma, sino la Segunda Guerra Mundial, con su secuela de recursos humanos, lo que revolucionó la formación y el trabajo de la Psicología clínica” (p.53).

Vista esta necesidad social de la que se pronuncia la EFPA (2003) como desbordante de las condiciones clínicas del momento fue que en 1945, precisamente con la finalización de la guerra, la disciplina alcanzó un reconocimiento mediante una certificación legal en EE.UU que suponía pasar por una formación en Psicología clínica que algunos autores habrían dado en llamar la santísima Trinidad puesto que incluía la investigación científica, pasando por la evaluación psicodiagnóstico hasta el tratamiento psicoterapéutico y además de ello en ese mismo año habría sido promulgado el código ético de como también el reconocimiento de la experticia acerca de enfermedades mentales de los psicólogos clínicos.

Respecto de los años 50 insiste la EFPA (2003) que, fue el tiempo en que se consolidó la disciplina a la vez que se expandió en sus horizontes, tanto científicos como profesionales, y que recibió reconocimiento social a considerar por las demandas que recibía y por las satisfacciones que sus prestaciones se generaban. Por estos años, según señalan, fue de relevancia el desarrollo de nuevos sistemas psicoterapéuticos o psicoterapias más allá de las clásicas, cada una de estos con sus propios modelos psicopatológicos de los trastornos que tratan y con ello sus respectivas pruebas psicodiagnósticas. Más allá de esto, será clave resaltar que posterior a los años 50 es que se demostraría investigaciones sistemáticas mediante, la eficacia de la terapia psicológica.

En Argentina para ese entonces, refieren Bregman y Molina (2017), las carreras de psicología ya habían sido fundadas, siendo la primera la de Universidad Nacional de Rosario (UNR) en 1955 aunque sería recién para 1960 que se contarían los primeros graduados en el país.

Según señala, entre sus programas de estudio se contemplaban las especializaciones en laboral, educacional y clínica habiendo sido esta última la que se habría impuesto mayormente.

Gonzales Aguirre (2012) señala que la década del setenta trajo consigo un golpe de estado a nivel país que autodenominado Proceso de Reorganización Nacional, supuso la existencia de un Estado terrorista clandestino sostenido en organizaciones ilegales originadas en las Fuerzas Armadas, la policía y un consenso civil referirá bastante generalizado.

Una vez perdida la legitimidad del orden constitucional la Junta Militar habría producido un desmantelamiento del sistema representativo interviniendo los gobiernos provinciales y

municipales, eliminando las instituciones democráticas y violando con ello de forma sistemática las libertades públicas y privadas.

Censura, persecución y represión hicieron a la violación de la Derechos Humanos que se hicieron extensivas a las corrientes ideológicas todas, actividades gremiales, colectivas y sociales con clausura de la vida tanto política como sindical. En este sentido agregará que fueron también devastados los espacios académicos y asociativos. Asimismo referirá “se desplegó una estricta vigilancia sobre todos los ámbitos de la producción del conocimiento, el arte y la difusión de ideas (p. 116) y en el ámbito de la psicología al considerar que la evolución que se había logrado fue brutalmente interrumpida, sus docentes desaparecidos, cesanteados o decidían abandonar sus cargos puesto que la adhesión a una línea teórica así como la práctica del trabajo social o comunitario eran considerados subversivos y en ese marco la idea que predominaba era eliminar lo subversivo.

No obstante, señalará que muchos psicólogos se reunieron en grupos de estudios secretamente para mantenerse produciendo y eso explicaría lo que sería un desarrollo hacia adentro porque hacia afuera y lo social se hallaba coartado, en el que se complejizó internamente la clínica hecho que le daría una primacía no sólo en la provincia sino en el país así como el reconocimiento acerca del nivel teórico alcanzado.

González Aguirre (2012) aludirá que frente a las demandas por hechos de corrupción, de responsabilidad militar en lo que fue la guerra de Malvinas pero principalmente por la violación de los Derechos Humanos resultará que en el año 1982 los militares al ver debilitados sus frentes comenzarán a planificar lo que sería una retirada acelerada y negociada que desembocó en una transición hacia la apertura democrática que tendrá lugar en octubre de 1983 con las elecciones.

En un escenario de crisis económica y social, pero internacionalmente favorable hacia los gobiernos democráticos señalará, es que asume en 1983 el Dr. Raúl Alfonsín y sobrevienen en la década de los ochenta procesos democratizantes y a colación referirá “la apertura democrática significó para los psicólogos una puerta abierta al reencuentro con los sobrevivientes del desastre y el regreso a lugares poblados de ausencia” (González Aguirre, 2012, p.170), poniendo en relieve en la enfática intervención del Colegio de Psicólogos de Córdoba en políticas de Derechos Humanos en la atención a familiares de desaparecidos.

González Aguirre (2012) expresa que lo que había sido iniciado de modo productivo aunque de forma prácticamente secreta por los riesgos que suponía, se continuó y aceleró en una sociedad ya democrática que recobraba impulso y que, en este marco de producción y concatenación de esfuerzos se hacía posible la concreción de demandas sectoriales movilizadas por los mismos psicólogos.

Sería en ese período y producto de las presiones por conseguir reconocimiento legal de la disciplina que se promulga la Ley provincial 7.106 del Ejercicio profesional en 1984 cuya sanción significó:

la posibilidad de hacer legal lo que es legítimo. Sus principios fundacionales fueron autonomía, libre ejercicio profesional e igualdad de derechos con las demás carreras (...) procurando ocupar el espacio real que competía a la disciplina pero principalmente frente a las exigencias de la sociedad (González Aguirre, 2012 p.172).

Además, desliza que proporcionó oportunidades de trabajo en el sector público, en el campo de la prevención, promoción y rehabilitación.

5.1.2 DEFINICIONES Y FUNCIONES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

En relación a la definición de la psicología clínica, Lagache (1982) afirma que la psicología clínica está dirigida al estudio profundo de casos individuales en el que su objeto de estudio apunta a la conducta humana individual y a sus condiciones, entre las que se incluye su historia de vida, la herencia, maduración y condiciones fisiológicas y patológicas. Por tanto, este autor sugerirá existe un arte clínico que consiste en poder vincular al caso individual con un tipo general y adecuarse a lo que tiene este de original. Así, destacará el autor el hecho de considerar a la psicología clínica como siempre exploración en la que se establece una relación personal y directa con un ser humano concreto y total en la que el “*estudio [será] de la persona total en situación*” (p.1).

Bernstein y Nietzel (1982) se remontarán a la etimología de la palabra clínico que viene del griego y significaría ‘el que visita al que guarda cama’ (p.12), para así poder ilustrar que la preocupación de estos profesionales es por ayudar, en un contexto de atención individualizada, a quienes tienen problemas psicológicos.

Adicionando una definición acerca de la psicología clínica la EFPA (2003) se pronunciará diciendo que se trata de un “campo de especialización de la psicología que aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo, aquél que supone algún trastorno para la propia persona y/o para otros” (p.2). Asimismo referirá que se interesa fundamentalmente en el psicodiagnóstico con miras a identificar el trastorno, analizar su condición psicopatológica, poder explicarlo para así poder proceder a realizar un tratamiento y remediar el problema y/o a prevenirlo llegado el caso.

Desde un perfil histórico, Ulloa (1995), sostiene que la psicología clínica ha estado predominantemente ligada a lo psicopatológico, institucional-asistencial, a los fines de diagnóstico y a la utilización de tests. En tanto, sugiere, se ha instituido una imagen tanto limitada como rígida de la disciplina y es por eso que propone una mirada que sea plástica a la vez que situada.

Para Bernstein y Nietzel (1982) la posibilidad de que a la disciplina se la reconociera como especialidad guarda relación con el reconocimiento de las diferencias entre seres humanos y también con la posibilidad de que pudieran esas diferencias medirse porque según este autor lo que hoy resulta ‘natural’ en cuanto a aceptar que cada persona se presenta como única y diferente a las demás, con capacidades, intereses y personalidades diferentes es relativamente reciente. Es en este punto que también mencionan, como parte de su desarrollo, la teoría de Charles Darwin de considerar la variación en las características individuales en el interior de y entre las especies que incluye a los humanos. Siguiendo su línea de pensamiento refieren que existe una diferenciación entre los demás psicólogos y los clínicos en cuanto que los primeros estudiarán acerca de los problemas psicológicos, su naturaleza y causas, asumiendo una actitud más abstracta en la que atienden a nivel general los principios y las relaciones que gobiernan los problemas de la conducta humana. Respecto de los clínicos insisten en que, el interés reside en reconocer las diferencias individuales y así lo referirán: “conocen, aprecian y a veces participan en este tipo de estudios, pero su interés primordial consiste en entender cómo esos principios y

relaciones generales se plasman en la vida y en los problemas de los individuos” (p.6) situándose en un nivel idiográfico desde el cual investigar las posibles aplicaciones en el tratamiento de los individuos que surgen de la investigación teórica.

A propósito de las características personales de los psicólogos clínicos Echeburúa, Salaberría, De Corral y Polo-López (2010) expresarán que éstos indistintamente del ámbito en el que se desarrollen por un lado deberán ser capaces de comprender al ser humano sufriente, considerado previo a cualquier actuación profesional y por otro lado aprender a observar y no sólo a ver, escuchar y no sólo oír y también a empatizar, comprender y analizar. En esta misma línea manifestarán que al margen de las destrezas profesionales serán necesitadas ciertas habilidades personales e interpersonales. Las primeras a entender por ganas genuinas de prestar ayuda, equilibrio y control emocional, empatía y ausencia de rigidez. Y en lo interpersonal habilidades que permitan el trabajo en equipo y el contacto con otros profesionales ya sean médicos de atención primaria, psiquiatras, enfermeras lo que también exige para los autores saber utilizar un lenguaje en común, a manejar habilidades de comunicación y a manejar un modelo integrador de salud.

5.1.3 DIAGNÓSTICO EN LA CLÍNICA

En términos de Lagache (1982) y retomando sobre el capítulo anterior, refiere que en sus orígenes la psicotecnia estuvo ligada a las ciencias naturales y que con su inicio existió una confianza en el instrumento psicométrico, confianza que si es que no disminuyó, al menos se diversificó. Así, referirá que, sin renunciar al rigor, se reconoció cada vez más la necesidad de adecuar el juicio a las particularidades individuales que presentaba cada caso volviéndose así la psicotecnia, más clínica y de allí es que surgirá el término moderno de psicología clínica. Aún así, este autor insistirá en que es conveniente el empleo de test psicométricos en cuanto que lo medible debe ser medido pero que estos números, no significarían nada si no responden a una pregunta planteada desde la clínica y si no son reubicados en el conjunto del examen e

interpretados clínicamente. En este punto, Bleger (2003) sostiene que lo importante es la observación y el estudio directo de la situación, señala así de, la relación interpersonal, de las reacciones y de la valoración de todos los factores que intervienen en cada momento de la entrevista, porque reconocerá que “no se puede llegar a hacer una ciencia del hombre sin el hombre. Sin el hombre estudiado y sin el hombre que estudia” (p.200).

Respecto de la entrevista, Viganó y Grecco (1977) repararán en considerarla como una técnica de vital importancia y también fundamento del quehacer psicopatológico y psiquiátrico en la que se establece una relación interpersonal entre dos partes, una de las cuales a la que se le permite “expresar su mundo por medio de la palabra y del movimiento” (p.44). Para los autores, la situación en la que ésta se lleva a cabo incide en las conductas de ambos miembros de la relación en tanto que sus condiciones estarían ligadas a variables o factores que influyen en el clima del encuentro como el lugar donde se realiza, el modo en que se encuentra el enfermo es decir su grado de enfermedad, como concurrió a la entrevista etc.

Por último Viganó y Grecco (1977) expresarán que es en este encuentro que se tratan de investigar todos los aspectos posibles en pos de ‘reconstruir’ la biografía del paciente y con ella la historia de su enfermedad o su patobiografía.

Finalmente Lagache (1982) sugiriendo que la práctica del diagnóstico no deberá reducirse al funcionamiento de un manual operatorio sino que deberá tender siempre a ser una investigación en la que se requerirá un espíritu de investigación y en la que además, se dé una adecuación a lo nuevo y singular del objeto, que se oriente hacia la individualidad y la totalidad del objeto porque de este modo, el psicólogo atenderá no ya a los aspectos parciales del comportamiento sino al conjunto todo del sujeto, y su interés residirá en observar la reacción global de quien consulta frente a una situación social de examen. Es por esto que referirá el autor que, al diagnóstico se le exigirá algo más a la vez que diferente y será dejar en segundo plano la identificación de la enfermedad y su denominación para pasar así a una descripción de la situación problema del consultante tanto en la perspectiva de sus relaciones con su entorno, de su personalidad y de la historia de su vida y es que este deberá tender a captar un momento exclusivo de la historia de un ser humano, así lo resumirá: “sólo un diagnóstico así concebido ofrece una base racional, suficientemente individualizada y compleja, para un plan de acción

adecuado a las necesidades del consultante y que toma en cuenta las imposiciones y limitaciones de su situación real” (p.145).

En conclusión respecto al diagnóstico Ey, Bernard y Brisset (1978) sostendrán que una notación precisa de signos y síntomas posibilita tanto un diagnóstico como un pronóstico donde se conjuga un encuentro entre el espíritu del observador referirán que procura entender y el espíritu del paciente.

Este examen clínico pese a no tener que reducirse a un interrogatorio asegurarán, tendrá que adecuarse a establecer informaciones completas acerca de la biografía del paciente que sea detallada y en la que se incluyan tanto antecedentes patológicos y personales, situación familiar, situación conyugal o amorosa, vida social, estado profesional así como sus condiciones de vida en general. Los autores mencionarán que toda esta documentación debe ser dispuesta en una hoja de información o en un diario llevado al día que contenga también hojas de tratamiento en las que se establezcan todo tipo de acto terapéutico ya sea psicoterapéutico biológico y/o medicamentoso.

En tal sentido, Baumgart (2010) sostiene que el campo de la psicopatología hace uso de la Historia Clínica considerada una herramienta terapéutica a la vez que un documento de importancia en sus distintas aplicaciones legales, docentes, de investigación y también con sentidos estadísticos y administrativos. Respecto de esta última aplicación considerará que en el marco de una institución cobra más relevancia aún puesto que a ella recurrirán distintos profesionales de la salud tanto psicólogos como psiquiatras, asistentes sociales, enfermeros, y acompañantes terapéuticos y además referirá la autora, desde un plano sanitario tendría utilidades estadísticas que permitirían tanto la planificación sanitaria como la administración y distribución de recursos de salud a saber por ejemplo personal profesional que se asigna a un hospital o nombramientos de éste. El diagnóstico será para Baumgart (2010) una operación que deberá consignarse en esta misma HC, debiendo ser desde un principio considerado presuntivo en tanto que no podría aceptarse ni pretenderse que luego de una sola y primera entrevista se considere definitivo, ni único ni invariable en el tiempo.

En la misma línea, el Ministerio de Salud de la Nación (2013) refiere que en la Urgencia no es imprescindible realizar un diagnóstico psicopatológico preciso más si realizarse una valoración clínica global que posibilite al equipo de salud actuar tanto prudente como eficazmente.

Tal señalan Freitas de Macêdo, Pimenta Filho, Sotelo, Belaga y Santimaría (2010), la urgencia psíquica resulta cuando un sujeto ha llegado al límite y requiere resolver algo en el aquí y el ahora. En la misma línea Miari y Fazio (2017) mencionarán que en cuanto a la consulta de urgencia en Salud Mental se trata de aquella producida de manera espontánea, sin cita previa y referirán “habitualmente, se presenta como una irrupción sintomática que requiere solución inmediata” (p.2) y sería por tanto que en la atención de ésta, como una particularidad general se destacaría que el tiempo de atención suele ser breve también de acuerdo al dispositivo del que se trate ya sea guardia, interconsulta, consultorios externos, etc;

En cuanto al dispositivo clásico de guardia se contemplaría “la evaluación, alivio sintomático y finalización de la urgencia a través de intervenciones protocolizadas” (Freitas de Macêdo, et al. 2010, p.13)

5.2. ANSIEDAD EN LA CLÍNICA

5.2.1 RECUPERACIÓN DE CONCEPTOS CLAVES: SIGNOS, SÍNTOMAS, SÍNDROME, TRASTORNO MENTAL.

Sirviéndose de su etimología, la RAE (2018), indica que el vocablo *symptoma* en su origen del latín tardío refiere, a la “señal o indicio de algo que está sucediendo o va a suceder [...] la manifestación reveladora de una enfermedad”.

Tal señala López Rodríguez (2020) los conceptos de signo y síntoma son diferentes y sus límites no precisos aunque coexisten en el diagnóstico y es dable que el comienzo de una enfermedad esté marcado por la aparición de ambos. Aun así, existe en los descriptores de ciencias de la salud, según expone la autora, una categoría llamada ‘Signos y síntomas’ que hace referencia a manifestaciones clínicas bien, objetivas cuando son observadas por el médico o bien

subjetivas cuando es el paciente quien las percibe. Y es en ese sentido que Cortés Gaubadan (2008) aporta que, con frecuencia en los primeros usos del término en latín se han visto combinados signa con symptomata nombrándolos cual sinónimos aunque en la actualidad exista un contraste entre ambos dado que el primero indicaría una manifestación objetiva y el segundo una subjetiva.

En suma, para este autor los signos aludirían a manifestaciones objetivas tanto de una enfermedad como de un estado que se percibe. Mientras que los síntomas referirían a una “manifestación subjetiva de una enfermedad, apreciable solamente por el paciente, como el dolor, picor, visión de ‘moscas volantes’, etc.” (p.1).

Es por este último punto y en consonancia, que López Rodríguez (2020) sugerirá que los síntomas se manifiestan en relación al paciente por lo que verbos como sufrir y padecer tenderán a referir a síntomas más nunca a signos en tanto que supondrían una mayor implicación y afectación del paciente.

Respecto de la sintomatología, González Menéndez (2009) afirma que “las afecciones psíquicas de mayor severidad dificultan de manera sustancial la adaptación creadora del sujeto a su medio modificando temporal o permanentemente sus valores, intereses, hábitos, crítica, comunicación y actitudes” (p.13), cuestión por la que sostiene debe realizarse una valoración adecuada de dichos aspectos puesto que permitiría el diagnóstico. En esa línea insistirá en una exploración y una observación cuidadosa desde las primeras entrevistas en la que referirá, al entrevistador le sea posible transcribir una imagen verbal cinematográfica en la historia clínica de lo ocurrido durante la entrevista.

En relación al síndrome, desde su teorización será definido como un conjunto de signos y síntomas, que relacionados refiere, de forma temporal y patogenéticamente puede ser expresivo de diferentes enfermedades y que se presenta de modo más específico que el síntoma aunque, respecto de la entidad nosográfica con menor especificidad. Asimismo insistirá el autor en la importancia del conocimiento de la sindromología y de la misma manera del diagnóstico sindrómico en las entidades psiquiátricas en tanto se considera que permite salvar vidas, evitar secuelas y sufrimientos.

5.2.2. HACIA UNA DEFINICIÓN DE LA ANSIEDAD: ASPECTOS RELEVANTES PARA SU DIAGNÓSTICO. FACTORES ETIOLÓGICOS.

Reyes Ticas (2010) considera preciso hacer una distinción respecto de la ansiedad como sentimiento, como síntoma, como síndrome y como una enfermedad o trastorno primario.

Respecto de la primera diferenciación sugiere considerar que como sentimiento se trataría de una sensación normal dada por estímulos internos tales como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas que generan tensión.

De acuerdo a la segunda, la ansiedad como síntoma referirá el autor es el componente psicológico central de los trastornos de ansiedad y así afirmará “El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión.” (Reyes Ticas, 2010, p.13 y se presenta en forma de nerviosismo, ansias, temor aunque no se sepa a qué, malos presentimientos.

Por describir a la tercera de las distinciones, la ansiedad como síndrome según Reyes Ticas (2010) alude a un conjunto de síntomas a decir psíquicos, físicos y conductuales que se hallan mediados por mecanismos neurobiológicos. Además referirá que el síndrome ansioso podrá estar asociado a diversas etiologías y ser secundario a causas como intoxicaciones, hipertiroidismo, abuso, abstinencia o como efecto secundario por sustancias, epilepsia aunque también generado por cualquier trastorno de ansiedad. Respecto de los síndromes ansiosos González Menéndez (2009) también se pronuncia refiriendo “la ansiedad, con su expresión subjetiva y objetiva, es la manifestación cardinal de este síndrome” (p.197), puede ser expresivo de trastornos situacionales y acompañarse de manifestaciones vegetativas difusas tales como palpitaciones, taquicardia, piloerección, crisis vasculares e hipermotilidad intestinal.

En una descripción general, expresará que existe un aspecto angustiado, pupilas dilatadas, manos frías y sudorosas.

Por último, la ansiedad como enfermedad se presenta cuando “el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento.” (Reyes Ticas, 2010, p.14) y es por tanto que se presenta como un trastorno primario a saber por ejemplo trastornos obsesivos-compulsivos, por fobia social, por pánico, etc.

Respecto de la ansiedad en sí, señala Cía (2007), es plausible de ser definida como una emoción a saber psicobiológica básica y adaptativa ligada al instinto de conservación de la especie que se presenta ante un desafío o peligro de índole presente o futuro, razón por la que tendría para el autor un valor importante de supervivencia.

Sería de este modo, una respuesta normal cuya función sería en principio, facilitar la detección rápida de signos incipientes de peligro para luego así motivar conductas apropiadas tendientes a superar esos desafíos o situaciones que se presentan como amenazantes.

Pese a esto cabría destacar, según el autor que, si bien es clave esta detección, en ciertos individuos puede estar desarrollada al punto que son proclives a tornarse ciertamente hipervigilantes y a exagerar la severidad de los posibles peligros y sería en esos casos cuando la ansiedad se vuelve clínicamente disfuncional o patológica.

Por tanto Cía (2007) señala que la ansiedad patológica es aquella que se presenta a modo de respuesta exagerada y que no se halla precisamente ligada a un peligro, situación u objeto externo y cuya aparición o desaparición es aleatoria generando además vuelta trastorno, disrupción e interfiriendo negativamente en distintos aspectos de la vida cotidiana incluyendo la vida laboral, familiar y social con tendencia a persistir en el tiempo.

Reyes Ticas (2010) se pronunciará en el mismo sentido respecto que, mientras la ansiedad normal se presenta menos acentuada, le ofrece al individuo operaciones defensivas, lo motiva al logro de metas y además no le implica una reducción de la libertad personal, la ansiedad patológica en cambio resulta nociva, desproporcionada, provoca un déficit funcional en el individuo y es desde este autor entendido como el “elemento nuclear de los trastornos de ansiedad” (p.5).

Sin embargo cabría destacar para Cía (2007) que, aunque clásicamente la ansiedad se definió desde un punto de vista dicotómico a saber, ansiedad normal o patológica, sería conveniente describirla más como un continuum que va desde la salud a la enfermedad tal y como se la observaría en la clínica. Agregan también Miguel-Tobal y Cano Vindel (2002) que hasta los años 60 la ansiedad era pensada como una reacción basada en un proceso de activación unitario hasta el trabajo de Lang en 1968 en el que comenzó a explicarse como un sistema de triple respuesta que incluye la cognitiva, fisiológica y motora.

Para Sandín y Chorot (1995) la ansiedad como tal se encontraría presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos representando, según los autores y de acuerdo a investigaciones de orden clínicas y epidemiológicas, el problema mental más frecuente entre éstos, constituyendo además una de las principales causas por las que se consulta en atención primaria.

Considerado elemento central en la psicopatología, Sandín y Chorot (1995) exponen que ésta podría presentarse como diversas manifestaciones, síndromes o cuadros clínicos como trastornos que serían más o menos específicos y que han sido conceptualizados y categorizados variando significativamente de forma relevante en el siglo XX.

Asimismo parece preciso destacar que existirían de acuerdo a los autores términos tales como angustia, miedo, fobia y estrés, que por ser la ansiedad un concepto ampliamente empleado por la psicología, han sido relacionados algunos utilizados de forma más o menos equivalente conduciendo a crear confusiones y aportando ambigüedad al concepto de ansiedad.

En tanto, Sandín y Chorot (1995), en la distinción entre ansiedad y angustia referirán que ambas palabras derivan de la raíz indogermánica *angh* que significan constricción, estrechez, malestar y apuro al mismo tiempo. Habría sido con la influencia de la psiquiatría francesa que se logró diferenciar *anxiété* entendiéndose por esta malestar en inquietud del espíritu refieren, de *angoisse* como sentimiento de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud. Sería a través de esta influencia que la tradición española establecería la distinción nombrando a la ansiedad con predominio de componentes psíquicos y a la angustia con componentes físicos. No obstante se relacionaría el concepto de ansiedad únicamente con sus variantes somáticas y cognitivas.

En relación a la distinción ansiedad y miedo los autores sostendrán que en términos generales vienen utilizándose de forma equivalente por lo que asumirían que poseen de forma general un significado semejante. No obstante los autores realizan una diferenciación que presenta al miedo como “una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente caracterizado por elevada activación y alto afecto negativo” (Sandín y Chorot, 1995, p.55), con componentes de índole más primigenios rescatan los autores, más biológicos, automáticos por sus reacciones de alarma-defensa y con orientación hacia el presente, mientras que la ansiedad o aprensión

ansiosa será definida como “una combinación difusa de emociones (estructura cognitiva-afectiva) orientada hacia el futuro” (p.55) de naturaleza fundamentalmente cognitiva.

En relación a las fobias y a los miedos, los autores explican que existe una separación conceptual entre ambos que, sería desde la psicopatología precisa establecer. En tanto referirán que para ser conceptualizada una fobia como tal, se precisaría remitirse a requisitos tales como existencia primero de un miedo desproporcionado respecto del carácter amenazante de la situación, es decir un miedo que sea elevadamente superior en relación a las demandas situacionales, también que este miedo conduzca a la evitación de la situación temida. Por otra parte, se esperaría un carácter irracional del cual la persona es consciente, es decir que no existiría una explicación lógica del fenómeno. Por último, las fobias conllevarían un cierto grado de malestar y sufrimiento no siendo posible un control voluntario de éstas por la persona.

Por último, el concepto de estrés designa, a todas las exigencias, tensiones y agresiones a las que es sometido un organismo de forma aguda ó crónica. (Cía, 2007).

Como señalan Rodríguez Campuzano, Ocampo Juárez y Nava Quiroz (2013) es posible explicarlo a través del modelo transaccional de Lazarus y Folkman que refieren, es un parte aguas en el análisis del fenómeno en tanto que, diferente a modelos conceptuales previos toma a éste como un proceso no sólo como un estímulo, una respuesta subjetiva o una reacción biológica sino como una transacción que surge de la relación existente entre persona y entorno y cuya clave sería la valoración personal de la situación psicológica denotando una relación tanto recursiva como dinámica entre demandas ambientales, recursos sociales e individuales para enfrentarlas y la valoración que hace el individuo de éstas.

Coincidirá en este punto Cia (2007) al mencionar que podría explicarse como una “respuesta fisiológica y psicológica que manifiesta el individuo ante distintos agentes estresores [que pueden ser internos ó externos]” (p.37) y también como una sumatoria de la interacción entre esas demandas estresoras y su respuesta a las mismas.

