

Singh Bazzi, Shanti

La invalidación emocional familiar en pacientes con depresión durante su internación en el servicio de salud mental de un hospital público de la Ciudad de Córdoba

Tesis para la obtención del título de grado de Licenciado en Psicología

Directora: Rossi, Alejandra Noemí

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.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional.](#)



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA

Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Licenciatura en Psicología

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“LA INVALIDACIÓN EMOCIONAL FAMILIAR EN PACIENTES CON
DEPRESIÓN DURANTE SU INTERNACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD
MENTAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”**

Shanti Singh Bazzi

2025

“LA INVALIDACIÓN EMOCIONAL FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN
DURANTE SU INTERNACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE UN
HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA**Facultad de Ciencias de la Salud****Licenciatura en Psicología****TRABAJO INTEGRADOR FINAL****Sistematización de experiencias****Contexto Clínico**

“LA INVALIDACIÓN EMOCIONAL FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN
DURANTE SU INTERNACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE UN
HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA”

Autora: Shanti Singh Bazzi

Directora: Lic. Alejandra Noemi Rossi

Agradecimientos

Me gustaría comenzar mi TIF agradeciendo a todas las personas que me acompañaron a lo largo de este camino académico, quienes me brindaron todo su apoyo y comprensión. Aquellos que se mantuvieron al pie de cañón alentándome e inspirándome en cada paso y merecen celebrar este logro tanto como yo.

Quiero agradecer primeramente a mi familia, a mis padres Viviana y Yadwinder; y a mi abuela Haydee, sin ellos nada de esto hubiera sido posible. Gracias por el amor incondicional a larga distancia, a la paciencia, a la fe en mí en cada uno de los parciales y finales que rendí para llegar hasta aquí. Por haberme sostenido en los momentos en los que quise abandonar la carrera y por haberme enseñado el poder de la perseverancia. También quiero agradecer a mi abuela Hardish, quien espero que pueda acompañarme en mi día especial desde el cielo.

A mi novio Lisandro, por su paciencia, cariño y acompañamiento en todos estos años. Por ser un sostén para mí y repetirme que todo pasa por algo y siempre hay algo mejor esperando delante.

A mis amigos, tanto a los de Jujuy a quien espero verlos en mi recibida como a los de la facultad. Mikaela, Juan Pablo y María Paz. Por su cariño incondicional, por aquellas tardes de estudio, los mejores cafés después de clase y grandes consejos que llevaré conmigo siempre. También a mis compañeros de clase, a quienes extrañaré ver todos los días.

Al servicio de salud mental del Hospital Tránsito Cáceres de Allende. Mónica, Linda, Emilia, María José, Cecilia y Gabriel. Por haberme recibido con los brazos abiertos, haberme brindado su confianza y la oportunidad de desempeñarme en el ámbito hospitalario. Fue una experiencia única que difícilmente olvidaré. A cada uno de los residentes por acompañarme, guiarme y enseñarme. Sobre todo Valeria y Ayelén residentes de psicología quienes estuvieron dispuestas a ayudar con lo que fuera necesario respecto a mi TIF. También a los chicos de la guardia, por todos los momentos compartidos, las risas y los conocimientos. Especialmente al equipo de guardia de los miércoles, con los cuales estuve compartiendo durante los meses que duraron las prácticas. Mariana, Leandro, Gisela y Romina por integrarme como una de ellos desde el primer día.

También me gustaría agradecer de todo corazón al equipo de cátedra de intervenciones en crisis, del cual soy parte desde el año pasado. No puedo ser muy objetiva al respecto pero son una de las mejores cátedras. Muchas gracias Alejandra, por haberme enseñado tantas cosas y seguirlo haciendo todos los días. Y por haber aceptado ser mi directora de tesis. Gracias Vanesa por haber sido una buena amiga desde el primer año, y seguir ayudándome y apoyándome hasta el día de hoy.

A la Universidad Católica de Córdoba la cual fue un segundo hogar para mi en estos siete años. A cada uno de los profesores que me enseñaron conceptos muy valiosos que aplicaré el día de mañana. Sobre todo a la profesora Elizabeth Jorge por haberme guiado durante el año pasado en el proceso dificultoso de construir el TIF y haberme brindado consejos muy sabios. Ya las profesoras Marcela Arstein y Marcela Salvetti quienes me enseñaron de TCC y gracias a ello me di cuenta a qué rama me quiero dedicar el día de mañana.

Por último pero no menos importante quiero expresar mi gratitud a diversas fundaciones que me ayudaron no solo enseñándome nuevos conocimientos y formas de aplicar la psicología; sino que me facilitaron material teórico para el trabajo. Muchas gracias a la Fundación Validar, Fundación Foro y Grialis por todo.

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS	9
I. INTRODUCCIÓN	11
II. CONTEXTO DE PRÁCTICAS	14
II.1 CONCEPTUALIZACIONES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA	15
II.2 SUS FUNCIONES, CONDICIONES, ENFOQUES, ROL	16
II.3 UN POCO DE HISTORIA	17
II.4 LEYES DE PROTECCIÓN	19
III. CONTEXTO INSTITUCIONAL	21
III.1 DESARROLLO HISTÓRICO DE LA INSTITUCIÓN	22
III.2 FUNCIONES QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN	25
<i>III.2.1 ORGANIGRAMA H.T.C.A</i>	28
IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	29
V. OBJETIVOS	31
V.I OBJETIVO GENERAL	32
V.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
VI. MARCO TEÓRICO	33
VI.1 DEPRESIÓN	34
VI.2 INVALIDACIÓN EMOCIONAL	39
VI.3 LA FAMILIA	42
VI.4 LA INTERNACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL	44
VII. MODALIDAD DE TRABAJO	46
VII.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	47
VII.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
VII.3 IMPLICACIONES ÉTICAS	52
VIII. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA	54
VIII.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	55
<i>VIII.1.1 EL HOSPITAL</i>	57
<i>VIII.1.2 EL ÁREA DE ADMISIONES</i>	59
<i>VIII.1.3 LAS INTERCONSULTAS</i>	62
<i>VIII.1.4 LA GUARDIA</i>	64
<i>VIII.1.5 INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL</i>	68
<i>VIII.1.6 LAS CAPACITACIONES</i>	71
VIII.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	73
<i>VIII.2.1 RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA</i>	73
<i>VIII.2.2 ELECCIÓN DEL TEMA A SISTEMATIZAR</i>	74
VIII.3 MANIFESTACIÓN DE LA INVALIDACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON DEPRESIÓN	75
VIII.4 EFECTOS DE LA INVALIDACIÓN EMOCIONAL	83
VIII.5 ROL DEL PSICÓLOGO Y EL TRABAJO CON INVALIDACIÓN EMOCIONAL	89
VIII.6 REPASO DE LA EXPERIENCIA	92

CONCLUSIÓN	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXO 1	107
ANEXO 2	110
ANEXO 3	129

ÍNDICE DE SIGLAS

PPS: Prácticas profesionales supervisadas

H.T.C.A: Hospital Tránsito Cáceres de Allende

Dx: Diagnóstico

OMS: Organización Mundial de la Salud

DBT: Terapia Dialéctico Conductual

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10ma edición

I. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final, también conocido como TIF, necesario para obtener el título de grado de la Licenciatura en Psicología; se elaboró en relación a los aprendizajes obtenidos en base a las Prácticas Profesionales Supervisadas. Las cuales en este caso se llevaron a cabo en el contexto clínico.

Las mismas iniciaron en el mes de mayo y terminaron en el mes de noviembre del año 2024, durando alrededor de seis meses. Éstas tuvieron lugar en un hospital público de la ciudad de Córdoba al cual se asistió lunes, miércoles y viernes. Siendo los horarios de 08:30 a 12:30 h los días lunes y viernes y de 09:30 a 12:30 h los días miércoles. En ocasiones se modificaban dependiendo de la cantidad de actividades a realizar ese día en particular. Las tareas realizadas se efectuaron particularmente en el servicio de Salud Mental. El rol inicial fue el de observador no participante pero pudo ir construyéndose a lo largo del tiempo y transformarse así en el de observador participante. Se acompañó a los profesionales de salud mental, específicamente psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras y residentes de carreras afines en sus diferentes actividades; trabajando en espacios como los de admisiones, urgencias, interconsultas o la internación en dicha área. Así mismo se pudo participar de las entrevistas a los distintos pacientes, familiares y profesionales como a diversos ateneos o capacitaciones.

Este escrito contiene algunos apartados cuya funcionalidad es la de estructurar y ordenar la información. Éstos son el contexto de práctica en el cual se desarrollaron cuestiones relevantes respecto a la psicología clínica, su historia, funciones, herramientas y el rol del psicólogo. El contexto institucional donde se puede observar información sobre el espacio de prácticas, sus espacios de trabajo y su respectivo organigrama. Se planteó un eje de sistematización y en relación a éste, objetivos: el general y los específicos. Así también se consideró una perspectiva teórica donde se desglosaron las partes del eje en base a las diferentes conceptualizaciones de la depresión así como diferentes teorías que buscan ampliar el conocimiento respecto a este padecimiento subjetivo. Por otro lado se usó la DBT como sustrato teórico-técnico. Siendo la herramienta más completa para poder trabajar con la invalidación emocional y la Teoría de los Sistemas Familiares para comprender de mejor manera la influencia de la familia para el paciente; así como algunas concepciones teóricas relativas a la internación en Salud Mental. Se abordó también la modalidad del trabajo a través de la cual se pudo caracterizar a la población considerada, las técnicas utilizadas para la recolección de datos así como implicaciones éticas.

Por otro lado respecto al análisis y síntesis de la experiencia éste fue dividido en dos partes. Implicó una recuperación del proceso vivido teniendo en cuenta los aspectos más representativos de la experiencia dentro de la institución. Así como un análisis de la experiencia el cual pudo dar cuenta del cumplimiento del eje de sistematización como también de los objetivos previamente estipulados. Finalizando con una conclusión donde se pudo exponer un repaso de lo planteado en el TIF y diversas formas de retomarlo y reflexionarlo en el futuro, a través de nuevas técnicas u otras formas de trabajo. En los anexos se pueden observar modelos de entrevistas, una ficha identificatoria de pacientes, su patología e invalidación emocional y el protocolo de ingreso de pacientes al servicio de salud mental. Información importante para complementar lo desarrollado.

II. CONTEXTO DE PRÁCTICAS

II.1 CONCEPTUALIZACIONES DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Teniendo en cuenta que el trabajo se llevó a cabo en el contexto clínico, fue necesario desarrollarlo en profundidad para su mayor comprensión. Etimológicamente la palabra clínica proviene del griego *clinos* que significa cama, por lo que originalmente se trabajaba con la persona enferma desde su cama. (Pasternac,2003, citado en Tisnes,2011). Ésta surgió del propio reconocimiento del sufrimiento y el alivio.

Actualmente es aquella que se lleva a cabo por psicólogos a través de un espacio terapéutico en un consultorio, de forma pública o privada. A través de ella se busca ayudar al paciente a resolver una problemática que le causa sufrimiento. Se establece un encuadre de trabajo donde se plantean cuestiones formales a tener en cuenta, los objetivos que se buscan alcanzar a lo largo de la psicoterapia y las técnicas que se van a utilizar con este fin.

Para poder conocerla de forma más profunda fue necesario conceptualizarla. La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003) la planteó como “una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias” (p.1). Cuyos objetivos son “la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales” (p.1). Los cuales guardan directa relación con los particulares de cada terapia y cada paciente. Así como “un campo de especialización de la psicología que aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo” (p.3). Aquel que se caracteriza como patológico.

Para (Boutonier,2003,citado en Tisnes,2011) era el “estudio del individuo en situación y evolución” (p.4). Mientras que Tisnes (2011) la entendía como un “enfoque de la psicología que estudia e interviene diferentes aspectos desde la perspectiva de lo individual: un sujeto singular, plural o colectivo” (p. 4). (Reisman, 1991, citado en Salvetti, 2014) la consideraba como un “campo científico y profesional cuyo objetivo es aumentar el conocimiento de la conducta humana y promover el funcionamiento objetivo de los individuos” (p. 1). Por otro lado Desviat (2016) trabajó al respecto el concepto de acción terapéutica. Concibiendo su importancia en la ayuda brindada al otro cuando este así lo requiera. En psicología se realiza teniendo en cuenta a la “persona, su biografía, sus emociones (...) sus duelos y deseos” (p. 15). Se enfoca en lo patológico para el paciente, desde una postura de dignidad y respeto mutuo.

II.2 SUS FUNCIONES, CONDICIONES, ENFOQUES, ROL

Otro punto importante de investigar son las funciones, condiciones, enfoques, rol. Respecto al primer punto, muchos autores se mostraron de acuerdo en que las funciones del psicólogo clínico son la evaluación psicológica la cual supone “el estudio científico del comportamiento, así como el análisis de las dimensiones básicas de la personalidad humana” (p.17). La investigación busca obtener más información sobre el comportamiento de las personas. La búsqueda de aumentar los factores curativos y aliviar el malestar a través del tratamiento psicoterapéutico. La prevención mediante programas de salud que por una parte “neutralicen y/o controlen los factores causantes de las alteraciones” (p.18) y por otra “desarrollen habilidades en los propios individuos que impidan la aparición de problemas psicológicos” (p.18). Y la enseñanza por medio de la cual se preparan a los futuros profesionales para el trabajo o se les ayuda a mejorar las técnicas o estrategias utilizadas. Buen día (1999).

Carpintero y Vainer tomaron los aportes de Ulloa respecto a las condiciones que debe cumplir una terapia para ser eficaz dando cuenta que para que ésto suceda el psicólogo debe poder conocer sus propias expectativas del paciente y del análisis para poder adelantarse a ellas. También poder mantener una actitud no normativa y darle espacios al consultante dentro del proceso. El hecho de poder trabajar con el conflicto, entenderlo, poder lidiar con él y no buscar únicamente la solución. Así como no diagnosticar por descarte y mantener una coherencia entre teoría y práctica. (Ulloa, 1970, citado en Carpintero y Vainer, 2009).

Cabe destacar, también, que el rol del terapeuta clínico es complejo de conceptualizar ya que es muy amplio y se modifica según el espacio donde tenga lugar. En el caso del hospital en el cual está basado este trabajo, el rol está mayormente dirigido a brindar una segunda mirada sobre los diferentes padecimientos. Evitando así caer en un reduccionismo biológico. Y sobre todo intentar establecer una relación sólida con el paciente, para que éste pueda adherirse de mejor manera al tratamiento psicológico/psiquiátrico durante su internación o de forma ambulatoria. Fuentetaja y Villaverde (2019).

II.3 UN POCO DE HISTORIA

La clínica no fue siempre de la misma manera. Para que exista la actualmente conocida, tuvo que pasar por grandes procesos evolutivos que la fueron modificando a lo largo de la historia. Buendía (1999) narraba que en la antigua Grecia “la locura se consideraba algo deshonroso y al mismo tiempo algo divino” (p.20). Platón creía que podría estar causada por “distintas enfermedades mentales o por una ruptura divina de las normas de la conducta social” (p.20) y Sócrates que los bienes más grandes venían de la locura. Años más tarde en Roma, Cicerón empezó a pensar en que se podía diferenciar a la enfermedad física y la mental teniendo en cuenta que “la primera era el resultado de factores externos mientras que la segunda se debía a negligencias de la razón” (p.21).

En la Edad Media se la empezó a relacionar con la demonología y desde el pensamiento eclesiástico se percibía como un castigo de Dios. La única psicoterapia estaba basada en golpes, castigos físicos y torturas de tipo religiosas. Pero la situación empeoró en el S XV d.C cuando se empezó a considerar a estas personas poseídas por espíritus malignos, acusándolos de ser herejes o brujas. Desde esta postura la locura era extraña y peligrosa. Trimboli (2019).

Antes de 1810 no había conciencia de la salud mental y aquellas personas reconocidas como “locos tranquilos”, poco problemáticos, cuidaban a los internos de los precarios hospitales de la época. Realizando tareas como la limpieza. Stagnaro (2006). Ya que se pensaba que no eran capaces de trabajar o de valerse por sí mismos. Lentamente se empezó a internalizar la duda por la investigación de la locura, pero no fue hasta 1890 que se lograron ilustrar algunos de sus avances a través de los primeros libros de nosología psiquiátrica. Algunos de los más conocidos fueron “La Neurosis de los hombres célebres” de Ramos Mejía (p. 19) y “La locura en la Argentina” de Ingenieros (p.20).

Por otra parte Pinel apareció como una de las primeras figuras importantes de la medicina, reconoció a la locura y “colocó a la enfermedad mental dentro del cuadro de ciencias médicas”. Buendía (1999) (p.23). En base a esto “comenzó a valorarse el medio terapéutico y a concebirse el medio hospitalario como un factor de tratamiento” (p.23). Su función no fue solamente pensarla como una enfermedad sino posibilitar que quien la padezca pueda recuperar su identidad personal y social.

En el siglo XX d.C ya mucho más cerca de la actualidad aparecieron los psicofármacos los cuales sirvieron para volver a la patología más soportable. Trimboli (2019). En este momento la psicología empezó a obtener mayor popularidad, sobre todo durante el segundo conflicto mundial. Donde por las terribles vivencias que esta trajo aparejada las personas empezaron a buscar ayuda psicológica. Buendía (1999).

Desde el S XV d.C estuvieron en funcionamiento los manicomios como “el dispositivo ideal para la locura” .Trimboli (2019) (p. 24). Intentando curar allí esta “enfermedad” con métodos poco ortodoxos. Es recién en 1940 cuando surge el concepto de “comunidad terapéutica” (p. 26), que buscaba desarrollar un nuevo modo de entender los padecimientos mentales.

Lentamente los manicomios se transformaron en hospitales generales con la influencia de la corriente político social. Ésta no sólo reconocía cuestiones problemáticas individuales y sociales sino que a la vez permitió unirlas para poder trabajar con ellas en conjunto. Por lo que la enfermedad dejó de ser solamente una situación personal para transformarse en “fruto de las contradicciones internas de la estructura social en la que aparece” (p. 27).Trimboli (2019).

Aportes fundamentales en Argentina fueron entonces el de Ramón Carrillo. Quien “entre 1940-1950 aproximadamente remodeló el antiguo Hospicio de las Mercedes, uno de los primeros manicomios, para transformarlo en el “Hospital J. T. Borda” ”. Stagnaro (2006) (p.14). El de Jorge Pellegrini, quien modificó el tiempo de internación de un promedio siete años y cuatro meses a solo cuatro días y medio. Otra reforma fue la disminución en el número de camas de internación, reduciéndose de ciento treinta a cinco para hombres y cinco para mujeres (Trimboli,2019). Así como “la creación en 1957 (...) del Instituto Nacional de Salud Mental (...), y la apertura de las carreras de psicología, sociología, antropología y ciencias de la educación en la Universidad de Buenos Aires” Stagnaro (2006) (p.12). Lo que ayudó entonces a crear una apertura mental y poder brindarle atención a aquello que se alejaba de lo puramente orgánico en los espacios de salud.

Además es realmente importante recalcar y recordar que la salud mental sufrió transformaciones para poder ser la que se conoce en la actualidad, Buendía (1999) habla de tres revoluciones que se llevaron a cabo. La primera fue provocada por los postulados de Pinel al “desencadenar a los pacientes internados y mantener una expectativa firme respecto a su curación” (p.27). La segunda fue atribuida a Freud quien a través de sus teorías puso de manifiesto “la función que ejercen los factores psicológicos sobre algunas de las perturbaciones de la conducta” (p.27). Así mismo la tercera la construyó la psicología comunitaria al plantear algunos conceptos a tener en cuenta. Estos son “la creencia de que la conducta humana depende de factores ambientales, sociales y políticos, la búsqueda del cambio del sistema social (...), la orientación preventiva de la intervención y la intervención en crisis (p.27-28).

II.4 LEYES DE PROTECCIÓN

Sin duda el establecimiento de tratamientos en hospitales generales fue un gran hito en la psicología clínica, lo cual se vio posibilitado por la concepción de los pacientes como sujetos de derechos; necesitando por ende leyes protectoras. Una de las más representativas es la Ley de Salud Mental 26.657 (2010) sobre todo artículos como el 1º “La ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimientos mentales que se encuentren en territorio nacional” (párr. 3). Donde se ve un compromiso por realizar acciones que sean en beneficio de éstos. El 7º donde se reconocen explícitamente los derechos de las personas. Los artículos del 14º al 29º hablan sobre lo que hay que tener en cuenta a la hora de internar. Sobre todo el 27º “queda prohibida la realización de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados” (párr. 75). Y el 28º “Las internaciones deben realizarse en hospitales generales”(párr. 78).

Otras como ser La Ley de Salud Pública 26.529 (2009) que expresa lo que hay que tener en cuenta en el trabajo con instituciones de salud de este tipo. O el Código de Ética Nacional (2013) con sus normas deontológicas. “Consentimiento informado, el secreto profesional y sus límites, la responsabilidad presente en las relaciones profesionales y sus destinatarios, entre otras”(p. 5-14). Entendiéndose así que el trabajo con un paciente debe ser totalmente consentido, tratando de lograr la mayor comodidad y bienestar para el mismo y en un equipo interdisciplinario. En este cada profesional tiene una función y la lleva a cabo.

III. CONTEXTO INSTITUCIONAL

El espacio donde fueron realizadas las prácticas en las cuales se basó este trabajo es un hospital general. El mismo es parte de la gran red sanitaria de la provincia. La atención que aquí se brinda es pública, lo que significa entre otras cuestiones, que provee acceso a quien la necesite. Éste, al igual que muchos otros de la misma índole, funciona gracias al aporte fundamental del Gobierno de Córdoba y del Ministerio de Salud.

El Ministerio, sobre todo, promueve que los hospitales puedan cumplimentar “las políticas de calidad y seguridad de la atención sanitaria” (párr. 7), mediante herramientas o estrategias utilizadas para este fin. Una de éstas es la “la aplicación de la herramienta de autoevaluación de buenas prácticas de los establecimientos de salud” (párr. 8) . Tiene como fin mejorar la calidad de su trabajo. Se acompañan a estos centros de salud para que realicen esta evaluación que les va a permitir obtener un diagnóstico general del mismo. En base a ésto les ayudan a desarrollar acciones que les ayuden a conocer si están realizando su trabajo correctamente. Está avalado por una certificación de buen funcionamiento, lo que es un reforzador para la buena acción. Ministerio de Salud (2023).

III.1 DESARROLLO HISTÓRICO DE LA INSTITUCIÓN

Este lugar en cuestión es el Hospital Tránsito Cáceres de Allende (H.T.C.A) fundado el diecinueve de junio de 1921 por el Dr. Arturo Pitt, teniendo así ciento cuatro años en funcionamiento. Obtiene su nombre de la señora María Hipólita Tránsito Cáceres de Allende, una gran mujer quien nació en 1830 en una familia distinguida de Córdoba. Era una miembro muy importante de la sociedad de beneficencia. Ella refería su función como de luz y de gracia, buscando acercar a los hombres a la gracia de Dios. También era su objetivo ayudarles a salir de la miseria y la ignorancia. La señora dedicó su vida a buscar medios para prevenir y tratar la tuberculosis, entendiendo que quien carecía del dinero para pagar a un establecimiento para ser tratado no era aislado y continuaba en su hogar hasta que lamentablemente falleció. De alguna manera trazó los planes de una institución que pudiera salvaguardar esta situación. Aunque al momento de su deceso en 1916 no pudo concretar su idea de un asilo para personas con tuberculosis. Página de Facebook (2021).

Pero sus sueños no fueron solamente éstos ya que un grupo de mujeres, amigas suyas se unieron para hacerlo realidad. Y crearon un año después una comisión para solicitar al gobierno la construcción del nosocomio con ciertas condiciones. Cómo perdurar la memoria de la mujer y construirlo dentro de la provincia. De una forma amplia y eficaz para poder llevar a cabo esta lucha. Es así como en el 1921 se inauguró el espacio y en este acto se dió a conocer un busto de mármol de la señora Tránsito, el cual continúa en sus instalaciones. “Su primer director fue el Dr. Arturo Pitt y su primer médico interno el Dr. Gumersindo Sayago con sus colaboradores Dr. Tomás de Villafaña Lastra y Dr. Domingo Cabrera” (párr. 9).

Página de Facebook del hospital (2021).

En el 2021 se cumplieron cien años desde que está en funcionamiento y se celebró con sus trabajadores, pacientes y el nuevo director quien es el Dr. Marcelo Barbero. Durante la celebración se honró al personal fallecido y se plantó un árbol en conmemoración del centenario (Gobierno de Córdoba noticias, 2021). Lo curioso es que la celebración coincidió en el momento de la pandemia. Se rescató el hecho de que:

“Hace cien años el hospital atendía a pacientes con tuberculosis y tenía todas las ventanas abiertas para que pudieran oxigenarse y hoy debemos hacer lo mismo. Tener los ambientes ventilados para que los pacientes infectados de Covid requieran del tratamiento adecuado, una mera coincidencia” (Gobierno de Córdoba noticias, 2021, párr. 6).

Y por otro lado compartió “estamos en un momento muy crítico, pero el hospital está de pie tratando de la mejor manera a sus pacientes. Esta institución es un equipo, una casa grande, una familia. Me siento muy agradecido de pertenecer acá”. (párr. 7). Lo que es bastante significativo ya que está comprobado que mientras mejor relación tengan entre sí los trabajadores y directivos mejor es el espacio de trabajo.

Al día de hoy es un espacio grande que recibe a todas las personas que llegan a sus instalaciones aunque por una cuestión de espacio y de un mejor tratamiento se les da prioridad a aquellas que no tienen obra social. También a quienes no posean una situación económica muy estable y no puedan pagar por algún otro tipo de cuidado.

Al haber sido en sus inicios una institución que se dedicaba casi por completo a tratar la tuberculosis obtuvo con los años la fama de ser muy buena en este tema. Por lo que muchas personas, sobre todo aquellas de mayor edad, siguen yendo al hospital a tratar problemáticas de vías altas es decir todo lo relacionado a la garganta o nariz. Por otro lado trabaja en la atención de adolescentes, jóvenes y adultos, entre los quince y los noventa años.

El hospital ubicado en Buchardo 1250, en el Barrio Pueyrredón ocupa gran parte de la manzana y está dividido en varios espacios grandes, hay cuatro edificios y otras estructuras de un piso o dos. Dos de ellos, están conectados entre sí por un puente cerrado, divididos del resto por grandes espacios verdes los cuales son muy bonitos siendo su presencia muy positiva para la salubridad de los pacientes, sobre todo para la Salud Mental. Además de ésto cuentan con una capilla cercana al hospital, llamada “Nuestra Señora del Tránsito”. En ella se celebra la santa misa dos veces por semana, los viernes por la mañana y los sábados por la tarde.

Cuenta con dos entradas, la de vehículos que está dividida para autos personales y ambulancias por una columna; y tienen una entrada de peatones al costado. Y la otra, la principal, presenta arriba de la puerta letra por letra el nombre del hospital hecha en algún tipo de piedra. Por la primera se ingresa hacia la zona del patio delantero donde hay otro cartel con el nombre, desde donde pueden observarse los edificios de forma parcial. Mientras que por la otra se accede directamente a la zona de consultorios externos. Es el edificio ligeramente más alejado del resto. Éste es el más alto, cuenta con cuatro pisos y planta baja, las escaleras son vidriadas proporcionando una buena vista del lugar.

El H.T.C.A tiene sus paredes pintadas de rojo y blanco; y un logo representativo con las letras “Ht” que llevan muchos profesionales bordados en sus chaquetillas. Está plasmado en varias paredes del lugar.

III.2 FUNCIONES QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN

Para poder explicar los diferentes espacios del hospital y sus funciones se dividió en grupos la información obtenida del área de estadísticas y del texto de Garay (2018). El primero es medicina interna. Formado por clínica médica, compete a esta área la atención en los consultorios generales para tratamientos prolongados como ambulatorios. Está también el área de cardiología donde se tratan las enfermedades cardíacas. El internado general. Cuenta con cuarenta camas, divididas en sector este/sur y oeste. Así como neumología donde se trabajan problemas respiratorios. Finalmente dentro de esta categoría tenemos la unidad de terapia intensiva (UTI) y la unidad de cuidados intensivos (UCI) donde se tratan los casos más graves de salud. Así como la unidad coronaria (UCO) dedicada al cuidado intensivo de pacientes con afecciones cardíacas.

La segunda categoría es cirugía. Forma parte de ella todo lo posiblemente operable. Ginecología se especializa en salud reproductiva. Uroología, se encarga de problemas de vías urinarias. Traumatología, trabaja con los huesos y su atención está dividida en consultorios y en internación. Espacio que cuenta con treinta camas, veinte en el sector este y diez en el oeste. El quirófano donde se realizan cirugías, cirugías mayores y neurocirugía, posee cuatro. Anestesiología. Cabeza y cuello trata cuestiones de las zonas nombradas. Al igual que otorrinolaringología (O.R.L) con patologías de oído, nariz y garganta. Oncología, se especializa en el diagnóstico de cáncer. Nefrología trata alteraciones relacionadas a los riñones.

En la tercera categoría encontramos consultorios externos y otros como reumatología que estudia y trata las patologías de las articulaciones y similares. Medicina transfusional trabaja con transfusiones sanguíneas. Fonoaudiología ve problemas de habla y audición. Nutrición, trata alimentación, sus patologías y relacionados. Kinesiología y fisioterapia trabaja en la rehabilitación muscular. Anatomía patológica estudia las alteraciones que se producen a nivel celular. Diagnóstico por imágenes observa el interior del cuerpo en busca de alteraciones, a través de radiografías, ultrasonido, etc.

Odontología, se encarga del aparato dental. Maxilofacial trata cabeza y cuello y está junto a odontología. Discapacidad o Incapacidad trabaja lo relacionado a éstas. Medicina legal, se encarga de los certificados de discapacidad e incapacidad. Gastroenterología ve problemas del sistema digestivo. Dermatología, trata piel y sus patologías. Alergia. Terapia ocupacional, busca evitar la discapacidad o disminuirla. Cuenta con un consultorio y un espacio para terapias físicas.

La cuarta categoría es Gestión Sanitaria. Farmacia. Salud mental, trabaja todas las patologías que no son solamente físicas. Cuenta con consultorios externos y nueve camas de internación. En el laboratorio se realizan análisis. Trabajo social ve situaciones relacionadas a discapacidad, el trato con la familia de los pacientes, etc. Emergencias o guardia atiende urgencias, tiene aproximadamente diez camillas para atención. Enfermería está dividida en sección y supervisión.

Cuidados paliativos, trabaja con personas con enfermedades terminales ayudándoles a transitar de la mejor manera la última etapa de su vida. Bacteriología estudia las bacterias patógenas. La quinta y la sexta categoría incluye administración, estadísticas, dirección, recursos humanos, auditoria. Las cuales se encargan de recolectar información sobre el hospital, mantener su correcto funcionamiento, entre otras.

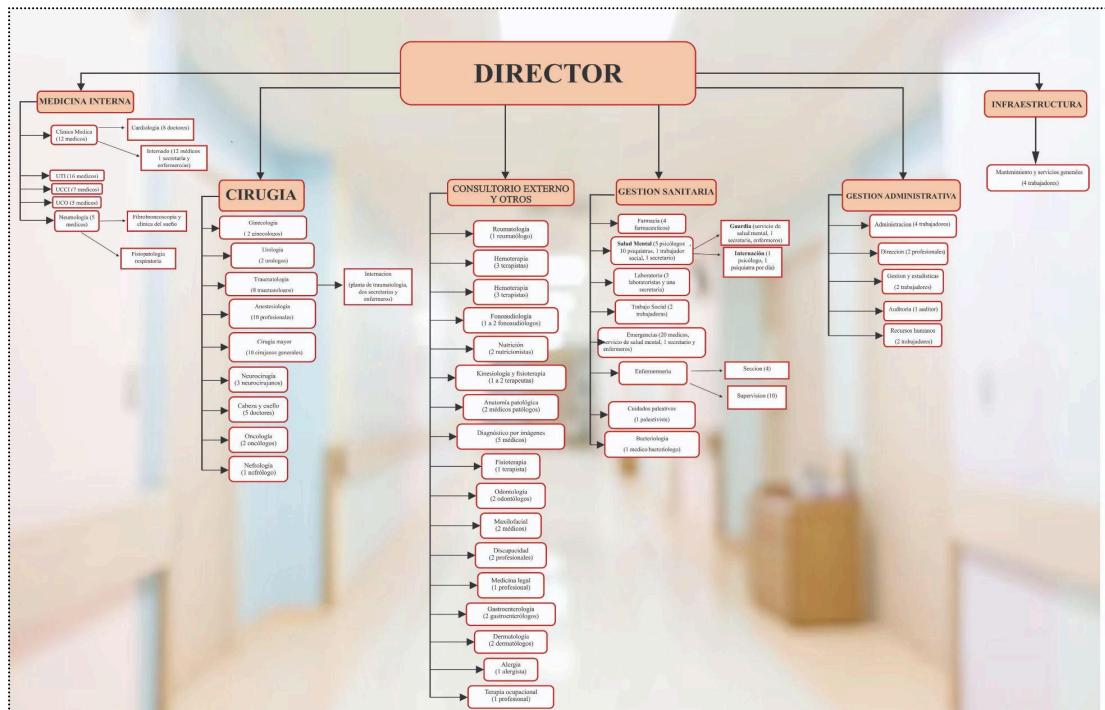
Cabe destacar la importancia del área de Salud Mental en este hospital ya que los psicólogos desempeñan una función troncal en el tratamiento de los pacientes. No se limitan a la atención psicológica en consultorio sino que realizan interconsultas con áreas como medicina clínica, oncología y traumatología. De este modo se obtienen importantes valoraciones psicológicas de los casos. Ésto permite llevar a cabo un tratamiento médico, psicológico y psiquiátrico tomando en cuenta la historia de vida de las personas y sus necesidades; conjuntamente con su patología.

Así mismo es uno de los pocos que cuenta con una internación en este sector, conjuntamente con el Hospital Misericordia y el San Roque nuevo la cual comenzará a funcionar en breve. En el caso del H.T.C.A la internación se inauguró en el año 2023, con el objetivo de llevar un seguimiento más exhaustivo de los pacientes con patologías mentales más graves o problemas crónicos relacionados con ésta durante un tiempo. Para que luego puedan reintegrarse a su vida diaria o ser derivados a otro lugar.