Sería así el estrés, una estimulación perturbadora de la homeostasis en la que se produce una respuesta biológica común a diversos factores o demandas o agentes causales en la que de forma automática un conjunto de reacciones fisiológicas preparan al organismo para la acción, lo predisponen generando cambios neuroendocrino-vegetativos que impactan en los órganos viscerales cardiovascular, gastrointestinales y respiratorio.

Asimismo el autor considera que debe hacerse una distinción entre lo que se conoce como buen estrés/eustrés y mal estrés/distrés. De este modo, cuando las respuestas se adaptan al estímulo y a nuestros parámetros fisiológicos, estamos en presencia del *eustrés* que se extiende a lo largo de la vida y que es indispensable para el desarrollo psicofísico y para la adaptación al medio.

Sin embargo, cuando las demandas del entorno psicosocial son excesivas, intensas o prolongadas, refiere este autor, se supera la capacidad de resistencia y adaptación llegando al *distrés*. Así, sobrepasando el punto óptimo del rendimiento biológico se observa el comienzo en el descenso de respuestas hasta llegar a un fracaso adaptativo que representaría el estado biológico de colapso o claudicación, en ese período de descenso del rendimiento “cualquier estímulo adicional, aunque pequeño, puede provocar disfunciones y en consecuencia, enfermedades dado que, el organismo comienza a claudicar en sus intentos de adaptación y cualquier estímulo resulta excesivo e implica un gran esfuerzo” (Cía, 2007, p.39).

Entre estrés y ansiedad existiría una relación dado que, y siguiendo lo anteriormente expuesto, si la persona percibe que no dispone de los recursos necesarios para afrontar demandas de tipo laborales, familiares etc; es posible que se generen respuestas de ansiedad al percibir como amenazante o riesgoso el no poder cumplir con ellas estableciéndose así una relación entre lo que es la percepción del estrés y la respuesta de ansiedad. (Medrano, Moretti, Muñoz-Navarro y Cano-Vindel, 2017).

Por otro lado tanto Ries, Castañeda Vásquez, Campos Mesa y Castillo Andrés (2012) como Cía (2007) coinciden en afirmar la importancia de diferenciar o determinar cuando la ansiedad se presenta como un estado emocional o bien cuando esta se trata ya de un rasgo a considerar estable de la personalidad del individuo. Tanto los primeros autores como el segundo, señalarán además que es con la teoría de Spielberger que se materializa la distinción entre lo que se conoce como ansiedad-estado y ansiedad-rasgo.

En este sentido, los primeros describirán que en tanto, la ansiedad-estado sugiere un estado emocional de carácter inmediato siendo modificable en el tiempo. Así, vendría además acompañado de sentimientos de tensión, pensamientos molestos, nerviosismo junto con cambios fisiológicos. Cía (2007) en este punto señala que se trata de “un estado ansioso que se caracteriza

por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión (síntomas subjetivos) y por una actividad elevada del sistema nervioso autónomo” (p.47).

Por el contrario cuando se habla de una ansiedad-rasgo, Ries et al. (2012) destacan que esta se infiere por la frecuencia con la que el individuo percibe aumentos en su estado de ansiedad, sugiriendo además que las personas que presentan un alto grado de ansiedad-rasgo advierten o percibirían un rango más amplio de situaciones amenazantes estando más propensos a sufrir esta en forma de estado con mayor intensidad y frecuencia siendo vividos de modo intensamente molestos. En este caso Cía (2007) agrega que efectivamente estos individuos resultan más vulnerables al estrés respondiendo más intensamente que aquellas personas que no padecen una tendencia ansiosa.

La literatura vigente, según la que se basa el autor, consideraría la existencia de una ansiedad disposicional, entendiendo por ésta un factor de vulnerabilidad que determinaría la reacción del individuo. Esta, refiere Cía (2007) incluiría tres aspectos a considerar: la sensibilidad ansiosa, el neuroticismo y los rasgos o tendencias ansiosas.

A entender por el primero, se describiría como una tendencia o una disposición del sujeto a responder de forma temerosa cuando experimenta síntomas relacionados a la ansiedad.

Específicamente describe el autor que este constructo estaría relacionado primeramente a tres temores correlacionados entre sí: a las sensaciones somáticas, al descontrol cognitivo y a las reacciones ansiosas que sean públicamente observables, que sostendrá además podrían reducirse al temor a la muerte, a enloquecer o a ser evaluado negativamente. También así se hallaría relacionada a los síntomas ansiosos con basamento en creencias de que estos pueden traer aparejados consecuencias dañinas. En efecto, se considerará desde este autor que una elevada S.A puede preceder la ocurrencia del pánico como así también representar un factor de riesgo cognitivo para desarrollar trastornos de ansiedad en general.

Respecto del neuroticismo, García Herrero, Sánchez Meca, Álvarez Muñoz, Rubio-Aparicio (2018) deslizarán se trata de una “tendencia relativamente estable a ver el mundo y la propia vida de manera negativa y a responder con emociones negativas ante experiencias amenazantes, de frustración o pérdida” (p.2) contando entre estas algunas como el miedo, la irritabilidad, ansiedad, sensaciones de vulnerabilidad e incontrolabilidad, preocupaciones, tristeza etc. En tanto, referirán que el neuroticismo guardaría un sólido correlato con enfermedades

mentales sobre todo con trastornos internalizantes. Para complementar este punto Cía (2007) referirá que éste se debería a la herencia y es por ello que sería constante a lo largo del tiempo.

En el afán de reconocer el tercero de estos aspectos, es decir cuáles son aquellos rasgos de personalidad o temperamento existirían para Cía (2007) algunos que muchos de los individuos que padecen trastornos de ansiedad presentarían. Presentes en la mayoría de las personas aunque de modo exagerado es que podrían ser causantes de problemas. Quienes padecen trastornos de ansiedad podrían y suelen según el autor, ubicarse en el extremo de uno o varios de ellos. A entender por estos:

- Una tendencia a la dependencia o a una necesidad de aprobación. Presente este, implicaría para la persona depender de los demás para, como señala el autor, su autoaceptación hecho que generaría un sentimiento de autorrechazo volviéndola hipersensible a las críticas y dificultándole a negarse a las demandas de los otros siendo además susceptible a las necesidades de estos a quienes siempre trataría de complacer.

- Pensamiento rígido o dicotómico. Con una tendencia a percibir los hechos en polos blanco negro tales como correcto-incorrecto, resultarían en autoimponerse reglas muy rígidas y por tanto guiar frecuentemente su conducta por los opuestos.

- Elevadas autoexigencias. Evidenciar un alto nivel de perfección a sí mismos y a los demás, hecho que conduciría a estar pendiente y/o a no tolerar fallas mínimas tanto propias como ajenas.

- Gran nivel de imaginación o visualización. En este punto Cia (2007) refiere que quienes sufren trastornos de ansiedad por lo general tienen gran creatividad para representarse vívidamente sucesos aunque lamentablemente suelen centrarla en lo negativo anticipando así hechos de índole catastróficos o atemorizantes que podrían potencialmente ocurrir a partir de una situación dada.

- Hipercontrol y supresión de la percepción de los propios sentimientos. Sostendrían una necesidad de dominar todas las situaciones o cambios inesperados y en ese afán suprimirían todo sentimiento percibiendo que el demostrarlos podría exponerlos tanto a la pérdida de control y a la desaprobación de los demás puesto que por esta supresión suelen ser catalogados como personas “muy fuertes”.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2017) la ansiedad y la depresión son problemas habituales de salud mental que impactan en la capacidad de trabajo y la productividad. Alrededor de 264 millones de personas en el mundo padecen ansiedad, e inclusive, ambas afecciones. Constituyéndose la primera uno de los motivos más frecuentes de consulta en la atención primaria tal señala Cía (2007) y que tendería a menudo a expresarse este distrés sólo a modo de quejas somáticas.

Sería por esta razón que Navas Orozco y Vargas Baldares (2012) sugerirán que es preciso descartar si esta se halla asociada a una etiología médica o neurológica es decir si, los síntomas que la acompañan se deben a un trastorno mental, una enfermedad médica o el uso de sustancias.

Así, destacarán que para establecer un diagnóstico deben, a la vez, considerarse basarse en una historia clínica, una categoría nosológica proveniente de manuales diagnósticos como el DSM o el CIE como de un diagnóstico diferencial. Este último se vuelve relevante y complejo en tanto que como se esbozó líneas arriba, existen patologías médicas que bien podrían simular o presentar síntomas ansiosos por su fisiopatología o como efecto de ciertos tratamientos. Asimismo debe distinguirse de otros trastornos como el depresivo. Agudelo, Buala Casal y Donald Spielberger (2007) refieren que frecuentemente se presenta un solapamiento de síntomas de ansiedad y depresión que, si bien se hallan bien definidos en los manuales, en la clínica no sería tan evidente y Cía referirá que existen síntomas comunes entre ambas entidades. Sin embargo González Cifuentes, De Greiff y Avendaño Prieto (2011) hacen referencia también a un alto índice de comorbilidad entre ansiedad y depresión mencionando que la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos mientras que la mayoría de los episodios depresivos son antecedidos por otros trastornos como la ansiedad.

En relación a la etiopatogenia de distintos trastornos de ansiedad, Reyes Ticas (2010) aludirá que si bien tiempo atrás estaban ligados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos, en la actualidad se admite que en el origen de estos trastornos participen distintos factores y que sería la combinación de estos lo que más haría a su etiología. En esa misma medida la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad (GPC, 2008) coincidiría en esto, en tanto se pronuncia diciendo que parecería ser la interacción de múltiples determinantes lo que facilitaría la aparición de estos trastornos.

Así, y aunque se reconozca que las causas que los generan no estarían del todo establecidas, se imbricarían factores biológicos, ambientales como psicosociales. Respecto de los primeros, se hallarían alteraciones en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos así como alteraciones en el córtex paralímbico que sería según esta guía una de las regiones más afectadas del cerebro en este tipo de trastornos, sería de notar también la existencia de una predisposición genética como así también en los usos biológicos, el uso y/o retirada refiere de medicinas, drogas y/o sedantes, sustancias, etc.

De entre los factores ambientales destacaría la influencia de ciertos estresores ambientales y con ellos una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida.

Por su parte, entre los factores psicosociales considerados como de riesgo para estos trastornos, la GPC (2008) refiere que se hallarían situaciones de estrés, el ambiente familiar y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. También describe que un factor predisponente estaría influenciado por características de la personalidad.

Es interesante en este punto destacar que Reyes Ticas (2010) expone aún dos factores más que estarían ligados al desarrollo de los trastornos de ansiedad. Estos serían los factores traumáticos y los cognitivos conductuales. Respecto de los traumáticos referirá que enfrentar acontecimientos traumáticos que estén fuera del rango de la experiencia humana normal puede causar daños cerebrales y en consecuencia asociarse a síntomas graves de ansiedad.

Por último y respecto de los factores cognitivos y conductuales señalará que existen patrones cognitivos distorsionados o sistema de pensamientos negativos que anteceden a conductas desadaptadas y de trastornos emocionales, en el caso de la ansiedad existiría una sobrevaloración amenazante de los estímulos además de una infravaloración de los propios potenciales. Sugiere también que sería a través de mecanismos de condicionamiento y generalización que una persona puede aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de otros.

En general, y en pos de reconocer un trastorno de ansiedad, es clave para Reyes Ticas (2010) que el profesional de la salud tenga en cuenta en principio que son muy frecuentes en lo que es atención primaria puesto que al menos, según el autor, uno de cada diez pacientes presentan algún tipo de trastorno de ansiedad, además debe reconocer que la queja que se presenta como más frecuente es el síntoma dolor en especial torácico, de cabeza, abdominal, espalda, etc. También será menester atender a síndromes funcionales que son proclives a tener

subyacente un trastorno ansioso o depresivo y entre ellos se encuentran por ejemplo colon irritable, dispepsias, fibromialgias o fatiga crónica.

Como se señaló anteriormente y tal entienden Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002) la ansiedad se expresaría a través de un sistema de triple respuesta la cognitiva, la fisiológica y la motora.

Por la primera de estas respuestas, los autores entienden que hace a ciertos pensamientos, imágenes como ideas subjetivas como así también a su implicancia en el funcionamiento complejo. Como manifestaciones displacenteras de ésta, nombran preocupación, miedo o temor, pensamientos negativos tanto de incapacidad como de inferioridad, sensación de pérdida del control sobre el ambiente.

En torno a la respuesta fisiológica Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002) señalan que es producto de la acción de los distintos sistemas del organismo que detallados pueden contribuir a síntomas cardiovasculares como palpitaciones, accesos de calor, pulso rápido etc; dentro de los respiratorios se pueden manifestar disnea, opresión torácica, sensación de sofoco. En lo que hace a los síntomas gastrointestinales se presentan molestias digestivas, diarrea, náuseas y/o vómitos, etc;. Por nombrar a los síntomas genitourinarios se presentan en forma de micciones frecuentes, impotencia, enuresis.

En relación a síntomas neuromusculares los autores mencionan que pueden darse hormigueos, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, dolores de cabeza tensionales y temblores. Finalmente dentro de los síntomas neurovegetativos pueden encontrarse mareos, sudoración excesiva, lipotimia etc.

En último término, Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002) harán alusión a la tercera de estas respuestas que es la motora según la cual entienden por aquella que es observable y que deriva de las respuestas anteriores, la cognitiva y la fisiológica y en la que se pueden encontrar hiperactividad, movimientos torpes, repetitivos y/o desorganizados, dificultades en la expresión verbal como el tartamudeo y también conductas de evitación.

Otros autores tales como Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) coincidirán en una descripción acerca de lo que incluiría un elevado nivel de ansiedad. En tanto aludirán que puede encontrarse en cuatro grupos, por el primero una activación del sistema nervioso simpático con palpitaciones, respiración acelerada, presión en el pecho, tensión. En el segundo de estos que

hace a las conductas, se encontrarían de evitación, huida, como de búsqueda de seguridad. También señalarán los autores estados afectivos subjetivos negativos que abarcan desde nervios, inquietud, frustración y tensión. Por el último de los grupos, Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) darán en mencionar como lo que hace a un nivel alto de ansiedad a los síntomas cognitivos específicos de la percepción de la persona de amenazas y de vulnerabilidad como así también dificultades en el razonamiento y en la concentración.

Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación (2013) sostiene que uno de los cuadros o manifestaciones más comunes son las crisis de ansiedad/angustia y que éstas agrega, se hallan caracterizadas por sensaciones desmedidas tanto de alerta, inquietud, desamparo como miedos que pueden ser inespecíficos y/o excesivos como por ejemplo estar o salir solo, morir.

Asimismo, hace mención a sensaciones subjetivas de dolencias físicas que podrían incluir entre ellas adormecimiento, sensación de muerte o inminente o locura, opresión precordial, hormigueo en manos y piernas etc.

Por último según el Ministerio de Salud de la Nación (2013) podrían caracterizarse además, entre sus signos y síntomas más habituales, el llanto, la sudoración, temblor generalizado, taquicardia, agitación etc.

Así, y en pos de poder establecer un diagnóstico de trastorno de ansiedad, Reyes Ticas (2010) propondrá una serie de pasos a considerar: primero escuchar, darle al paciente su tiempo necesario para que describa los síntomas que presenta, en qué circunstancias aparecen, factores que los agravan, su evolución y aquello que éste reporta que cree que le está pasando. En una segunda instancia se hace conveniente preguntar porque ya se ha escuchado describir al paciente sus síntomas y se han generado las primeras hipótesis pero es una instancia óptima de obtener información adicional. De este modo se pregunta por la evolución, estresores y patrón de síntomas. A ejemplificar ¿cómo son las molestias del pecho y el estómago? ¿Estos síntomas que refiere se presentan de forma continua o como crisis sin causa aparente? ¿Bajo qué circunstancias estos síntomas se agravan o disminuyen? ¿Se halla afrontando problemas laborales, familiares o económicos? ¿En su familia hay alguien que padezca lo mismo o similar a lo que usted le pasa?

En un tercer paso y siguiendo con la propuesta de Reyes Ticas (2010) es preciso evaluar, hacer un examen mental buscando estados de nerviosismo, labilidad afectiva, tristeza, intranquilidad, discurso apresurado, movimientos estereotipados. También registrar los

pensamientos negativos que preceden a las crisis como la presencia de obsesiones, compulsiones, temores, ideas fóbicas e hipocondríacas.

En un cuarto paso es preciso para el autor conveniente ordenar pruebas de laboratorio para buscar enfermedades coexistentes ya que la exploración física tranquiliza al paciente en sus preocupaciones y le posibilita sentir que se toman en serio. Además permite explorar acerca de la ansiedad tanto en órganos como sistemas.

Ya en un quinto momento sería conveniente informar al paciente, existiendo síntomas de ansiedad, la posibilidad de un trastorno de ansiedad que en primera instancia se le puede llamar un síndrome general de ansiedad que espera aclararse. En este punto es importante para el autor, si la exploración física ha resultado bien, darle a comprender que es por este mismo trastorno de ansiedad que es probable pueda tener síntomas gastrointestinales, cardiorrespiratorios, músculo esqueléticos, y/o del sistema nervioso que pueden llegar a ser muy molestos pero que no necesariamente se ligan a algún tipo de lesión.

Por sexto y último paso ya detectados los signos y síntomas de lo que haría a un síndrome general de ansiedad podría concluirse procediendo a establecer un diagnóstico más específico de trastorno de ansiedad.

Ya, respecto de funciones, González Menéndez (2009) particularizará dentro de cinco de éstas el estado de cada una de ellas en el síndrome ansioso.

En cuanto a las de síntesis o integración referirá que su indemnidad, es decir su integridad (busqué el sinónimo de indemnidad) será fundamental para que el sujeto pueda percatarse de lo que ocurre tanto en sí mismo como a su alrededor y por ello es que se exploran subaápites tales como nivel de vigilia, atención, memoria y orientación. En este síndrome resultarían para el autor, la vigilia normal o alta, la atención discretamente hipervigilante, la memoria levemente disminuida y la orientación conservada.

Las funciones de relación que atienden la interacción sujeto-medio resultarían determinantes de las características de la personalidad y escenario a la vez, recalca González Menéndez (2009), donde esas se manifiestan que son en las relaciones consigo mismo, con los demás y con las cosas. Dentro de este síndrome, se presentarían conservadas.

De las capacidades intelectuales se permitiría valorar si el paciente es capaz de captar la esencia de las cosas y los fenómenos, aquí se encontrarían también en estado conservado.

La posibilidad de informarse de las características externas de los objetos y de los fenómenos del medio mediante la vía de las sensopercepciones, como de las internas esenciales que se captan mediante el pensamiento son parte de las funciones cognoscitivas que aquí serían posibles de hallar en forma de cenestopatías ocasionales, pensamiento acelerado, temor a enloquecer o a morir y expectación de noticias desagradables.

Respecto de las funciones afectivas permiten en la clínica valorar importantes alteraciones de tipo cuantitativo y cualitativo cuando se recuerdan o vivencian situaciones que son afectivamente movilizantes y que en el síndrome ansioso aparecen, en cuanto a la conducta deberían distinguirse según dos fases cuyo límite en la clínica no sería tan preciso pero estarían íntimamente imbricadas, estas son la psicomotriz que incluye a la voluntad, disposición, preparación y planeamiento de la acción por parte del sujeto y la acción propiamente dicha. En este síndrome se considerarían la hiperbulia, hipercinesia y la afectación variable de necesidades con insomnio vespertino como elemento característico del síndrome.

5.3. RELACIÓN ENTRE CONTEXTO Y SALUD MENTAL

Ya en 1948 la OMS daba en definir a la salud toda como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014). De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2020) la salud mental es una parte integral de la salud por lo que se observa que no habría salud sin salud mental. En sí excede, según indica, a la ausencia de trastornos mentales y se halla determinada por múltiples factores tanto sociales, psicológicos como biológicos en los que existirían presiones socioeconómicas que establecidas representarían un riesgo que afectaría la salud de las personas y las comunidades. Además insiste en señalar que indicadores como la pobreza y las condiciones de vida son pruebas evidentes de este riesgo. En otras palabras, Hermsilla y Cataldo (2012) remarcan, es una cuestión de la que también versa la Ley de Protección de la Salud Mental (2010), normativa en la que también se considera a la salud mental como no determinada

exclusivamente biológica sino como un proceso en el que se hayan involucrados componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

Por su parte, Martin Baró (1984) entiende que la salud mental tiene un 'enraizamiento personal' que no debe simplificarse ni negarse pero que también debe verse en el entramado de relaciones históricas a los efectos de evitar incurrir en reduccionismos, uno individual y el otro social. Referirá además que la salud mental "debe verse como un problema que hará crisis, según los casos, en un individuo o en un grupo familiar, en una institución o en una sociedad entera" p.3. Respecto de los trastornos de salud mental entenderá que "puede ser que un trastorno constituya un modo anormal de reaccionar frente a una situación normal; pero bien puede ocurrir que se trate de una reacción normal frente a una situación anormal" p.2.

Galende (1998) coincide al afirmar que cada vez se vuelve más claro el hecho de que la enfermedad mental y el sufrimiento deben poder ser vinculadas con las condiciones generales de existencia de los grupos humanos y sus individuos puesto que determinadas condiciones de vida, entre las que se encuentran por ejemplo el hacinamiento y la falta de vivienda, necesidad de empleo e ingresos económicos, disgregación de familias, desamparo, que harían aumentar la vulnerabilidad de las personas en lo físico, en lo mental y lo social. Otro autor como Sandin (2003) conviene al asentir desde un marco social de la salud que las condiciones sociales (a saber según el autor organización social, apoyo social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, género), actuando como agentes estresantes, pueden verse involucradas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes modificando de este modo el estatus de salud de los individuos y generando alteraciones en ella, en la calidad de vida y en la longevidad. Sandin (2003) considerará que las situaciones sociales pueden provocar altos niveles de estrés y de hecho, precisará que "el estrés social no sólo puede inducir efectos directos sobre la salud, sino también efectos indirectos a través de la modificación de los estilos de vida" (p.65), como puede ser el fumar, abusar del alcohol o no hacer ejercicio físico.

Asimismo, señalar que para el autor existen estresores sociales y que una forma en la que estos pueden expresarse es a modo de sucesos o cambios vitales que, entendidos como experiencias objetivas o cambios agudos requieren reajustes drásticos o sustanciales. Éstos pueden ser extraordinarios o traumáticos aunque por lo general, señala el autor, se trataría de eventos más o menos normativos y habituales como ser el matrimonio, una separación, un

divorcio o la pérdida del trabajo, un despido laboral, cambio de residencia, embarazo etc;. Acontecimientos como estos implican lo que Sandín (2003) refiere como definitiva y principal propiedad de los sucesos vitales: el cambio en las actividades usuales de los individuos que los experimentan por lo que el potencial estresante de estos eventos entiende, estará en función de la cantidad de cambio que conlleve para ese individuo, reafirmando además que a mayor cantidad de cambio, como podría ser la sumatoria de sucesos vitales, mayor probabilidad de enfermar. Además Sandin (2003) agregará que se contempla más que un solo suceso vital, la acumulación de varios sucesos de éstos ocurridos durante los en los dos o tres últimos años, fenómeno que se conocería como estrés reciente.

Por último se destacará que estos sucesos pueden funcionar como factores predisponentes o precipitantes, a saber los primeros ocurridos durante la infancia como el maltrato, la pérdida de algún padre etc; y los segundos sobre los que se ha versado anteriormente que son considerados, desde el autor, cambios vitales más bien recientes ocurridos por lo general durante los dos últimos años. En última instancia se señala que “la historia de sucesos traumáticos infantiles puede incrementar, así mismo, la vulnerabilidad individual a los sucesos vitales recientes” (Sandín, 2003, p.147)

Cía (2007) aludirá también a que existen agentes estresantes de origen sociocultural, empleando un término distinto al de Sandín (2003), incluyéndose dentro de esta clasificación los familiares, laborales y sociales contemplando los primeros las desavenencias conyugales, las pérdidas, separarse o enviudar; los segundos, fenómenos tales como la desocupación, el mal ambiente laboral y la sobre o sub-estimulación. Por último, los sociales incluirían condiciones tales como ingresos insuficientes, malas condiciones urbanas, aglomeraciones, pobreza y marginación social y/o étnica.

En el plano de la familia Herrera Santi (2008), considerará que ésta en su ciclo vital transita por diferentes etapas con sus propias tareas y especificidades afirmando que, a lo largo de este ciclo vital, ésta puede tener oscilaciones y momentos de estabilidad como de desequilibrio o reajuste interno.

La autora aludirá además que en este trayecto de vida de una familia se dan eventos cuyo impacto puede ser favorecedor u obstaculizador para ésta y que se dividen en acontecimientos normados y esperados del desarrollo familiar entendiendo que se constituyen como críticos

puntos de transición extendidos a lo largo del ciclo. Por otra parte, están aquellos considerados no transitorios, paranormativos o accidentales a sabiendas de que no se hallan relacionados directamente con las etapas del ciclo. Así, cualquier cambio al que esté sujeto el grupo familiar ya sea propio del desarrollo o accidental como problemas de salud, cambios en la condición económica constituirán momentos de riesgo y vulnerabilidad para el sistema.

Según Herrera Santi (2008) se deberá considerar que los periodos de cambios se caracterizan en sí por generar contradicciones internas que surgen a partir de eventos familiares “que constituyen hechos de alta significación para el individuo y la familia, y que provocan cambios en el ritmo cotidiano de la vida familiar que originan momentos de estrés” (p.2) que hace reestructurar los procedimientos habituales referirá.

Respecto del estrés se pronunciará que aunque ciertas presiones y demandas ambientales provocan estrés deben considerarse siempre las diferencias individuales y coincidirá con Rodríguez Campuzano, Ocampo Juárez y Nava Quiroz (2013) en señalar al modelo transaccional del estrés en tanto la familia percibiría y valoraría exigencias de afrontamiento frente a ciertos acontecimientos, además de a sus recursos, adaptación y apoyo social.

Sobre esto último Restrepo y Jaramillo (2012) se expresan sobre un discurso en salud surgido entre los años 70 y 80, el socioeconómico que sería producto de las críticas que se pensaban respecto de anteriores, a saber el enfoque biomédico y el comportamental que han coexistido y pueden hacerlo traslapándose unos con otros no actuando necesariamente de forma lineal, y que intentaría cambiar el interés en la enfermedad por el interés en la salud y que además comenzaría a analizar las estructuras sociales que permitirían que los sujetos gocen de buena salud.

Esto conduciría para Restrepo y Jaramillo (2012) a una nueva conceptualización acerca de los constructos salud y enfermedad mental. Puesto el interés en la primera, desde este enfoque se la concibe desde una perspectiva de salud pública incluyente, en términos de derechos y desarrollo humano y como un problema de bienestar económico y político. Se la entendería entonces en estrecha dependencia y relación con condiciones sociales generales económicas, de ambiente y de recursos disponibles de las personas.