En base a lo observado se puede expresar que las internaciones tienen una duración aproximada de una o dos semanas. Con entrevistas diarias a los pacientes para evaluarlos y en base a esto establecer la posibilidad de salir, usar el teléfono, fumar. Cuenta con una atención interdisciplinaria llevada a cabo por psicólogos, psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales. Es un espacio cómodo, amplio, con zonas destinadas a la socialización entre los internos. Las habitaciones son espaciosas, las puertas no tienen picaporte regular sino uno redondo para evitar lesiones, tampoco hay enchufes. El uso de celulares es de quince minutos por cada cambio de enfermeros dependiendo al igual que las salidas del comportamiento del paciente.

Ellos tienen la libertad de usar la ropa que deseen ya que normalmente la familia o amigos se las envían. También cuentan con un espacio de donaciones de prendas y productos de aseo personal a disposición de las personas de la calle. Los pacientes pueden ingresar por el servicio de salud mental para realizar lo que se conoce como una admisión. En este espacio se establece si llevarán un tratamiento ambulatorio o será necesario internar. También pueden entrar por urgencias, sobre todo si es durante el fin de semana. Durante los dos primeros días de internación son idealmente aislados de tecnología, de sustancias y de su familia y amigos. Se realizan entrevistas pertinentes. A partir del tercer día van accediendo paulatinamente a las salidas al patio, visitas, entre otras. La estructura y organización del hospital se puede ver en el siguiente gráfico.

III.2.1 ORGANIGRAMA H.T.C.A



Fuente: Elaboración propia basada en el organigrama del hospital de Garay (2018).

IV. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

La invalidación emocional familiar en pacientes con depresión durante su internación en el servicio de Salud Mental de un Hospital público de la ciudad de Córdoba

V. OBJETIVOS

V.I OBJETIVO GENERAL

Analizar la invalidación emocional familiar en pacientes con depresión internados en el servicio de Salud Mental

V.II OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar aquellos tipos de invalidación emocional que se manifiestan en los pacientes con depresión del servicio de Salud Mental

Identificar los efectos de la invalidación emocional familiar en los pacientes con depresión del servicio de Salud Mental

Describir el rol del psicólogo en el trabajo con invalidación emocional con los pacientes con depresión del servicio de Salud Mental

VI. MARCO TEÓRICO

La base teórica del trabajo nació a raíz del eje de sistematización previamente escogido, el cual está basado en los aprendizajes obtenidos en el espacio de prácticas. Es necesario segregarlo en partes con el objetivo de conceptualizar de manera eficiente cada una de ellas. Logrando de este modo no solo un abordaje individual más profundo, sino un aprendizaje en interrelación. Lo que permite una mejor comprensión.

VI.1 DEPRESIÓN

El uso de este término se ha popularizado en los tiempos actuales, en el lenguaje cotidiano de gran parte de la población. Muchas veces es empleado erróneamente siendo confundido con la tristeza. Como consecuencia de la dificultad que genera la diferenciación entre estos vocablos surge un cuestionamiento recurrente, ¿qué es realmente la depresión?.

A la hora de conceptualizar hay distintas opiniones y formas de comprender esta patología. Martell (2013) la reconoció como un estado complejo de comprender debido a su multicausalidad, el cual está afectado por la biología y la conducta de sus padecientes. La OMS (2023) por el contrario la conceptualizó como un “trastorno mental común (...) el cual implica un estado de ánimo deprimido (...), la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo”. (parr. 1). Trae aparejado sentimientos como “tristeza, pérdida, ira o frustración”. Medlineplus (2023) (parr.2). Mientras que Barnhill (2016) estuvo de acuerdo con esta última postura pensándolo como un término común y ambiguo ya que puede presentarse como tristeza o cómo una enfermedad “que causa debilitamiento y angustia serios, y resultar potencialmente mortal” (p.67). La depresión para el autor “puede presentarse en múltiples formas, con posibilidad de numerosas comorbilidades, desencadenantes y síntomas afines comunes” (p.67). Otro concepto lo da la Clínica Mayo (2022), al trabajarla como un “trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades” (parr.1).

Como se puede ver cada concepto acentúa algo distinto respecto a la depresión. Aunque todas tienen en común el hecho de que se trata de un trastorno, que trae implicada la sensación de tristeza así como sentimientos relacionados a esta. Así mismo afecta a la emocionalidad y a la funcionalidad.

Estadísticamente se estima que “el 3,8% de la población experimenta depresión, incluído el 5% de los adultos (...) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años” (párr. 4). Por su naturaleza más sensible las mujeres tienen mayor probabilidad de padecerla.

Etimológicamente es un término relativamente reciente, según Korman y Sarudiansky (2011) actualmente sustituye a la melancolía en el lenguaje médico. Gómez (2005) remarcó que aproximadamente los siglos V y VI a.C, estaba definida por “el conjunto de aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e inquietud, al que se sumaba un ánimo triste característico”. (p.2). En el S II d.C la descripción se modificó ligeramente pensando al paciente “temeroso, triste, cansado de la vida(...)” (p.2). Además de que se empezaron a considerar las ideas de muerte y el riesgo suicida.

La palabra depresión se empezó a utilizar para hablar de esta enfermedad cuando la melancolía dejó de poder cubrir esta tristeza a la perfección, a fines del S XVIII d.C y comienzos del S XX d.C momento en el que hizo su aparición en los libros de psiquiatría. Gracias a la invención del primer manual diagnóstico de psiquiatría “DSM 1”. (Ban,2014,citado en el texto de García Neme, 2017). Las primeras podían dividirse en “exógena/endógena y psicótica/neurótica”. (Kendell, 1977,citado en el texto de García Neme ,2017) (p.15). Y en base a ésto se estipulaban los tratamientos. Mientras que en la actualidad es una patología bastante común y se conocen otras clasificaciones. Aunque para poder comprenderlos mejor es necesario conocer sus síntomas más comunes. Según la OMS (2023) son complicaciones respecto a la concentración, disminución de la autoestima, disminución de las esperanzas y deseos propios, pensamientos autolíticos, aumento o disminución del sueño o del apetito, sensación de baja energía.

Teniendo en cuenta esto el CIE 10 (1994) los clasificó en leve, donde están presentes dos o tres de los anteriores síntomas, el paciente puede llevar su ritmo de vida normal. El moderado, tiene más de cuatro síntomas, en algunos momentos se le dificulta particularmente realizar sus actividades cotidianas. El siguiente tipo es el grave, el cual se divide en dos, grave sin síntomas psicóticos, y con síntomas psicóticos. En el primer tipo, las actividades se ven afectadas en profundidad. Manifestaciones comunes son “la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa” (p.99). El paciente puede presentar ideación suicida. En el segundo tipo, se ven características similares al anterior sumándose otras como “alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotor, estupor” (p.100).

Las actividades regulares se ven imposibilitadas. Según Coryell (2023) existen otros como el disfórico premenstrual con síntomas que aparecen previos a la menstruación. También se cita el duelo prolongado, en el cual hay alteraciones en la identidad, falta de creencia en la muerte, dolor emocional intenso que dura más de un año.

Asimismo hay signos físicos que se pueden ver en estos pacientes y muchas veces facilitan el diagnóstico. Los más visibles son un cambio drástico en el peso el cual puede aparecer tanto como una suba o baja abrupta del peso, el consultante comienza a comer más o por el contrario dejar de comer para evitar el dolor que le conlleva la depresión o situaciones complicadas que está atravesando en ese momento. Otra puede ser la mirada perdida o tristeza en la mirada que se puede ver sobre todo en la consulta, donde el paciente divaga con la mirada y le cuesta prestar atención o la tristeza aparece al momento de trabajar con un tema pesaroso. De la mano está la disminución en el tono de voz al hablar de la patología o la dolencia que se ve mayormente en la depresión o la postura cabizbaja presente en la misma situación. U otro como el descuido personal que puede aparecer repentinamente y es una señal de alarma.

También es importante tener en cuenta las posibles comorbilidades que pueden darse en la depresión. Hablar de comorbilidad implica la existencia de dos o más trastornos ya sean físicos o psicológicos en un paciente. Respecto a la experiencia obtenida en el H.T.C.A se puede decir que las personas padecientes de depresión tienen más facilidad de padecer así mismos trastornos relacionados a la ansiedad, trastornos alimenticios, o conductas suicidas. Lo cual se pudo validar en investigaciones como la de Aragonés, Piñol y Labad (2009) quienes descubrieron que efectivamente en la depresión hay gran comorbilidad con los trastornos de ansiedad, sobre todo con la ansiedad generalizada. O como los postulados de Moutier (2022) quien expresó “el trastorno de salud más frecuente que contribuye al comportamiento suicida es la depresión” (párr.28). Así como el hecho de que a nivel mundial mas de la mitad de los intentos de suicidio se deben a trastornos depresivos.

Por otro lado, si bien hay múltiples terapias que hablan de este término y proponen estrategias útiles, este trabajo se focalizó principalmente en la TCC. Uno de sus principales autores es Beck (1983) quien dedicó muchos años al estudio de la depresión. Él la definió como un estado patológico que distorsiona las conceptualizaciones del mundo y por ende las personas con depresión tienden a ajustarse a esquemas inadecuados.

A medida que éstos se vuelven más presentes la persona empieza lentamente a carecer de control sobre sus procesos de pensamientos, por ende es “incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados” (p.21). Este concepto se puede entender mejor gracias a los aportes de Ruiz,Diaz y Villalobos (2014), quienes aseveraron que las personas funcionan gracias a un esquema cognitivo que les proporciona una propia manera de ver y entender el mundo.

Este esquema se ejecuta y modifica en base a los aprendizajes obtenidos. Para (Safran,Vallis,Segal y Shaw,1986,citados en el texto de Ruiz,Diaz y Villalobos,2014) son “entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades más simples que contienen nuestro conocimiento de cómo se organizan y estructuran los estímulos ambientales” (p.368). Están formados por creencias nucleares, intermedias y pensamientos automáticos. Los primeros son el resultado de conceptos globales propios y del mundo, son estables. Los segundos están constituidos por supuestas reglas sociales y actitudes aprendidas. Para (Beck,1970,citado en el texto de Ruiz,Diaz y Villalobos, 2014) además existen los terceros, resultados de la interacción entre los anteriores y el medio.

Dentro de la TCC existen terapias que se van modernizando siguiendo a las generaciones, las terapias de primera generación (1950-1970) se enfocaron en el trabajo sobre la conducta y cómo se veía afectada por diferentes problemas o factores. Se trabajó principalmente con el condicionamiento, sensibilización, habituación y sus mayores exponentes fueron Wolpe,Eysenck así como Skinner. Durante la segunda generación (1970-1990) se empezó a estudiar la cognición, es decir el pensamiento y el procesamiento de la información; y relacionarlas con el comportamiento. De esta manera surgieron algunas de las primeras terapias cognitivo-conductuales. Algunos de sus principales exponentes fueron Bandura,Beck, Ellis. Actualmente existe la de tercera generación (1990-actualidad) donde las terapias están enfocadas en un cambio más profundo de las conductas basadas en creencias, pensamientos. Empieza a considerarse sobre todo el contexto de la persona y su patología. Grandes exponentes fueron Wilson, Lineham, Harned. Ruiz,Diaz y Villalobos (2014).

En el presente se suelen utilizar técnicas de tercera generación aunque muchas veces pueden ser combinadas con las de segunda generación brindando buenos resultados. Siguiendo la misma línea de pensamiento hay técnicas que son bastante funcionales, útiles y completas para trabajar con esta patología.

Una es la activación conductual de Martell (2013). Consiste en un tratamiento breve, individualizado, con el objetivo de aumentar el compromiso del individuo con la terapia y a mejorar. Éste propone principios en los cuales se basa la terapia. Trabajar con el paciente en actividades aunque no se sienta motivado es gratificante, ayudarle a obtener satisfacción a largo plazo, recordarle que todos los resultados son útiles.

Otra es el DBT creada por Marsha Linehan el cual es un tratamiento complejo y estructurado. Debe cumplir ciertas funciones como aumentar las capacidades sobre todo aquellas relacionadas a la regulación emocional, mejorar la motivación, asegurar la generalización de nuevas conductas a todos los contextos, aumentar la motivación y las capacidades del terapeuta, estructurar el ambiente.

Se apoya en cuatro pilares fundamentales a la hora de trabajar los cuales son la desregulación emocional, las conductas problemáticas, la vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante. En el momento de aplicarse a un caso en particular es importante considerar que tiene cuatro fases, el pretratamiento, fase uno, dos y tres. A través de las cuales se va trabajando de forma jerárquica, desde lo más superficial hasta lo más profundo de la patología. Se comienza con un pretratamiento el cual suele durar entre una a cuatro sesiones y sirve para determinar los objetivos que se quieren conseguir, los métodos que se usarán para ese fin y comprometerse con un plan de tratamiento. Antes de comenzar el tratamiento el terapeuta debe preguntarse “¿es DBT el tratamiento adecuado para los problemas de este consultante?, ¿está dispuesto a tratar a este consultante?” (p.69). Si la respuesta es positiva se puede continuar con el tratamiento.

Por otro lado Beck (1983) habló de que la forma de conocer el mundo y enfrentarse a los problemas de una persona con depresión está directamente influida por su tríada cognitiva la cual consiste en patrones cognitivos que influyen en la forma en la que el paciente observa su realidad. Sus componentes son visión negativa de sí mismo, el mismo se ve principalmente enfermo, torpe, insuficiente. Visión negativa del mundo, percibe que éste le impone de forma exagerada o le presenta obstáculos en su vida. Visión negativa del futuro, el consultante lo interpreta como una situación frustrante y llena de penurias. Esta visión pesimista de su vida se ve agravada cuando su red de apoyo invisibiliza sus emociones o las considera exageradas. Ésto se conoce como invalidación emocional y el ambiente donde se ejerce es, por ende, un ambiente invalidante.

Finalmente es importante recordar que todos los trece de enero se celebra el día mundial de la lucha contra la depresión. Fecha en la que se recuerda la importancia de conocer las enfermedades de salud mental como ésta para poder trabajar con ella.

VI.2 INVALIDACIÓN EMOCIONAL

Socialmente pareciera existir una necesidad de estar siempre bien, o por lo menos de demostrarlo. Situación que causa un ocultamiento de las emociones, sobre todo de aquellas que son negativas. Aun así lo verdaderamente negativo y peligroso es la consecuencia que produce ese ocultamiento a largo plazo. Muchas personas dejan de reconocer ciertas emociones, negativas, en ellos y en las personas de su alrededor lo que deriva en la invalidación emocional y por ende la autoinvalidación. Por lo que se vuelve vital estudiar estas emociones complejas de determinar para lograr así un mejor reconocimiento de ellas. Así mismo es un término poco conocido y escuchado, pocas personas reconocen lo que es validación emocional y mucho menos invalidación. Lo que clásicamente lleva a cuestionarse, ¿qué es la invalidación emocional?, ¿cómo se invalida?, entre otras.

Boggiano y Gagliesi (2020) consideran que la invalidación emocional consiste en la minimización, trivialización o impedimento en la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones. Según ellos ésto se da dentro de un ambiente invalidador el cual es un “contexto en el que recurrentemente se responde en forma inapropiada a las experiencias privadas”. (p.37). A su vez en éste no hay correcta regulación de las emociones y los aprendizajes generados no son funcionales. (Linerham, 2015, citada en Harned, 2022) explica que cuando esta invalidación se vuelve repetitiva influyendo no solo en las experiencias propias sino en la identidad de la persona y su manera de ver el mundo, se vuelve traumática. Padecer alguna enfermedad como la depresión trae aparejada cierta vulnerabilidad sobre la persona en relación al contexto en el cual está inmerso; y así mismo la “vulnerabilidad genera invalidación” (p.39). Lo que suele suceder cuando la red de apoyo carece de conocimiento o conciencia al respecto de la patología. Muchas veces se intenta “apoyar” en base a comentarios como “no es para tanto”, “ya pasará” que parecen bienintencionados pero terminan siendo invalidantes. Boggiano y Gagliesi (2020).

La invalidación tiene ciertas características. Quien invalida ignora o rechaza la comunicación de las experiencias del otro. Por ende se aprende que la emoción es mala y debe suprimirse. Quien invalida rechaza la conducta moderada, por lo que se termina validando la emoción cuando ya es descontrolada y aparecen conductas de riesgo. Si esto sucede durante la infancia el próximo adulto crece sin poder expresar las emociones de forma efectiva y sana. Quien invalida sobresimplifica la resolución de problemas, un buen ejemplo son las frases citadas anteriormente, las cuales generan frustración en el consultante quien carece de estrategias funcionales de resolución. Boggiano y Gagliesi (2020).

Harned (2022) propone algunos tipos de invalidación más frecuentes como crítica del otro, sus acciones, emociones, intereses. Discriminar a los otros o clasificarlos como inferiores o inadecuados. Ignorar a las personas, sus emociones o experiencias. Ser indiferente o negligente con las emociones o el sufrimiento de los demás. Excluir. Malinterpretar conductas. Controlar al otro o hacerlo sentir incapaz. Culpar de forma indiscriminada o sin consideración. Negar las realidades diferentes a la propia.