Así se enfatiza en la posibilidad de pensarla como un fenómeno ligado a las condiciones de vida de los pueblos según referirán los autores y a la misma vida cotidiana de las personas que

a su vez se ligan a las estructuras económicas y sociales. En tanto, “reconocer que el desarrollo económico y social es fundamental para lograr el estado máximo de salud para todos” (Restrepo y Jaramillo, 2012, p.206) hecho que para los autores cabría bajo la responsabilidad de los gobiernos en cuanto a la toma de medidas sociales y no solo a la asistencia sanitaria, propiciando acciones que conduzcan e impacten en el bienestar de las personas a la vez que disminuyan condiciones sociales, económicas, políticas e históricas que sostienen la inequidad, la falta de oportunidades, la pobreza etc; que de un modo u otro afectan a la salud mental y allí conviene resaltar que por tanto:

lo mental se define dialécticamente a partir de la estrecha relación entre los individuos y las estructuras socioeconómicas, el ambiente material y la vida cultural; en consecuencia, las condiciones objetivas en las que se encuentra un individuo son causa y no consecuencia de sus modos subjetivos de ser y de pensar (p.206).

En consideración de esto para Restrepo y Jaramillo (2012) sería dable considerar desde este enfoque que la enfermedad mental sería, de las condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales, una expresión y sus causas trascendentes a la dimensión biológica. Por tanto, para el mejoramiento de la salud mental se requerirían estrategias integrales que, enfocadas en la determinación social de la salud, incluyan educación, trabajo, transporte, vivienda y ambiente saludable, entre otras.

Importaría para Krieger (2001), en la misma línea, dar en señalar que las trayectorias del desarrollo biológico y social de las personas serían modeladas de acuerdo al periodo histórico que les toca vivir en relación a los contextos social, económico, político, tecnológico y ecológico de su sociedad. Y a propósito de esto Rojas y Sternbach (1997) señalarán que cada momento socio histórico cuenta con postulados vigentes estando cada época signada por discursividades sociales preponderantes que aspiran a adecuar a los sujetos al ideario de vigencia y que se plantean como la realidad misma y que definiendo así la relación del ser humano con el propio cuerpo como con el del otro asimismo su concepción del mundo, los modos de sentir y la manera en que adopta ante las cuestiones humanas. Versando sobre épocas, según Erikson (1971), para comprender el crecimiento humano, se debe de tener en cuenta que hay conflictos interiores y exteriores que la personalidad soporta y que existe un principio epigenético que dicta un plan básico asegurará, en

el que hay pasos sucesivos a modo de crisis potenciales. Cada paso tendría un periodo de ascendencia especial y sería un periodo crucial, un momento decisivo hasta que el conjunto emerja como un todo.

Asimismo, Villar (2003) explica sobre tareas evolutivas a lo largo del ciclo vital y retomará por ejemplo uno de los estadios vitales de Erikson (1971), generatividad vs estancamiento y la ubicará en el periodo etario de 30-60 años. Respecto de éste referirá que una resolución positiva de esta crisis implicará ir más allá de uno mismo y de la pareja, contribuir al bienestar de los demás y comprometerse con un grupo mayor sea familia, comunidad o sociedad. Concluirá de este modo:

la persona que es capaz de lograr la generatividad es útil a los demás, se preocupa por sus necesidades, es consciente de que necesita ser necesitado y consigue unos niveles de productividad y satisfacción elevadas en todas las esferas de su vida, mostrando preocupación por la guía y aliento de aquello que ha creado, en especial por sus hijos (Villar, 2003, p.760)

Este postulado coincide con el de Moise (2001) al referir que es la vida social con sus instituciones la que media e interviene a través de ellas en la configuración de la subjetividad conformando las identidades y regulando en la cotidianidad los comportamientos humanos diseñando el modo en que pensamos, sentimos, actuamos y nos relacionamos tanto con nosotros mismos como con los otros.

Así sostendrán Rojas y Sternbach (1997) que asistimos en la posmodernidad a transformaciones vertiginosas en distintos niveles tanto políticos, económicos como tecnológicos, algunos que nos deslumbran y otros que por el contrario nos provocan perplejidad y que atravesando el imaginario social generan mutaciones en la mentalidad de la época darán en considerar que se establecen prototipos, en este caso posmodernos, ligados a los ideales predominantes de la época definidos en rasgos esperables. De este modo explicarán que esta época promueve el ideal, o un prototipo de sano como rescatarán, de un ritmo hipomaniaco, veloz, acompañado de éxito y eficacia. Como parte de esto se abre un abanico psicopatológico a modo de respuesta sintomal a los discursos de la época puesto que la sintomatología en sí anudaría todo un espíritu de época.

De este modo ambas autoras reconocen como en el prototipo sano de la época se cuele el padecimiento y allí cabría destacar imperativos posmodernos tales como el ideal del hedonismo o el placer casi obligado que deriva en individualismo y en las relaciones humanas vínculos leves con escasos compromisos y sentimientos solidarios atenuados, la belleza y la juventud que conducen a sometimientos del cuerpo en el afán de atenuar marcas del tiempo, el stress considerado para las autoras habitual y hasta esperable en este prototipo posmoderno que, acarreado desde trastornos del sueño vueltos cotidianos hasta cefaleas y contracturas buscan ser resueltas de manera rápida con ingesta de medicamentos sedantes o analgésicos auto administrados o en forma de encomienda al especialista de quien se espera restablezca de forma rápida y eficaz el desorden para volver al equilibrio anterior al igual que en la cura donde las autoras señalan no existe un compromiso subjetivo, se halla ausente.

Las adicciones harían también al prototipo posmoderno en tanto reflejarían la sociedad del hiperconsumo en la que señalan Rojas y Sternbach (1997) una tolerancia hasta una promoción de estas. Incluso la corrupción aunque existente en otras épocas cobra relevancia y legalidad porque privilegiarían la eficacia y el éxito.

Serían así todos estos signos peculiares que hacen al actual momento histórico y que expresados en por ejemplo adicciones, anorexias y enfermedades psicósomáticas se tornan claro exponente no sólo de espíritu de época sino también, como expresaran antes, formas de malestar.

En consonancia con esto Han (2012) sostiene que las sociedades del siglo XXI son sociedades del rendimiento, escenario en el que sus sujetos son también sujetos de rendimiento. Así, señala que en las sociedades actuales, prima “el verbo modal positivo poder sin límites y su plural afirmativo y colectivo *yes, we can*” (Han, 2012, pp.26-27). Así el rendimiento, ser expresaría bajo la presión y la maximización por este, que exige a sus sujetos poder-hacer y hacer-ya, a través del exceso de trabajo.

Acuñado en ocasión el concepto de *sociedades del cansancio* se refiere a aquellas en las que los sujetos sufrirían por no poder poder más, por no poder hacer más hecho que conduciría a un destructivo reproche de si mismo acompañado de la autoagresión.

La hiperactividad, hiperatención y multitasking, afán de maximizar la producción, rapidez, agitación y preocupación por la buena vida, nerviosismo, intranquilidad, agotamiento, la fatiga y la asfixia se vuelven así manifestaciones de una sociedad cansada para concluir

pronunciando “En realidad lo que enferma, no es el exceso de responsabilidad e iniciativa, sino el imperativo del rendimiento, como nuevo mandato de la sociedad del trabajo tardomoderna” (p.29). Más allá de esto Sandín (2003) sugiere que las amenazas de las sociedades hoy son más del tipo social o simbólico que físicas aunque también referirá se suman factores tales como la competitividad laboral, también el tráfico, el ruido, las discordias maritales o la educación de los hijos.

En un estudio Bones Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borell y Obiols (2010) coinciden con Restrepo y Jaramillo (2012) en la necesidad de fortalecer políticas de bienestar social dirigidas a una sociedad, como resuelven ellos, más saludable e igualitaria. Además, se pronuncian respecto de la importancia que reside en las diferentes oportunidades y recursos que serían determinantes para el desarrollo de problemas de salud mental.

En tanto señalarán que, existen ciertos factores que estarían asociados, en líneas generales, a una mayor prevalencia y que se concentrarían en: ser del sexo femenino, estado de separado/a y/o divorciado/a, poco apoyo social, sufrir enfermedades crónicas, hallarse en situación de desempleo y tener una posición socioeconómica desaventajada que sería medida por indicadores tales como el nivel educativo, la case social y el nivel de ingresos.

Según los autores, en lo que respecta a los variables relacionadas a la vida laboral serían, en primera instancia aquellas personas con contratos laborales precarios temporales o bien sin contrato, quienes presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental seguidas por aquellas que se hallan desempleadas, con baja laboral y jubiladas.

A pesar de los grandes avances en nuevos tratamientos tanto medicinales, de apoyo psicológico y social, la Federación Mundial para la Salud Mental (2009) sostiene que existiría un gran porcentaje de personas con trastornos mentales en el mundo que no acceden a una atención adecuada y en efecto muchas de ellas sufrirían en silencio. Entre las posibles causas que explicarían esto, se encuentra que en relación a países considerados desarrollados, existiría una reticencia a pedir ayuda por problemas referidos a la salud mental, respecto de aquellos cuyos ingresos son medianos o bajos sería dable considerar la falta de recursos debido al bajo abastecimiento en la atención de salud mental. En la misma línea se señala como otro posible causante la inadecuación en tanto en la formación como en las destrezas útiles para la detección y tratamiento de los problemas de salud mental y refieren que muchos países “han ‘recortado los

servicios de atención de la salud mental (...) proporcionando así menos atención menos dinero, menos opciones y menos servicios a la salud y enfermedad mentales, y poca o ninguna conexión con las necesidades totales de atención de la salud individual” (p.2). Por tanto considera Neri (2001) debería realizarse un abordaje multifocal de modo poder comprender las cosas que suceden y en efecto adecuar las acciones y no únicamente en el plano sanitario.

5.3.1. ACTUALIDAD ARGENTINA

Para Neri (2001) siempre es más compleja la década que sigue que la anterior. Galende (1998) por su parte como Moise (2001) coinciden en sostener que la crisis social y económica argentina, pese a referirse a la de los años noventa, resultó devastadora y fuente, para el primero de los autores, de un notable malestar cultural.

En tanto Moise (2001) desliza que estas crisis producen transformaciones y cambios muy profundos tanto que arrasan familias referirá, alteran roles, creencias, disuelven parejas como enemistan a padres e hijos. En particular sobre la crisis económica sostendrá que aísla, amenaza, invalida, restringe e incluso socava el vínculo con la vida “al extremo de poner bajo un inmenso signo de pregunta sin respuesta hasta la misma continuidad del proceso histórico personal” (p.33) dejando como consecuencia identidades que considera amenazadas, con aspiraciones perdidas, depresión, desesperanza, culpabilización de las víctimas, fatalismo etc;.

En la actualidad el 32% de los argentinos es pobre, lo que representaría un aumento del 6,3% con respecto al año 2017. “Argentina enfrenta actualmente una situación económica compleja, tanto desde el punto de vista de los indicadores macroeconómicos como en relación a los indicadores sociales y las condiciones de vida de una parte importante de la población” (BBC, 2019).

Asimismo, en un informe que expiden Rodríguez Espínola y Salvia (2019) para la UCA, se contemplan los índices de bienestar y malestar subjetivo en el país en la serie 2010-2018. Desde aquí se expone que resulta relevante una evaluación del progreso social para conocer el

estado de bienestar de las personas como así como llevar adelante un monitoreo de las privaciones en tanto que estas afectarían al desarrollo humano y a la integración social a la vez que significarían, según se refiere, una violación a los derechos individuales y colectivos fundamentales.

Así como para Rodríguez Espínola y Salvia (2019) existen indicadores que constituyen el bienestar subjetivo, habría capacidades, recursos o atributos que dando por entendido el modelaje social y cultural, se ven obstaculizados por un contexto desfavorable. En este marco, ha de señalarse que hay un índice malestar psicológico en la serie que contempla estados anímicos con un conjunto de síntomas que se hallarían vinculados a la ansiedad y depresión que incluyen nerviosismo, inquietud, desesperanza, cansancio, agitación y tristeza.

Asimismo los autores refieren que las desigualdades estructurales persistentes en nuestro país se manifiestan en todos los indicadores que se analizaron: malestar psicológico, afrontamiento negativo, auto percepción de infelicidad, y déficit de proyectos personales; por sectores sociales son aquellos más vulnerables los que pertenecen a un estrato bajo marginal, pobres por ingresos, poblaciones con habitabilidad en asentamientos precarios, en condición socio-ocupacional marginal y sin secundario completo quienes ostentarían significativamente refiere, mayores carencias en bienestar subjetivo.

En líneas generales señalan que el periodo 2010-2018 el 20% de la población adulta argentina reportó percibir malestar subjetivo presentando sintomatología ansiosa y depresiva, dato que se complementaria con el hecho de que los niveles de éste serían tres veces más altos en aquellos que pertenecen a un estrato socio-ocupacional trabajador marginal aún con tendencia ascendente que aquellos del sector medio profesional por lo que percibirían el doble de sintomatología aquellos que se encuentran bajo la línea de la pobreza por ingresos económicos asegurando que “Los valores son constantes y persistentes a lo largo de la serie demostrando mayor sintomatología ansiosa y depresiva a mayor vulnerabilidad social, económica, residencial y educativa.” (Rodríguez Espínola y Salvia, 2019, p.4).

Respecto de la infelicidad refieren que el auto percibirse poco o nada feliz se incrementa a medida que desciende el estrato socio-ocupacional, el nivel socio-económico y la condición residencial de las personas y a mayor marginalidad socio-laboral.

Atendiendo al afrontamiento negativo que predominarían conductas destinadas a evadir pensar en la situación problemática sin propósito activo de afrontarla o resolverla y concluyen “modos negativos de afrontamiento al estrés son frecuentes en 3 de cada 10 personas de condiciones socio-ocupacionales más vulnerables y marginales” (Rodríguez Espínola y Salvia, 2019, p.11).

Por último, respecto del déficit de proyectos de vida, los autores se pronunciarán acerca de que éste se amplifica también en los estratos más desfavorecidos lo que impacta en la proposición de metas y objetivos personales, quintuplicándose respecto de aquellos con mejores condiciones.

Finalmente la entidad sugiere que existen deudas a modo de pendientes con los más vulnerables y excluidos de la sociedad, agregando que es un diagnóstico de las mismas permitiría una solución adecuada la vez que efectiva.

Respecto de la desigualdad y la exclusión Neri (2001) reflexiona acerca de estas afirmando que en parte tendría relación con la globalización que contradictoriamente traería progresos al mundo a la vez que nuevos problemas implicando un crecimiento al que distingue a dos velocidades y que acentúa la desigualdad porque mientras un sector avanza en su desarrollo y en oportunidades de bienestar, el otro va quedando muy retrasado y así la desigualdad en diversos países alimentaría consigo, más allá de las carencias, el estado de malestar social. Ya no sería para el autor solo ni toda la carencia clásica que incluiría el techo, la educación, la atención de la salud o la jubilación sino que también este malestar social se asociaría con la percepción social colectiva de la desigualdad.

Y así, con la desigualdad, la pobreza y la exclusión. Neri (2001) respecto del fenómeno de la exclusión entiende que provoca una reacción que es en cadena y que sus consecuencias se evidencian en los consultorios como en el campo comunitario, en lo económico, en lo social, en lo psicológico colectivo como también en lo psicológico individual que genera incluso *terremotos familiares* referirá

Dentro y fuera del sistema la exclusión se evidencia. Para quienes están dentro a su entender los que tienen trabajo priman desde la intranquilidad, la incertidumbre sobre el futuro por las nuevas modalidades de trabajo hasta los niveles de inseguridad.

Fuera ya del sistema expone existe un perfil que es el del excluido y es el desocupado, así refiere “son los que no pueden ser explotados porque no producen nada. Son los que se nos caen del sistema” (Neri, 2001, p. 5)

6. MODALIDAD DE TRABAJO

6.1. SISTEMATIZACIÓN: ¿QUÉ, PARA QUÉ, POR QUÉ SISTEMATIZAR?

A las preguntas de ¿para qué? y ¿por qué? llevar adelante una sistematización de experiencias, Jara (2011) entiende que ésta produce conocimientos y aprendizajes valiéndose de lo particular y significativo de éstas pretendiendo un ordenamiento y reconstrucción que permita a su vez una reflexión teórica con los conocimientos allí surgidos y que posibilite vincular la teoría con la práctica. En este sentido, se propone recuperar lo sucedido en campo, adentrarse en el proceso vivido, reconstruirlo históricamente y desde allí construir “una mirada crítica sobre lo vivido, permitiendo orientar las experiencias en el futuro con una perspectiva transformadora” (p.4). De la experiencia, formula una interpretación que es crítica de ella misma y que valoriza como fuente los saberes de los sujetos que la vivencian.

Así, en el año 2019 en los meses comprendidos entre abril y diciembre, y en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas, la sistematización de experiencias está basada en la inserción en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, se propone atender y reconstruir el proceso vivido con especial esmero en la relación de sintomatología ansiosa asociada a agentes estresantes de origen sociocultural.

A fines de recabar información pertinente para dicha sistematización de la experiencia, se desarrollan distintas técnicas de recolección de datos entre ellas: la observación participante, registros de campo y entrevistas a agentes de salud.

Por la primera de éstas, Amegeiras (2006) entiende que se trata de un método de investigación social que implica una presencia prolongada en el lugar durante un tiempo relativamente extenso, una participación de la vida cotidiana de las personas “viendo lo que pasa, escuchando lo que se dice, preguntando cosas, o sea recogiendo todo tipo de datos accesibles para poder arrojar luz sobre los temas que él o ella ha elegido estudiar” (p.113). En esta dirección, se participa asistiendo en el rol de observadora participante en el espacio de guardia con usuarios diagnosticados con sintomatología ansiosa, rescatando sus motivos de consulta, discursos y su gestualidad, material que estará debidamente registrado en los diarios de campo.

En cuanto a los registros de campo Jara (2011) refiere que son necesarios en tanto sirven de base, aunque el registro en sí no debe reducirse a narrar acontecimientos, y es preciso identificar qué información debe conseguirse y en qué vía podrá encontrarse. En este mismo sentido se suma el aporte de Goetz y LeCompte (1988) a colación de entender que al posicionarse como investigador se recuperan en notas de campo datos que reflejan las interacciones y actividades de un grupo que pueden ser tomadas al momento o inmediatamente después. Estos últimos autores sugieren además que en las notas de campo pueden incluirse comentarios interpretativos. En tanto, se toman como útil en esta técnica de recolección de datos, la revisión de documentos institucionales, principalmente registros de historias clínicas a fines de poder recorrer un tanto más el trayecto vital y el devenir de los usuarios consultantes en cuanto a sus condiciones familiares, culturales y socio-económicas.

Por último, es preciso destacar que se realiza una entrevista semi estructurada a un efector de salud delegado dentro del equipo tratante.

Así, en esta sistematización y para llevar adelante un análisis de datos es que en suma se accede a la revisión de historias clínicas, participación en las consultas por guardia, pases de guardia y revistas de sala.

Cabe destacar también que para una mayor profundización acerca del eje de sistematización planteado se intenta abordar la temática desde la óptica de los y las usuarias que concurren al Servicio y de los distintos efectores de salud del H.N.P entendiendo que aportan información relevante y singular.

6.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

En cuanto al ordenamiento de esta información han sido seleccionados 5 casos clínicos que pertenecen a 3 usuarias mujeres y 2 usuarios varones cuyo promedio de edad es de 39 años. Los mismos concurren al servicio de Guardia n°4 del H.N.P en el periodo comprendido entre

abril y diciembre de 2019 y son asistidos y diagnosticados, véase la tabla 1, por este servicio con sintomatología ansiosa.

Se desliza que estos casos clínicos hacen de soporte e ilustran el presente eje de sistematización.

Nombre	Edad	Dx.*	Carácter de consulta en el HNP	Ocupación actual	Estado civil	Hijos
Elena	43	F.32 y F.41**	Control de 1era vez	Desempleada en busca	Conviviendo con la ex pareja	Sí. Sin especificar cantidad
Rubina	28	F.41	Control de 1era vez	Desempleada en busca	Soltera. Recientemente separada	No
Solá	42	F.41	Reanudación de tratamiento	Desocupada	Separada recientemente	Sí. Sin especificar cantidad
Salvador	45	F.41	Consulta de 1era vez	Recientemente desempleado	Casado	Sí. 3
Fortunato	37	F.41 y F.32	Reanudación de tratamiento	Endeudado con quiebre de patrimonio	Separado	Sí. 1

*Diagnóstico

**F.32 corresponde a la clasificación diagnóstica para el episodio depresivo

**F.41 corresponde a la clasificación diagnóstica para el trastorno de ansiedad

6.3 IMPLICANCIAS Y RECAUDOS ÉTICOS

En lo que respecta a los recaudos e implicancias éticas y a fines de orientar el ejercicio del rol profesional en un marco legal y ético, es que se respetan las disposiciones tanto del Código de

Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016) como el del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999) que hacen a los derechos de los usuarios y que disponen obligatoriedad de guardado del Secreto Profesional, confidencialidad y discreción modificándose así todo dato, tanto en cuaderno de campo como en el análisis de aquel que pudiera hacer alusión a la identidad personal de los/as usuarios/as seleccionados.

7. ANALISIS DE LA EXPERIENCIA

7.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Con la ilusión y voluntad de quien es aprendiz, y de quien sabe también que a partir de un encuentro ya no se vuelve a ser la misma porque se marca un antes y un después, desembarco en abril del año 2019 en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.

Recibimientos en la puerta añeja, de hace dos siglos atrás, mi tutora y, seguido de un: “estás lista?”, cruzamos el portal. Decididamente era el momento y decididamente estaba lista: ya era una practicante del hospital.

Los momentos previos y el desarrollo del primer encuentro en sí, me anoticiaron pronto sobre la dinámica del hospital: gente por doquier, en permanente movimiento por momentos y en absoluta quietud por otros, habitando un espacio que ediliciamente se muestra *parchado* y con áreas deshabitadas. Con esto me refiero a que coexisten, dentro del mismo hospital, construcciones antiguas con otras más recientes y que no son fruto de un arte ecléctico sino más bien producto de remodelaciones que aportan funcionalidad y que delimitan también aquello que ya no la tiene más, sea ya por deterioro irreparable o porque no se ajustan al enfoque de derechos y prácticas sobre el cual está enmarcada la no tan reciente Ley de Salud Mental, por caso: la sala de contención, la antigua guardia, el hospicio etc.;

Ya en las bienvenidas y en la inclusión dentro de un equipo de guardia, sentí total predisposición y flexibilidad por parte de los referentes institucionales. Pronto tuve la impresión de que me encontraba en una institución ‘puertas abiertas a la formación’, impresión que se fue confirmando a medida que transcurría la práctica cuando sentía, por parte de mis compañeros, el genuino interés de que aprenda. Esto queda visto en mi primer registro de campo, cuando me exployo sobre uno de los profesionales *“está muy interesado en contarme sobre la modalidad del hospital, cuestiones muy básicas (...) este Dr. Fue absolutamente receptivo conmigo y con el resto de los residentes y pasantes”* (Registro de campo, 2/5/2019); también cuando me relata sobre diagnósticos multiaxiales, sobre categorías, me enseña el CIE-10. *“Hace pasar pacientes y me presenta como la ‘Lic. Calligaris’; “aparte me incluye en la conversación con ellos”* (Registro de campo, 9/5/2019)

Se me asignan para guardia los días jueves de 8 a 13 hs y los viernes de 18 a 21 hs el Taller de Radio La chispa.

Ya en calidad de observadora e inmiscuida en el curso de las prácticas comienzo a notar ciertos detalles y recurrencias en los espacios que recorro, y de los que van surgiendo interrogantes.

Los pases de guardia siguen todas las veces la misma dinámica: comienzan alrededor de las 8 de la mañana y son presididos por los psiquiatras. Me resultará curioso cómo es la disposición espacial, y es algo que surgirá en múltiples registros. Ubicados en una sala, escritorio mediante, separando a la guardia entrante de la saliente. Se entrega rápidamente después de una lectura sucinta de los casos de la noche. No se entrega hasta en tanto no llega el/la psiquiatra de turno y así pueden pasar muchos minutos, situación a la que refiero así en mi registro: *“Todos parados, los psiquiatras de guardia saliente sentados y 2 sillas vacías que solo pueden ocupar los psiquiatras. (Nadie lo dice pero es una regla implícita parece)”* (Registro de campo, 16/5/2019). Y en oportunidades *“la guardia saliente se la quiere sacar de encima y se la tiran a cualquiera con tal de irse”*. En este punto parecería que no es cualquiera en verdad porque siempre es de psiquiatra a psiquiatra...cualquiera, sí, pero psiquiatra.

Me pregunto si: ¿la distribución espacial reflejará el lugar simbólico que ocupa el resto del equipo?, ¿Qué tensiones presenta esto que en el discurso se manifiesta cómo interdisciplinario pero que en la práctica deja sillas vacías? En mi observación, se plasman estos interrogantes a partir de un concreto y observable de ‘sillas vacías’.

A colación de esto, y en estrecha relación a lo anteriormente expuesto, parece importante resaltar el hecho que también trasciende de los registros y es la presencia de un enfoque médico hegemónico que primaría y que sería dable a verse en dos direcciones: en la distribución de las tareas e incumbencias dentro de los equipos y en la asistencia propiamente dicha.

En cuanto a las tareas, escapan a las incumbencias propias de las profesiones, como la aptitud para medicar o la falta de ésta; y con éstas me refiero a que son más bien burocráticas, tales como altas médicas, firmas de permisos transitorios que pueden ser únicamente autorizadas/firmadas/selladas por los psiquiatras. Recuerdo como clave el día en que uno de los psiquiatras expresó en un día de guardia *“está lleno de gente el hospital, pero yo tengo el sello”*(Registro de campo, 9/5/2019) haciendo alusión a que son los únicos que pueden hacerlo,

en otra oportunidad se menciona *“la hegemonía de la medicina por sobre la psicología tiene algún sentido, (...) no es por desmerecerlas pero ustedes no firman lamentablemente, para nosotros sería un alivio porque pasa todo por nuestras manos y vieron que no damos abasto. Yo siempre me voy pensando a mi casa que si pasa algo, yo soy el psiquiatra, soy yo el que tiene que poner la cara y te comés un juicio de mala praxis. A todo esto sumale la falta de recursos (...) los psiquiatras cargan con todo el peso de la ley y por eso se les otorga la hegemonía del hospital”* (Registro de campo 9/5/2019). De acuerdo a la asistencia, se evidenciaría en la limitada presencia de psicólogos en los equipos en una proporción de 4 a 1, que al menos tendría origen en la reducción de personal no médico en los últimos años y que tiene efectos en la atención, ya que en la mayoría de las veces –y pese al pedido expreso de ciertos pacientes de ser escuchados-, hay falta de ofrecimiento a continuar un tratamiento psicológico o advertencia de que *se debería* pero en este momento del hospital no es posible. Es ilustrativo este pasaje en el que refiero: *“El final es siempre el mismo, se van con un esquema de medicación (...) Los pacientes/familiares consultan por un seguimiento o la posibilidad de ser escuchados, de poder hablar con alguien. La gente se calma con las indicaciones del tratamiento pero a veces siento que quedan como con ganas de más, de que algo más pase”* (Registro de campo, 23/5/2019). Y en relación a un paciente que demandaba asistencia psicológica, cito lo que se le responde: *“lo ideal sería que siga un tratamiento además de la medicación, que con eso ya va a andar bien pero...bueno, en este momento no están dando turnos para psicología porque no hay psicólogos”* (Registro de campo, 23/5/2019).

Ligado a esto de la asistencia es preciso destacar, referido a lo psicofarmacológico, que los medicamentos expedidos de forma gratuita por el hospital corresponden a 2das o 3eras líneas de acción y es frecuente escuchar que reportan eficacia en escasa medida y que traerían aparejados efectos adversos, no deseados para los usuarios. Me pregunto: ¿en qué medida el sistema público contribuye a la cronicidad de algunos pacientes cuando facilita medicamentos que no reportan eficacia o lo hacen en bajas dosis? Es una cuestión que se manifiesta en observables clínicos como movimientos involuntarios, tales como la discinesia, producto de tratamientos a largo plazo con anti psicóticos atípicos: *“fijate lo que hace con las manos, ese movimiento de anillos. Es un efecto que hace el fármaco, a ver (...) Lo que pasa es que acá en el hospital les dan Haloperidol porque sale \$50 pesos la tableta, si este hombre tuviera que*

comprar la Quetiapina, que es la que tendría que tomar, le sale \$3000; me entendés?” (Registro de campo, 23/5/2019).

Finalmente, y acercándome ya a una cuestión que ha captado sistemáticamente mi interés desde el día uno en la institución, tiene que ver con la casuística clínica que aloja el hospital, que trastornos priman, con la población que demanda asistencia, entiéndase por esto las grandes clasificaciones psicosis y neurosis, en los distintos servicios de éste; específicamente en la guardia, que es mi espacio de observación.

Apenas ingresar al H.N.P escuchaba con frecuencia y cual si fuera un lema *“éste es un hospital de agudos”* (Registro de campo, 9/5/2019) y en ese momento yo me preguntaba además si es que sólo atendían *usuarios con psicosis*, si serían especialistas puesto que muchos de quienes asistían al servicio ya sea solos/as o en su mayoría acompañados eran diagnosticados bajo esa gran clasificación. Sin embargo, pronto volvía a aparecer en los discursos de los profesionales *“históricamente ha sido de agudos pero...”* frase que dejaba discurrir una conjunción adversativa: el *“pero”*. Pero que me anoticiaría de un viraje epidemiológico en el hospital en la actualidad, porque efectiva e históricamente, -y más allá de seguir recibiendo usuarios en situaciones agudas-, tras el relato de muchos referentes de la institución, se caracterizó por recibir pacientes con episodios psicóticos y hoy viviría otra realidad. Es sobre esto que pretendo reparar: habría habido un incremento en la demanda asistencial en general acompañado de una notable aparición y frecuencia de trastornos ansiosos ó problemáticas ligadas a la ansiedad, trastornos que anteriormente no parecían abundar en el Hospital y que hoy marcarían, como reflexionaba anteriormente, lo que sería un viraje asistencial, un cambio en la demanda.

Es preciso destacar que, y según fuentes institucionales, un posible inductor de este incremento se debería a la desafiliación de muchos usuarios de sus obras sociales y pre-pagas de un tiempo a esta parte lo que provocaría un mayor número de población que acude a los servicios estatales cuando de salud se trata. En tono de broma, un trabajador referirá *“tenés que ser neurótico y venir a sentarte en la sala de espera... estás 5 minutos y te vas, si estás un poquito armadito salís disparado a otro lado”* (Registro de campo, haciendo alusión a que probablemente el Hospital estaría recibiendo personas que en otro momento hubieran sido

asistidas en otros centros de salud quizá privados y que hoy no tendrían otra opción más que la estatal.

En este sentido, me pregunto: ¿Qué variables se juegan? ¿Son de índole social, económica, epocal? ¿Por qué aquí y ahora, y no antes o en este/otro hospital? ¿Responde esto a tendencias mundiales? ¿En qué medida influye/obstaculiza la estigmatización de *la locura, de los locos, del hospital para locos*, la llegada al HNP?

Es invierno, el frío se ha instalado en el hospital, la sala de espera repleta gente sentada y gente parada *“Gélido, verdaderamente (...) pero la guardia se prende fuego. Pienso en las condiciones del internado, las condiciones deplorables. ¿Cómo es dormir con tantos - cero y con una sola colcha, con las ventanas rotas, pidiendo que te den y que no haya?”* (Registro de campo, 27/6/2019).

Con el correr de las guardias he notado que la demanda muchas veces supera los recursos de los que dispone el hospital: en personal, camas y suministros farmacológicos. Hay mucha gente y poco personal. Esto se evidencia en distintas oportunidades cuando registro frases del estilo *“estamos sobrepasados”, “no damos abasto”, “día movidísimo”, “un paciente tras otro”*.

Transcurren los meses, llega septiembre. Registro la falta de suministros en farmacia lo que genera un gran malestar entre los pacientes y los profesionales. Desprovisto de los psicofármacos más recetados (como lo son antipsicóticos y sedativos), pierde una de las grandes funciones que cumple el hospital que es proveer de medicación a aquellos usuarios sin posibilidades económicas de adquirirlos por su cuenta. Tal es así que destaco, en una oportunidad, que la familiar de un paciente, conociendo los posibles efectos de la discontinuación del tratamiento, baraja la posibilidad de adquirirlos de forma particular, *“Cuando se les dice el precio automáticamente se desinflan y dicen esperamos... No pueden comprarlo”* (Registro de campo, 9/9/2019). No sería más allá de mi asombro, una novedad porque seguiría sucediéndose esta falta de reposición de medicamentos. Los pacientes mismos volvían de la farmacia luego de ser atendidos y nos decían que no había, una y otra vez.

Se tornaba frustrante el pensar y por parte del equipo tener que, en otras palabras, comunicarle *“mire usted hoy no va a poder dormir porque no hay las pastillas que usted necesita y no se sabe cuando las habrá”* (Registro de campo, 5/9/2019) y, que del otro lado, del quien lo recibe se deba esperar pasivamente porque no se cuentan con los recursos económicos para

adquirirlas. En este punto se me comenta que *“los pacientes hacen un esfuerzo enorme por llegar al hospital a veces no tienen ni para el colectivo y consiguen y vienen”*. (Registro de campo, 5/5/2019)

El Hospital vive una crisis institucional que entiendo es parte y consecuencia del escenario de crisis actual en nuestro país y particularmente de nuestra provincia.

Ni bien empezaba la práctica surgía la inquietud por estas nuevas demandas que llegaban al hospital de personas que antes concurrían a servicios de salud en el sector privado y que contaban con prestación de obras sociales y que, por pérdida del empleo o la insuficiencia de ingresos sufrieron desafiliación de éstas, teniendo que asistir en este caso, al HNP único nosocomio provincial de estas características. El correr de los meses, perfiló mi mirada en lo que para mí se mostró como una recurrencia: la mayor parte de aquellos usuarios que consultaban por primera vez presentaban sintomatología ansiosa y referían estar atravesando un momento económico difícil por distintos motivos y otras desavenencias sociales, familiares que hacían la situación aún más compleja. De este grupo de personas que asistió por el Servicio de guardia en gran parte, mencionaban estar actualmente sin obra social refiriendo haber tenido una prestación de estas características en el corto plazo de lo que va hacia atrás pocos meses o uno o dos años inclusive y la otra parte que ha asistido regularmente a servicios de salud públicos y que hoy llega con este padecimiento, por lo que la pregunta de sistematización en torno a la relación entre esta sintomatología ansiosa asociada a los agentes estresantes de origen sociocultural.

7.2. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

En el presente apartado se intenta recuperar ciertos aspectos que en virtud de la experiencia de práctica devinieron significativos considerando el eje de sistematización planteado “La sintomatología ansiosa asociada al estrés psicosocial en usuarios del servicio de guardia de un Hospital monovalente de Salud Mental de la ciudad de Córdoba”. La información

que de lo vivido en terreno se desprende es tanto analizada, ordenada como sistematizada en dos categorías, a saber: sintomatología ansiosa y Relación entre salud y contexto definidas en función de los objetivos propuestos en este trabajo. Es la revisión teórica la que facilita un análisis y una interpretación a saber crítica de los datos que en suma permiten una articulación que conjuga en dos direcciones, de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría, situada en la Institución en cuestión y la práctica que en ella se desarrolló.

En el apartado modalidad de trabajo se menciona la población involucrada que independientemente de los cinco casos clínicos concretos que se han seleccionado a modo ilustrativo con fines a abordar el siguiente análisis, la Institución prevé prestaciones de sus servicios en sus distintos dispositivos de atención a usuarios principalmente de la Provincia de Córdoba y que se encuentran en una franja etaria que comprende a mayores de 18 años hasta 65 años inclusive.

7.2.1 PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA RELACIONADA A LA PROBLEMÁTICA DE ANSIEDAD EN USUARIOS DEL SERVICIO DE GUARDIA.

La literatura vigente presenta a la ansiedad y a sus distintas manifestaciones como uno de los problemas más habituales de salud y tal es así que la OMS (2017) refiere que 260 millones de personas en el mundo la padecen. Autores como Cía (2007) y Reyes Ticas (2010) coinciden en destacar en línea con lo anterior que la ansiedad se constituye como uno de los motivos más frecuentes de consulta en la atención primaria donde una de cada diez personas lo padece.

A la luz de la experiencia en el HNP sería plausible reflexionar estas teorizaciones acerca de la prevalencia de la ansiedad con la realidad propia de la Institución. Así se refleja en los dichos de un integrante del equipo de guardia pese a afirmar “*acá tenemos mucha población con*

diagnóstico de esquizofrenia” en esta misma ocasión, el profesional *“los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad de hecho es notable el incremento, no hay estadísticas igual, pero es notable el incremento de pacientes”* (Comunicación personal, 17/10/2019). Asimismo, un buen número de usuarios que demandaban prestación de guardia referían presentar sintomatología ansiosa y eran diagnosticados con trastornos asociados a la ansiedad, entrevista mediante que a considerar por Viganó y Grecco (1977) es una técnica de vital importancia al quehacer psicopatológico en tanto que con ella se abriría en el encuentro la posibilidad de reconstruir la biografía del usuario y con ella la historia de su enfermedad o patobiografía.

El diagnóstico, en un principio y como señala Baumgart (2010), deberá ser siempre presuntivo puesto que no podría aceptarse de que, luego de y solo después de una primera entrevista se pretenda sea definitivo, ni único ni invariable en el tiempo. En este mismo sentido se pronuncia el Ministerio de Salud de la Nación (2013) cuando se pronuncia acerca de lo no imprescindible de realizar diagnósticos psicopatológicos precisos en la Urgencia sino más bien una valoración global que permita al equipo de salud actuar tanto prudente como eficazmente. En tal sentido y en una concatenación con la práctica ha sido de observar que en el dispositivo guardia esta modalidad de no llegar a un diagnóstico cerrado sino apuntar a la presunción de uno se halla vigente y en curso. Tal es así que en cierta oportunidad se registra, ante la demanda misma de un usuario de conocer su dx. y en un intercambio de diálogo entre el profesional y éste, lo siguiente:

“Dígame yo no estoy loco! Dígame qué tengo” solicita el usuario y con mucho tacto el psiquiatra le responde que no puede decirle después de haberlo visto una sola vez, diagnosticarlo, que tienen que verse un par de días más. A la demanda reiterada del paciente por su inquietud de ser diagnosticado, le responde “vos querés que yo te diga que tenés? Bueno, te tengo que ser sincero, a ver...no es normal lo que te pasa (llora el paciente) pero no sería ético que yo te diga así nomás qué tenés, o vos querés que te ponga el rótulo de por vida?! Eso querés?” (Registro guardia, 16/5/2019).

El dispositivo clásico de guardia contemplaría *“la evaluación, alivio sintomático y finalización de la urgencia a través de intervenciones protocolizadas”* (Freitas de Macêdo et al., 2010, p.13) y sería dable pensar que es por esta misma razón que el tiempo en el H.N.P es acotado en función del espacio del que se trata y del objetivo que cumple. Seguramente, será

quehacer de otros espacios donde continúe la asistencia -por ejemplo, dispositivo de Consultorios externos que cuenta la Institución-, donde la revisión del diagnóstico inicial presuntivo se revise.

Respecto a la dinámica de las entrevistas en este dispositivo de guardia se relata en los registros de práctica que son cortas, en coincidencia con lo expuesto por Miari y Fazio (2017) cuando refieren que las consultas de urgencia en Salud Mental requieren resolución inmediata y tenderían por lo general a tener un tiempo de atención breve: *“las entrevistas son muy cortas y la mayor parte de las veces siento que la gente se calma, se tranquiliza con las indicaciones del tratamiento farmacológico, a entrevista se restringe a eso”* (Registro guardia, 23/5/2019)

Con ello se abre la posibilidad de considerar que el calmar, el tranquilizar y las indicaciones farmacológicas que se evidencian en este pasaje de referencia en las consultas de la guardia del H.N.P tendrían que ver con la resolución de la urgencia y el alivio sintomático del usuario en un tiempo breve.

En cuanto a usuarios que consultan en guardia con manifestaciones relacionadas con la ansiedad, por la inmediatez y la presunción de los diagnósticos en la misma, en el ítem de la historia clínica referido a especificar de qué categoría diagnóstica se trata, se observa que se opta por especificar en las hojas de registro trastornos generales que remiten específicamente a la ansiedad como el F.41 y/o la problemática de la depresión como el F.32. En esto último, se registra que la institución opta por utilizar la nomenclatura propuesta por la Organización Mundial de la Salud, el CIE-10, que de hecho se señala cuando un agente de salud refiere: *“Me cuenta sobre diagnósticos multiaxiales, sobre categorías y me dice que acá en el Hospital se usa el CIE-10, que no me preocupe que hay aplicaciones piolas para eso ‘mirá, yo uso esto’ y me enseña el CIE-10 en su celular”* (Registro guardia, 2/5/2019).

La historia clínica se trata de un documento obligatorio en el que además de ser soporte de los datos del usuario y de las intervenciones indicadas y/o realizadas, aporta utilidades como la recurrencia a ella de distintos profesionales de la salud (Baumgart, 2010; Ley 26.529, 2009). En este sentido, en la asistencia a la guardia se observa que en muchos casos, los usuarios que asisten ya tienen abierta su historia clínica, por lo que en esos casos los profesionales se dedicaban solo a completar la categoría referida a la evolución del usuario. En otros casos, cuando se trata del “ingreso de primera vez”, tal cual lo denominaban, se realizan los asientos

completos, incluyendo datos tales como identificación personal, laboral, antecedentes familiares y de la patología.

Precisamente sobre este asiento de la información de los usuarios, se presenta un dato que refleja el efectivo cumplimiento de la normativa que regula la obligatoriedad de completar la H.C en el servicio de guardia del H.N.P. Así es, que del cuaderno de práctica se sustrae como significativo un pasaje en el que y en el marco de una consulta de una usuaria, se expresa: *“me refiero a la historia clínica sobre la mesa”* (Registro guardia, 10/10/2019) queriendo con ello dar a entender que para el momento en que ésta ingresó, el equipo de salud había ya dispuesto en el escritorio de la sala una carpeta que contenía su H.C porque su concurrencia a la Institución era para un seguimiento por lo que ya constaban los datos que se mencionaron anteriormente. Otro extracto que hace alusión a la H.C es *“Historia clínica: “La paciente llega a la guardia acompañada por su hermano y su padre. Refiere antecedentes de tx. en otro hospital monovalente de Salud Mental de la Provincia de Córdoba”* (Registro guardia, 15/8/2019) mención que hace por ejemplo a la nota de cómo es la llegada de la usuaria y sus antecedentes de tratamiento en otra institución.

Como ya se lo ha referido, un porcentaje de los usuarios con sintomatología ansiosa eran a su vez también diagnosticados con depresión denotando una comorbilidad, hecho que es concatenable con teorizaciones que plantean un solapamiento de síntomas entre ansiedad y depresión, que aunque bien definidos desde la teoría no se vuelven tan evidentes en la clínica, existiendo además un alto índice de comorbilidad entre estas entidades (Agudelo, et al., 2007; Gonzalez Cifuentes et al., 2011). A modo de reflejar esto se cita lo que pertenece a una descripción de una H.C de un usuario *“sintomatología hallada: angustia, ánimo deprimido, abulia, anhedonia, insomnio, ansiedad, intento de suicidio, palpitaciones”* (Registro guardia, 15/8/2019).

Los autores que se refieren a la ansiedad patológica o disfuncional sostienen que ésta resulta nociva, desproporcionada, provocando un déficit funcional de la persona e interfiriendo negativamente en distintos aspectos de la vida cotidiana (Cía, 2007; Reyes Ticas, 2010), y es sobre esta última en la que se detendrá el análisis puesto que respecto de los usuarios que consultan al equipo de guardia sería posible pensar que su concurrencia se relaciona con el reconocimiento de un malestar y al respecto se registra *“en la experiencia de la guardia por lo*

general las personas llegan refiriendo un malestar”(Registro guardia, 1/8/2019). Esto iría en consonancia con lo que plantean Bernstein y Nietzel (1982) puesto que sería precisamente ésta la preocupación del psicólogo clínico, ayudar a aquellas personas que tienen problemas psicológicos.

Por otra parte, cabe destacar la necesidad de la observación en la clínica. En conversación entre autores, coinciden que en el diagnóstico debe primar un espíritu de investigación, un espíritu de observación (Lagache, 1982; Ey, Bernard y Brisset, 1978). Estas teorizaciones son útiles si se reflexionan en paralelo con la práctica que exige -tal como refieren Echeburúa, et al. (2010)- aprender a observar y no sólo a ver, escuchar y no sólo a oír en tanto que todo cuanto se ha escrito en los registros parte de la observación y la pretensión de una escucha minuciosa de una Institución de sus usuarios y profesionales en tanto estudiante practicante en el lugar de aprendiz del futuro rol.

En esta categoría es menester señalar cuáles fueron los observables y escuchables advertidos por la Institución en cuanto que llevaban a los profesionales a definir en el dispositivo de guardia un diagnóstico presuntivo relacionado a la ansiedad. Tal como plantean diversos autores (Cortés Gaubadan, 2008; López Rodríguez, 2020) cabe distinguir en este punto los signos como observables de los síntomas como sólo percibidos por el sujeto, aquello que es apreciable únicamente por el mismo aunque sería dable que los límites no sean precisos coexistiendo en el diagnóstico. En este sentido, esto se evidenciaba en las consultas del servicio ya que los profesionales tomaban en consideración tanto lo que a la vista era objetivable -a decir, signos de ansiedad- como aquello que el usuario refería que sentía como malestar -a saber, síntomas de ansiedad-. La notación precisa de éstos, hará posible establecer un diagnóstico según Ey, Bernard y Brisset (1978).

A fin de entrecruzar la teoría con la experiencia vivida en el dispositivo de guardia del HNP, en lo que sigue, se rescatan y analizan materiales clínicos sobre cinco usuarios del Servicio.

Tal como teoriza González Menéndez (2009), se entiende por síndrome al conjunto de signos y síntomas que relacionados podrían ser expresión de enfermedad siendo de gran relevancia valorarlos en tanto que permitirían un diagnóstico y una imagen verbal cinematográfica del paciente en la entrevista. En el caso del síndrome ansioso, “la ansiedad su

manifestación cardinal” (p.197) con manifestaciones generales tales como manifestaciones vegetativas difusas como palpitaciones, taquicardia, piloerección, crisis vasculares, hipermotilidad intestinal, aspecto angustiado, pupilas dilatadas, manos frías y sudorosas. Pese a la coexistencia de signos y síntomas que se señalan desde las teorizaciones y que se han evidenciado en el paso por la Institución, es posible y necesario hacer una distinción entre ambas categorías.

Teniendo en cuenta lo dicho, en primer lugar se recuperan aquellos observables como signos de ansiedad que pudieron registrarse en el cuaderno de práctica y que hacen al ejercicio de la observación en los casos seleccionados. Como lo ilustran las próximas viñetas, se encuentran ciertas coincidencias en los mismos en cuanto a la agitación, la inquietud y el nerviosismo, particularmente en tres de estos, a saber, en Rubina, Salvador y Fortunato.

Así, en orden de aparición, en el primer caso de la usuaria se rescata y registra *“la agitación aunque leve de su cuerpo, inquieta durante todo el encuentro, se la observa tensa, sudorosa”* (Registro guardia, 15/9/2019). En torno al caso Fortunato, hay indicadores registrados tales como *“se lo observa inquieto en el asiento, cruzado de hombros y con cierta agitación”* (Registro guardia, 31/10/2019). En el caso Salvador, también aparecen observables similares, *“lo he visto inquieto, un poco nervioso, acompañando los dichos de una tensión en los gestos del rostro y las manos”* (Registro guardia, 24/10/2019).

En este sentido, en la literatura se halla que son signos esperables de encontrar en trastornos de ansiedad y así es que, pensando en el triple sistema de respuestas al que se refieren Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002) la hiperactividad como respuesta motora junto con movimientos torpes, podría relacionarse con esta inquietud y agitación que se aprecia en los usuarios, que es observable en este caso por los agentes de salud del H.N.P y quienes nos encontrábamos en carácter de observadores no participantes.

Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) también aluden a estados que abarcan desde nervios, inquietud, frustración hasta tensión que si bien son nombrados como afectivos subjetivos, se hacen evidentes en la conducta de los usuarios. Por otra parte, el sudor del que habla González Menéndez (2009), como signo también es señalado con frecuencia en estos trastornos y es el que aparece particularmente en Rubina.

Si se considera lo que hace a una descripción general del trastorno de ansiedad y que incluye dentro de ésta un aspecto angustiado y pupilas dilatadas, según dicta el autor inmediato señalado, pueden valorarse los casos clínicos Solá y Elena como figurativos de esta descripción en tanto que ambas muestran similares signos que son tenidos como observables.

Respecto de Solá, se describe: *“De impresión se la nota angustiada, casi sin pestañear, los ojos muy atentos, la frente fruncida (como vengo notando en otros sujetos) que consultan por esta sintomatología”* (Registro guardia, 22/8/19). En esta ocasión, se torna relevante rescatar este registro puesto que se valora que la usuaria porta como observable angustia y frente fruncida. Esto podría bien pensarse y concatenarse con este aspecto angustiado señalado por González Menéndez (2009) desde la teoría. En cuanto a la mirada, se nota y relata también que tiene los ojos muy atentos y *“casi sin pestañear”* por lo que también cabría pensar que, en otras palabras se hace mención a la presencia de pupilas dilatadas.

En el caso de Elena, se hace también mención a las pupilas dilatadas. Si bien no ha sido un signo que se haya observado al momento de la entrevista, la usuaria lo trae como algo que observa su pareja, lo que cobraría sentido y se complementa en el marco del análisis que en el registro se narra: *“Mi marido me dice, eso sí, que cuando estoy así se me dilatan las pupilas y se me ponen así (y abre los ojos grandes)”* (Registro guardia, 10/10/2019).

En este saber escuchar y no solo oír que planteaban Echeburúa et al. (2010) es posible orientar en la experiencia de la práctica lo que se escuchó y lo que agentes de salud de la Institución han dejado asentado en los documentos de H.C en otras oportunidades y que permiten en esta instancia de análisis de la experiencia complementar el desarrollo.

En cuanto a los síntomas de ansiedad, en lo que sigue, también se exponen viñetas ilustrativas correspondientes a los cinco casos clínicos. Es preciso señalar que en muchas ocasiones, las propias narraciones de los usuarios coinciden con las descripciones de signos observables por parte de los profesionales y/o practicantes recién enunciadas extraídas del cuaderno de campo.

En lo que concierne al caso particular de Elena, es ella misma quien narra como motivo de su concurrencia al HNP *“Hoy vine porque ya estoy así y yo ya estuve así hace un tiempo, unos meses. Estuve internada en el Sanatorio X 21 días (...) muy angustiada y con ganas de no sentir”* (Registro guardia, 10/10/2019), lo que haría considerar que no es la primera vez que se ha

sentido así, que ya otra veces ha experimentado sensaciones como esta, habiendo sido además hospitalizada ya en otro sanatorio monovalente privado de la ciudad de Córdoba.

Esto articulado con la teoría podría pensarse desde lo que dan en nombrar Ries et al (2012) como ansiedad-rasgo. Ésta, que se diferencia según los autores de la ansiedad-estado, se infiere por la frecuencia con la que se percibe aumentos en su nivel de ansiedad, sugiriendo además que las personas que presentan un alto grado de ansiedad-rasgo advertirían o percibirían un rango más amplio de situaciones amenazantes estando más propensos a sufrir ésta con mayor intensidad y frecuencia siendo vividos de modo intensamente molestos. Si se piensa en relación a Elena cabría preguntarse si es que presenta una ansiedad-rasgo debido a la frecuencia con la que se dan los episodios y ha concurrido otros espacios de atención y en diferentes oportunidades. Además, cabría también preguntarse si es que Elena lo vivencia de forma intensa y molesta y si ello guarda alguna relación con esta frase que ella misma acerca sobre la angustia y ‘las ganas de no sentir’. Es, a través de una ida y vuelta entre los síntomas que refieren los usuarios con la teoría y viceversa, que se pueden pensar algunas relaciones. En el caso particular de Elena que refiere “*Y...yo siento angustia, no sé, son ganas de llorar y llorar*” (Registro guardia, 10/10/2019).

Se puede en una primera instancia retomar la idea de González Menéndez (2009) acerca de una descripción general de un individuo con ansiedad en la que se hace alusión a la existencia de un aspecto angustiada y en este caso es la propia usuaria quien trae la palabra angustia para describir lo que le pasa junto con el llanto y las ganas de llorar, aún así es menester señalar que a considerar por los datos que figuran en su H.C, Elena había sido también diagnosticada con depresión por lo que podría repararse en una comorbilidad y en un solapamiento de síntomas tal como refieren Agudelo et al (2007).

Si se piensa en los otros síntomas que Elena describe es útil sugerir la lectura, en este y otros casos, de Miguel Tobal y Cano Vindel (2002) en articulación con el texto de con Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) puesto que ambos grupos de autores aunque con distintos esquemas, versan sobre los mismos síntomas de ansiedad. Los primeros, lo hacen desde el modelo de triple respuesta; y, los segundos, desde cuatro grupos. Así se refiere “[llevándose las manos al pecho en círculos y dando golpecitos], *acá!!!, me agarra seguido en distintos momentos cuando voy al auto, cuando subo a la escalera, cuando estoy en la calle, yo trato de aguantar esto que me*

agarra y digo ya llego, ya llego, aguanto un poquito más (...) Temblequeos, como nerviosa me pongo así, como nerviosa y la angustia esa todo el tiempo”

Pueden pensarse allí varias cuestiones a la vez, cuando relata y se señala a sí misma en el pecho refiriéndose a modo de que le agarra y trata de aguantar y en uno de los sentidos, que podría experimentar a nivel de una respuesta cognitiva una manifestación displacentera expresada en miedo, temor como sensación de pérdida de control sobre el ambiente. Si se dirige la atención hacia su afirmación de *“aguantar un poquito más”* cabría considerarse como una respuesta a nivel motora una conducta de huída o de búsqueda de seguridad de distintas situaciones que menciona cómo cuando está en el auto, la calle o la escalera.