Según la Teoría Biosocial (Linehan, 2013, citada en Boggiano y Gagliesi, 2020) en el momento de la terapia hay que conocer si la persona carece de regulación emocional la cual se ve como una incapacidad de “cambiar o regular las claves, las acciones, las respuestas verbales y no verbales emocionales cuando esto es necesario” (p.33). Ésta es bastante común en diferentes trastornos como la depresión. Si hay conductas problema que se acrecientan en momentos de mayor estrés debido a la patología o alguna situación externa a la persona. Si es vulnerable a las emociones la cual se ve caracterizada por “una alta sensibilidad a los estímulos, una alta reactividad emocional y un lento retorno a la calma”. (p.34-35). Así como si su ambiente es invalidante, este punto es el más importante para la sistematización. Boggiano y Gagliesi (2020) expresan “para que a la vulnerabilidad se sumen las dificultades en la modulación, dando como resultado la desregulación emocional, es necesario que el individuo crezca en un ambiente invalidante” (p.37).

Como es sabido para trabajar con la invalidación emocional es necesario conocer las emociones que se experimentan día a día y poder nombrarlas como tal, por lo que finalmente se propone una estrategia para lograrlo. Salvetti y Arstein (2014) explican que ésto se logra gracias a un registro semanal de pensamientos y emociones trabajado diariamente o en sesiones con el consultante. Consiste en una grilla que se puede armar en la sesión y tiene algunos espacios para llenar con información actual. Aquí podrá poner su situación actual en el momento en que devienen estos pensamientos o emociones, para lo cual es necesario preguntarse qué estaba sucediendo en ese momento, qué produjo esta sensación. Luego se anotan las emociones sean positivas o negativas, en el caso de no poder nombrarlas se describe el estado emocional. Después pensamientos o imágenes, una descripción de ellos. Evidencia a favor o en contra de éstos, la cual puede ser encontrada a su alrededor o al cuestionarlos directamente. Finalmente se coloca una interpretación alternativa a los hechos si se tuviera, ésta es personal y cada uno debe dar cuenta de sus propias explicaciones de la realidad. Se suele usar sobre todo en trastornos de ansiedad y para la depresión. Da muy buenos resultados para el reconocimiento y validación emocional.

Otra estrategia sumamente funcional es la psicoeducación la cual se puede adaptar a cada patología y utilizarla genera buenos resultados siempre. Es algo muy sencillo que consiste en trabajar de forma comunicativa con el paciente y poder hablar libremente de su patología, de sus emociones y todo lo relativo a ella. Es fundamental en la terapia. Salvetti y Arstein (2014).

Para terminar es vital recordar que la conducta invalidante se puede dar en cualquier espacio y desde cualquier persona aunque tienen mayor influencia si se recibe desde una red de apoyo como ser el grupo de amigos, la pareja o la familia. En relación con este tema, el aspecto familiar tiene una importancia notable en la desregulación, dado que la vulnerabilidad es hereditaria y aparece generalmente en familias ausentes o autoritarias.

VI. 3 LA FAMILIA

Es muy importante estudiar a la familia ya que es el seno donde las personas crecen y gracias a la cual se vuelven quienes son en este momento, sea para bien o para mal. Hay diferentes tipos y formas de familia, sin embargo en un primer momento es importante cuestionarse ¿qué es una familia?, ¿que relación tiene la estructura familiar y la invalidación emocional?. Desde la perspectiva sistémica la familia es un “sistema abierto que incluye diversos subsistemas” (párr. 16). Éste presenta propiedades como la interdependencia e interrelación entre sus miembros y con el medio, la capacidad de transformarse, la organización de esta como una estructura que mantiene una jerarquía, una tendencia a la búsqueda del equilibrio, entre otros. Sierra López (2019).

Minuchin (1974) la definió como “una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo” (p.39). También como un compuesto de demandas que organizan a la familia y sus miembros, teniendo en cuenta sus interacciones y roles internos. Por otra parte para (Sánchez,2014,citado por Irueste; Gatrochi; Pacheco;Delfederico, 2020) la constitución de esta también hace referencia a la “distribución de roles dentro del sistema, a la comunicación inter-subsistemas, la estructura familiar y las reglas que lo regulan”. (p.12).

Los miembros de este sistema se reconocen como individuales pero en interacción con otros miembros del mismo, a sapiencia de que las conductas de los otros influyen en sí mismo y viceversa. Algo muy importante para la subsistencia del sistema son sus límites, los cuales definen su jerarquía y su funcionalidad. Su función es la de diferenciar la familia de otros sistemas. Tomando en cuenta lo anterior se pueden tipificar en familias aglutinadas de límites difusos, donde existe mucho sentido de pertenencia pero poca autonomía o intimidad. Las decisiones de una persona afectan a todo el grupo. Están las desligadas de límites rígidos, donde no hay pertenencia, pero sí un sentido de independencia desproporcionado. Y las funcionales las cuales tienen límites claros, los padres e hijos se comportan como tales, los roles están previamente estipulados, las reglas se negocian, hay autonomía y pertenencia. Minuchin(1974). Las primeras son estructuras disfuncionales, sus conductas problematizan a sus miembros.

Por otro lado, que una persona adulta sea dependiente de la reacción emocional de sus padres hacia él viéndose particularmente afectado por sus conductas invalidantes está directamente relacionado al apego, el cual comienza en la infancia. Bowlby (2009) expresó que “la teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana” (p.142). Desde el primer periodo de la vida se necesitan conexiones con otros seres para poder sobrevivir. Las primeras figuras de apego son los padres en quienes se busca consuelo, contención, amor. Para Gago (2014) la presencia de estas figuras de apego aportan una base segura que le permite al niño la exploración del mundo. Mientras que su ausencia es paralizante, ansiógena y se vive como un abandono por parte del cuidador. Siguiendo esta misma línea para Moneta (2014) este influye en el desarrollo cognitivo del niño afectando en el resto de su vida en su forma de ser, reaccionar o comportarse frente a distintas situaciones o estímulos.

Existen diferentes tipos de apego, el seguro y el inseguro. Este último tiene a su vez dos subdivisiones, el ansioso- ambivalente y el evitativo. Aquellas personas que tienen en relación a sus cuidadores un apego seguro podrán descubrir el mundo por sus propios medios, son personas independientes, pueden replicarlo con pares como amigos o la pareja y suelen ser más felices. Mientras aquellos que han vivido un apego inseguro tenderán a evitar a la familia, a aislarse, evitar relaciones de cualquier tipo o por el contrario establecer relaciones dependientes. Los adultos con este tipo de apego, el ansioso- ambivalente, son quienes se ven más afectados por la opinión de su familia. Ya que son personas que sufrieron rechazo de sus necesidades y emociones y al mismo tiempo manifiestan ambivalencia emocional. Durante su infancia hubo una tendencia a rechazar el contacto con los padres y enseguida buscarlo ansiosamente. Bowlby (2009).

Feeney y Noler (2001) en su libro “Apego Adulto” explicaron que estas personas frente al rechazo de su familia, la ausencia de esta o la invalidación de sus emociones reaccionan de forma negativa. Hay una tendencia al aumento de la sensación de desprotección, tristeza, confusión o aumento de la sintomatología en el caso de padecer alguna enfermedad. Así mismo muchas veces utilizan sus relaciones actuales para satisfacer necesidades insatisfechas durante la infancia.

Las personas que hayan crecido en un seno disfuncional, con apego desorganizado y cuyas emociones hayan sido invalidadas, tienen mayores probabilidades de repetir estos patrones. De aquí se deriva la importancia de reconocer este fenómeno para trabajar con él en distintos espacios terapéuticos. Para Bowlby (2009) en este caso se busca establecer un ambiente seguro para que podamos trabajar con el paciente respecto a cuestiones importantes como su pasado. Su presente. Aquellas situaciones complejas que tuvo que vivir. Las relaciones que tiene con figuras significativas en su vida y cómo las entabla. La concepción que tiene de sí mismo y de los demás. En el caso que la situación patológica se vuelva compleja y sea necesaria trabajarla en un hospital se realizará específicamente en el servicio de Salud Mental.

VI.4 LA INTERNACIÓN EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL

Actualmente no solo las problemáticas físicas implican una internación en espacios como hospitales o clínicas para poder ser tratadas de mejor manera. Las personas con patologías mentales como la depresión, en este caso, también pueden utilizar este espacio cuando lo considere necesario. Es útil cuando la patología se complejiza, hay conductas problemáticas que deben ser controladas o es necesario una visión multidisciplinaria. En este punto el enfoque se da desde dos posiciones. La internación en sí, la cual según la Ley 26.657 es “un recurso terapéutico de carácter restrictivo (...)” (párr.51). Y la salud mental, reconocida por la misma ley como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” (párr.7).

Poder preservarla depende de ciertos requisitos. Este recurso debe ser el último en considerarse. Se realiza en carácter transitorio, siempre y cuando aporte mayores beneficios que otras intervenciones. Así mismo las evoluciones del paciente se registran en su historia clínica y son tomadas en cuenta para la externación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018).

Fuentetaja y Villaverde (2019) declararon que el sufrimiento siempre está presente dentro de un hospital, de manera física o psíquica y la internación no está exenta. En este espacio se trabaja con la urgencia que excede al espacio de guardia, la cual afecta a la persona, sus funciones y a su entorno. En este ámbito los tiempos de acción son cortos, lo que obliga a trabajar con asertividad.

Los hospitales y sus internaciones reciben frecuentemente situaciones urgentes relacionadas a la salud mental o atravesadas por ella. En la internación el equipo se focaliza primeramente en el “episodio agudo, el cual (...) sólo puede resolverse en el marco de un hospital” (p.6). Relativo a la depresión muchas personas se internan o son internados por una tristeza que se vuelve insoportable, autolesiones asociadas o un intento de suicidio. Lo urgente debe atenderse de forma eficaz ya que de ello depende la evolución de las personas con esta problemática. Para un mejor abordaje se deben incluir “aspectos de cuidado y de promoción de la salud” (p.3). Ministerio de Salud (2022).

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018) explica que abordar la salud en hospitales generales “disminuye el riesgo de segregación, cronificación, abandono y de abusos a la integridad psicofísica de los usuarios” (p.11) lo cual solía suceder con mayor frecuencia en instituciones monovalentes. Así mismo el trabajo interdisciplinario que este propone fortalecer la adherencia de las personas al tratamiento o a la internación.

Cuando la situación crítica disminuye o es controlada, se inicia el trabajo de forma terapéutica con técnicas cortas que ayudan a mantener la estabilidad emocional del paciente o revisar especificidades de su tratamiento. Dicha tarea está dirigida a la posterior continuidad de su terapia en un espacio de salud diferente.

Asimismo existen requisitos tanto para la internación como para el externación. Para el primero se tiene en cuenta si las conductas de la persona son potencialmente riesgosas para sí mismo, o para otros, cuando no responde o no responde correctamente al tratamiento ambulatorio, si hay amenaza activa de suicidio o cuando está atravesado por una situación crítica en su vida que le afecta en su estructura y funcionalidad.

Finalmente el paciente está listo para la externación cuando no hay riesgo suicida activo, participa de forma asertiva en el proceso terapéutico, hay buena relación con los otros internos, se lo ve más estable y comprueba estar listo para irse. Aun así se mantiene un seguimiento del mismo.

VII. MODALIDAD DE TRABAJO

Este trabajo realizado en base a los aprendizajes de las PPS, consiste en una sistematización de la experiencia. Se construyó y reconstruyó a partir de un proceso reflexivo de aprendizaje en el contexto clínico, en un espacio de prácticas como el H.T.C.A en este caso.

Oscar Jara (2011) considera este término como un “proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica” (p.67). Es útil para generar nuevos conocimientos, obtener experiencias propias en un espacio de aprendizaje y poder compartirlas.

Para realizar una buena sistematización se la debe estructurar en pasos. El autor propone cinco. “El punto de partida, las preguntas iniciales, la recuperación del proceso vivido, la reflexión de fondo y los puntos de llegada”. (p.2). Lo que implica experimentar el contexto, poder delimitar el objetivo y el eje de la sistematización en base a los cuestionamientos iniciales. Para luego realizar una reconstrucción de lo aprendido que implique reflexionar y emitir una conclusión al respecto. Jara (2006). Lo que conlleva un trabajo exhaustivo de descubrimiento y redescubrimiento. Jara (2011) explica que éste es un indicador de un buen trabajo, develar lo que uno mismo desconoce y poder aprender de ello.

VII.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Los sujetos de estudio fueron personas que frente a una situación patológica asistieron al H.T.C.A en busca de tratamiento. Específicamente aquellos que teniendo un diagnóstico de depresión fueron internados en el servicio de salud mental. Se trabajó con ellos en el período que duró dicha internación, lo que implicó un tiempo aproximadamente de dos semanas por consultante. Lapso en el cual se recopiló la mayor cantidad de información relevante como fue posible. Así mismo para este proceso se consideraron pacientes cursando la adultez. Se trabajó con nueve casos, de edades comprendidas entre los veintidós y cincuenta años. Parte de su información personal se encuentra expuesta en un cuadro adjunto a continuación. Es importante aclarar que hay casos en los que no se cuenta con entrevistas familiares. En estas circunstancias se trabajó en base a concepciones de invalidación vistas en la familia o momentos en que los pacientes se consideraron invalidados.

Tabla 1*Cuadro expositivo de los casos utilizados*

Nombre	Edad	Sexo
Selena	29 años	Femenino
Manuel	30 años	Masculino
Miguel	50 años	Masculino
Gastón	22 años	Masculino
Fernando	22 años	Masculino
Jano	28 años	Masculino
Gabriela	33 años	Femenino
Martina	23 años	Femenino
Rodrigo	44 años	Masculino

VII.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que se utilizaron para generar aprendizajes variaron según la persona a la cual se las aplicó. Sean pacientes, familia o psicólogos.

Con los pacientes se trabajó con entrevistas diarias a lo largo de la internación buscando conocer su patología, sus situaciones de riesgo y mantener un seguimiento. Se las llevó a cabo desde la postura de observador no-participante u observador participante. Las mismas se definieron de acuerdo a las particularidades de cada paciente, la confianza con él y con el equipo tratante. Se formularon una serie de preguntas para conocer de forma más profunda su historia sobre todo en los primeros días de la internación. El cuestionario se adecuó a cada caso. En una primera instancia se recabaron datos personales indagando acerca del motivo de su consulta, si presenta intencionalidad suicida, si cuenta o no con una red de apoyo funcional. Con el paso de los días se suele ahondar en la relación con la familia, si quiere o no recibir visitas, sus hábitos de sueño y alimenticios. De acuerdo a lo que se vea necesario en cada caso puntual, se va enriqueciendo la información. Una vez que la situación más urgente logró ser contenida se procede a la utilización de la técnica del registro de las emociones, impulsos y conductas problema. Ésta consiste en anotar las sensaciones que aparecen después de la entrevista o lo que se quiera trabajar en un siguiente momento. Es una buena forma de tomar conciencia de la patología o sensaciones propias.

Con la familia se trabajó únicamente con entrevistas, desde la misma postura que con los consultantes, siempre y cuando el paciente aceptara involucrarla en su proceso. Muchas veces solo fue posible realizar una oportunidad en la que se debió recopilar la mayor información posible. Averiguar si existía conciencia de la enfermedad por parte del familiar, cuestionar cómo era la vida y hábitos del paciente previas a la internación, entre otras. Si el familiar demostraba compromiso en el proceso de tratamiento se implementaron en él/ellos algunas estrategias para comprender y validar las emociones del paciente y brindarle la ayuda necesaria. Por otro lado se utilizaron dos entrevistas tomadas a psicólogos con quienes se trabajó en la internación en Salud Mental. En ellas se indagó acerca del rol del psicólogo en la internación y en el trabajo con invalidación emocional, la posibilidad de trabajar al respecto, así como los aspectos que facilitan y complejizan el mismo.

Recuperando lo anteriormente dicho, este proceso fue bastante complejo y al mismo tiempo muy valioso. Pérez de Maza (2016) está de acuerdo con este término el cual conceptualiza como “un conjunto de actividades que se llevan a cabo de una forma lógica, interrelacionadas entre sí y que trabajan en pos de un objetivo conciso” (p.15). Con la complejidad que este trae aparejado. Aunque no es simplemente un proceso sino que es de reflexión al poder problematizar lo aprendido. De interpretación donde se quiere comprender “lo que sucedió (la experiencia), cómo sucedió y qué relación guarda con el contexto donde tuvo origen” (p.16). Uno participativo donde hay actores que se involucran. De ordenamiento, manteniendo el orden de los datos de la experiencia. De comunicación, pudiendo compartir conocimientos con otros. Así como de aprendizaje identificando lo que se conoce y lo que no.

Esto se puede ejemplificar con lo sucedido en el H.T.C.A. Donde no solo se aprende al trabajar con la patología del paciente, sino observando sus percepciones, su manera de interpretar su realidad, la de su familia. Así mismo también influyeron las diferentes formas de proceder de los profesionales y residentes.

La información obtenida en los nueve casos elegidos fue expuesta en la siguiente planilla para tener acceso a ella de una forma más organizada y trabajar con ellos de una manera más conveniente. Para este fin se tuvieron en cuenta algunos datos personales, los factores que influyen en la depresión, detectar si la familia estaba presente o no en la vida del consultante, si sufría invalidación. Determinar el/los tipo/s de invalidación que se adecuaba al caso, saber si había pensamientos suicidas, conductas problema y el efecto de la invalidación emocional familiar sobre cada paciente en particular.

Tabla 2

Datos personales, factores influyentes en la depresión, familia, invalidación, intencionalidad suicida, conductas problemáticas.

Datos personales	Nombre, apellido, edad. Permiten un mayor reconocimiento de la persona y el caso
Factores influyentes en la patología	Facilitan el conocimiento de los motivos de la depresión y aquello que la complejiza. Razón que llevó a la persona a ser ingresada a la internación
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Permite determinar si la familia forma parte activa de la vida del paciente. Si así no lo fuera el caso no se considera apto para la sistematización.
¿Es invalidado/a por su familia? ¿Por parte de cuál(es) miembro(s)?	Es importante para conocer si existe invalidación y por parte de quién. Para poder trabajar con el caso la respuesta debe ser afirmativa.
Tipos de invalidación emocional que se adecúan a su caso	Posibilita la clasificación según tipo(s) de invalidación.
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Sirve para conocer la comorbilidad presente en la depresión.
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	Establecer si están presentes e individualizarlas a la hora de trabajar con el paciente.
¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidación emocional?	Evaluar el efecto o la influencia de la invalidación emocional en el caso y saber si hay/hubo riesgo de suicidio.

¿Hubo un aumento de la(s) conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	Este punto es muy útil para explorar la relación entre la invalidación y las conductas problemáticas.
--	---

VII.3 IMPLICACIONES ÉTICAS

Al trabajar con datos sensibles de los pacientes es importante guardar protección de éstos. Para este fin existen leyes afines a dicho objetivo. La Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) presenta el Código de Ética Nacional (2013) con normas deontológicas como el consentimiento informado que implica un previo conocimiento de las terapias o técnicas que se van a realizar en una persona antes de aceptarlas y que puede revocar cuando lo vea necesario. El mismo se firma por escrito anterior a la internación. Otro es el secreto profesional donde se debe salvaguardar la información confidencial de los pacientes siempre y cuando ésta no implique un peligro para sí mismo o terceros.

Por otro lado en los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta (2003) aparecen principios que deben ser respetados como el de beneficencia y no maleficencia, lo que implica que los tratamientos tienen que estar orientados a causar un bien en el paciente. El de justicia, el cual supone la toma de discreción y distancia de parte de los psicólogos para no verse afectados en su práctica por “potenciales prejuicios, los límites de su competencia, y las limitaciones de su pericia” (p.5). Así como el respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Según la cual se debe respetar “la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la autodeterminación” de los pacientes (p.5). Evitando también realizar alguna actividad o tratamiento que pueda ponerlo en riesgo.

También existe la Ley 25.326 (2000), la cual dispone el cuidado de los datos personales involucrados. Algunos artículos específicos donde se habla de esto son el dos donde se conceptualizan términos como datos personales o sensibles. El seis donde se ve la necesidad de informar a la persona a la hora de recabar datos de su historia, explicar la finalidad de estos, su derecho tanto de proporcionar datos como de decidir no hacerlo, entre otros. O el diez que expresa “El responsable o usuario del archivo de datos debe adoptar las medidas técnicas y organizativas que resulten necesarias para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales (...)” (párr.56).

Por esto mismo, para hablar de pacientes en el escrito, se modificaron los datos personales. Por lo que ninguno de los nombres expuestos más arriba es real, facilitando así referirse a alguien sin dañar el secreto profesional. Mientras que cuando se trata de profesionales o de la familia simplemente se los describió como psicólogo, psiquiatra, trabajador social; o como madre, padre, hermano sin especificar datos adicionales.

VIII. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA

VIII.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

En este apartado se llevó a cabo una descripción de la experiencia en primera persona donde se tuvo en cuenta los aprendizajes obtenidos, una caracterización del hospital, las áreas en las que se realizó el trabajo, la elección del eje de sistematización, entre otras. Logrando dar cuenta del proceso realizado entre los meses de mayo y noviembre del año 2024.

Mi primer día en la institución fue el martes 28 de mayo ,siendo una de las últimas alumnas que se incorporó a las prácticas. Cuando atravesé la puerta por primera vez con mi chaquetilla blanca lo hice muy temerosa y con ansiedad de lo que estaba por suceder ,no obstante muy contenta por esa oportunidad. En mi caso particular viví la experiencia sola, lo que representó muchos beneficios aunque también algunas dificultades.

El primer día que llegué al H.T.C.A fui guiada hasta el cuarto piso del edificio de consultorios externos donde estaba el área de salud mental. Allí me esperaba mi referente quien me dio una cálida bienvenida. Ella es jefa del servicio de salud mental,también estuvo presente la jefa de la internación de la misma área y el equipo de los martes constituido por otros profesionales entre los cuales se encontraban psicólogos en su mayoría y algunos médicos. Ese primer encuentro fue memorable ya que mis expectativas del momento fueron ampliamente superadas,me hicieron sentir como en casa y poco a poco comencé a notarme más segura en ese espacio con las personas que me rodeaban.

La reunión fue corta y concisa, me comunicaron que asistiría tres veces a la semana y que a posteriori podría incorporarme a las distintas actividades que ellos llevaban a cabo dentro del hospital. En ese momento me di cuenta de que tenía una gran responsabilidad en mis manos ya que era la única practicante de psicología,después de aproximadamente nueve años de tener la última a su cargo.

Era mucho trabajo y espacio para una sola persona lo cual me inquietó e hizo que surgieran en mí algunos cuestionamientos. ¿Cuál sería mi rol allí?, ¿conseguiría adaptarme al ritmo del hospital?, ¿obtendría el apoyo y colaboración por parte de los profesionales del área?. Así como ¿en el espacio encontraría lo necesario para poder realizar mi TIF?, ¿me sería muy complejo?, entre otras varias.

El objetivo principal de ese primer contacto era informativo, para conocer y presentarme al equipo con el que me relacionaría en esos meses. No obstante al finalizar la charla mi referente me invitó a quedarme el resto de la mañana. Acepté de inmediato aprovechando el tiempo para explorar el hospital. Aunque mis prácticas comenzarían formalmente al día siguiente. En ese momento llegaron los residentes de salud mental de tercer año, quienes estaban ya en su última semana de trabajo, me permitieron que me una a ellos en las actividades de ese día. Me sentía privilegiada de comenzar mi nueva experiencia. Caminé con el grupo, atenta y emocionada, hacia el encuentro con el paciente. Se trataba de una persona internada que tenía un drenaje con una bolsa recolectora a lado de la cama. Era el primer contacto que tenía con un paciente. Me presenté y enfoqué mi atención en tomar nota de todo lo que veía y escuchaba. No quería pasar por alto ningún detalle. Observé con admiración el desenvolvimiento de los residentes. A medida que pasaban los minutos me sentía más cómoda en ese espacio. Comprendí que era consecuencia de una actitud asertiva. A continuación vimos otros dos casos con diagnósticos similares. La mañana transcurría velozmente, tal vez porque lo que estaba viviendo era tan nuevo como interesante.

Ese primer día fue bastante peculiar. La primera área que conocí fue la internación de medicina clínica en la cual los psicólogos únicamente solían visitar en el caso de tener que realizar alguna interconsulta. Una vez terminada la ronda de revisión de los tres pacientes mencionados, fuimos al sector de internaciones del servicio de salud mental donde conocí a la secretaria y los enfermeros de la mañana. En el ambiente reinaba la calma, situación que aportaba favorablemente a mis ansias de no perderme detalles de aquello que me era novedoso. Entré dispuesta a conocer a los internos y quizá intercambiar opiniones, deseo que pronto se vio irrumpido al igual que la sensación de bienestar por agudos gritos provenientes del pasillo, eran gritos de dolor. Pude observar en pocos segundos a un equipo de médicos, psicólogos y enfermeros movilizarse rápidamente hacia el lugar donde se encontraba el paciente que se quejaba con desesperación. Los profesionales trataron de controlar la situación, manejándose con mucho criterio según mi punto de vista. Por un momento creí que la situación se estaba saliendo de control. Procedieron a sujetarlo a una camilla para poder inyectarle un sedante y así tranquilizarlo. Vaya primer día, pensé. Una experiencia fuerte que quedará para siempre en mi memoria. La tensión se notó durante un tiempo durante esa mañana, finalmente nos relajamos y la calma volvió al lugar.

Un tiempo después en uno de los ateneos supe que en realidad se trataba de un paciente que había sido sometido a una intervención quirúrgica compleja, como consecuencia sentía un dolor muy agudo. Esta sintomatología post quirúrgica era más habitual de lo que yo me imaginaba, aún así fue una gran anécdota.

VIII.1.1 EL HOSPITAL

El día que en clase de Prácticas Profesionales Supervisadas me comunicaron el nombre del hospital donde tendrían lugar mis prácticas, quedé desconcertada, nunca antes había oído hablar de él. Se trataba del Hospital Tránsito Cáceres de Allende. Ninguno de mis anteriores compañeros había asistido allí por lo que sin este feedback inicial por parte de ellos presentí que el desafío comenzaría desde mucho antes del verdadero inicio como tal. Lo cierto es que cuando llegó ese primer día no me imaginaba lo que me esperaba dentro de sus instalaciones. Llegué sola y grande fue mi sorpresa al encontrarme de frente con tamaña inmensidad, con sus múltiples edificios y miles de trabajadores.

Lo primero que llamó mi atención y resultó interesante fue el hecho de que el hospital operaba con sus propios ritmos, ritmos que no se detenían por nadie sino que por lo contrario había que adaptarse a ellos para no quedar atrás. Lo que hizo caer en cuenta de la complejidad que implicaba que una practicante se uniera al equipo en medio del caos diario y tener que detenerse a explicar mientras se sigue con el trabajo compelido. Después de la primera semana comencé a acostumbrarme a sentirme ajena al grupo en ocasiones y a cuestionar mis dudas los viernes antes o después de los ateneos, siendo este el único momento libre de mi referente.

Por otro lado, el hecho de que llegaran residentes de salud mental de segundo año una semana después que yo fue un alivio para mi tarea. Eran chicos más o menos de mi edad y con la agenda menos ajustada lo que me facilitaba cuestionar aquello que me resultaba complejo o desconocido. De ellos y con ellos, sobre todo con las residentes de psicología, aprendí mucho y logré aprovechar al máximo el tiempo allí.

Fui parte del H.T.C.A durante seis meses brindando mis servicios a cambio de enseñanza sumamente útil para mi futura vida profesional. El tiempo que estuve allí lo hice en el servicio de salud mental. Éste se divide geográficamente en los cuatro consultorios del cuarto piso del edificio de consultorios externos y el espacio de internación en salud mental situado en el primer piso del edificio principal. Se encuentran separados entre sí por un patio. Mi presencia en estos espacios dependía del día de la semana según la actividad correspondiente. En uno de los sectores del área se encontraba una habitación de descanso destinada para este fin cuando se disponía de un momento libre. La frecuenté en algunas oportunidades aprovechando para revisar historias clínicas o alguna epicrisis en la computadora.

Este lugar también fue ideal para conversar con los diferentes profesionales y obtener sus puntos de vista naturalmente diferentes y en ocasiones entrevistarlos cuando sus tiempos así lo permitían. Fue otro gran espacio de aprendizaje que me favoreció. Mis días de asistencia eran los lunes, miércoles y viernes por lo que tuve especial afinidad con los profesionales que concurrían esos días. Sobre todo con una de las psiquiatras, la trabajadora social y una psicóloga, como así también con el secretario quien se ganó mi estima por su buena predisposición.

Desafortunadamente no me fue posible conocer a todo el personal, aún así aquellos con los que compartí esos meses me hicieron sentir integrada y cómoda, dispuestos a contribuir tanto con mi aprendizaje como aportando material para mi TIF. Estoy infinitamente agradecida con cada uno de ellos.

VIII.1.2 EL ÁREA DE ADMISIONES

La admisión es un proceso importante en cualquier área. En caso de salud mental es una puerta de entrada para el paciente, el inicio de un camino guiado hacia la cura. Ya que, exceptuando la atención por guardia, antes de poder ser atendido en cualquier servicio la persona debe ser previamente admitida. A diferencia de la realizada en medicina, en el caso de salud mental se da a través de una primera entrevista que a veces puede extenderse a una segunda. En ésta se toman los datos personales del paciente o futuro paciente interesado en realizar algún tipo de terapia. Gracias a ella se evalúa si el tratamiento será de forma externa o si el caso requiere internación para optimizar el resultado. Se decide la vía a seguir según las razones que motivaron la petición, solicitando a la persona que describa de forma concreta su problemática o aquello que desea modificar en su vida o conducta.

En el H.T.C.A estas entrevistas se llevan a cabo los días lunes a partir de las nueve de la mañana hasta las doce. Me incorporé al grupo la semana siguiente a mi ingreso. Éste está formado prioritariamente por la trabajadora social del equipo y una psicóloga, en ciertos casos se pide la asistencia de un psiquiatra. A partir de entonces los lunes los compartía con ellas.

Me costó adaptarme al espacio dado que no sabía cómo desenvolverme en un lugar completamente nuevo para mí, consecuentemente durante los primeros días mantuve el silencio limitándome únicamente a tomar notas de lo que veía. Situación que fue cambiando con el paso del tiempo hasta adoptar un rol de observadora participante el cual se replicó en todas las actividades que realicé en el hospital. Admisión fue una de las primeras áreas a las que me sumé, razón por la cual todo lo que allí sucedía me generaba curiosidad. Observaba con atención el desempeño en las tareas de los profesionales a quienes acompañaba como así también a los pacientes. Noté que en muchos de los casos habían frases que se repetían como “no sé qué hago aquí, me mandaron”, “no estoy loco/a”, entre otras. O preguntas recurrentes como “¿qué se hace en este espacio?”, “¿voy a quedar internado/a?”, ¿me voy a curar alguna vez?. Era particularmente curioso que los cuestionamientos individuales resultasen los mismos en la mayoría de las personas que llegaban a esta área. No tardé en darme cuenta de la gran estigmatización existente sobre la salud mental. Cuestión que se intentaba erradicar en las entrevistas a través de la psicoeducación, se procuraba que las personas se permitiesen dudar de sus creencias erróneas. Considerando la duda el primer paso hacia el cambio.

Trabajar estos temas catalogados como difíciles para el consultante antes de comenzar una terapia era muy provechoso ya que generaba alivio en ellos al obtener otro tipo de información hasta ahora desconocida. Fue uno de los aprendizajes más valiosos obtenidos en esta área.

Lo anteriormente expuesto se puede ilustrar a través de uno de los primeros casos que vi en esta área. La paciente era una mujer de mediana edad quien tenía una hija con parálisis cerebral, llegó buscando un espacio de terapia psicológica demostrando estar demasiado ansiosa por situaciones de su vida diaria al punto de padecer alopecia por estrés. Tenía poco acompañamiento familiar y poca información acerca de espacios de atención para ella y para su hija. La trabajadora social la ayudó con los trámites de pedido de una obra social para ambas y así mismo buscar espacios de atención psicológica gratuita cerca de su hogar. La tranquilidad y agradecimiento en su mirada nos hizo percibir de que habíamos hecho un buen trabajo.

Así mismo este espacio generaba un lugar de contención y ayuda a las familias de los internos del servicio, quienes podían ir desde el momento de la internación hasta la externación con turnos específicos para eso. El acompañamiento familiar positivo es muy importante para las personas internadas. Normalmente era utilizado por familias o alguno de sus miembros, sobre todo el que tenía mayor responsabilidad sobre el paciente y las cuestiones relacionadas a éste. Quien antes de ser autorizado para ver a su familiar pasaba por el espacio de admisión para una pequeña entrevista. En esas instancias se cuestionaba acerca de algunos datos personales, la relación de él/ella con la persona internada, su pensamiento u opinión sobre la internación, si había o no conciencia sobre la patología de su ser querido, antecedentes de la persona internada o de la familia. Situación que ví propicia para agregar algunos interrogantes acerca de la invalidación emocional. Sobre todo buscando responder dudas acerca de este proceso y que la persona se vaya del espacio con la información correcta. Muchos de ellos se veían en un principio reacios a abrirse pero cuando la incertidumbre, el dolor o el miedo eran validados su actitud se modificaba.

Un caso donde se manifestó un cambio significativamente positivo de actitud fue el de la familia de una paciente internada por intento autolítico. La madre y la hermana llegaron notablemente alteradas a la entrevista. Estaban tristes, consternadas y molestas con la situación en general. Ninguna de las dos sabía qué decir, estaban en silencio. Recuerdo haberme dirigido a ellas y expresarles “este es un espacio seguro y estamos aquí para ayudarlas” animándolas a hablar, asegurándoles que no se las iba a juzgar por hacerlo. Entonces la madre contó que su ex esposo había sido muy violento con ella, la había dejado sola estando embarazada. Su relato continuó aseverando que veía en su hija comportamientos disfuncionales similares a los paternos. Era una situación angustiante que le preocupaba sobremanera. Le explicamos entonces que para que la paciente estuviera mejor ellas tendrían que involucrarse en el proceso y por ende en la solución. La charla disminuyó su ansiedad inicial.

En estas situaciones incorporar frases como la señalada arriba u otra como “es normal sentir miedo” influyen asertivamente en la persona posibilitando que hable de lo que les sucede, de las emociones que le produce la internación ya sea propia o de un familiar. Sobre todo en aquellas ocasiones donde lo ven empeorar muy rápido o no avanzar en el proceso.

Los espacios de admisión eran bastante acotados por lo que hubo semanas en las que no concurrimos al área por falta de camas en el hospital. Cerca de mediados de año, especialmente en el mes de agosto, la situación se complejizó ya que la afluencia de personas solicitando turno para admisión se vio acrecentada enormemente y era imposible negarles la oportunidad a todos. Por fortuna en ese momento se pudieron utilizar nuevos espacios que ayudaron mucho a la atención de esos futuros posibles pacientes. Por un lado se atendieron a aquellos que habían conseguido turno y se les avisó que serían atendidos en otros hospitales cercanos a su domicilio. Se les proporcionó una lista de los posibles lugares que tenían espacios para esta atención. Esta opción no fue la mejor ya que se perdieron muchos pacientes en ese lapso, no obstante fue una estrategia de resolución inmediata.