Por otra parte, la señalización que Elena hace en un sitio puntual como el pecho, puede interpretarse a nivel de una respuesta fisiológica, particularmente como un síntoma respiratorio que es la opresión torácica. Los temblequeos a los que refiere, temblores son considerados también dentro de esta respuesta aunque junto como un síntoma de tipo neuromuscular.

Por último y en referencia a la percepción de nerviosismo sobre la que Elena se refiere, Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) la toman como parte de un estado afectivo subjetivo negativo que puede ir desde los nervios como en su caso, a la frustración, tensión etc.

Respecto al caso clínico de Rubina, se escucha *“estoy así, [se tapaba la boca continuamente], como nerviosa”* (Registro guardia, 15/8/2019). La percepción de nerviosismo se encuentra presente y se interpreta desde la teoría también como parte del estado afectivo subjetivo negativo.

En una revisión de la H.C se desliza y se cita lo que se lee:

Manifiesta que tiene ataques de pánico, dificultad para respirar, angustia. Refiere “de golpe estoy bien y de la nada me agarra miedo a morirme, a cualquier cosa”. Dificultad para dormir. Como síntomas relevantes: angustia, ansiedad, temblores, miedo, insomnio. Apreciación diagnóstica: F. 41 (Trastorno de ansiedad) (Registro guardia, 15/8/2019)

En primera instancia destacar que al igual que se señaló en el anterior caso, el antecedente de un episodio ansioso hace caber la posibilidad de considerar un rasgo más estable en la personalidad por la frecuencia y la intensidad con la que se presentan los estados ansiosos de los que hablan Ries et al (2012) cuando versan sobre el constructo ansiedad como rasgo. En el caso particular de Rubina, sirve traer el aporte que hace Cia (2007) acerca de la sensibilidad ansiosa ya

que haría a una tendencia del sujeto a responder de forma temerosa al experimentar síntomas relacionados a la ansiedad estando vinculados a ciertos temores. En su caso bien podrían ser, indistintos en el orden, el temor a las sensaciones somáticas y en particular el temor a morir junto con los ataques de pánico que se detallan en la H.C y que podrían ser precedidos por una elevada sensibilidad ansiosa, y el temor a las reacciones ansiosas públicamente observables. Éstas últimas, siguiendo al autor también podrían ser reducidas al ser evaluada negativamente, en su caso particular podría reflexionarse con la notaciones que se realizaron acerca de lo que se observó como signo a decir la rubicundez y el permanente taparse la boca o tocarse el rostro “*ya de primera impresión llama la atención como se le van los colores a la cara, parecería encendérsele cuando habla [...] Se lleva las manos a la cara*” (Registro guardia, 15/8/2019).

Por último, entre los síntomas que se vieron descriptos acerca de la usuaria se encuentran dentro de las respuestas fisiológicas la dificultad para dormir/insomnio descripto por González Menéndez (2009) como la afectación de una necesidad que es característica de la ansiedad, los temblores como síntoma neuromuscular y dificultad para respirar o disnea que hace a un síntoma respiratorio dentro de los fisiológicos. Finalmente, el miedo y aunque ya se ha versado sobre él pertenece a una respuesta cognitiva.

Fortunato es otro de los casos clínicos en el que el diagnóstico presuntivo que se realiza en la guardia señalaría comorbilidad en tanto que en la H.C se registra F. 41 como trastorno de ansiedad y episodio depresivo. En esto, Gonzalez Cifuentes et al (2011) señalan que la ansiedad frecuentemente lleva a episodios depresivos, hecho que podría pensarse para este caso.

Al momento actual de la entrevista se registra que para los agentes de salud representa “*un desborde total, un estado de crisis*” (Registro guardia, 31/10/2019). Si se piensa en esta última palabra ‘crisis’ como estado coincidiría con lo que desde la teoría plantea el Ministerio de Salud de la Nación (2013) cuando habla sobre las crisis de ansiedad/angustia en la atención de urgencias como una de las manifestaciones más comunes y en articulación, se destaca en este caso particular por las características en las que se presenta el usuario en cuanto a su comportamiento nervioso y de queja por demoras en la atención en la que según refiere “*no aguantaba más*” (Registro guardia, 31/10/2019).

Cuando se explaya este usuario refiere,

estoy acá ¿por qué? Porque no quiero perder más nada, no quiero perder más nada!. Yyyy no tengo motivos para vivir, perdí mi trabajo, perdí todo. De estar acá, pasé a estar acá (señalando arriba y abajo, se entiende qué haciendo alusión a pasar de un nivel socioeconómico a otro) [...] mi situación es crítica, estoy viviendo una pesadilla, yo ya no sé qué más hacer [...] me van a arrebatarse (escuché esta palabra que luego repitiera una vez más cambiándola), me van a rematar la vida!!!! (Registro guardia, 31/10/2019).

Si se revisa el documento H.C se encuentra que también, como en otros casos, no es la primera vez que se lo atiende en la Institución sino que ya ha sido atendido al menos en otra oportunidad por la misma sintomatología y así se transcriben ciertos síntomas relevantes y pasajes que se han registrado por el equipo tratante en su momento en el año 2016.

Por los primeros se destacan y se consideran como coincidentes por estar presentes también en el día de la entrevista, angustia, ansiedad, nerviosismo, intranquilidad, desgano, insomnio. Y en cuanto a los pasajes que se recuperaron,

De golpe empecé a sentirme mal, angustiado, muy ansioso, me transpiran las manos [...] Estoy agotado de tener todo en la cabeza [...] Estoy pasado de vuelta, voy a explotar en cualquier momento [...] estoy agotado, no puedo dormir, no puedo con todo (Registro guardia, 31/10/2019).

Tomando en consideración lo escuchado y observado el día de la entrevista con lo revisado en la H.C es que son posibles de pensar algunas conjeturas.

En primera medida se recupera que no se trata de una primera intervención en este servicio sino que ha habido anteriores lo que conduciría a pensar que podría tratarse de una ansiedad-rasgo si se considera que el individuo, en esta oportunidad Fortunato, percibe con frecuencia aumentos en sus estados de ansiedad como daban en señalar Ries et al (2012). También, recuperado de Cía (2007), en una ansiedad disposicional como factor de vulnerabilidad para la reacción del individuo, con sus tres aspectos a considerar, la sensibilidad ansiosa, el neuroticismo y los rasgos o tendencias ansiosas. En orden, podría pensarse a través de la sensibilidad ansiosa por la tendencia a responder forma temerosa cuando experimenta síntomas relacionados a la ansiedad y pensando en Fortunato el temor que mayormente expresaría sería al descontrol cognitivo y se ilustra en frases tales como “*voy a explotar en cualquier momento*”,

“no puedo con todo” (Registro guardia, 31/10/2019). Respecto del neuroticismo, habría que considerar que tratándose de una tendencia estable de ver negativamente tanto el mundo como la propia vida y responder en consecuencia con emociones negativas ante experiencias consideradas como amenazantes, frustrantes o pérdida se pueden considerar tanto las sensaciones de vulnerabilidad que se desprenderían de su relato, como las preocupaciones, la irritabilidad y el miedo si se analiza la pérdida de ingresos económicos y la casa, como lo amenazante de sus deudas que quedan expuestas en dichos como *“perdí mi trabajo, perdí todo. De estar acá, pasé a estar acá”* (Registro guardia, 31/10/2019).

Por último, en relación a los rasgos o tendencias ansiosas en este caso en particular, puede reflexionarse sobre uno de ellos que es el gran nivel o imaginación de visualización que menciona Cía (2007) en el que, centrado negativamente, se anticipan sucesos de índole catastróficos o atemorizantes que podrían surgir a partir de una situación dada. En el caso de Fortunato, es ilustradora una frase que deja discurrir cuando habla de su situación económica - *“me van a arrebatarse... me van a rematar la vida!!!!”*-, en la que se remarca la autocorrección en sus dichos utilizando la palabra ‘rematar’ en vez de ‘arrebatarse’ (Registro guardia, 31/10/2019). En el mismo sentido y retomando esta vez sobre la crisis, Reyes Ticas (2010) menciona que es preciso revisar aquellos pensamientos negativos que preceden a las crisis, en el caso particular de Fortunato podrían pensarse algunos que verbalizó como *“mi situación es crítica, estoy viviendo una pesadilla, yo ya no sé qué más hacer”* o *“no puedo con todo”* (Registro guardia, 31/10/2019).

En último término, en mención a síntomas que se tomaron como relevantes y pensados desde el sistema de triple respuesta, la transpiración de las manos es parte de la respuesta fisiológica neurovegetativa y es mencionada como sudoración. El desgano, pertenecería a la misma respuesta pero de tipo neuromuscular y desde la teoría es expuesta como fatigabilidad crónica (Miguel Tobal y Cano Vindel, 2002).

En cuanto al nerviosismo y a la intranquilidad del usuario, desde Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) podría plantearse que hacen a estados afectivos subjetivos negativos.

El caso clínico de Salvador trae consigo muchos síntomas recurrentes que ya han sido referidos por otros usuarios. En particular se registra que concurre al servicio de guardia del H.N.P el 24 de octubre de 2019 siendo registrado en la Institución como ingreso de 1era vez. Sin

embargo, se conoce que ha sido referenciado a este hospital por no poder continuar su tratamiento por un trastorno de ansiedad en consultorio particular y así lo refiere uno de los agentes de salud *“buscamos alternativas para sostenerlo, acordamos que viniera a este hospital y que yo lo atendería aunque no correspondiera a mi equipo por su zona de residencia”* (Registro guardia, 24/10/2019).

Al momento actual de la entrevista refiere *“me siento muy nervioso, es nerviosismo lo que me agarra y eso sobre todo a la noche, que bronca que me da no poder dormir, eso me pone mal mal, es como que no descanso viste? Y bueno lo otro que me jode es la falta de aire pero yo no sé si tiene que ver con esto o con otra cosa”* (Registro guardia, 24/10/2019) y agrega además percibir un hormigueo en el cuerpo.

Como se lo expuso con anterioridad los síntomas que se mencionan son algunos de los que ya se han revisado. El nerviosismo que el usuario nombra puede ser considerado desde la teoría de Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) como parte de un estado afectivo subjetivo negativo. El no poder dormir, es decir el insomnio del que habla es para González Menéndez (2009) un elemento característico y sugiere la palabra vespertino, sería posible pensar que es precisamente a la noche el momento en el que, como refiere él, aparecen acrecentados el nerviosismo junto al insomnio. Respecto de la falta de aire, importará el aporte de Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002) que utilizarán como terminología específica la palabra disnea, y así podría considerarse que este síntoma de Salvador es parte de una respuesta fisiológica respiratoria. En este punto es preciso destacar entre los síntomas frecuentes que Reyes Ticas (2010) señala a tener en cuenta en lo que es atención primaria de los trastornos de ansiedad, a la queja por el dolor y en especial el torácico. Así, en el caso de Salvador justamente aparece tal dolor aunque no explícitamente con dicho nombre *“lo otro que me jode es la falta de aire”*, a lo que se le suma que el usuario duda en la relación que podría existir con una problemática de salud mental sino con algo quizá de otro orden al decir con el adversativo ‘pero’: *“pero yo no sé si tiene que ver con esto o con otra cosa”* (Registro guardia, 24/10/2019).

Por último, en consideración del hormigueo en el cuerpo que se describe en el registro, podría pensarse como una respuesta fisiológica de tipo neuromuscular.

En distintas oportunidades, Salvador menciona algunas situaciones en las que él habría tenido un protagonismo especial sobre todo en el ámbito de la familia, tanto de origen como la actual con su pareja e hijos. En este sentido, entre los pasajes tales como,

había mucha violencia de género, vio? Y con nosotros también pero yo era el más grande, soy el más grande y un día me cansé y le paré el carro en referencia a su padre. También, el mismo día expresó: “soy sostén de familia, tengo 3 chicos, mi mujer no trabaja. A mí esto me corta las piernas, hasta vergüenza me da. Yo trabajé toda la vida, me entendés?” (Registro guardia, 24/10/2019).

En pos de una articulación cabría preguntarse y pensar la posibilidad de vincular algo de esto con dos de los rasgos o tendencias ansiosas que menciona Cía (2007) presentes en individuos que padecen trastornos de ansiedad. Uno de ellos el del hipercontrol y supresión de la percepción de los propios sentimientos y el otro de elevadas autoexigencias. Si por el primero de éstos se entiende que el individuo suele ser rotulado como “muy fuerte” por parientes y amigos y existiendo una necesidad de dominar toda situación o cambio inesperado, suprimiendo los sentimientos o necesidades propias; y, el segundo, como la imposición de niveles de perfección a sí mismo o a los demás y a la atención o no tolerancia de fallas aunque mínimas. En el caso de Salvador, en el primer pasaje sobre la violencia en su núcleo familiar de la infancia; y, en el segundo del despido, podrían sugerirse como significativas y representativas de estos dos rasgos que como se señala en la teoría pueden aparecer juntos, frases como “*yo era el más grande, soy el más grande y un día me cansé*”, “*soy sostén de familia*”. También, cuando se refiere a la vergüenza: “*A mí esto me corta las piernas, hasta vergüenza me da*”. Desde este lugar podría abrirse quizá la reflexión a pensar en que Salvador no se permitiría fallar ni demostrar cierta vulnerabilidad en tanto que el hacerlo podría exponerlo a una pérdida del control de las situaciones pensando en el caso del despido que es incluso una causa externa a él, cuestión por la que se suprimiría a sí mismo y a lo que le pasa siendo él quien debe, como él mismo sugiere, sostener y al no poder concretarse en este rol, se avergonzaría.

El caso clínico Solá representa el último de los cinco seleccionados en el que la usuaria no tiene un ingreso de 1era vez sino que continúa en la Institución un seguimiento de tratamiento por guardia con una aproximación diagnóstica de trastorno de ansiedad y también, de acuerdo a lo que consta en su H.C, de depresión. Esto guardaría relación con casos anteriores en los que se

menciona la misma aproximación diagnóstica y que es coincidente con los datos que señala la OMS (2017), donde se remite a los millones de personas que sufren de ansiedad e incluso de ambas afecciones mencionando con ello a la depresión, como se versara en otras oportunidades en este análisis. Así también, suman los aportes de González Cifuentes et al. (2011) en tanto que señalan un alto índice de comorbilidad entre ansiedad y depresión, lo que queda parafraseado en el registro cuando se enuncia cómo la misma usuaria nombra a su sintomatología y la frecuencia con la que se le presentaría: *“no es su primer episodio depresivo y refiere que en otras oportunidades ya se había sentido así”*. (Registro guardia, 22/8/2019)

A esta usuaria, se la ha visto en tres oportunidades. En las mismas, cuando se le consultaba por su motivo primario de consulta siempre refiere tener *“ataques de ansiedad, pánico...”* (Registro guardia, 26/9/2019). Con esta afirmación es posible pensar y teniendo presente que se preguntaba por el momento de su ingreso al H.N.P, en una de las manifestaciones más frecuentes en la atención a las urgencias en salud mental y que son las crisis de angustia/ansiedad (Ministerio de Salud de la Nación, 2013), en este caso haciendo el correlato entre la expresión destacada por la usuaria como ‘ataque’ y la expresión de ‘crisis’.

Siguiendo con las formulaciones planteadas por el Ministerio de Salud de la Nación (2013), sería oportuno destacar la presencia frecuente de sensaciones desmedidas de desamparo y de miedos inespecíficos y/o excesivos como por ejemplo estar o salir solo, morir. Comenzando por estos últimos, se verían ilustrados en algunos pasajes que la usuaria desliza: *“alude que cuando se queda sola de noche tiene miedo a morir”* (Registro guardia, 22/8/2019). Ya en una próxima entrevista se refiere ella misma dando cuenta de una mejoría *“ya no estoy tan así [...] Ahora estoy mejor porque puedo salir y estar sola”* (Registro guardia, 26/9/2019).

En una tercera oportunidad, en la guardia, se registra:

ando bien, ahora estoy mejor [...] con la medicación creo yo y con el trabajo porque ahora empecé a trabajar vendiendo ropa y eso me hace bien porque me distraigo, salgo y veo gente. Ya no tengo tanto ese miedo (Registro guardia, sin fecha precisa 2019).

De aquí es que se puede pensar que en su sintomatología se hallan presentes el miedo a morir y el hecho de estar o salir sola porque en su discurso es frecuente la mención sobre éstos, cuestión que es concatenable con algo que es registrado como un dato no menor de las

entrevistas y que es la compañía de una amiga en tres de los encuentros en que se participa. Esto podría relacionarse con la sensación desmedida de desamparo sobre la que se versaba en la teoría y que se expresa en ella a forma de *“Yo me siento una niña a la dejan sola”* (Registro guardia, 22/8/2019) pudiendo esto reflexionarse como una imposibilidad de estar ni salir sola a la vez que una necesidad de contar con el acompañamiento de un contacto como su amiga para poder conducirse y expresarse.

Si se piensa en lo que esboza Reyes Ticas (2010) cuando hace una distinción entre lo que sería una ansiedad normal o menos acentuada de una patológica, refiere que esta última además de ser nociva provocaría un déficit funcional en el individuo y una reducción de la libertad personal, esta cuestión última sería oportuna de ser observada puesto que Solá -como se expresó anteriormente- no podría gozar o se vería reducida en su libertad personal de salir o de estar sola teniendo que ser asistida para hacerlo. En un intento también de vincularlo con lo que exponen Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) al referirse a lo que hace a un elevado nivel de ansiedad que puede ser expresado en la conducta que sería en su caso la evitación si se reflexiona en el no salir sola o en la búsqueda de seguridad por su necesidad de ser acompañada. Esto se evidencia porque la amiga que la acompaña adiciona lo que serían datos como signos y/o síntomas de la usuaria al referirse por ella: *“Camina de un lado para el otro, se agarra así frotándose las manos”* (Registro guardia, 22/8/19).

Respecto de respuestas motoras se asienta en los registros que en la entrevista se observaba el mismo signo de un movimiento repetitivo de frotarse las manos y *“se la observa efectivamente más tranquila que la anterior vez por guardia pero sigue frotándose las manos como aquella vez”* (Registro guardia, 26/9/2019). Esto podría ligarse con lo que describen Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002) como parte de una respuesta motora por tanto observable y que podría asociarse en el caso de la frotación permanente de las manos con movimientos repetitivos que fueran observados por el equipo y además relatado por su círculo más íntimo.

Se refiere esta usuaria al hecho de no poder dormir y llorar todo el día algunos días. El primer síntoma podría considerarse desde lo que González Menéndez (2009) presenta como una afectación de necesidades que sería para éste considerado como un elemento característico del síndrome ansioso. Respecto del llanto es presentado como un síntoma frecuente también por el el Ministerio de Salud de la Nación (2013). Por último, se vuelve interesante destacar que Solá

manifiesta en relación a reanudar sus actividades laborales que no tenía voluntad “*sigo sin hacer nada*” (Registro guardia, 26/9/2019) cuestión que hace pensar en la otra aproximación diagnóstica que hizo el equipo de salud sobre depresión en tanto que como señala González Menéndez (2009) en el síndrome de ansiedad se observa hiperbulia, es decir aumento de la voluntad y aquí se vería disminuida.

7.3 RELACIÓN ENTRE SALUD Y CONTEXTO.

En esta última categoría se atenderá al análisis de la injerencia del contexto en el estado de salud mental de las personas, tal como se lo visualizó en el transcurrir de la práctica. Como bien lo presentan diversos autores (Krieger, 2001; Rojas y Sternbach, 1997), las trayectorias tanto biológica como social de las personas se hallan modeladas en relación a los contextos social, económico, político, tecnológico y ecológico de su sociedad. Es decir, si se entiende la salud, como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente ausencia de afección o enfermedad (OMS, 2014) y que la salud mental excede a la falta de trastornos mentales y tiene que ser considerada como una parte integral de la salud (OPS, 2020), se debe “reconocer que el desarrollo económico y social es fundamental para lograr el estado máximo de salud para todos” (p.206) y atendiendo en pos de su mejoramiento, generar estrategias integrales que incluyan educación, trabajo, transporte, vivienda y ambiente saludable, entre otras. Sobre esto se retoma un pasaje de un profesional de salud que conjuga estas teorizaciones y asevera sobre el impacto en la salud mental cuando se presenta deterioro en la vida material:

como desencadenantes sí la cuestión social, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad de hecho es notable el incremento, no hay estadísticas igual, pero es notable el incremento de pacientes que a raíz de su deterioro material, su vida material, empiezan a presentar síntomas relacionados con la salud mental, obvio ansiedad, tristeza, síntomas de trastornos depresivos, ni hablar (Comunicación personal, 17/10/2019)

En la misma línea, Galende (1998) considera que tanto la enfermedad mental como el sufrimiento deben poder ser vinculadas con las condiciones generales de existencia de los grupos humanos y sus individuos porque determinadas condiciones de vida, entre las que se encuentran por ejemplo el hacinamiento y la falta de vivienda, necesidad de empleo e ingresos económicos, disgregación de familias, desamparo, que harían aumentar la vulnerabilidad de las personas en lo físico, en lo mental y lo social. En este punto, sería posible pensar las condiciones de vida que llevan buena parte de los/as usuarios/as que asisten al servicio y de este modo se recuperan en orden ciertas condiciones que harían a dificultades de acceso al transporte, necesidad de empleo e ingresos económicos, falta de vivienda, disgregación de familias etc.

Así, por ejemplo, en el registro una conversación con un agente de salud que refiere *“los pacientes hacen un esfuerzo enorme por llegar al hospital a veces no tienen ni para el colectivo y consiguen y vienen”* (Registro guardia, 5/9/2019). O en otra oportunidad es la propia familia de un usuario la que se comenta la imposibilidad de seguir asistiendo a la Institución, que como se expuso en el apartado de contexto institucional en su oferta prestacional atiende demandas tanto de la localidad capital como del interior de la provincia, por los costos que les insumía el viaje de la localidad de origen al H.N.P y viceversa y así queda registrado:

Usted sabe Dr. que le queríamos decir que no podemos venir más, o sea se nos está complicando viajar para acá...está muy dura la mano ¿vió? Yo no estoy trabajando, hay que conservar el trabajo...pero dieron de baja la obra donde trabajaba y ahora no sé cuándo, por eso... (Registro guardia, 19/9/2019).

Por lo que concierne a la necesidad de empleo e ingresos económicos y por citar algunos ejemplos se encuentra el de una usuaria que al ser consultada acerca de si desempeñaba actividad laboral y en caso de ser la respuesta afirmativa en qué, se refiere de este modo: *“Actualmente no, trabajaba cuidando niños pero la mamá de ellos quedó sin trabajo y al quedar ella sin trabajo, quedé yo también sin, me sostengo dando clases particulares”* (Registro guardia, 26/9/2019). Otro ejemplo de una situación similar se presenta con el caso también de una familia que retiraba medicación mes a mes en el servicio de farmacia del Hospital pero en aquella oportunidad estaba el fármaco sugerido en falta y habrían considerado la posibilidad de comprarlo particular y queda

registrada así la situación *“Le consultan al psiquiatra el precio del depósito (un fármaco de colocación intramuscular) para comprarlo y colocarlo particular. Cuando se les dice el precio automáticamente se desinflan y dicen ‘esperamos...’. No pueden comprarlo”* (Registro guardia, 5/9/2019). Podría reflexionarse en cuyo caso que es por esta misma necesidad e insuficiencia de ingresos económicos que es que no pueden acceder a la compra particular.

Respecto de la falta de vivienda sería posible ilustrarla con la notación en el registro de la narración de un usuario en la que se dice: *“Refiere sentirse muy angustiado, con sensaciones feas desde que se separó de su mujer y viven en la misma casa”* (Registro guardia, 9/5/2019). Se toma en cuenta esta viñeta ya que podría presumirse que quizás no habría podido abandonar la vivienda por falta de recursos. Por último ejemplo de falta de vivienda se toma en ocasión de entrevista a un usuario su situación de vida que como referirá él es ‘de prestado’ volviendo a la casa de su ex pareja y se cita la notación en el registro de entonces: *“actualmente, no tiene residencia fija y vive según sus dichos de prestado, donde puede teniendo que volver, pese a este vínculo problemático que sostiene con sus pocos familiares a la casa que juntos construyeron”* (Registro guardia, 31/10/2019).

En última instancia otra de las condiciones de vida que harían para Galende (1998) aumentar la vulnerabilidad de las personas, en este caso en lo mental, es la disgregación de familias. En una búsqueda por ligarlo con la práctica sirve de ejemplo una cita de registro de una usuaria de estado civil separada con un hijo y su madre de 86 años a cargo que consulta al Servicio que ayudaría a reflexionar sobre este punto y que la disgregación se refleja en la soledad en que se encuentra en que ella es el único sostén de grupo familiar.

“es como mucho para mí, es mucho. Estoy sola para todo, no puedo hacer nada, mi madre depende de mí para todo, no me deja ni bañarme y Tomás...” aludiendo a que su hijo le representa una carga ya que presenta también una problemática de salud mental.

Desde un marco social de salud se ha puesto mucho el interés en el estrés. Respecto de éste, Rojas y Sternbach (1997) versan sobre stress habitual como un signo peculiar que haría al actual momento histórico por donde se colaría el padecimiento. En pos de su articulación se retoma el planteo de Cía (2007) que se pronunciará argumentando se trataría de una estimulación perturbadora de la homeostasis en la que se produce una respuesta biológica común a diversos factores o demandas o agentes causales en la que de forma automática un conjunto de reacciones

fisiológicas preparan al organismo para la acción, lo predisponen generando cambios neuroendocrino-vegetativos que impactan en los órganos viscerales cardiovascular, gastrointestinales y respiratorio. Asimismo Rodríguez Campuzano et al. (2013 citado en Lazarus y Folkman resaltan la valoración personal o la respuesta de la persona frente a la situación y lo entienden como un proceso no sólo como un estímulo denotando una relación entre persona y entorno tanto recursiva como dinámica entre demandas ambientales o agentes estresores, recursos sociales e individuales para enfrentarlas y la valoración que se hace de éstas.

En el marco de vincular teoría con práctica en ésta última ha sido dable tanto escuchar como leer en las historias clínicas que el/la usuario/a manifiesta estrés o que se enfrenta a situaciones de estrés como en esta oportunidad en la que *“su historia clínica refiere múltiples situaciones estresantes”* (Registro guardia, 10/10/2019).

Asimismo y de acuerdo con lo del stress habitual que versaban Rojas y Sternbach (1997), se puede pensar una relación existente entre lo dicho desde la teoría como stress habitual y los dichos de un agente de salud que al ser consultado pronuncia estrés ‘crónico’ y constante se refiere así:

Si vos accedés a producir algo, un salario mínimo o te cuesta llegar a fin de mes, eso va a producir un estrés crónico, constante, que en algún momento trae consecuencias, es obvio...o accedes a un servicio de delivery/mensajería que son un fenómeno nuevo ahora, que tenés que trabajar 10, 12 horas para hacer una jornada laboral sin ninguna red de contención, es jodido! Te pisa un auto y listo, no tenés ninguna cobertura, te perdés todos esos días de trabajar o meses. Entonces el tipo de trabajo que se consigue también, esa precariedad también te genera un algo, eso tiene consecuencias en el cuerpo, en la cabeza. (Registro guardia, 17/10/2019)

Cia (2007) hace una diferencia conceptual entre ‘eustrés’, que hace alusión a un buen estrés que se extiende a lo largo de la vida y que es indispensable para el desarrollo psicofísico, y por contraposición un concepto que complejiza este desarrollo es el de ‘distrés’. Se refiere a este último nombrándolo como al ‘mal estrés’ en tanto que sostendrá que surge cuando las demandas del entorno psicosocial son excesivas, intensas o prolongadas se supera la capacidad de resistencia y adaptación llegando a un fracaso adaptativo que representaría el estado biológico de colapso o claudicación. Refiriendo además que en ese período de descenso del rendimiento

“cualquier estímulo adicional, aunque pequeño, puede provocar disfunciones y en consecuencia, enfermedades dado que, el organismo comienza a claudicar en sus intentos de adaptación y cualquier estímulo resulta excesivo e implica un gran esfuerzo” (Cía, 2007, p.39).

Así, para el presente desarrollo y bajo este concepto sería dable pensar al respecto de los casos clínicos seleccionados de los/as y usuarios/as que cuando se habla sobre situaciones estresantes podría considerarse ligado a un distrés en tanto que referirían un malestar, reportarían como síntomas algunas disfunciones siendo además diagnosticados por el Servicio de Guardia con algún trastorno de ansiedad.

Otro de los signos que se presenta para las autoras Rojas y Sternbach (1997) como peculiar de época junto con el de estrés es la búsqueda de sedantes y de soluciones rápidas como el pedido de facilitación de psicofármacos. Respecto de esto último fue posible encontrar a lo largo de la práctica la búsqueda hasta a veces exclusivamente de entrega de esquemas de medicación (orden médica) junto con la misma a retirar por el Servicio de Farmacia del Hospital y así se señala que en una ocasión en la que una usuaria no interactuaba mucho con el equipo se cita su respuesta a la pregunta de por qué concurría al servicio: *“porque me están faltando y con eso ando más o menos, o sea no me pongo así”*(Registro guardia, 15/8/2019). Otra vez en consulta se escucha *“necesito si o si la medicación, ustedes me ven violenta pero no estoy violenta es que necesito un seguimiento”* (Registro guardia, 25/4/2019). En otra oportunidad y consultando a otra usuaria cómo se encontraba y a qué lo relacionaba, desliza: *“ando bien, ahora estoy mejor (...) con la medicación creo yo y con el trabajo porque ahora empecé a trabajar”* (Registro guardia, 26/9/2019). A través de estos pasajes con las palabras ‘faltar’ o ‘necesitar’ podría pensarse la importancia y el lugar que dan los/as usuarios/as a los psicofármacos.

Viganó y Grecco (1977) sostienen que es a través de la entrevista donde a una de la partes, el/la entrevistada, se le permite “expresar su mundo por medio de la palabra y el movimiento” (p.44) y que en ocasión de ésta deben investigarse todos los aspectos posibles para así poder llegar a reconstruir la biografía del paciente y con ella su patobiografía, es decir la historia de su enfermedad. Así es que se puede conocer detalles del mundo de los usuarios y sus historias tan singulares como particulares y pensar en términos de Sandín (2003) cambios vitales significativos que han sufrido.

Si se piensa en las entrevistas que se han realizado en los meses de práctica en el H.N.P es dable notar como la gran mayoría los/as usuarios/as ‘expresan su mundo’, cómo lo organizan en el discurso y se pronuncian respecto de sus vidas en los distintos momentos pasado, presente y futuro permitiendo, en los casos seleccionados, redactar a modo de prosa cada historia clínica. Por lo general, comienzan con una pregunta disparadora del equipo tratante al estilo de la que se cita “*cuéntenos por qué ha venido hoy*” (Registro guardia, 10/10/2019).

Al igual que en la categoría anterior se trabaja con los mismos 5 casos clínicos aunque en esta oportunidad desde la perspectiva de la articulación/incidencia entre el contexto y la salud de las personas. En coherencia con esto Restrepo y Jaramillo (2012) entenderán que la enfermedad excede a las dimensiones biológicas y que sería la expresión de condiciones socioeconómicas del contexto y de las contradicciones sociales.

Por comenzar, de la historia particular de Elena, se desprende que al momento de la entrevista esta usuaria desliza y *expresa su mundo* dando a conocer al equipo detalles acerca de su estatus civil, familia, empleo e ingresos y sintomatología que ya fue desarrollada. Reanuda en la consulta una narración que parece haber empezado en una concurrencia 4 meses anterior por consultorio externo en el Servicio de Psiquiatría (en aquella oportunidad, la demanda en este hospital, habría sido por la situación conflictiva que atravesaban con la pareja y su malestar producto de ésta) y se refiere en contestación a la pregunta del agente de salud sobre cómo seguían las cosas desde la última entrevista:

las cosas siguen igual, mi marido todavía desempleado, estamos esperando, yo también desempleada estoy buscando pero no, ya me hicieron 2 entrevistas y nada (...) si, es piloto [respondiendo a una pregunta] estamos esperando que se vaya a Bangladesh pero no nos avisan (Registro guardia, 10/10/2019).

A la pregunta de por qué ha concurrido hoy al Servicio de Guardia, responde: “*hoy vine porque ya estoy así y yo ya estuve así hace un tiempo, unos meses. Estuve internada en el Sanatorio X 21 días (...) muy angustiada y con ganas de no sentir*”. Para luego continuar diciendo: “*es parte de lo mismo... hoy ya no puedo ir...y estoy sin medicación, me quedé sin y no puedo comprarla por eso vine también*” (Registro guardia, 10/10/2019).

En una revisión por su historia clínica se registra “*sin cobertura de obra social, desempleada, múltiples situaciones estresantes*”.

Respecto de su estado civil deja entrever que convive con la pareja con quien actualmente tiene un impasse luego de enterarse de una infidelidad 2 años atrás por parte de éste con una compañera de trabajo, hecho por el cual una vez trascendido, quedaría desafectado de la empresa para la cual trabajaba. Consultada por ello refiere “*más allá del problema de la pareja urge solucionar el problema económico, quiero resolver eso y lo otro después veré*” (Registro guardia, 10/10/2019).

Es a partir del discurso de Elena y de ciertos pasajes en éste que se pueden pensar algunos sucesos o cambios vitales dirá Sandín (2003) que, entendidos como experiencias objetivas o cambios agudos requieren o le podrían haber requerido reajustes drásticos o sustanciales. Éstos pueden ser extraordinarios o traumáticos aunque por lo general, señala el autor, se trataría de eventos más o menos normativos y habituales. En su caso se encuentran una conflictiva conyugal con convivencia que no podría aseverar como separación porque no fue en esos términos descripta por la usuaria aunque podría pensarse el desempleo de ambos. En términos de Cia (2007) sería dable reflexionar en este caso en particular en agentes estresantes de origen sociocultural clasificados en familiares y laborales en tanto que como se señaló anteriormente una separación se encontraría dentro de lo que son los agentes estresantes familiares y el desempleo o la desocupación en los laborales.

También es preciso consignar que desde el punto de vista de Sandín (2003) la definitoria y principal propiedad de los sucesos vitales es el cambio en las actividades usuales de los individuos y que el potencial estresante de estos eventos estará en función de la cantidad de cambio que conlleve para ese individuo reafirmando además que a mayor cantidad de cambio, como podría ser la sumatoria de sucesos vitales, mayor probabilidad de enfermar. Así, respecto de Elena podría hipotetizarse en cuanto al grado de cambio si bien no podría cuantificarse ha sido grande entendiendo que sus actividades y su posición cambiaron de estar empleada a estar desempleada y no conseguir un nuevo sustento económico, una nueva situación conyugal que podría considerarse de cambio de estado civil y la imposibilidad de acceder a su habitual oferta prestacional de salud del sector privado.

Por último, cuando se versa desde la teoría de Sandín (2003) sobre estrés reciente refiriéndose a sucesos o sumatoria de sucesos que hayan tenido ocurrencia en los dos o tres últimos años, puede concatenarse con lo ocurrido con Elena puesto que ella refiere que desde hace dos años viven una conflictiva conyugal que a partir del despido del marido que queda inactivo y desempleado y se registra *“vivirían una situación económica difícil en la que además, y ya sin contrato de por medio, han perdido la obra social de calidad con la que se atendían en el sector privado”* (Registro guardia, 10/10/2019).

En el segundo de los casos, el de Salvador se registra que el usuario expresa muchas experiencias acerca de su historia vital que pueden objetivarse. Al momento actual de la entrevista el usuario refiere tener 45 años por lo que, y desde el aporte de Villar (2003) podría inferirse que se halla en el estadio evolutivo de la generatividad el cual comprende a individuos entre los 30 y 60 años aproximadamente. Expresa al equipo que se encuentra casado conviviendo y con 3 hijos *“a los que hay que alimentar”* (Registro guardia, 24/10/2019).

Es de destacar que su consulta constituía la 1era en la Institución y en el servicio de guardia. De hecho, es uno de los agentes de salud quien manifiesta:

este paciente ha sostenido tratamiento, hasta donde ha podido, en consultorio particular conmigo. Un día se acercó, me dijo que no podía sostener más el tratamiento, aún queriendo hacerlo, porque se había quedado sin obra social y no podía pagar la consulta, estaba muy angustiada, muy movilizad por la situación económica, porque tiene 3 hijos que mantener y frente a eso buscamos alternativas para sostenerlo, acordamos que viniera a este hospital y que yo lo atendería aunque no correspondiera a mi equipo por su zona de residencia (Registro guardia, 24/10/2019).

Salvador relata en la entrevista que trabajaba como operario en una reconocida fábrica cordobesa automotriz. A partir de sufrir inestabilidad económica, la misma decidió encarar un proceso de recorte presupuestario que devino finalmente en un recorte de personal que acabó con la rescisión de varios contratados, entre ellos Salvador. Esto puede ser concatenado con la teoría desde Sandín (2003) en el sentido de pensar al despido laboral del usuario como un estresor social a modo de un suceso vital, que entendido como una experiencia objetiva o cambio agudo habría modificado el estatus de salud y la calidad de vida de Salvador si se piensa que ha concurrido a esta servicio portando un malestar. Además, y en la misma línea expuesta y como se

insistió en el caso Elena, no es posible cuantificar el grado de cambio de actividades usuales del usuario pero si es factible reflexionar, de acuerdo y a través de sus dichos, el potencial estresante que este suceso puede haber tenido en su vida y así lo refiere:

mucha presión, muchos nervios, yo veía que a la gente de al lado la empezaron a despedir (emocionado hace una pausa) y yo no quería ver eso. El próximo fui yo, de un día para el otro, chau, ni gracias y ahí empezó todo, soy sostén de familia, tengo 3 chicos, mi mujer no trabaja. A mí esto me corta las piernas, hasta vergüenza me da. Yo trabajé toda la vida, me entendés? Y los pendejos (refiriéndose a sus hijos) se te enojan ¿viste? Sobre todo las 2 nenas 'comprame ésto, comprame aquello' y cómo les hacés entender que no podés, que no se puede? Yo hoy no puedo, y usted sabe (Registro guardia, 24/10/2019).

El despido laboral constituirá desde Cia (2007) lo que él da en llamar un agente estresante de tipo laboral. Si se reflexiona sobre este hecho y por cómo lo menciona el usuario en términos de que le 'corta las piernas' denotando gravedad.

En cuanto a factores precipitantes, es decir aquellos considerados cambios vitales recientes o durante los últimos dos o tres años, sería dable señalar a este despido laboral que sufrió Salvador después de diez años de desempeño en la fábrica automotriz como uno de ellos. Podría pensarse, si se trae un planteo de Medrano et al. 2017, en el estrés que le generaría no poder dar respuesta a una demanda de la familia ya que este grupo de autores menciona podría establecerse una relación entre estrés y ansiedad dado que si la persona percibe que no dispone de los recursos necesarios para afrontar demandas de tipo laborales, familiares etc.; en su caso familiares porque expresa no poder cumplir con las expectativas de la familia a raíz de su situación laboral, es posible que se generen respuestas de ansiedad al percibir como amenazante o riesgoso el no poder cumplir con ellas. Eso es en relación a la dimensión laboral, en lo que respecta a la dimensión familiar comenta una escena que conjuga parte de su historia en la familia de origen y la actual y así se refiere:

había mucha violencia de género, vio? Y con nosotros también pero yo era el más grande, soy el más grande y un día me cansé y le paré el carro (en referencia a su padre) y yo lucho con eso porque a veces me pasa a mí que le grito a mi mujer pero yo no quiero hacer eso, siento mucha ira, así. Mientras decía esto se registra que se encuentra

acompañando los dichos de una tensión en los gestos del rostro y las manos (Registro guardia, 24/10/2019).

De acuerdo a esto se podría considerar que habría allí una conflictiva familiar por las situaciones que relata. Sandín (2003) entiende que al inicio de un trastorno pueden tenerse en cuenta factores predisponentes o precipitantes a modo de sucesos vitales.

Así, y en cuanto a lo que el usuario define como ‘violencia de género’ en la familia de origen, el autor refiere en otras palabras que podría el maltrato infantil ser considerado un factor predisponente en tanto un suceso vital ocurrido precisamente en la infancia. Asimismo, habría de tenerse en cuenta que “la historia de sucesos traumáticos infantiles puede incrementar, así mismo, la vulnerabilidad individual a los sucesos vitales recientes” (Sandín, 2003, p. 147).

Se vuelve interesante en este punto destacar un pasaje que desliza el usuario al equipo tratante respecto de un estilo o hábito de vida que ya ha tenido ocurrencia en el pasado y que volviera, podría pensarse luego de situaciones estresantes, a adoptar en la actualidad, y se registra que con cierto halo de vergüenza manifiesta se ha acercado “*a cosas que yo ya no tenía que hacer, si ya me había alejado, hacía años que no probaba pero es la junta y yo decía no me van a agarrar*” (Registro guardia, 24/10/2019). Salvador comenta al equipo que está consumiendo cocaína provista por un hermano menor que la comercializa en el barrio y al respecto manifiesta:

consumo solo, los viernes por lo general, a 10 bolsitas puedo llegar (asombrándose él mismo) y a esto nadie lo sabe nadie, se los cuento a ustedes a dos porque me genera mucha vergüenza, soy un tipo grande, con hijos...ellos no pueden saber (Registro guardia, 24/10/2019).

Este consumo problemático que plantea Salvador puede bien pensarse como un efecto indirecto que tendría el estrés social a través de la modificación de los estilos de vida que plantea Sandín (2003). En su caso, podría decirse que los efectos directos sobre su salud particularmente mental y el motivo por el cual acude al Servicio, es el malestar que le provoca su sintomatología ansiosa y por contraparte el efecto indirecto sería la adquisición, o en su caso el retorno, de un hábito no saludable como el abuso de sustancias.

Por cuanto concierne al caso clínico de Fortunato se sabe a través de su H.C que tiene 37 años por lo que al igual que en otros casos clínicos analizados se hallaría en un estadio evolutivo de generatividad vs estancamiento. Sin embargo, en una revisión por el documento se constata que su admisión en el HNP tiene fecha en 2016 y se registra en su momento lo que sigue:

paciente de 33 años. Síntomas relevantes: angustia, ansiedad, nerviosismo, intranquilidad, desgano, insomnio. En 2014 cambió de trabajo, de dependiente a independiente a lo que comenta 'cambié dinero por salud aunque con miedo por quedarme sin'. Relaciona su ansiedad con el problema económico. Observaciones: Pobre contención familiar, diagnóstico de lupus a su mujer y fallecimiento de su madre. Frases relevantes: 'de golpe empecé a sentirme mal, angustiado, muy ansioso, me transpiran las manos' 'estoy agotado de tener todo en la cabeza', 'estoy pasado de vuelta, voy a explotar en cualquier momento' 'estoy agotado, no puedo dormir, no puedo con todo (Registro guardia, 31/10/2019).

Este fragmento daría la pauta de lo que se expuso en el capítulo anterior cuando se analizó la frecuencia con la que registran estados de ansiedad y con ello la cantidad de ingresos a este servicio de Salud Mental pero además de eso, daría cuenta de las múltiples situaciones estresantes a las que este usuario había estado y estaría expuesto y esto es expresado por los agentes de salud cuando registran que representa “*un desborde total, un estado de crisis*” (Registro guardia, 31/10/2019). Ésto conceptualizado desde Cia (2007) podría pensarse como una claudicación del organismo ante demandas del entorno psicosocial que se presentan como excesivas o prolongadas y en el que cualquier estímulo aunque pequeño puede provocar disfunciones. Lo anteriormente expuesto cobra sentido si se considera que en este caso clínico confluyen varios factores históricos biográficos que hacen que su discurso dé la impresión de que rebasa por la cantidad y la variedad de situaciones que relata.

Al momento de la entrevista, Fortunato desliza respecto a su estado civil y familiar que se encuentra separado de quien fuera la pareja y madre de su hijo. Acerca de esto se infiere por sus dichos mantienen una relación conflictiva y distante y se refiere de este modo:

no tengo a nadie, mi hijo no me da bola y mi ex me putea todo el tiempo [...] cuando tenés plata, todos te quieren y ahora papito sin plata, no le servís a nadie. Cuando tenía

estaba todo bien. Ahora cuando nos separamos ella se quedó con la casa y le dice al pendejo tu papá es un drogón (Registro guardia, 31/10/2019).

Esta situación podría pensarse desde lo que plantea Cia (2007) como una agente estresante de tipo familiar ya que en esta clasificación se contemplan las desavenencias conyugales y las separaciones tal como es en el caso de Fortunato.

Siguiendo con esta línea, y en apoyatura con Sandín (2003), de sucesos o cambios vitales que entendidos como experiencias objetivas o cambios agudos requieren reajustes drásticos o sustanciales, otro cambio aparte de la separación que implica cambios en las actividades usuales de los individuos en su caso es la situación económica que atraviesa y así lo expone:

estoy acá ¿por qué? Porque no quiero perder más nada, no quiero perder más nada!. Y yo no tengo motivos para vivir, perdí mi trabajo, perdí todo. De estar acá, pasé a estar acá (señalando arriba y abajo, se entiende que haciendo alusión a pasar de un nivel socioeconómico a otro) [...] 15 años viviendo como reyes, se me van las cosas como agua, se me desmorona todo lo que construí...yo tenía una estructura, una vida perfecta! (Registro guardia, 31/10/2019).

Este pasaje, sobre todo en la última oración, permitiría reflexionar acerca de lo que Sandín (2003) refiere cuando versa acerca del potencial estresante que se mide en función a la cantidad de cambio que conlleve por lo que a mayor cantidad de cambio, mayor sería la probabilidad de enfermedad. En el caso de particular de Fortunato es factible de pensar ya que hace una marcada brecha entre lo que era una ‘vida perfecta’, ‘una estructura’ y lo que actualmente es, algo que según sus dichos ‘se desmorona, se va como agua’. Esto da el puntapié para continuar versando acerca de su situación socioeconómica. Respecto de esto, es lo que el usuario da como explícito motivo de consulta cuando se le pregunta por ello, es así que en el registro consta que “*refiere sin vacilar que es su actual situación económica, refiriéndose a su endeudamiento, y lo que de ella se desprende*” (Registro guardia, 31/10/2019). En sus palabras lo expresará como estar “*viviendo una pesadilla*”.

Se conoce a través de su discurso que el usuario se desempeñaba hasta 6 meses antes de la entrevista en el rubro de lubricantes para motores, negocio que no pudo sostener por varios motivos en los que nombra “*dólar, malas decisiones* (se pausa llorando para luego elevar la voz)

2 años para hacer una casa de 2 millones de pesos y hoy me revisás la billetera y no tengo 100 pesos, debo tener \$60” (Registro guardia, 31/10/2019). Más tarde referirá:

el agua me llegó al cuello mi situación es crítica, estoy viviendo una pesadilla, yo ya no sé qué más hacer. Le debo medio palo al Banco Galicia, 600 lucas al Francés, a todo el mundo le debo, me van a arrebatar (escuché esta palabra que luego repitiera una vez más cambiándola, me van a rematar la vida!!!.

Es interesante también en este punto rescatar una frase que desliza el usuario cuando dice *“perdí mi trabajo, perdí todo”* (Registro guardia, 31/10/2019) en tanto que podría pensarse al trabajo como un área muy importante en su vida y la pérdida de esta actividad como del sustento económico con un notable impacto en su subjetividad quedando abierta la posibilidad de vincular la influencia de este suceso vital en otras áreas como la familiar porque es él mismo quien refiere *“cuando tenés plata, todos te quieren y ahora papito sin plata, no le servís a nadie. Cuando tenía estaba todo bien”* (Registro guardia, 31/10/2019).

Para Sandín (2003) la pérdida del empleo constituye un estresor social en tanto que requiere un ajuste sustancial o drástico para la vida del sujeto, más específicamente constituiría uno de tipo más o menos normativo o habitual al igual que la separación que cursa. Desde lo que plantea Cía (2007) podría tratarse de un agente estresante de origen sociocultural de tipo laboral.

Por otra parte, se encuentra otro evento que sería pasible de pensado como un agente estresor y que es la no disposición o la carencia de una residencia fija ya que por lo que se sabe de su discurso, Fortunato *“actualmente no tiene residencia fija y vive según sus dichos de prestado, o donde puede teniendo que volver, pese a este vínculo problemático que sostiene con sus pocos familiares a la casa que juntos construyeron”* (Registro guardia, 31/10/2019).

En última instancia es menester resaltar que se registra aparece un consumo problemático de sustancias al igual que en el caso Salvador. En esta oportunidad el usuario menciona que consume aunque esporádicamente habiendo sido el último consumo 2 semanas antes de esta entrevista. Esto podría pensarse como el efecto indirecto del estrés sobre la salud a través de la modificación de un estilo de vida con la adquisición de un hábito de consumo no saludable.

En lo que respecta al caso clínico Rubina se desliza de su historia clínica que al momento de la entrevista tiene 28 años por lo que por su edad, al igual que en otros de los casos escogidos

para este análisis, se encontraría ingresando en un estadio del ciclo vital de generatividad vs estancamiento del que versan Erikson (1971) y Villar (2003).

En ocasión de la entrevista a la que se acerca únicamente a este servicio para conseguir medicamentos, Rubina señala al menos dos dimensiones que podrían analizarse, a saber la familiar y la laboral.

En cuanto a su estado civil manifiesta que es soltera y refiere al equipo que se ha dejado recientemente de la pareja. Podría considerarse que este suceso vital de separación que atraviesa la usuaria, siguiendo la perspectiva de Sandín (2003), sería un evento con el potencial de requerir algún tipo de cambio en cuanto a su ajuste habitual y entraría dentro de lo que es para el autor la clasificación de eventos habituales o más o menos normativos.

Por otra parte y siguiendo con esta clasificación, Rubina da en mencionar que actualmente se encuentra desocupada y así lo refiere “*ahora sí, no encuentro*” (Registro guardia, 15/8/2019). Este evento desde Cia (2007) podría ser reflexionado como un agente estresor sociocultural de tipo laboral y desde Sandín (2003) como un fenómeno de estrés reciente.

Es interesante en este caso mencionar que la usuaria en cuestión se presenta al Servicio con una única intención por sus dichos de retirar medicación. Sobre este punto es útil volver a reflexionar sobre lo que planteaban Rojas y Sternbach (1997) cuando versaban sobre la búsqueda rápida de medicamentos sedantes y esta especie de encomienda al especialista, en este caso psiquiatra, para poder restablecer el equilibrio anterior. Esto también podría ligarse a un signo peculiar de época que también es mencionado por las autoras y que guarda relación con imperativos de época de ‘sano’ que hacen al rendimiento, consumo, eficacia y rapidez.

Finalmente y con respecto a Solá, ha frecuentado el Servicio en 3 oportunidades en las que ha estado presente. Se sabe que tenía al momento de la 1era entrevista 42 años por lo que al igual que en los casos Elena, Salvador y Fortunato se hallaría en un estadio evolutivo de generatividad vs estancamiento. Las dificultades que trae esta usuaria a consulta podrían pensarse a través de la teoría de Erikson (1971) puesto que una de las tareas fundamentales que se plantean en la etapa es poder generar, proveer, tener un empleo y cuidar de los hijos, hecho que en su caso se verían dificultadas por situaciones propias de su actualidad.

Del discurso de Solá hacia los agentes de salud se desprende que hace 5 meses vivió lo que podría ponerse en términos de ‘abandono’ de la pareja porque relata “*se fue un día a la*

noche sin decirme nada y yo me quedé sola” para luego continuar *“yo me siento una niña a la que la dejan sola”* (Registro guardia, 22/8/2019). Este suceso vital podría considerarse desde Sandín (2003) como un fenómeno de estrés reciente en tanto ocurrió en un tiempo menor a los 2 años. Desde Cia (2007) este evento puede considerarse un agente estresante sociocultural de tipo familiar por contemplar esta categoría las desavenencias conyugales.

En otra área, la laboral, la usuaria se refiere acerca de sus ingresos. En el primero de los encuentros dirá que hace 5 meses se halla desocupada pronunciándose *“pero hoy no tengo para invertir, no tengo y eso también bueno... (Se queda en silencio) me hace mal porque le tengo que dar de comer a mis hijos”* (Registro guardia, 22/8/2019) notándose una fuente de preocupación por el bienestar de los hijos que se versó anteriormente. Si se considerase que Solá permaneció desocupada quizás podría pensarse que en términos de Cia (2007) se trataría de un agente estresor de tipo laboral.

En una segunda oportunidad sigue sin actividades y lo refiere *“sigo sin hacer nada”*. Sin embargo, en el registro consta también *“Más allá de su falta de recursos, nos refirió que no tenía voluntad para reanudar sus actividades”* (Registro guardia, 22/8/2019), lo cual podría vincularse con lo propio de su sintomatología.

Ya en un tercer encuentro Solá referirá al equipo tratante que *“ando bien, ahora estoy mejor”*, y consultada con que lo asocia responde *“con la medicación creo yo y con el trabajo porque ahora empecé a trabajar vendiendo ropa y eso me hace bien porque me distraigo, salgo y veo gente”* (Registro guardia, 22/8/2019). Este último pasaje del caso Solá, al igual que en el caso Fortunato, Salvador, Elena y Rubina, serían representativos de la entidad e importancia que se le adjudica al trabajo en la vida, en tanto que trabajar ‘le hace bien’.

Será de destacar que del mismo modo que sucede en el caso clínico de Rubina en tanto que se acercan al Servicio para renovar esquemas de medicación y/o vinculan su mejoría con ésta, en el caso Solá podría pensarse como presente esta búsqueda o facilitación de sedantes para ‘andar bien’ como referirá en la cita textual inmediata.

Por otra parte es interesante detenerse, ya que se refirió de forma precedente acerca del contexto, sobre los recursos disponibles.

7.3.1. SALUD MENTAL: ¿ENRAIZAMIENTO PERSONAL E INSTITUCIONAL?

Martin Baró (1984) entiende que la salud mental tiene un 'enraizamiento personal' que no debe simplificarse ni negarse pero que también debe verse en el entramado de relaciones históricas a los efectos de evitar incurrir en reduccionismos, uno individual y el otro social. Referirá además que la salud mental “debe verse como un problema que hará crisis, según los casos, en un individuo o en un grupo familiar, en una institución o en una sociedad entera” (p.3). Este planteo se vuelve interesante para pensar la injerencia que tuvo el indicador del contexto socioeconómico a lo largo de la práctica en tanto que era recurrente en las situaciones que traían los usuarios, los efectores de salud y lo que atravesaba la Institución misma y tal es así que en el día del ingreso a la Institución ya aparece una alusión a la situación general de los usuarios “*una profesional del Neuro nos habló de la situación actual. Contó que aumentó la demanda porque desde hace ya un tiempo, pero acrecentado este año, mucha gente quedó sin trabajo y obra social y ‘caen’ al público*” (Registro guardia, 17/4/2019).