Afortunadamente a fines de septiembre o principios de octubre se formaron pequeños grupos interdisciplinarios estructurados preferencialmente por un psicólogo y un psiquiatra o trabajador social, en cada uno de ellos se trabajaron diferentes temas relacionados a la salud mental. Esta solución fue realmente positiva ya que cuando una persona llegaba a admisión y podía ser atendido de forma externa, se le presentaba la posibilidad de hacerlo a través de los grupos. En este caso debía asistir al hospital una vez a la semana en un horario específico a convenir. Por otra parte, esta opción les permitía trabajar con personas con patologías similares posibilitando la identificación entre ellos.

VIII.1.3 LAS INTERCONSULTAS

Éste no era un espacio propiamente dicho ya que no había un lugar en el hospital donde se realizan, más bien era un pedido de distintas áreas. En el H.T.C.A la mayoría de las interconsultas se pedían desde áreas como medicina clínica, oncología y traumatología. La aspiración de las interconsultas era que fueran realizadas con un equipo interdisciplinario por lo que era necesario siempre que fuera posible, la presencia de un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social para atender todas las aristas de la situación.

Dentro del área de salud mental los dos espacios que más trabajo y tiempo exigían eran la internación en salud mental propiamente dicha y las interconsultas. Estuve presente en un número considerable de interconsultas de medicina clínica y traumatología. En estas circunstancias pueden surgir situaciones inusuales que deben ser sorteadas con el fin de ayudar al paciente a mantenerse en calma. Respecto a mi experiencia la mayoría de casos que vi fueron personas con diagnóstico de fracturas óseas en espera de una prótesis. En ellos se trabajó sobre todo respecto a la incomodidad de la espera disuadiendo dudas, el reconocimiento emocional y la escucha del paciente. Entendiendo que la contención y la escucha sincera del paciente tenía grandes efectos curativos en ellos. Acompañados del tratamiento con medicamentos y fisioterapia brindaban grandes resultados a corto plazo.

En el ala de traumatología hubo un caso que me hizo comprender la importancia de ver más allá de los síntomas. Se trataba de una chica joven, recuperándose de una operación en el pie. Se esperaba que hicieramos un control de la evolución de la cirugía pero al hablar con ella nos contó su historia de vida. Relató que tenía una hija a quien no veía desde hacía mucho tiempo, su ex pareja estaba en la cárcel por violencia y le preocupaba que volviera a amenazarla. Situaciones que en cierto punto le preocupaban más que su pie. Motivo por el cual cuando íbamos a verla desde el equipo de salud mental trabajamos específicamente con estos temas, procurando que los traumatólogos fueran quienes se preocuparan por llevar un seguimiento del proceso de su rehabilitación.

Aun así los casos más difíciles y por suerte más escasos fueron los oncológicos. Estuve presente en solo algunos de ellos. En esta área me asignaron dos pacientes cuyos casos realmente me marcaron.

Uno fue el de una mujer de mediana edad diagnosticada con un tumor en la columna vertebral. Como consecuencia de esta neoplasia se le habían paralizado las piernas. La conocimos dos días antes de la cirugía en la que iban a extirparle el tumor. En ese momento se la veía muy esperanzada en que el procedimiento quirúrgico le devolvería la movilidad. Tenía muchos planes para su futuro. Clínicamente era un caso complicado y el pronóstico nada favorable, según el equipo era probable que no volviera a caminar.

En otra situación nos tocó ver a un paciente masculino, la tarea era darle a conocer el procedimiento que se llevaría a cabo, amputarle ambas piernas. El paciente estaba muy grave, por lo tanto debía darse la información de forma calmada y apelando a su comprensión. Fue una de las situaciones más duras que me tocó enfrentar en el trayecto hospitalario. En este caso opté por ser observadora no participante y acompañar mientras una de las residentes le explicaba la situación. El momento fue tenso para todos, no era para menos. Nos preparamos para cualquier reacción. El paciente escuchó atentamente la detallada y profesional explicación de la residente a cargo. Cuando concluyó se quedó en silencio unos minutos, resignado a su destino y finalmente respondió con calma “si así tiene que ser, que sea”. La forma de responder nos sorprendió mucho, esperábamos quizás que se mostraría triste o enojado. En cambio el paciente realmente estaba tranquilo y había aceptado que ésa era la mejor decisión.

La interconsulta era un espacio no tangible, complejo, ya que se trabajaban con distintas realidades todo el tiempo, pacientes a quienes había que atender. Detrás de ellos había personas con historias de vida mucho más difíciles que el motivo de internación, historias que valían la pena ser escuchadas.

Los trabajadores de salud mental tenían una dificultad extra considerando que en los espacios donde se pedían las interconsultas los pacientes muchas veces estaban desnudos, con una bolsa de orina al lado de la cama, con heridas abiertas, hay olores distintos a los habituales lo que hace también parte del trabajo. Así mismo fue donde más me costó mantener la objetividad en un principio. Con el paso del tiempo mi percepción cambió, cuando me di cuenta de que era parte del proceso.

VIII.1.4 LA GUARDIA

La guardia era un entorno bastante complejo, en el que todo sucedía a gran velocidad, siendo vital adaptarse a los tiempos de la urgencia. “En la emergencia no hay tiempo que perder” me advirtieron al llegar. Si bien es así en la mayoría de los casos, en el espacio dispuesto para salud mental el tiempo para dar una respuesta era menos limitado. Ésto se debía a que cuando una persona llegaba a la guardia era atendida primeramente por los médicos del área de medicina clínica donde era revisado de forma general. Era a través de este primer contacto donde se reconocía y determinaba si la patología podía ser tratada de forma clínica o si era necesaria la mirada de salud mental.

Emergencias, así como lo decía el cartel rojo que se podía ver desde la puerta, era uno de los espacios más exteriores del hospital y contaba con una sala de espera separada de la guardia en sí por una puerta de metal facilitando el acceso a pacientes y familiares. Todos los días había un equipo de dos personas que permanecían veinticuatro horas dentro de la guardia, normalmente un psicólogo y un psiquiatra. Para que el trabajo sea más tranquilo y organizado estaba implícito que el equipo a cargo de ese día debía dejar todo informado. De esta manera al grupo que ingresaba a la mañana del día siguiente se les facilitaba la tarea. Quedaba asentado qué pacientes fueron atendidos, quiénes se quedaban en la guardia para tratarlos el día siguiente, qué patologías tenía cada uno, entre otros. Los miércoles me tocaba estar presente en la guardia acompañando al equipo durante la mañana.

Los profesionales a cargo me pusieron al tanto de que la guardia era nueva y de que los pacientes que pasaban por allí no tenían seguimiento a menos que fueran internados. Poco tiempo después supe que el espacio no era lo suficientemente amplio como para albergar a tantas personas. El equipo de salud mental tenía una habitación para descansar, la misma contaba con una computadora en la cual se realizaban evoluciones o las revisaban. Así mismo existe un teléfono que les permitía mantenerse al corriente de las novedades de la guardia.

Me costó adaptarme a la guardia ya que su tamaño era minúsculo y normalmente estaba llena de gente, pacientes, médicos, paramédicos, familiares y en ocasiones también la policía. Muchas veces sentí que debía “perseguir” al equipo para poder estar en todos los casos.

Durante los primeros días me pareció que la atención psicológica que se les brindaba a los pacientes era acotada, ya que una consulta normalmente no excedía los quince o veinte minutos. Aunque realmente la esencia de la guardia es tratar en poco tiempo temas sumamente puntuales con respecto a la patología más inmediata de los pacientes.

Así mismo me di cuenta de que muchos iban únicamente a buscar medicamentos o con la intención de ser atendidos por un profesional específico a pesar de no haber conseguido turno con él utilizando los medios habituales. Dichas situaciones entorpecían el trabajo y en días de gran carga humana era realmente una molestia. En esta área necesité mucho acompañamiento por parte de los profesionales a cargo sobre todo en mis inicios. En los momentos que trataban pacientes de consultorio me quedaba esperando en el pasillo sin saber qué hacer. Afortunadamente me adapté rápidamente y aprendí a sacarle el mayor provecho a este espacio.

Después de un par de semanas me di cuenta de que era en vano estar todo tiempo en la guardia o en la habitación sin trabajar, por lo que durante esos días también acompañaba a los residentes a hacer interconsultas o me ponía a revisar historias clínicas de pacientes esperando que me llamaran de la guardia. Cuando eso pasaba, bajaba.

Por otro lado la situación cambió con la llegada de los residentes, pasando de ser tres a cinco personas en el equipo de los miércoles. Una psicóloga, un psiquiatra, dos trabajadoras sociales y yo. Para mayor efectividad nos dividimos en dos equipos de modo que trabajamos con más pacientes en menos tiempo. Posteriormente en los espacios de evolución se discutían los casos.

Ésto me sirvió mucho ya que al haber tantos pacientes la calidad del aprendizaje también se incrementó. Fue altamente productivo y muy pronto me sentí parte de ese equipo disfrutando a pleno el tiempo de guardia. Fue uno de los primeros lugares donde comencé a ejercer un rol de observadora participante ya que éramos dos o tres personas para ver un caso y podíamos hacer una pregunta cada uno.

Comencé a pasar más tiempo con los profesionales, en especial con los que concurrían todos los días. Me interesaba mucho saber cómo trabajaban, cuál era su inspiración y su forma de tratar pacientes, cómo hacían para mantener la calma en el caso de las urgencias. Tuve una muy buena interacción con el equipo de salud mental de los miércoles, me incentivarón a preguntar, a conversar con los pacientes y familiares. Siempre se mostraron dispuestos a ayudar o resolver las dudas que me surgían en el momento. Conocí una célebre frase que manejaban entre ellos en son de sorna, nunca decir “está demasiado calmada la guardia” u “hoy todos los pacientes están bien” porque al mencionarla se revierte. Es un mito conocido en los hospitales y se evita repetirla por si acaso.

Respecto a los casos hubo bastantes que me llamaron la atención y dejaron en mí su impronta de una u otra manera. En esta oportunidad voy a referirme a tres en específico. Por un lado, una de las primeras pacientes que atendí junto con una residente de trabajo social fue una mujer víctima de violencia física y psicológica. No tenía contención, obra social, ni contaba con los medios económicos para costearse un tratamiento psicológico. Sabíamos que una vez que se fuera de la guardia no regresaría. Una realidad que no era factible de modificar. Utilizamos las herramientas que estaban a nuestro alcance para brindarle el máximo soporte, intuyendo que no eran suficientes si no se reforzaban en el tiempo. Vivencias fuertes tenían lugar a menudo en este ámbito frente a las cuales se ofrecía lo mejor desde la postura profesional.

El segundo caso fue el de una mujer que llegó acompañando a su hija la cual presentaba un trastorno delirante. Se veía desesperada, manifestó la necesidad de ayudarla pero no sabía cómo hacerlo. En el transcurso de su relato dejó claro lo siguiente “tengo tres hijas con problemas de adicciones y sé de mal que se ponen cuando no consiguen su droga, ella es muy buena y ahora está muy mal, yo no sé qué hacer para ayudarla”. La angustia en su mirada era evidente, hablaba por sí sola. Afortunadamente fue posible internar a la joven y poner en marcha un tratamiento para su patología.

El tercer caso llegó el último día, un hombre con consumo problemático de sustancias quien por sus años de consumo tenía alterada la función renal. Cuando lo fuimos a ver estaba completamente desnudo y bastante errático. Se mostró poco cooperativo y agresivo, no tenía ninguna intención de responder lo que se le pedía. En ese momento la psicóloga mantuvo la calma y se dirigió a él con una pregunta ¿qué necesita? con un tono firme pero dulce a la vez. Esta simple pregunta lo ayudó a relajarse, cambió su hermética actitud y pudo explicar lo que sentía.

Ésta experiencia me hizo reflexionar y comprender la prioridad de ver en el paciente a una persona con necesidades y sentimientos. Era crucial detenerse y hablar con él antes de cualquier procedimiento médico o psicológico, lo que no era fácil en un espacio como la guardia. Aquí yace la importancia de un equipo de salud mental capacitado que pueda realizar esta tarea y hacer de un lugar frío y hostil como puede ser emergencias un espacio cálido y lleno de comprensión. Son pequeños actos que contribuyen al bienestar de aquellos individuos que asisten a los nosocomios en busca de ayuda.

VIII.1. 5 INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL

A priori ésta fue una de las áreas que más me interesó ya que la mayoría de los hospitales aún no tienen un espacio destinado para este fin, razón por la cual desde el momento que llegué demostré mi interés por participar sobre todo en la internación. Ésta cuenta con un espacio propio ubicado en el primer piso del edificio de internados, justo debajo de traumatología. Desde el área de salud mental se entrevistaban a los pacientes todos los días en horarios matutinos, con algunas excepciones. Considero un privilegio la libertad que me fue otorgada para asistir al servicio no un día específico sino en los momentos en los que en las otras áreas no hubiese casos para ver. Claro está que para este fin era requisito que alguno de los profesionales estuviera ahí para acompañarme.

Desde el primer día tuve la fortuna de acudir a la internación acompañada de mi referente. Me invitó a seguirla en la tarea de tomar entrevistas a tres pacientes quienes en ese momento se encontraban internados allí. Junto con las interconsultas fue una de las primeras áreas a la que concurrí, motivo por el cual en esas entrevistas iniciales me sentí particularmente tímida y preferí ser observadora no participante.

Un dato relevante fue la existencia de un pizarrón en la habitación destinada a realizar las entrevistas, allí se encontraba la información necesaria de cada paciente. Se podían hallar algunos datos identificatorios, la habitación en la que se encontraba, sus permisos y prohibiciones y su/s diagnóstico/s. Estos últimos se escribían teniendo en cuenta el CIE-10, garantizando que no cualquier persona pueda tener acceso a esa información tan sensible.

Viene a mi memoria el recuerdo de la primera entrevista que tomamos, fue a una joven quien estaba internada con un dx de depresión mayor y esquizofrenia. Durante el transcurso de la misma, noté con curiosidad que la paciente bajaba la voz cuando respondía a ciertos cuestionamientos específicos respecto a su patología o diagnóstico. Esta actitud tornaba complicado el trabajo. Una vez concluida la entrevista intercambiamos puntos de vista con mi referente. Me preguntó “¿qué pensas al respecto del caso?, ¿qué pudiste ver en él?”. Sentí que le importaba mi opinión y la valoraba. El interés que me demostró fue el puntapié inicial para sentirme más confiada y participar activamente en los siguientes casos.

Sucedió casualmente durante esa primera semana que un paciente me preguntó por qué no hablaba, le llamó la atención que me mantuviera en silencio durante su entrevista. Evidentemente no me esperaba esa acotación. Ese día algo se movilizó dentro de mí. Empecé a cuestionarme respecto a mi rol en la internación y pregunté al equipo si podía tener mayor participación en las entrevistas. Ellos estuvieron de acuerdo alegando que seguramente ninguna de mis preguntas podría tener un efecto iatrogénico para los consultantes por lo que no lo dudara. Ésto marcó el resto de mi tiempo allí.

Una práctica que se realizaba en todas las áreas pero principalmente en la internación era el registro de las entrevistas tomadas a pacientes o familiares, adjuntarlas con la historia clínica del mismo y subir esta información a una plataforma llamada SiSalud. Esta aplicación permite a los hospitales de la provincia subir la información y compartir la información con todas las áreas del nosocomio correspondiente como así también con el personal autorizado que lo requiera. Ésto me facilitó el trabajo teniendo en cuenta de que muchas veces no podía estar presente en la internación, entonces tenía la posibilidad de revisar las historias clínicas de los consultantes desde cualquier habitación que tuviera una computadora. De esta manera obtenía un acceso total a los casos y a la información recolectada.

El trabajo aquí era complejo si bien se apuntaba a disminuir la situación de crisis o la sintomatología del consultante, paralelamente se tenía en cuenta a la persona detrás de la patología del mismo. Implicaba considerar los diferentes hábitos y conductas de cada uno de los pacientes durante el tiempo de internación que rondaba entre una a dos semanas.

Muchas veces estos expresaban conflictos e incomodidades al momento de compartir las habitaciones. Las quejas se suscitaban a diario en los espacios de entrevista, siendo parte de la rutina. Ante estas situaciones el equipo se manejaba de forma eficiente tratando de satisfacer las necesidades requeridas en la medida de lo posible. Aunque la tarea no era fácil siempre me sentí asistida y acompañada. En el momento de concurrir al servicio lo hacía con un profesional a cargo o un residente. Estos últimos estaban allí para formarse, algunas veces respondían mis dudas y otras aprendíamos a la par.

Hubo casos que me impactaron más que otros, se destacan entre ellos el de una mujer que fue traída por la policía. La encontraron en situación de calle, tenía un dx de depresión y padecía de aplanamiento afectivo. Resultó ser un caso difícil. Cuando fuimos a verla su aspecto no era de los mejores, denotaba tristeza con la mirada perdida. Tras un breve instante, comenzó su relato diciendo que no sentía ganas de vivir, que no encontraba motivos para seguir haciéndolo. No tenía nada que la inspirara a existir. Estos sentimientos se fundamentaban principalmente en circunstancias por las que tuvo que atravesar a lo largo de su vida. Había sido desalojada de su casa, paralelamente ese mismo año conoció a su padre biológico después de más de treinta años sin saber de él, entre otros. Este encuentro con su progenitor fue movilizador para ella ya que la había llevado a recordar los múltiples abusos sexuales infantiles de los que había sido víctima en su hogar. Había mucho trabajo para hacer con esta paciente. Moralmente sentimos la obligación de convencerla de que mantenerse con vida era lo mejor, alegando que iba a salir adelante de alguna manera a través de la terapia y de medicamentos. No obstante con una historia de vida tan conflictiva, sin soporte socio-afectivo ni hogar, pensar en un pronóstico favorable era algo más bien utópico.

Otro caso no menos conflictivo que el anterior se remite al de una jovencita que llegó con un dx de depresión y después de haber intentado quitarse la vida. En las entrevistas nos contó que había sufrido un abuso sexual de parte de su padrastro, quién era el padre de su media hermana. Se evidenciaba una importante invalidación emocional en su hogar. Su madre desde el primer día la había acusado a ella de provocar la situación. En estas circunstancias se trabajó principalmente con la detección de las emociones y el reconocimiento de ellas en un espacio madre e hija.

El tercer caso fue el de un hombre con un diagnóstico de depresión quien llegó después de haber intentado suicidarse. Afirmó haber abierto el gas y a continuación acostarse a dormir. La razón detrás del intento fue una fuerte pelea con su ex pareja la cual le quitó el acceso a su hogar dejándolo en la calle. Se trabajó sobre todo con el reconocimiento emocional y con uno de los hijos quien estuvo acompañándolo muy preocupado durante el tiempo de internación. Éstos ejemplos son algunos casos que despertaron mi interés por esta patología.

VIII.1.6 LAS CAPACITACIONES

El hospital no es solo un espacio de salud sino que también funcionaba como un hospital- escuela buscando formar a los residentes en diversos temas relacionados a la salud, sobre todo a la salud mental. Dicha actividad se realizaba los viernes por la mañana en un espacio llamado ateneo ubicado en el subsuelo del edificio principal. Estas capacitaciones se reanudaron durante mi segunda semana de prácticas, precisamente cuando llegaron los nuevos residentes permitiéndome compartir con ellos la experiencia. Había reuniones diversas, en algunas estaban únicamente los chicos de segundo año y yo, en otras iban residentes de otros hospitales y en otras nos separaban según la carrera que habíamos estudiado.

Recuerdo con gran detalle mi primera capacitación, cuando estaba adaptándome al lugar. Llegué al aula indicada en el horario establecido, allí se encontraban personas que no había visto con anterioridad, desconocidas para mí. Me tomé unos segundos para observar a mi alrededor los suficientes para darme cuenta que habían organizado todo el salón para nosotros. Había panfletos de medicamentos, medialunas, mates y en el medio de la mesa nos esperaba una torta en forma de caja de quetiapina. Acababa de conocer un nuevo medicamento utilizado para la esquizofrenia. Fue una linda bienvenida. En ese momento los chicos contaron cómo había sido su experiencia en otros hospitales, comparándola con los primeros días allí. Así como sus expectativas a futuro. Gracias a estas reuniones pude empezar a conocerlos más y a trabajar con ellos con mayor confianza. Durante esa primera capacitación nos pusieron al tanto de la modalidad con las que se iban a llevar a cabo las subsiguientes. La idea era tener una clase teórica sobre algún tema que fuera interesante ya sea de forma interdisciplinaria o para cada disciplina en específico y que para la siguiente clase un grupo o varios pudiera llevar un caso visto en el hospital para compartir con el resto del grupo. Parecía interesante, una buena forma de aprender.

Los temas con los que se trabajaron durante el año fueron bastantes y muy diversos. Abordamos temáticas como la semiología, oportunidad en la que uno de los psiquiatras nos informó sobre lo más importante al momento de revisar a un paciente. En una instancia de primer contacto es vital revisar su conciencia, su orientación, atención, voluntad, memoria, juicio, pensamiento, lenguaje; así como el contenido de estos últimos dos. También profundizamos en temas como interconsultas, primeras entrevistas en salud mental, alcoholismo, cuidados paliativos, suicidio, oncología, adicciones entre otras.

Éste sin duda fue uno de mis espacios favoritos ya que ocupaba toda la mañana del viernes y resultó ser altamente didáctico. En los momentos en los que no estábamos aprendiendo contenidos, debatíamos sobre las patologías de los pacientes a los cuales en su mayoría conocía. Consecuentemente a las capacitaciones, pude concebir una imagen mucho más completa de los casos sobre todo a través de las opiniones de mis compañeros de otras carreras.

Algunos temas me resultaron más interesantes que otros, en especial aquellos que había estudiado en la facultad o en otro espacio ya que los entendía mejor. Podía aprovechar mucho más la información para ampliar mis conocimientos al respecto. La capacitación que más disfruté fue la de suicidio. La dirigió una suicidóloga a quien conocía y el contenido expresado por ella no dejaba de maravillarme. A lo largo de su charla manifestó que el suicidio es la acción más personal que un individuo puede asumir. Fue clara al enunciar que muchas veces la persona que piensa en el suicido como una respuesta tiene poca capacidad de resolución de los problemas o una visión tipo túnel, lo que hace más mortal la conducta.

También nos dijo que es importante revisar los mensajes que las personas dejan antes de morir y preguntar por la planificación y el método, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿por qué?. Conocer los factores de riesgo, los protectores, los precipitantes y las señales de alerta nos ayudan a evitar muchas veces que esta(s) persona(s) tomen la decisión de finalizar con su vida.

Otro tema para rememorar fueron las interconsultas, ya que si bien es un tema que no conocía mucho, me sirvió para entender el funcionamiento de éstas en el hospital. Es un instrumento que se utiliza para trabajar uniendo dos o más áreas de trabajo en salud. Muchas veces se pide la interconsulta en un momento inadecuado por lo que nuestra participación dentro del caso puede llegar a ser iatrogénica. Por ende es importante reconocer cuándo puede realmente ser útil. Lo es cuando el profesional confronta con algo que escapa de sus prácticas, cuando hay angustia frente a lo imponderable de la enfermedad, el sufrimiento o la muerte, cuando el malestar del paciente le provoca miedo al médico, cuando hay falta de comunicación médico- paciente, entre otras. Antes de proceder con la interconsulta debemos preguntarnos ¿quién demanda?, ¿para qué demanda?, ¿cómo me llega la demanda?, ¿quién va a recibir mi respuesta?, ¿el paciente sabe que vamos a verlo?, ¿va a ser positivo ver o hablar con el paciente en esta situación?, entre otras. Sin duda fue uno de los espacios donde más aprendí.

VIII.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

VIII.2.1 RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

En base a los contenidos desarrollados en la perspectiva teoría y buscando relacionarlos con la experiencia vivida en el H.T.C.A se llevó a cabo un análisis de los datos recopilados a través de diferentes técnicas o herramientas respecto a pacientes, profesionales o familiares. Con el fin de poder dar cuenta del eje de sistematización el cual plantea el estudio de “La invalidación emocional familiar en pacientes con depresión durante su internación en el servicio de salud mental de un hospital público de la Ciudad de Córdoba”. Razón por la que se trazaron anteriormente objetivos que se busca alcanzar.

En primera instancia se buscó identificar los tipos de invalidación emocional presentes en los pacientes internados en el servicio. Con este propósito se los clasificó, describió, desarrolló, explicó y ejemplificó destacando aquellos reiterados en los nueve casos trabajados. Se realizó desde un abordaje caso a caso que logró entender las individualidades de cada caso y los aspectos que tenían en común los diferentes consultantes.

Posterior a esto se identificaron los efectos de la invalidación emocional en estos pacientes. También se pudo realizar una comparación entre ellos y aquellos con un diagnóstico de depresión quienes no la sufrían.

Finalmente se describió el rol del psicólogo en el abordaje de la invalidación emocional en pacientes con depresión internados en el servicio de Salud Mental. Este último aspecto se desarrolló teniendo en cuenta entrevistas tomadas a psicólogas que trabajan en el servicio tomadas con el fin de conocer su perspectiva respecto a este tema, las técnicas utilizadas en el trabajo con pacientes con depresión e invalidación emocional, así como el trabajo en el servicio. Considerando los beneficios y los desafíos que este implica.

Precedidos por la descripción del proceso de elección del eje de sistematización. El cual a diferencia de los demás puntos fue desarrollado en primera persona.

VIII.2.2 ELECCIÓN DEL TEMA A SISTEMATIZAR

Desde la primera supervisión de las prácticas estuve presente el tema de buscar un eje de sistematización en base al cual plantear los objetivos y el análisis de sistematización del proyecto final. Sin duda fue una tarea ardua. Durante los primeros meses de práctica estuve rotando por distintas áreas, observando lo que tenían para ofrecer y de una forma menos específica decantarme por una de ellas. Pasé sobre todo mucho tiempo en las interconsultas de traumatología y por ende pensé en primer lugar basar mi TIF en lo aprendido allí, tratando temas como qué son las interconsultas y el rol del psicólogo en ellas.

Aunque sin duda desde el primer día la internación en salud mental se había ganado mi atención, me resonó la sugerencia por parte de una de mis profesoras de escoger un tema que me gustara para poder disfrutar más del proceso. Entonces lo supe, ésta sería el área desde la que surgiría mi proyecto. Una vez entendido eso, invertí numerosas horas dentro de la internación del H.T.C.A trabajando con distintos pacientes y sus patologías. Me llamaron la atención los casos de abuso sexual pero prontamente abandoné la idea debido a que implicaba mucho trabajo emocional de mi parte, para lo que no me consideraba preparada. Fue entonces cuando me percaté de la numerosa afluencia de casos de depresión y consumo que tuvieron lugar en esos días. Entre ambos me inquietó la depresión y valorando que tenía mucha información al respecto era factible tomarlo como tema para mi trabajo final.

No podía tratar la depresión por se ya que es una patología muy amplia. Recordando los conocimientos obtenidos durante un curso de posgrado me encontré con el concepto de invalidación emocional. Justamente en la mayoría de casos de las personas con depresión estaba presente la invalidación. Fue esta relación la que hizo surgir en mí el interés en una nueva búsqueda, la influencia de la invalidación emocional en los pacientes con depresión internados en el servicio de salud mental.

Mi enfoque estuvo dirigido a pacientes adultos debido a que la mayor cantidad de pacientes que concurren a este hospital son de este rango etáreo. Encontré nueve casos con estas características y gracias a ellos pude construir mi TIF.

VIII.3 MANIFESTACIÓN DE LA INVALIDACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

Según lo descrito en el marco teórico existen diferentes tipos de invalidación emocional las cuales se manifiestan en los casos de depresión. Se trabajó con nueve consultantes con un anterior diagnóstico de depresión quienes sufrían activamente de invalidación emocional familiar al momento del trabajo.

El primer caso que se vio fue el de Selena, una chica de 29 años quien se internó por tener una profunda tristeza que le impedía continuar con sus estudios universitarios. Hace ocho años la habían diagnosticado con depresión y en ese momento estaba teniendo una recaída. En gran parte los factores responsables de esta situación fueron su adicción al alcohol, un retraso en la carrera universitaria y el escaso apoyo emocional de parte de su círculo más cercano. Sufría invalidación tanto de la madre como del padre manifestándose a través de críticas constantes por su intento de buscar asistencia psiquiátrica y también por la relación que tenía con su ex novio. Ignoraban la imperiosa necesidad de ayuda más allá de lo psicológico, no prestaban atención a sus pedidos de contención. Sumándose a esta postura la insistencia de su padre para que abandone la carrera y regrese a su pueblo. Desde su punto de vista era la solución para ella ya que no era capaz de superar la tristeza, ignorando la existencia de mejores opciones para su bienestar. El padre fue negligente con sus emociones, al verla deprimida no reaccionaba bien ejerciendo violencia psicológica sobre ella. También fue factible observar los efectos de la negligencia en la paciente al cuestionarse por qué no podía dejar de sentir esa tristeza, qué le impedía ser feliz y qué había mal en ella. Su realidad también fue negada y malinterpretada por los padres al no comprender que la depresión realmente era un problema y la estaba afectando profundamente. Algunas frases que logran ejemplificar lo anteriormente mencionado son:

- “Manipula a su ex novio diciéndole que se va a suicidar” (crítica de acciones, emociones e intereses) de parte de su madre
- “Mis padres pasan más tiempo con mi hermano menor y enfocados en su patología, no tienen tiempo para mí” (ser ignorada o a sus experiencias)
- “Siempre me recalcan que tengo todo para ser feliz pero no lo soy, ¿hay algo malo en mi?” (negligencia emocional)

- “No es para tanto lo que le sucede” (negación de la propia realidad o sufrimiento) de parte de su padre

El segundo caso fue el de Manuel, un chico de 30 años quien se internó por tener un profundo sentimiento de tristeza y deseos de acabar con su vida. Expresó desde la primera entrevista un profundo vacío que afectaba a sus actividades diarias sobre todo en la relación con su familia, pareja y la búsqueda de trabajo. Hace trece años lo habían diagnosticado con depresión, la cual era producida en gran parte por factores como el desempleo, poco apoyo familiar y su rígida estructura familiar. Sufría invalidación de ambos padres, era criticado por su familia por intentar buscar ayuda psicológica y también por expresar sus emociones libremente. Los mismos ignoraron su depresión pensando que no era tan grave, así mismo se negaron a visitarlo por lo que él empezó a pensar que estaba solo en el mundo y que era poco importante para su familia. Sufrió negligencia emocional. Años atrás vivió una situación traumática en su pueblo natal y su familia mostró desinterés respecto a esta considerándola como un tema pasado; sin entender por qué no lo había podido superar. En él se hicieron evidentes algunos efectos de la negligencia al sentir que no podía llorar lo sucedido y perder en ocasiones la noción de lo que deseaba para el resto de su vida. Fue malinterpretado por las autolesiones y sugerencias de querer ahorcarse. Así mismo sufrió la negación de su propia realidad de parte de su padre quien no entendía cómo no era capaz de sentirse bien. Algunos ejemplos de ésto son:

- “Estoy solo en el mundo” (ser ignorado)
- “Sos muy exagerado, no es para tanto” (indiferencia o negligencia emocional) de parte del padre
- “Siempre me criticaron por ser sensible al respecto de lo que me sucede” (crítica por la emocionalidad)
- “No entiendo el hecho de que siempre está triste, la vida es dura pero hay que estar preparado para ella” (negación de la propia realidad o sufrimiento) de parte del padre

El tercer consultante fue Miguel de 50 años. Llegó a la internación después de haber intentado quitarse la vida como consecuencia de un duelo imposible de subsanar el cual llevaba dieciséis años atravesando. En ese entonces había muerto su esposa. Al poco tiempo de esa pérdida fue diagnosticado con depresión. Años más tarde falleció una hija, situación que reforzó aún más su enfermedad. Mantenía una mala relación con el resto de su familia. Era constantemente criticado por su hermano mayor por buscar ayuda psicológica. Su madre ignoraba sus emociones y no lo escuchaba, en su casa nunca se habló de Salud Mental. Era un tema prohibido y al mismo paciente le costaba dar cuenta de sus propias emociones. También sufrió la indiferencia emocional de su propio hermano al no entender cómo no podía salir de esa depresión, cómo permanecía durante tantos años y cómo podía estar mal por una hija perdida teniendo otros dos. Sus conductas fueron malinterpretadas por su madre alegando que el intento de suicidio fue un llamado de atención. Así mismo sus hijos negaron su realidad al expresar que ellos también perdieron a su mamá y su hermana y no entendían porque él no podía superarlo o por lo menos sentirse un poco mejor. Algunos ejemplos de ésto son:

- “Mis hijos critican todo el tiempo el hecho de que yo haya buscado ayuda psicológica” (crítica por las acciones)
- “Él no sale de ahí, no puede superar la pérdida (negligencia emocional) de parte de su hermano
- “Su intento de suicidio fue una llamada de atención para mí, me preocupa porque es bastante grande para hacer éso” (malinterpretación de la conducta) de parte de su madre
- “No entiendo por qué no puede seguir con su vida, nosotros también perdimos a nuestra hermana y mamá pero lo suyo es de mucha intensidad” (negación de realidades diferentes a la propia) de parte de su hijo mayor.