En otra oportunidad, otro agente de salud mental también se pronuncia al respecto de la situación de los usuarios y de cómo impactaría lo social en quienes consultan y en la propia Institución:

el deterioro social en sí que ha determinado que mucha gente pierda su obra social y tenga que llegar al hospital público y eso esta estudiado, hay números, no sé cuantos miles de pacientes han perdido la obra social y tiene que ir a un hospital público y particularmente en el ámbito de la salud mental, porque esto recorre a todos los hospitales pero en el ámbito de la salud mental yo creo que aún mas por lo que te decía antes, porque cuando se deteriora el tejido social digamos, no se puede acceder a las cuestiones materiales básicas empiezan a haber todo una serie de cuestiones que deterioran sin duda la salud mental, digamos no poder llegar a fin de mes o también acá vienen...hay cuestiones sociales directamente por encima incluso de las cuestiones de salud mental propiamente. Acá hay pacientes que están estabilizados que vienen a comer, vienen a los comedores (suspira muy profundamente). Pero por fuera de eso, sí, hubo un aumento de las consultas directamente relacionadas con la crisis económica que estamos viviendo. Yo...se re ve eso, pero lamentablemente no hay estadísticas (Registro guardia, 17/10/2019).

Es notable que este agente utiliza la palabra crisis para referirse a la situación actual. Si se piensa esto a través del planteo de Moise (2001), referirá que tanto las crisis económicas como sociales producen transformaciones y cambios muy profundos lo que sería concatenable con lo que plantean los agentes de salud respecto de lo que sucede en la Institución. Galende (1998) coincidirá con Moise (2001) en sostener que la crisis social y económica argentina, pese a referirse a la de los años noventa, resultó devastadora y fuente, para el primero de los autores, de un notable malestar cultural y Neri (2001) deslizará que siempre es más compleja la década que sigue que la anterior hecho que coincidiría con una frase que se encuentra en los registros sobre otra crisis que ha atravesado el país

cuando se derrumba la clase media pasa esto, con gente de clase media que pierde la casa, que queda en la calle, sí, eso pasa en las crisis sociales más agudas como la del 2001, yo creo que ahora estamos muy cerca, está todo muy detonado socialmente sí (Registro guardia, 17/10/2019).

Con esta exposición podría pensarse que al igual que en otro momento histórico y social del país, ésta generaría también una fuente de malestar cultural.

En la actualidad, según señala la BBC (2019), el 32% de los argentinos es pobre, lo que representa un aumento del 6,3% con respecto al año 2017. “Argentina enfrenta actualmente una situación económica compleja, tanto desde el punto de vista de los indicadores macroeconómicos como en relación a los indicadores sociales y las condiciones de vida de una parte importante de la población”.

Respecto de la situación de la Institución, se piensa una correlación con el dato anterior en cuánto a una situación compleja, al menos desde el punto de vista económico aunque cabría preguntarse si no se halla ligado a otras cuestiones, ya que con frecuencia en el cuaderno de campo se hace alusión a la falta de recursos humanos profesionales cómo de insumos específicamente medicamentosos. Así, respecto de la escasez en número de profesionales específicamente psicólogos/as se registra *“lo ideal sería que siga un tratamiento además de la medicación que con eso ya va a andar bien pero...bueno, en este momento no están dando turnos para psicología porque no hay psicólogos”* (Registro guardia, 23/5/2019). En relación a otros

profesionales se comenta *“no tenemos kinesiólogos (se jubiló la última) ni terapistas ocupacionales”* (Registro guardia, 22/4/2019).

Por cuanto a la Institución misma y su funcionamiento, habría áreas que no reciben financiamiento tal como el aérea de rehabilitación y así lo socializaba una agente de salud *“el área de rehabilitación no tiene recursos ni personal por lo que tuvimos que crear una asociación civil Abracadabra para poder sostener el trabajo, todos somos ad honorem”* (Registro guardia, 22/4/2019).

En esta dirección es que va el planteo de la Federación Mundial para la Salud Mental (2009) cuando señala que existiría un gran porcentaje de personas con trastornos mentales en el mundo que no acceden a una atención adecuada y que una posible causante de esto sea que muchos países *“han ‘recortado los servicios de atención de la salud mental (...) proporcionando así menos atención menos dinero, menos opciones y menos servicios a la salud y enfermedad mentales, y poca o ninguna conexión con las necesidades totales de atención de la salud individual”* (p.2). Así, si se lo relaciona con la situación que atraviesa la Institución, y las prestaciones que ofrece podría pensarse un paralelismo en cuanto que como se citó en los registros precedentes, existiría una falta de inversión que se traduce en menos opciones para los usuarios que demandan asistencia.

8. CONCLUSIONES

El presente Trabajo Integrador Final respondió a una sistematización de la experiencia de práctica profesional supervisada prevista como condición para acceder a la graduación de la Licenciatura en Psicología que tuvo lugar en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial. Como parte del desarrollo se conjuga y presenta una reconstrucción de lo vivenciado en la práctica como así también una reflexión y una interpretación a saber crítica de la misma desde la cual se planteó oportunamente el eje de sistematización: “La sintomatología ansiosa asociada al estrés psicosocial en usuarios del servicio de guardia en un Hospital Monovalente de Salud Mental de la Provincia de Córdoba”.

Para responder al análisis, y con el transcurrir del escrito, se procuró apuntar a una apertura de ideas, incluyendo aportes que pudieran ser de ayuda para entender la complejidad que la temática suponía. En tal sentido, surgen como fruto de este trabajo ciertos conceptos claves que fueron manifestándose y abriéndose en torno a las dos categorías de análisis construidas.

Es de destacar que la reconstrucción de lo vivido y su posterior análisis fue posible gracias al debido registro del material recogido y asentado en un cuaderno de campo, sostén literario de lo observado en los espacios de Guardia.

En lo que respecta a la primera de las categorías, “Presunción diagnóstica relacionada a la problemática de ansiedad en usuarios/as del servicio de Guardia”, se partió de considerar los motivos más frecuentes de consulta en el H.N.P, entre los que se encontraron problemáticas ligadas a la ansiedad hallándose una relación en cuanto a la estadística mundial que coloca a 260 millones de personas padeciéndola, situándola además como causa de consulta de 1 de cada 10 personas en la atención primaria. (OMS, 2017; Cía, 2007; Reyes Ticas, 2010). Este dato en la práctica surgió del discurso de profesionales que afirmaban “*los trastornos de ansiedad... de hecho es notable el incremento, no hay estadísticas igual, pero es notable el incremento de pacientes*” (Comunicación personal, 17/10/2019). Esto sugirió que trastornos ligados a la ansiedad han ido in crescendo y eso se vería reflejado en nuestra realidad argentina y cordobesa particularmente considerando que ha aumentado la demanda por esta sintomatología en el Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba, nosocomio de práctica y referencia.

Por cuanto a los casos clínicos, fueron seleccionados cinco que tienen en común en primera instancia el compartir lo que a saber de ciertos autores se nombró como ansiedad disfuncional o patológica (Cía, 2007; Reyes Ticas, 2010) puesto que, y pese a la ansiedad ser una emoción psicobiológica básica y adaptativa, en estos cinco usuarios/as se presenta como interfiriendo negativamente en distintos aspectos de sus vidas.

En segundo lugar, lo que se encontró fue una recurrencia en la sintomatología referida por los distintos usuarios/as. De las historias clínicas y de los propios discursos surgían síntomas relevantes como inquietud, nerviosismo, angustia, temblores, ataques de pánico, sensaciones desmedidas de miedo, dificultad para conciliar el sueño y opresión precordial. En casos expresados a modo de *“me agarra seguido en distintos momentos cuando voy al auto, cuando subo a la escalera, cuando estoy en la calle, yo trato de aguantar esto que me agarra y digo ya llego, ya llego, aguanto un poquito más”* (Registro, 10/10/2019); *“estoy así, como nerviosa”* (Registro, 15/8/2019); *“eso sobre todo a la noche, que bronca que me da no poder dormir, eso me pone mal mal, es como que no descanso”* (Registro, 24/10/2019); *“me jode la falta de aire”* (Registro, 24/10/10/2019). Se ligó ésto a miradas de diversos grupos de autores como el caso de Miguel-Tobal y Cano-Vindel (2002) que versan sobre un sistema de triple respuesta en la ansiedad y el del grupo Rodríguez Biglieri y Vetere (2011) sobre cuatro grupos de respuesta, ambos detallando la sintomatología imbricada a la problemática de la ansiedad.

Si se continúa en la pretensión por precisar cuestiones en común en la categoría habría sido dable hallar que en los 5 casos clínicos, los usuarios podrían presentar ansiedad-rasgo, inferida por la frecuencia con la que individuos pueden percibir estados ansiosos, debido a que, todos/as han concurrido al menos en otra oportunidad/es a éste o a otro espacio de salud consultando por la misma sintomatología y que además resultarían más vulnerables al estrés respondiendo de modo más intensamente que quienes no tienen una tendencia ansiosa Ries et al (2012). Esto queda ilustrado en la frase de una de las usuarias a modo de *“yo ya estuve así hace un tiempo, unos meses”* (Registro, 10/10/2019).

Por lo que concierne a los diagnósticos fue frecuente encontrar en las H.C la categoría F.41 para designar a problemáticas vinculadas a la ansiedad que llegaban al Servicio y F.32 para designar las ligadas a la depresión. No se documenta un detalle mayor y será un dato que recorrerá la práctica. El diagnóstico como operación debe considerarse en primera instancia

presuntivo, ni único, definitivo ni invariable no siendo imprescindible realizar un diagnóstico psicopatológico preciso más si realizarse una valoración clínica global que posibilite actuar (Baugmart, 2010; Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Ésto en el Servicio se evidenció en las apreciaciones que realizaban de los distintos efectores de salud sobre todo en ingresos de 1era vez donde colocaban “*Apreciación diagnóstica: F. 41 (Trastorno de ansiedad)*”.

Se destaca que la participación en el espacio de Guardia habilitó la capacidad de observación y la escucha de los consultantes. En este sentido se suman los aportes de Echeburúa et al. (2010) que clasifican a ambas como destrezas profesionales. También lo hacen los de Bleger (2003) sosteniendo que la observación es lo más importante en una entrevista junto con el estudio directo de la situación. Así fue dable encontrar a lo largo del recorrido aspectos que hacían a la observación y que se traducían en registros como “*se lleva las manos a la cara, y se la observa tensa, sudorosa por lo que también se va dando toquecitos en el rostro*” (Registro, 17/10/2019); “*De impresión se la nota angustiada, casi sin pestañear, los ojos muy atentos, la frente fruncida*” (Registro 22/8/2019); “*Mirada gacha, frente fruncida, expresión de preocupación, mira sólo hacia abajo, no mira ni a sus hermanas*” (Registro, 8/8/2019).

Esto mismo permitió reconocer una notable coexistencia en algunos de los casos seleccionados de signos y síntomas que eran posibles de registrar en tanto se condicen con las narraciones de los usuarios, entendidos los primeros como manifestaciones objetivables plausibles de ser percibidos por otros y los segundos como manifestaciones subjetivas percibidas únicamente por el paciente que supone una mayor implicación y afectación del paciente (Cortés Gaubadan, 2008; López Rodríguez, 2020).

En cuanto a la segunda categoría “Relación entre salud y contexto”, se procuró dar cuenta de la injerencia del contexto en el estado de salud mental de las personas entendiendo que las trayectorias tanto biológica como social de las personas se hallan modeladas en relación a los contextos social, económico, político, tecnológico y ecológico de su sociedad (Krieger, 2001; Rojas y Sternbach, 1992). Así, en la práctica se resaltó que existió un “*incremento de pacientes que a raíz de su deterioro material, su vida material, empiezan a presentar síntomas relacionados con la salud mental, obvio ansiedad, tristeza, síntomas de trastornos depresivos, ni hablar*” (Comunicación personal, 17/10/2019).

Además se retomó la exposición de Galende (1998) para describir las distintas condiciones de vida de los 5 casos seleccionados en la que plantea que el sufrimiento y la enfermedad mental deben poder ser vinculadas con las condiciones generales de existencia que harían aumentar la vulnerabilidad de las personas en lo físico, en lo mental y lo social. Asimismo existirían ciertos factores que estarían asociados en líneas generales, a una mayor prevalencia haciendo hincapié en la importancia que tienen diferentes oportunidades y recursos para el desarrollo de problemas de salud mental. Así, entre ellos se encontrarían por ejemplo el ser del sexo femenino, estado de separado/a y/o divorciado/a, poco apoyo social, sufrir enfermedades crónicas, hallarse en situación de desempleo y tener una posición socioeconómica desaventajada que sería medida por indicadores tales como el nivel educativo, la clase social y el nivel de ingresos (Bones Rocha et al. 2010).

Respecto a los casos seleccionados, podría reflexionarse que precisamente en la muestra que se ha elegido hay algunos de estos indicadores que los autores mencionan que son recurrentes por ejemplo si se considera el estado civil de separado, se encuentra que los 5 usuarios por distintos motivos se encuentran solos.

En lo que respecta a la posición socioeconómica desaventajada, también es dable encontrar que es recurrente en todos los casos clínicos. El desempleo es una variable frecuente que aparece en los casos de Elena, Salvador y Rubina. En tanto Solá y Fortunato, trabajaban de forma independiente pero refieren ambos no contar con dinero para invertir.

En cuanto al sexo son en número mayor las usuarias mujeres que los usuarios hombres de esta muestra los que presentan sintomatología, hecho que coincidiría con el planteo de Bones Rocha et al. (2010).

Se recuperó en relación a las edades que 4 de los 5 usuarios seleccionados se encuentran en un estadio de generatividad entre los 30-60 años.

Por otro parte, se rescató al estrés como signo peculiar de época porque fue dable escuchar y leer en muchas de las historias clínicas de los usuarios por ejemplo “*su historia clínica refiere múltiples situaciones estresantes*” y también la solicitud cual encomienda de psicofármacos. Respecto de este último punto, fue marcado el hecho de registrar en el cuaderno de campo la falta de recursos humanos profesionales cómo de insumos específicamente medicamentosos, de este modo se precisó por ejemplo “*lo ideal sería que siga un tratamiento*

además de la medicación que con eso ya va a andar bien pero...bueno, en este momento no están dando turnos para psicología porque no hay psicólogos” (Registro, 23/5/2019); “El gran tema con el que empezamos la mañana fue la falta de suministros en farmacia de los psicofármacos más recetados, los pacientes mismos volvían de farmacia después de ser atendidos y nos decían que faltaban medicamentos” (Registro, 5/9/2019); “ya sé que no hay [medicamentos] ...pero no te quedó nada nada?” (Registro, 5/9/2019).

En este sentido fue interesante encontrar que desde una perspectiva de Salud Pública incluyente se puede pensar a la Salud Mental como un problema de bienestar económico y político y también en términos de derechos y desarrollo humano.

Así, y cómo parte de este trabajo, surge cómo interrogante cuál es el grado de incumbencia de los gobiernos en cuánto a garantizar el logro del máximo estado salud posible de las personas ya que para Restrepo y Jaramillo (2012) no sólo correspondería la asistencia sanitaria sino también la toma de medidas sociales que propicien acciones que conduzcan e impacten en el bienestar de las personas a la vez que disminuyan condiciones sociales, económicas, políticas e históricas que sostienen la inequidad, la falta de oportunidades, la pobreza etc;. En tanto, el hecho que se registró como faltante de suministros podría ser vinculado con una garantía que no se estaría cumpliendo a nivel gubernamental y que podría en cuyo caso interferir en el estado de salud de las personas puesto que tal como refiere Baró (1984) si bien tiene un ‘enraizamiento personal’ se encuentra en el entramado de relaciones históricas.

Ya como cierre de este trabajo se concluye a modo de propuesta y reflexión propia que para una mayor profundización y un mayor detalle acerca de las distintas trayectorias de los y las usuarias que se han seleccionado como casos clínicos se podría indagar aún más acerca de nivel educativo alcanzado, condiciones habitacionales, nivel de ingresos por mes etc;. Además para poder complementar la información sería útil poder realizar un seguimiento de los/as usuarios/as en otro espacio de escucha tal como consultorios externos.

Ir y venir, dialéctica y recursivamente, de la persona al contexto, del contexto a la teoría, de la teoría un retorno a la persona y así sucesivamente porque si algo intentó reflejar este trabajo es la importancia de saber mirar de manera integral e interdisciplinaria los fenómenos y observarlos en su complejidad, poder además, entender que acontecen en personas o en

colectivos de ellas que no existen fuera sino dentro de un contexto y que ésto dota de características y hace singulares las vidas y trayectorias de los individuos que los conforman.

En lo personal, el camino desandado reafirmó la vocación de servicio e hizo instalar con más fuerza aún el deseo de hacer camino al andar, de aprender lo estrictamente conceptual pero también de comprometerse desde un lado estrictamente moral y humano. Mirada clínica acompañada de mirada humana, no olvidando nunca que quien se tiene enfrente es primero humano y luego usuario.

La experiencia marcó así un punto de llegada y tres de partida.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, D., Buela Casal, G., y Donald Spielberger, C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58230205.pdf>
- Amegeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En: I. Vasilachis de Gialdino, A. Amegeiras, L.B. Chernobilsky, V. Giménez Béliveau, F. Malimacci, N. Mendizábal, ... A.J. Soneira. *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 107-149). Barcelona: Gedisa.
- Baugmart, A. (2010). *Lecciones introductorias de psicopatología*. Buenos Aires: Eudeba.
- Bernstein, D. A y Nietzel, M. T. (1982). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw Hill.
- Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J.E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Revista Psicothema*, 22(3), 389-395. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3742.pdf>
- Brasca, A. (2014). *El Taller de música abierto a la comunidad del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la Ciudad de Córdoba como un espacio que propicia la emergencia de la subjetividad de los talleristas* (Trabajo integrador final). Universidad Católica de Córdoba, Córdoba.
- Bregman, C. y Molina, M. J., (2017). Sistemas de acreditación, certificación y regulación del ejercicio de la psicología clínica en Argentina. *Terapia Psicológica*, 35(2), 205-212. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78552281007>

- Castro Castillo, J. E., Peñaloza, A. E. y Romero, M. (2019). *Lejos del Manicomio... cerca de la Comunidad: los talleres artísticos de Abracadabra y su contribución al proceso de Desmanicomialización*. (Trabajo integrador final). Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Cía, A.H. (2007). *La Ansiedad y sus Trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: Polemos.
- Código de Ética. (1999). Federación de Psicólogos de la República Argentina. Recuperado de: <http://www.fepra.org.ar/feprav3/node/220>
- Código de Ética. (2016). Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. Recuperado de: <http://www.cppc.org.ar/nuevo-codigo-de-etica-del-colegio-de-psicologos-de-la->
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2017). Protocolo de Intervención en Situaciones de Crisis y/o Urgencia en Salud Mental. Córdoba: Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Cortés Gabaudan, F. (Coord.). (2007). *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico. Dicciomed*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Recuperado de: <http://dicciomed.eusal.es/>
- De Leonardis, M. y Lafi, L.N. (2010). *Algunas relaciones entre Clínica y Arquitectura en el hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba*. (Ponencia). Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba. Recuperado de: <https://ffyh.unc.edu.ar/vii-encuentro-interdisciplinario-de-ciencias-sociales-y-humanas/wp-content/uploads/sites/24/2011/08/ponencia-lafi-di-leonardis-eje-4.pdf>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y Retos de Futuro. *Revista Argentina de Clínica*

- Psicológica*, 19(3), 247-255. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>
- Erikson, E. (1971). El ciclo vital: epigénesis de la identidad. En *Identidad, juventud y crisis* (pp.76-115). Buenos Aires: Paidós.
- Ey, H., Brisset, P. y Bernard, C. H (1995). *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Masson.
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). (2003). Psicología Clínica y Psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85). Recuperado de:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1073>
- Federación Mundial para la Salud Mental. (2009). Salud mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Recuperado de:
<https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/Salud.Mental.en.Atencion.Primaria.pdf>
- Freitas de Macêdo, L., Pimenta Filho, J. A., Sotelo, M. I., Belaga, G., y Santimaría, L. (2010). Análisis de la demanda e intervenciones en la urgencia en salud mental. *Psicología em Revista*, 16(1), 1-16. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v16n1/v16n1a02.pdf>
- Galende, E. (1998). Prólogo. En C. Moise (Ed.). *Prevención y Psicoanálisis. Propuestas en Salud Comunitaria* (pp. (2da Edición). Buenos Aires: Paidós.
- García Herrero, A. M., Sánchez-Meca .J., Álvarez Muñoz, F. J., Rubio-Aparicio, M. y Navarro-Mateu, F. (2018). Neuroticismo e ideas suicidas: un estudio meta-analítico. *Revista Española de Salud Pública*, 92(16), 1-18 Recuperado de:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100502
- Goetz, J.P., y LeCompte, M.D. (1988). Estrategia de recogida de datos. En *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa* (pp. 124-170). Madrid: Morata.

- González Aguirre, A. (2012). *Tejiendo Tramas de la Memoria. Aportes a la construcción de la identidad del colectivo de psicólogos de Córdoba (hasta 1994)*. Córdoba: Colegio de Psicólogos de Córdoba.
- González Cifuentes, C. E., de Greiff, E. A., y Avendaño Prieto, B. L. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia Avances de la disciplina*, 5(1), 59-72. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224114006.pdf>
- González Menéndez, R. (2009). *Psiquiatría para médicos generales. Propedéutica psiquiátrica*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008). Madrid: Agencia Laín Entralgo. Recuperado de: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Han, B.C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- Hermosilla, A. M. y Cataldo, R. (2012). Ley de salud mental n°26.657. Antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-148. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382008.pdf>
- Herrera Santi, P.M. (2008). El estrés familiar, su tratamiento en la psicología. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(3), 1-8. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300013
- Jara, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Biblioteca Electrónica sobre Sistematización de Experiencias. Recuperado de:

[file:///F:/Downloads/orientaciones-teorico-practicas-para-la-sistematizacion-de-experiencias%20\(2\).pdf](file:///F:/Downloads/orientaciones-teorico-practicas-para-la-sistematizacion-de-experiencias%20(2).pdf)

Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. *Revista Panamericana Salud Pública*, 11 (5/6), 480-490. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/480-490/es>

Ley N° 7106. Disposiciones para el ejercicio de la Psicología. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, 27 de setiembre de 1984.

Ley N° 9848 Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, 20 de octubre de 2010.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 25 de noviembre de 2010.

Ley Nacional N° 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina. 21 de octubre de 2009.

López Rodríguez, C. I. (2020). Marcos predicativos asociados al concepto signo y síntoma en textos sobre medicina en español. *Revista signos*, 53(103), 392-418. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09342020000200392>

Martin-Baró, I. (1984). Guerra y Salud Mental. Conferencia I Jornada de la Salud Mental. Conferencia pronunciada en San Salvador. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=585>

- Medrano, L. A., Moretti, L. S., Muñoz-Navarro, R., y Cano-Vindel, A. (2017). Validación Argentina de la Versión Breve del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9, doi: 10.5872/psiencia/9.4. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7329460>.
- Miari, A. S., y Fazio, V. P. (2017). Perspectivas y abordajes de la demanda de urgencias en salud mental: psicoanálisis y psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. En *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV. Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Congreso llevado a cabo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-067/939.pdf>
- Miguel-Tobal, J. J., y Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. En F. Palmero, E. G. Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Chóliz (Eds.), *Psicología de la Motivación y la Emoción* (pp. 571-581). Madrid: McGraw-Hill .
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf
- Moise, C. (2001). *Prevención y Psicoanálisis Propuestas en Salud Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Montalbetti, N. (2018). La espera [Acuarela sobre papel 20x30] Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/11VOWsLWLjDqYPQpKkCtLUJBukYl0X0Ae/view?usp=drivesdk>

- Navas Orozco, W. y Vargas Baldares, M.J. (2012). Trastornos de Ansiedad: Revisión dirigida para Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXIX (604), 497-507. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Neri, A. (2001). Prólogo. En C. Moise, C (Ed.), *Prevención y Psicoanálisis Propuestas en Salud Comunitaria* (pp. 3-9) (2da Edición). Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos Básicos*. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). “No hay salud sin salud mental”. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental-provincia-de-cordoba/>
- Restrepo, D.A y Jaramillo, J.C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Reyes-Ticas, J. A. (2010). Trastornos de Ansiedad: Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento. *Biblioteca virtual en salud*. Honduras. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Ries, F., Castañeda Vázquez, C., Campos Mesa, M., y Castillo Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16. Recuperado

de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232012000200002&lng=es&tlng=es

Rodríguez Biglieri, R. y Vetere, G. (2011). El Modelo Cognitivo de la Ansiedad: reformulación e implicaciones. En *Manual de terapia cognitiva conductual sobre trastornos de ansiedad*. (65-108). Buenos Aires: Polemos.

Rodríguez Espínola, S. y Salvia, A. (coord.). (2019). *Malestar subjetivo (2010-2018): asimetrías sociales en los recursos emocionales, afectivos y cognitivos* (UCA, Observatorio de la Deuda Social Argentina, Documento de trabajo). Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/8300/1/malestar-subjetivo-asimetrías-sociales.pdf>

Rojas, M.C. y Sternbach, S. (1997). *Entre dos Siglos Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33730109>

Sandin, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos, *Manual de Psicopatología 2* (pp.54-80). Madrid: McGraw-Hill

Smink, V. (2 de abril de 2019). Pobreza en Argentina: por qué cada vez es más difícil sobrevivir en el país sudamericano. BBC. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-47781063>

Ulloa, F. (2002). *El Método Clínico. Las Herramientas Clínicas*. Resumen textual de las ideas del autor expuestas en *El Método Clínico en Psicología*. Ficha de cátedra de Psicología

Clínica. UBA. 1970 y algunas puntualizaciones extraídas de su libro *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una Práctica*. Buenos Aires: Paidós. 1995. Resumen de Dossier de la cátedra Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. 2002.

Viganó, C. y Grecco, E. H. (1977). *Psicopatología y Psiquiatría General*. Buenos Aires: Bonum.

Villar, F. (2003). Proyecto docente presentado en la Universidad de Barcelona. Cap.12: Desarrollo adulto y envejecimiento desde un punto de vista contextual.

10. ANEXOS

Jueves 10 de octubre de 2019

Caso clínico Elena

Registrado en guardia

La historia clínica sobre la mesa: un apellido alemán con un nombre que también *suena* alemán. Ingresó por la guardia con una cadencia lenta y a mi parecer muy fina. Alta de gran porte y mirada verde. Se la observa aseada y muy bien vestida, de jean. En la mano, un cintillo de diamante.

Sentada frente al equipo, que somos un psiquiatra y yo, habla pausado y en un tono muy tranquilo y si bien es cordobesa, en la tonada no se le nota.

Algo de su presentación, su postura, me hace sentir que no *pertenece* a este hospital, cuestión que es esclarecida luego.

Concurre a esta entrevista luego de 4 meses de haberse atendido por consultorio externo en el servicio de psiquiatría.

Su historia clínica refiere:

“Paciente en tratamiento actualmente con dx. F.32 (depresión) sin cobertura de obra social, desempleada, múltiples situaciones estresantes. Ideación suicida. 1 internación en Sanatorio X 20 días”.

Continuando una historia que había relatado en la última oportunidad refiere: “las cosas siguen igual, mi marido todavía desempleado, estamos esperando, yo también desempleada estoy buscando pero no, ya me hicieron 2 entrevistas y nada (...) si, es piloto [respondiendo a una pregunta] estamos esperando que se vaya a Bangladesh pero no nos avisan”.

Elena tiene 43 años, está casada y tiene hijos (no especifica cuántos). Su marido es piloto de avión, ha trabajado en dos importantes aerolíneas, una nacional y otra internacional.

Actualmente está desempleado esperando le confirmen un traslado internacional, confirmación que no llega. Ella también desempleada se encuentra en busca de.

Por lo que trasciende de su discurso y su gestualidad, media dubitativa, depende mucho de la “suerte” que le depara el futuro a su marido con quien vive un impasse en su relación.

Hace dos años atrás, Elena se ha enterado de una infidelidad por parte de éste con quien actualmente convive. Carlos habría mantenido encuentros frecuentes con una compañera de trabajo lo que llegó, no relata cómo, a sus oídos lo que la movilizó a contactarse con la aerolínea para averiguar el hecho. Es a partir de este suceso que Carlos queda desafectado de la aerolínea y por consecuente desempleado. En ese ínterin de tiempo, logra ingresar a una aerolínea nacional en la que no prospera mucho tiempo ya que por otras circunstancias, aparentemente administrativas de la empresa, también queda inactivo y desempleado. De esta forma y por el relato de Elena, es que vivirían una situación económica difícil en la que además, y ya sin contrato de por medio, han perdido la obra social de calidad con la que se atendían en el sector privado.

En aquella oportunidad, la demanda en este hospital, habría sido por la situación conflictiva que atravesaban como pareja y su malestar producto de esta.

Cuando se le consulta el motivo por el cual ha venido en esta ocasión refiere: “hoy vine porque ya estoy así y yo ya estuve así hace un tiempo, unos meses. Estuve internada en el Sanatorio X 21 días (...) muy angustiada y con ganas de no sentir”. No escatima en mencionar a este Sanatorio como origen porque lo trae varias veces a colación y dice refiriéndose al malestar que hoy la aqueja “es parte de lo mismo... hoy ya no puedo ir...y estoy sin medicación, me quedé sin y no puedo comprarla por eso vine también” con esta frase deja entrever que de otro modo no estaría acá...

Más allá de lo que figure en la HC se le consulta por sus síntomas, que se siente, a lo que responde: “Y...yo siento angustia, no sé, son ganas de llorar y llorar [llevándose las manos al pecho en círculos y dando golpecitos], acá!!!, me agarra seguido en distintos momentos cuando voy al auto, cuando subo a la escalera, cuando estoy en la calle, yo trato de aguantar esto que me agarra y digo ya llego, ya llego, aguanto un poquito más”.

A la pregunta de si siente algún síntoma en el cuerpo responde “temblequeos, como nerviosa me pongo así, como nerviosa y la angustia esa todo el tiempo. Mi marido me dice, eso

sí, que cuando estoy así se me dilatan las pupilas y se me ponen así (y abre los ojos grandes).” Es notable el cambio en su disposición en esta última parte de la entrevista ya que se transformó su semblante como si acá empezara a hablar realmente de ella y su malestar, las otras cosas parecían a la vista más objetivables y administrativas, se la ve más nerviosa que al comienzo de la entrevista.

Cuando se retiraba del espacio se le consulta cual es la situación actual con su pareja a lo que responde: “más allá del problema de la pareja urge solucionar el problema económico, quiero resolver eso y lo otro después veré“. Esto daba la pauta de que la problemática en torno a la economía familiar era lo que en este momento en que consultaba, la traía mas angustiada.

Jueves 31 de Octubre de 2019

Caso clínico Fortunato

Registrado en guardia

A sala de espera repleta, aguarda en el umbral de la puerta impaciente, Fortunato. Su presencia en ese lugar ha sido notoria de momento en que se ha quejado por la demora en la guardia cada vez que un profesional asomaba por la puerta. *“De cuanto es la demora? Hace mucho que estoy ya!”* Adelantando así, algo de sí que después se explayaría en la consulta.

Fortunato tiene 37 años, desocupado, actualmente separado y por su relato, en permanente conflicto con quien sería la madre de su único hijo adolescente con el que también tiene una relación distante y conflictiva y respecto a esto refiere *“no tengo a nadie, mi hijo no me da bola y mi ex me putea todo el tiempo”*.

De aspecto nervioso, luce un buen vestir (notándose ropa de marca) aunque un tanto desalineado o desprolijo.

Ni bien ser llamado a consultorio por su nombre, entra rezongando por la demora y agradeciendo que por fin se lo hubiera llamado porque *“no aguantaba más”*.

Denota para los agentes de salud un *“desborde total, un estado de crisis”*.

Fortunato ya se ha atendido en este nosocomio en otras oportunidades siendo fecha de 2016 su admisión. En su HC consta: *“Paciente de 33 años. Síntomas relevantes: angustia, ansiedad, nerviosismo, intranquilidad, desgano, insomnio. En 2014 cambió de trabajo, de dependiente a independiente a lo que comenta “cambié dinero por salud aunque con miedo por quedarme sin”. Relaciona su ansiedad con el problema económico.*

Observaciones: Pobre contención familiar, diagnóstico de lupus a su mujer y fallecimiento de su madre. Frases relevantes: *“de golpe empecé a sentirme mal, angustiado, muy ansioso, me transpiran las manos” “estoy agotado de tener todo en la cabeza” “estoy pasado de vuelta, voy a explotar en cualquier momento” “estoy agotado, no puedo dormir, no puedo con todo”*.

En cuanto a la apreciación diagnóstica se detalla: F.41 (trastorno de ansiedad) y episodio depresivo.

En esta oportunidad, se lo observa inquieto en el asiento, cruzado de hombros y con cierta agitación. Impacta un sarpullido que empieza en él zona alta del pecho y se esparce por todo el cuello y partes del rostro a modo de manchas. Respondiendo a cual fuera su motivo de consulta actual relata que ha venido porque las condiciones en las que se está desarrollando su vida, lo han afectado y está *“viviendo una pesadilla”*

Fortunato es comerciante y se desempeñaba en el rubro de lubricantes para autos y alude que, debido a un conjunto de causas, se vio compelido a abandonar el negocio.

Y así lo relata: *“dólar, malas decisiones (se pausa llorando para luego elevar la voz) 2 años para hacer una casa de 2 millones de pesos y hoy me revisás la billetera y no tengo 100 pesos, debo tener \$60”*

Consultado por el motivo de su presencia en este servicio refiere sin vacilar que es su actual situación económica, refiriéndose a su endeudamiento, y lo que de ella se desprende. Así, referirá *“estoy acá por qué? Porque no quiero perder más nada, no quiero perder mas nada!. Y yo no tengo motivos para vivir, perdí mi trabajo, perdí todo. De estar acá, pasé a estar acá (señalando arriba y abajo, se entiende qué haciendo alusión a pasar de un nivel socioeconómico a otro)”*. Para continuar relatando una vida de aparentes comodidades en la que *“15 años viviendo como reyes, se me van las cosas como agua, se me desmorona todo lo que construí...yo tenía una estructura, una vida perfecta!”*.

Fortunato, dedicado hasta hace 6 meses a los lubricantes, relata que le fue imposible sostener, por lo que se mencionó anteriormente, el negocio y que *“el agua me llegó al cuello mi situación es crítica, estoy viviendo una pesadilla, yo ya no sé qué más hacer. Le debo medio palo al Banco Galicia, 600 lucas al Francés, a todo el mundo le debo, me van a arrebatat (escuché esta palabra que luego repitiera una vez más cambiándola, me van a rematar la vida!!!!”*.

De su situación familiar, se explayará sobre que es conflictiva y distante. Separado de su esposa, refiere que se dificulta el vínculo con su hijo adolescente. Respecto a esto dirá *“cuando tenés plata, todos te quieren y ahora papito sin plata, no le servís a nadie. Cuando tenía estaba todo bien. Ahora cuando nos separamos ella se quedó con la casa y le dice al pendejo tu papá es un drogón”*

Fortunato, actualmente, no tiene residencia fija y vive según sus dichos de prestado, o donde puede teniendo que volver, pese a este vínculo problemático que sostiene con sus pocos familiares a la casa que juntos construyeron.

Reporta consumo problemático de consumo, aunque esporádico según él. Habiendo sido la última ingesta de cocaína y marihuana, dos semanas antes de entrevista.

En varios momentos hace alusiones del tipo “*usted sabe*” “*se acuerda Dr.?*” “a lo otro, se le suma esto”. Esto encuentra sentido dado que el psiquiatra que lo atiende esta vez, en lo que sería una admisión o 1era vez por guardia ha sido el mismo que lo atendido en aquella oportunidad.

Jueves 17 de octubre de 2019

Caso clínico Rubina

Registrado en guardia

Pequeña, rostro redondo, simpática. Nerviosa ingresa por la puerta cuando se la llama. Es notable la rubicundez de su rostro y la agitación aunque leve de su cuerpo. Ya de primera impresión llama la atención como se le van los colores a la cara, parecería encenderse cuando habla. Su postura, contratransferencialmente, provoca nerviosismo. Rubina se lleva las manos a la cara, y se la observa tensa, sudorosa por lo que también se va dando toquecitos en el rostro como si quisiera secarlo. Tiene 28 años, es soltera y se ha dejado recientemente de su pareja (esboza una sonrisa nerviosa Su estado laboral: desocupada “ahora sí, no encuentro”).

La HC de la paciente narra:

La paciente llega a la guardia acompañada por su hermano y su padre. Refiere antecedentes de tx. en el Hospital Emilio Vidal Abal. Manifiesta que tiene ataques de pánico, dificultad para respirar, angustia. Refiere “de golpe estoy bien y de la nada me agarra miedo a morirme, a cualquier cosa. Dificultad para dormir. Como síntomas relevantes: angustia, ansiedad, temblores, miedo, insomnio. Apreciación diagnóstica: F. 41 (Trastorno de ansiedad)

Inquieta durante todo el encuentro, de su vida personal no hablaba mucho. Está muy interesada en conseguir los medicamentos “porque me están faltando y con eso ando más o menos, o sea no me pongo así” Aún así los síntomas que refiere en esta oportunidad cuando se le pregunta cómo se siente, son contundentes cuando se tocaba las manos, tensa, se movía de la silla y refería “estoy así, [se tapaba la boca continuamente], como nerviosa”.

Jueves 24 de octubre de 2019

Caso clínico Salvador

Registrado en guardia

En el pasillo de la guardia ya lo he visto inquieto, un poco nervioso, relativamente incómodo de estar ahí; mirando para todos lados.

De contextura es un hombre robusto, altísimo y con mucha presencia por su caminar, lo que me ha inspirado miedo en un principio. Ha venido todo vestido de negro, con algunos anillos y tatuajes con nombres que le decoran ambos brazos. De trato muy respetuoso.

Al consultorio ingresa también ciertamente desconfiado y esto es notable en su mirada que se relaja progresivamente en cuanto reconoce a quien ha sido su psiquiatra particular y que, por los motivos que se detallarán, no ha podido sostener.

Salvador tiene 45 años, está casado conviviendo con la pareja y tiene 3 hijos “a los que hay que alimentar”.

De su familia de origen, y en relación a su infancia, relata “había mucha violencia de género, vio? Y con nosotros también pero yo era el más grande, soy el más grande y un día me cansé y le paré el carro (refiriéndose a su padre) y yo lucho con eso porque a veces me pasa a mí que le grito a mi mujer pero yo no quiero hacer eso, siento mucha ira, así”, acompañando los dichos de una tensión en los gestos del rostro y las manos.

Relata que trabajó toda su vida, desde muy chico “porque éramos pobres y no alcanzaba así que yo tenía que salir, no paré nunca de trabajar”. Hasta hoy que está sin trabajo. Salvador desempeñaba, desde hacía 10 años, labores como operario en una reconocida fábrica cordobesa automotriz. A partir de sufrir inestabilidad económica, la misma decidió encarar un proceso de recorte presupuestario que devino finalmente en un recorte de personal que acabó con la rescisión de varios contratados, entre ellos de Salvador.

La pérdida de este trabajo parece haberle afectado mucho y refiriéndose a cómo vivió ese momento relata con aparente pesar “mucha presión, muchos nervios, yo veía que a la gente de al lado la empezaron a despedir (emocionado hace una pausa) y yo no quería ver eso. El próximo fui yo, de un día para el otro, chau, ni gracias” siguiendo comenta “y ahí empezó todo, soy sostén de familia, tengo 3 chicos, mi mujer no trabaja. A mí esto me corta las piernas, hasta vergüenza

me da. Yo trabajé toda la vida, me entendés? Y los pendejos (refiriéndose a sus hijos) se te enojan viste? Sobre todo las 2 nenas comprame esto, comprame aquello y como les hacés entender que no podés, que no se puede? Yo hoy no puedo, y usted sabe”. Salvador relata así mismo que su vida no ha sido fácil pero que siempre, desde muy temprana edad, *la ha peleado*. Durante un periodo de 2 años su médico particular Salvador sostenía un tratamiento con el Dr. Dutarler a través de su obra social que quedara inactiva luego del cese de su contrato en la fábrica. Sobre esto, el Dr. Comenta a modo de introducción “este paciente ha sostenido tratamiento, hasta donde ha podido, en consultorio particular conmigo. Un día se acercó, me dijo que no podía sostener más el tratamiento, aun queriendo hacerlo, porque se había quedado sin obra social y no podía pagar la consulta, estaba muy angustiado, muy movilizado por la situación económica, porque tiene 3 hijos que mantener y frente a eso buscamos alternativas para sostenerlo, acordamos que viniera a este hospital y que yo lo atendería aunque no correspondiera a mi equipo por su zona de residencia”.

De sus días, refiere que los pasa “así como ven (como agitado interpreto) y ahora estoy tranquilo...pero después mal”. Se le consulta por sus síntomas y detalla: “me siento muy nervioso, es nerviosismo lo que me agarra y eso sobre todo a la noche, que bronca que me da no poder dormir, eso me pone mal mal, es como que no descanso viste? Y bueno lo otro que me jode es la falta de aire pero yo no sé si tiene que ver con esto o es otra cosa”. Agrega también que suele sentir un hormigueo en el cuerpo.

Salvador deja entrever, con cierto halo de vergüenza, que esta situación que esta pasando lo ha acercado “a cosas que yo ya no tenía que hacer, si ya me había alejado, hacía años que no probaba pero es la junta y yo decía no me van a agarrar...”. En profundidad y cuando se lo repregunta, reconoce estar consumiendo cocaína que es provista por un hermano menor que la comercializa en el barrio. Respecto de esto refiere “consumo solo, los viernes por lo general, a 10 bolsitas puedo llegar (asombrándose él mismo) y a esto nadie lo sabe nadie, se los cuento a ustedes a dos porque me genera mucha vergüenza, soy un tipo grande, con hijos...ellos no pueden saber”

Caso clínico Solá

Registrado en guardia 22/8/2019

Pícnica, cuerpo pequeño, con sobrepeso y tímida. Es acompañada de su amiga con la que acude a la guardia en las tres veces que se la ha entrevistado.

De impresión se la nota angustiada, casi sin pestañear, los ojos muy atentos, la frente fruncida (como vengo notando en otros sujetos) que consultan por esta sintomatología (F32 y F41)

Lo adjudica a su ruptura de pareja hace 5 meses “se fue un día a la noche sin decirme nada y yo me quedé sola” para luego continuar “yo me siento una niña a la que la dejan sola”.

Refiere no poder dormir y llorar todo el día algunos días y otros estar *eufórica* palabra que utiliza para describir su ansiedad. “Camina de un lado para el otro, se agarra así (frotándose las manos) las manos” dice su amiga.

Es Solá misma la que refiere que cuando se queda sola de noche tiene miedo a morirse ¿ataque de pánico?

Actualmente desocupada desde hace 5 meses. Anteriormente desempeñaba venta de cosméticos “pero hoy no tengo para invertir, no tengo y eso también bueno... (Se queda en silencio) me hace mal porque le tengo que dar de comer a mis hijos”.

No es su primer episodio, refiere que en otras oportunidades ya se había sentido así “cuando no sé cómo resolver las cosas me pongo así, me deprimó”

El 26 de septiembre vuelvo a verla. Viene a renovar esquema de medicación, refiere estar más tranquila con los medicamentos “ya no estoy tan así”.

Le consulto como se sentía anteriormente, que me recuerde cual había sido su motivo de consulta, a lo que me responde “ataques de ansiedad, pánico...”.

Se la observa efectivamente más tranquila que la anterior vez por guardia pero sigue frotándose las manos como aquella vez.

“Ahora estoy mejor porque puedo salir y estar sola”.

Su aproximación diagnóstica es: F.41 (Trastorno de ansiedad)

De su situación actual: en el anterior control, contó que vendía productos de Mary Kay pero que no tenía para invertir. Actualmente resultaría que tampoco “sigo sin hacer nada”.

Más allá de su falta de recursos, nos refirió que no tenía voluntad para reanudar sus actividades.

Por tercera vez ha vuelto a esta guardia, en esta oportunidad viene solo por medicación refiriendo “ando bien, ahora estoy mejor”, se le pregunta con que lo asocia a lo que responde “con la medicación creo yo y con el trabajo porque ahora empecé a trabajar vendiendo ropa y eso me hace bien porque me distraigo, salgo y veo gente. Ya no tengo tanto ese miedo”

Jueves 17 de octubre de

2019

ENTREVISTA A UN AGENTE DE SALUD

E-Cuál creés que es el perfil socio-económico de la población que asiste al hospital?

Y...en general sectores pobres o marginados de la sociedad, en general creo que el mayor porcentaje sí, son pacientes sin obra social, sin mucha contención social, de barrios marginados con poca accesibilidad, ese sería el gran gran porcentaje de pacientes, después hay algunos, esos son los menos, con obra social, no te podría decir el porcentaje pero...pocos. En general, en este hospital pacientes o que están bajo la línea de la pobreza y de la indigencia muchos.

E-Y cuáles son las necesidades básicas que tienen o que no están pudiendo satisfacer?

Y bueno, todos, gran porcentaje de los pacientes acá tienen problema de vivienda, de alimentación, no cubren la canasta básica de alimentos la mayoría de ellos, bueno de vestimenta también. Lo que tienen un poco mas resuelto es el tema del transporte algunos por los certificados de discapacidad pero...muchos cobran las pensiones no contributivas que no alcanzan a solventar casi nada con eso, apenas una ayuda no se cuanto será ahora, o sea o alcanzan...están por debajo del nivel de la indigencia las pensiones, no cubren ni la alimentación

E- Y en cuanto al empleo?

Y como te decía, hay un gran porcentaje, importante...que no está, que no sostiene los trabajos, que no puede sostener el trabajo, tienen incapacidad laboral grave ehh sobre todo, bueno acá tenemos mucha población con diagnostico de esquizofrenia y en general tienen una incapacidad laboral de mas del 80% por lo tanto no puede sostener un trabajo y bueno este último

tiempo con el deterioro social también, bueno hay pacientes o que han perdido el trabajo o con carpetas prolongadas por temas de depresión que también tienen problemas laborales pero en general el problema laboral acá es grande o sea algunos están incapacitados para trabajar y otros porque no acceden al trabajo, la salud mental...cuando hay una alteración en la salud mental, también hay una alteración en la cuestión social, laboral...

E- Considerás que está ligado el deterioro social con la aparición de alguna sintomatología?

En algunos pacientes, si claro, como desencadenantes sí la cuestión social, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad de hecho es notable el incremento, no hay estadísticas igual, pero es notable el incremento de pacientes que a raíz de su deterioro material, su vida material, empiezan a presentar síntomas relacionados con la salud mental, obvio ansiedad, tristeza, síntomas de trastornos depresivos, ni hablar...

E- En relación a esto que me estas contando crees que ha habido algún cambio significativo en cuanto a la demanda?

Si, si, digamos ahí hay dos cuestiones: el deterioro social en sí que ha determinado que mucha gente pierda su obra social y tenga que llegar al hospital publico y eso esta estudiado, hay números, no sé cuantos miles de pacientes han perdido la obra social y tiene que ir a un hospital público y particularmente en el ámbito de la salud mental, porque esto recorre a todos los hospitales pero en el ámbito de la salud mental yo creo que aun mas por lo que te decía antes, porque cuando se deteriora el tejido social digamos, no se puede acceder a las cuestiones materiales básicas empiezan a haber todo una serie de cuestiones que deterioran sin duda la salud mental, digamos no poder llegar a fin de mes o también acá vienen...hay cuestiones sociales directamente por encima incluso de las cuestiones de salud mental propiamente. Acá hay pacientes que están estabilizados que vienen a comer, vienen a los comedores (suspira muy profundamente). Pero por fuera de eso, sí, hubo un aumento de las consultas directamente

relacionadas con la crisis económica que estamos viviendo. Yo...se re ve eso, pero lamentablemente no hay estadísticas.

E- Y en relación a esto último que comentabas hay trastornos que se han incrementado en estos últimos años?

Ehhh si, esto...

E- En tu experiencia en el hospital...

Sí, esto que te decía digamos, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, incluso demandas graves! Intentos de suicidio, muy reactivos a deterioros en su calidad de vida, en su vida cotidiana relacionados a la falta de trabajo...

Es igual, exactamente igual a cuando hay gente que no puede acceder a muchos bienes de consumo, lo que genera eso: la vidriera, digamos con los pibes que no pueden acceder y los separa solamente un vidrio de bienes y consumos que no pueden consumir nunca ni los van a poder consumir nunca, ¿qué produce eso en tu subjetividad, en tu...? O sea obviamente eso genera un malestar obvio y esto de no poder...por un lado te exigen, está el tema de la meritocracia, también está todo eso para mi muy tenido por la moral judeocristiana esto de conseguir el pan por el sudor de tu propia frente o sea como que el sacrificio siempre es mejor digamos moralmente esta mas aceptado, está muy instalado este discurso de “te tenés que sacrificar”, “lo placentero es malo”, “el sacrificio es bueno”, bueno esto “la gente es pobre porque quiere ser pobre” “acá no trabaja el que no quiere”. Eso evidentemente es un discurso, porque se disparen los índice de desocupación no quiere decir que la gente no quiera trabajar, hay índices de cuestión macroeconómica que determinan eso, evidentemente habrá un sector pequeño, lumpen que no trabajará nunca pero en general está muy relacionado con la cuestión económica, igualmente si vos querés trabajar y no conseguís trabajo...

E- ¿Qué pasa cuando no están las condiciones para producir? Por qué está la premisa social “hay que producir”. Pero qué pasa si en el armado social-económico no están dadas estas condiciones para que se pueda producir?

O si vos accedés a producir algo, un salario mínimo o te cuesta llegar a fin de mes, eso va a producir un estrés crónico, constante, que en algún momento trae consecuencias, es obvio...o accedes a un servicio de delivery/mensajería que son un fenómeno nuevo ahora, que tenes que trabajar 10, 12 horas para hacer una jornada laboral sin ninguna red de contención, es jodido! Te pisa un auto y listo, no tenés ninguna cobertura, te perdes todos esos días de trabajar o meses. Entonces el tipo de trabajo que se consigue también, esa precariedad también te genera un algo, eso tiene consecuencias en el cuerpo, en la cabeza.

Y esto incluso en los países desarrollados, tienen mas contención, más redes, derechos laborales y cuestiones salariales que incluso te da una salud mental mínima, digamos tener un piso mínimo material resuelto, digamos tener la cuestión material resuelta yo creo que te da también un piso para tener algún tipo de salud mental mínima y nosotros ya partimos desde atrás de eso, desde donde parten los países mas subdesarrollados.

E- Un artículo hablaba de la existencia de privaciones monetarias y de las no-monetarias. En este sentido, ¿sería posible considerar a la falta de salud mental como una privación no-monetaria?

Si, totalmente, totalmente! Pero en los países nórdicos también está el tema este de, bueno obviamente imaginate la diferencia, que logran una estabilidad material, tienen resuelta su vida y como que ahí ya empiezan a florecer todas las cuestiones existenciales.

Esto está estudiado, hay alta tasa de suicidio en estos países y no se explica porque una vez que desarrollaban eso se empezaban a cuestionar otro tipo de cosas el “para que estoy acá?” pero bueno eso imaginate claramente, no pasa esto acá...

E- Y en relación a Argentina y específicamente en Córdoba, cuál/es creés que son los factores de estrés psicosocial?

Ehhh lo primero es que no tengan condiciones básicas para subsistir, eso me parece que es terrible...terrible! Yo pensar en una madre que no le puede, que no llega a fin de mes para la comida del pibe...eso...te tiene que explotar la cabeza! no te queda otra y eso pasa, está en las estadísticas, hay miles de gentes indigentes, hay un millón de gente pobre digamos que subsiste y hay una pobreza estructural incluso tienen más recursos, están más adaptados si se quiere pero hay todo un sector de clase media que yo creo que incluso sufre más todo eso, que sé yo, alguien que es de clase media y es despedido, sostén de hogar ¿como no le va a pasar algo en su cabeza? Obvio. Se desploma, se desploma, yo creo que lo primero es eso, no poder garantizar el alimento, la ropa, el techo con los alquileres ahora... Eso me parece lo determinante (los factores de estrés psicosocial).

E- Silvia Bleichmar en su libro dolor país, que escribe en 2001 después de la gran crisis económica, habla de las desidentificaciones y cuenta el caso de su vecina acostumbrada a comprar medialunas de manteca y refiere “No puede comprar más medialunas pero no las deja de comprar incluso no teniendo un peso solo por el hecho de no poder desidentificarse con su clase social media media-alta.

Decías recién como impacta en la subjetividad pasar de un estrato social al otro “que se desploma”, debe ser desestructurante...

Y sí...en la clase media sobre todo porque en la pobreza estructural digamos no tienen recursos y tienen eso nomás y hay generaciones que están acostumbradas... pero cuando se derrumba la clase media pasa esto, con gente de clase media que pierde la casa, que queda en la calle, sí, eso pasa en las crisis sociales más agudas como la del 2001, yo creo que ahora estamos muy cerca, está todo muy detonado socialmente sí.

E- Este año se ha evidenciado más eso? En relación al año pasado y anteriores?

Sí, yo creo que sí. Cada año que pasa... Yo no sé cuando fue el punto de inflexión pero quizás cada devaluación, cuando hay un salto devaluatorio acompañado de inflación así tan

brusca, sí, yo creo que se siente y se siente también en nosotros que sé yo, los mismos trabajadores que tenemos acceso a algo más, todos ajustados económicamente me imagino los pacientes, es muy dramático digamos

E- Es horizontal entonces? (risas)

Totalmente...