El cuarto consultante fue Gastón, un joven de 22 años quién acudió a la internación traído por la policía después de haber intentado suicidarse. Fue diagnosticado con depresión dos años atrás, en ese momento estaba atravesando por una crisis en la cual sentía que su vida había perdido significado. Su recaída fue producto en gran parte de factores como la ausencia casi total de relaciones sociales y una mala relación familiar. Sufría invalidación de parte de su madre y hermano. Era frecuentemente criticado por su hermano por sus elecciones de pareja, no podía concebir la idea de que saliera con otros hombres. Lo discriminaba por su orientación sexual a tal punto que se sentía hostigado. No lo aceptaba como era. También fue criticado por su madre debido a la libre expresión de sus emociones. Ella ignoraba lo que el hijo sentía aún cuando tuvo el intento de suicidio expresando que lo que estaba sucediendo era pasajero. Fue ignorado también por sus familiares ya que ninguno estuvo presente en su tiempo de internación. Recibía indiferencia emocional de su madre puesto que no se apersonó para entrevistas, visitas o para pedir turno con otros especialistas fuera del hospital. El joven tenía un historial de lesiones bastante fuertes desde su adolescencia, no obstante para ella no eran señales de sospecha. Por último sufría la negación de su propia realidad de parte de su madre quien aseguraba que no había una posibilidad real de que se fuera a suicidarse, negaba su depresión. Algunos ejemplos de las frases recopiladas son:

- “Es algo temporal, ya lo va a superar” (ignorar la situación) de parte de su madre
- “Mi mamá no está muy presente en mi vida, me siento solo” (negligencia emocional)
- “No va a suicidarse, no creo que sea para tanto (ignorar las realidades diferentes a la propia) de parte de su madre
- “Mi hermano me discrimina por mi orientación sexual, siempre me hace malos comentarios al respecto” (discriminación)

El quinto caso fue el de Fernando, un chico de 22 años quien llegó a la internación en salud mental con deseos de acabar con su vida. Un año atrás había recibido el diagnóstico de depresión. La misma fue consecuencia de la muerte de su padre, ausencia que no había podido superar. Aunque en ese momento también estaba muy afectado por la pérdida de su trabajo y la relación fallida con su ex novia. Sufría invalidación emocional de parte de su madre y de su hermano mayor. Era criticado por haber decidido internarse, como así también por buscar ayuda psicológica. En su primera internación el hermano lo ignoró al no ir a visitarlo y entrevistarse. Era clasificado de inferior o inadecuado por la madre al ejecutar sobre él un sobre cuidado y pensar que su seguridad dependía de ella. Además sufría negligencia emocional de parte del hermano quien minimizaba lo que le sucedía y no entendía porque no podía estar feliz o por lo menos tener momentos de estabilidad emocional. Constantemente lo criticaba por la tristeza, por lesionarse en los periodos mas álgidos de su patología y por el intento de suicidio. Era malinterpretado por su hermano por no poder levantarse de la cama en momentos de tristeza lo que repercutía en él sintiéndose peor consigo mismo. También por su madre al pensar que el consumo de marihuana lo convertía en una persona drogadicta. Definitivamente su realidad era negada por su hermano. Este había atravesado por un cáncer que superó, razón por la cual no comprendía por qué Fernando no lograba superar esa tristeza recurrente. Algunos ejemplos de ésto son:

- “Mi familia criticó mucho mi decisión de internarme, pero era la única opción que me quedaba” (criticar las acciones)
- “Yo tengo que estar cuidándolo todo el tiempo, es agotador, él no puede solo” (clasificación como inferior o inadecuado) de parte de la madre
- “Me duele mucho como me trata mi hermano, es como si minimizará lo que me pasa, porque él es muy positivo”, “Quisiera alejarme para que se de cuenta de que estoy enojado” (negligencia emocional)
- “Siento que mi hermano me malinterpreta cuando me siento muy mal y no quiero ni levantarme de la cama, me trata como si fuera vago y me hace mal”. “No entiende lo mal que la estoy pasando” (mala interpretación de la conducta)

El sexto caso fue el de Jano, un chico de 28 años quien fue traído por la policía después de un intento de suicidio. Llevaba cinco años con un diagnóstico de depresión. Algunos de los factores que influyeron a la recaída y al aumento de sus conductas problema fueron fuertes y constantes peleas con su expareja, malas relaciones familiares y poco apoyo de su familia. Era frecuentemente criticado por su madre por intentar suicidarse después de pelear con la pareja y por la posterior búsqueda de atención psicológica. Lo calificaba como inferior, sentía que no estaba capacitado para cuidarse solo y que ella tenía que hacerlo todo por él. Su madre era negligente, clasificándose como descontrolado y pensando que lo que le sucedía no era realmente patológico. El padre directamente ignoraba sus emociones. Así mismo el paciente expresó sentirse solo con la imposibilidad de reconocer si alguien realmente iba a estar para él cuando lo necesitara, lo cual es otra señal de ser ignorado por su familia. Además era culpabilizado de forma indiscriminada por la madre acusándolo de ser una persona inestable y un mal padre. Le reprochaba las malas decisiones que tomaba y como consecuencia de ellas estaba internado dejando a su hijo solo. Buscando que se sintiera culpable por ello. Así mismo sufrió la negación de su propia realidad de parte de su madre, al considerar que lo que sentía no era tristeza y que realmente no conocía la verdadera tristeza. Ejemplos de ésto son:

- “Mi mamá piensa que al psicólogo se va cuando uno está loco, me criticó mucho cuando intenté buscar ayuda psicológica” (crítica por la conducta)
- “Él no puede cuidarse solo, solo se va a matar” “yo tengo que hacer todo por él” (clasificarlo como inferior) de parte de la madre
- “Éso no es tristeza, cuando crezca y tenga mi edad realmente va a entender qué es tristeza” (negligencia emocional) de parte de la madre
- “El chico está bien, es solo una situación de nada” (ignorar la situación) por parte del padre

La séptima consultante fue una chica llamada Gabriela de 33 años, la cual fue traída por la policía después de haber intentado suicidarse. Tenía depresión diagnosticada un año atrás, la cual se originó en gran parte por factores tales como la mala relación que tenía con su familia y problemas de autoestima. Sufría invalidación emocional de parte de su madre y su tía. Recibió críticas por sus emociones clasificándolas como caprichos, así como por no poder mantenerse emocionalmente estable. La ignorancia de ella o de sus emociones se pudo ver a través de sus pensamientos, al pensar que a nadie le importaba puesto que muchas veces la hicieron sentir así. Su madre era negligente con ella clasificándola como una adolescente en sus momentos más emotivos. La contención emocional dentro de la familia era ineficaz. Sus conductas eran muchas veces malinterpretadas, tuvo dos intentos de suicidio y por ende cada vez que se autolesionaba la familia comenzaba a considerarla como una “persona suicida”; y terminó autoproclamándose de la misma manera. Su tía la consideraba como una persona muy inestable que dependía mucho de los demás. Así mismo su mamá y tía ignoraban su realidad, mostrándose molestas por la imposibilidad de la paciente de salir de esa tristeza. Tampoco sabían cómo contenerla. Algunos ejemplos son:

- “Mi familia no asume que mis emociones no son caprichos” (crítica de las emociones)
- “Estoy cansada de explicar lo que me pasa y que no me entiendan” “se quejan de que estoy triste... no puedo cambiarlo” (negligencia emocional)
- “Siento que a nadie le importo, muchas veces me hicieron sentir así” (ser ignorada)
- “Tuvo muchos intentos de suicidio, es una suicida” (malinterpretación de las conductas) de parte de la tía

El octavo caso fue el de Martina una joven de 23 años quien fue internada por una sobredosis farmacológica, su conducta tuvo intencionalidad suicida. Su depresión fue diagnosticada hace dos años y estuvo causada por la muerte de su abuela y la mala relación familiar. Aunque en el momento de las entrevistas se evidenciaba muy triste por la ruptura con su ex pareja. Fue invalidada por su madre y hermana. La madre censuraba sus emociones clasificándola como mentirosa. Cuando Martina expresaba lo que sentía la madre tendía a actuar de una forma agresiva. Ignoraba sus experiencias describiéndolas como un acto más bien infantil. La paciente expresaba un pedido de ayuda repetitivo que la familia no concedió o no quiso ver. Su hermana era negligente con ella expresando que lo que le sucedía no era para tanto y que en realidad era una demostración caprichosa. Había negligencia emocional

de la madre al no escucharla y tampoco brindarle contención. A diario era criticada por su madre y hermana por haberse autolesionado.

Así mismo era culpada de forma indiscriminada. Su madre la expresaba que a causa de su tristeza cada vez tenía menos tiempo para compartir con su hija por ende se había convertido en una niña malcriada. Algunas frases que ejemplifican el caso:

- “Quiero que mi familia me ayude, no que me ataque cuando hablo de mis emociones” (crítica por las emociones)
- “Pedí ayuda un montón de veces y nadie me escuchó, en el momento en que lo hice no quería vivir más” (ignorancia de ella o de sus experiencias)
- “La situación no es para tanto, ella siempre fue muy caprichosa” (indiferencia emocional) de parte de la hermana
- “Se cortó para llamar la atención” (mala interpretación de las acciones) por parte de la madre

Finalmente el caso número nueve era el de un hombre llamado Rodrigo de 44 años quién llegó a la internación de traumatología después de haber sufrido un golpe en la cabeza. Cursando esta internación comenzó a sentirse muy triste y fue diagnosticado con depresión en el H.T.C.A. Si bien desconocía este padecimiento antes de venir al hospital obtuvo un diagnóstico antes de ser internado en salud mental. Se encontraba muy deprimido por la muerte de su madre, la de su hermano y por la relación conflictiva que tenía con su padre, así como por el miedo de perder su trabajo debido al tiempo que estaría internado. Había sido criticado por su padre por no haber formado pareja, era comparado constantemente con su hermano y por culpa de estas críticas tenía la sensación de ser una carga para su familia. Su padre lo hizo sentir así muchas veces. Lo ignoraba al no visitarlo en la internación ni preguntar por su evolución. Este mismo fue por mucho tiempo negligente con él al no entender sus emociones y titularlas como exageradas. Así mismo lo hacía sentir inferior o inadecuado al clasificarlo como una molestia para la familia y rechazarlo en múltiples ocasiones. Algunos ejemplos son:

- “Mi papá me critica porque no formé pareja y me dice que tendría que haberlo hecho cuando mi mamá estaba viva para darles una alegría a ambos” (crítica por la acción)
- “Mi papá está bastante ausente en mi vida, no se preocupa ni pregunta por mí” (ignorancia de él o de sus experiencias)

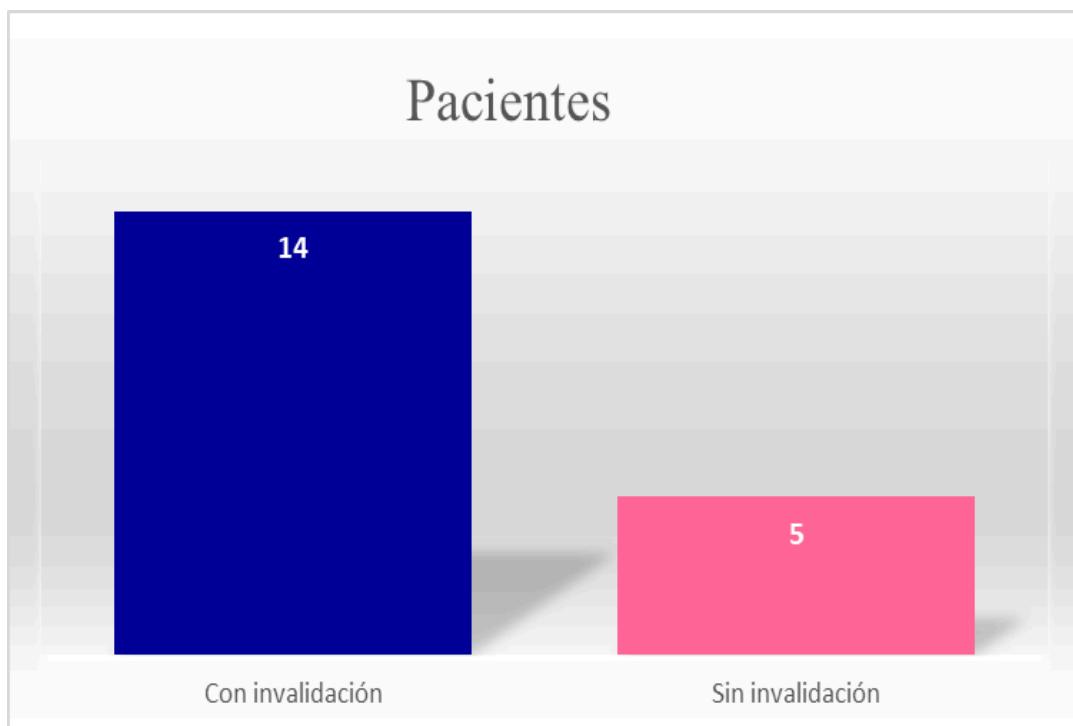
- “Nunca entendió mis emociones, las tildaba de exageradas y éso me dolía mucho”
(negligencia emocional)

- “Mi padre siempre me rechazó, siempre me hizo sentir una molestia para la familia”
(hacer sentir inferior o inadecuado)

VIII.4 EFECTOS DE LA INVALIDACIÓN EMOCIONAL

Durante el proceso de elección de los sujetos de estudio se encontraron en el servicio de salud mental a dos tipos de pacientes diagnosticados de depresión, aquellos que eran invalidados por su familia y aquellos que no. Por lo que después de describir y ejemplificar los tipos de invalidación encontrados en los casos trabajados fue necesario llevar a cabo una comparación entre estos dos tipos para dar cuenta de la influencia de la invalidación emocional familiar en ellos. A través de un conteo de los casos, entrevistas con los pacientes y con las familias se encontró un total de diecinueve consultantes con depresión de los cuales únicamente cinco no sufrían invalidación emocional de parte de su familia.

VIII.4.2 Pacientes con y sin invalidación emocional familiar



Por otro lado se cuestionó por medio de entrevistas a los pacientes respecto a los efectos de la invalidación emocional en el ámbito familiar dentro de cada caso particular. La información recolectada caso por caso se organizó en una tabla donde se expusieron los distintos consultantes y sus respuestas acerca de pensamientos/ideas suicidas, conductas problemas, aumento de éstas o intento de suicidio provocados o influídos por la invalidación.

Tabla 3

Efectos de la invalidación emocional familiar

Casos	¿Tiene pensamientos/ ideas suicidas?	¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	¿Hubo un intento de suicidio provocado o influído por la invalidación emocional?	¿Hubo un aumento de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?
Selena	Si	Si Autolesiones Consumo de alcohol	Si	Si
Manuel	Si	Si Autolesiones Consumo de cocaína y marihuana	Si	Si
Miguel	Si	Si Consumo de alcohol	Si	Si
Gastón	Si	Si Autolesiones	Si	Si

Fernando	Si	Si Autolesiones Consumo de marihuana	Si	Si
Jano	Si	Si Autolesiones Consumo de alcohol	Si	Si
Gabriela	Si	Si Autolesiones	Si	Si
Martina	Si	Si Autolesiones	Si	Si
Rodrigo	Si	No	No	No

En el caso de Selena, revisando su historia en profundidad y en base a lo visto durante las entrevistas y el tiempo de internación, se reflejó que las conductas invalidantes de sus padres tales como críticas constantes, negligencia emocional o la negación de su propia realidad causaron un aumento de su consumo excesivo de alcohol y autolesiones. Ésta también influyó negativamente en el deseo de acabar con su vida lo que concluyó en un intento de suicidio fallido. Por otra parte se vieron en su caso ciertos factores conductuales consecuentes a la invalidación emocional. Se destacaron la inhibición y el no-reconocimiento de sus emociones al considerarlas como exageradas o al no poder nombrarlas como tal. Y la dependencia emocional, la misma que causó que le costara tanto separarse de la relación tóxica que tenía con su ex pareja.

El caso de Manuel fue similar al primero, llegó a la internación después de haber intentado suicidarse. Los deseos que lo llevaron a tomar esa decisión fueron en gran parte producidos por las críticas constantes de sus padres, la ignorancia de sus deseos, y aparecieron inicialmente como ideas suicidas. La negligencia emocional de parte de su familia aumentó su consumo de marihuana y autolesiones. Así mismo se vieron en su caso

ciertos factores conductuales consecuentes a la invalidación emocional. Tales como la inhibición y el no-reconocimiento de sus emociones al no poder nombrarlas como tal. En la incapacidad para relacionarse causada por haber perdido la seguridad en sí mismo. Y el exceso de autocrítica al ser demasiado exigente consigo mismo.

En el caso de Miguel hubo un intento de suicidio fallido el cual se dio en el momento en el que no pudo soportar más la negligencia emocional, así como las críticas constantes de su familia. Estos deseos aparecieron inicialmente como pensamientos suicidas que no fueron tomados en cuenta a tiempo. Su conducta problemática principal fue el consumo de alcohol utilizado para evitar la sensación de tristeza y el duelo. La cantidad que consumía aumentaba en los momentos en que sus emociones eran ignoradas o sufría la negación de su propia realidad. Así mismo se vieron en su caso ciertos factores conductuales consecuentes a la invalidación emocional. Tales como la inhibición y el no-reconocimiento de sus emociones al considerarlas como exageradas y al no poder nombrarlas como tal. Y en la incapacidad para relacionarse, causada por haber perdido la seguridad en sí mismo.

En el caso de Gastón la problemática que causó la preocupación de su madre fueron las autolesiones, manifestándose en aumento en los momentos donde más ignorado se sintió por su familia. Así mismo el hecho de que ella no se presentó a visitarlo y de sentirse solo durante la internación las acrecentó. Éstas aparecieron también frente a pensamientos suicidas los cuales se transformaron en un intento de suicidio siendo el motivo de su internación. Lo llevó a cabo en circunstancias en las que sintió que ya no podría resistir por más tiempo la negligencia emocional de su madre intentando a través de éste que ella se preocupara por su salud mental. Por otro lado se vieron en su caso ciertos factores conductuales consecuentes a la invalidación emocional. Como la pérdida de la identidad al desconocer quién era, su propósito y lugar en el mundo; posterior al intento de suicidio. Y en la incapacidad para relacionarse quedando aislado de las personas de su entorno.

Como muchos de los consultantes descritos anteriormente Fernando también llegó por un intento de suicidio fallido influenciado por la muerte de su padre y la negligencia emocional familiar. Además comenzó a consumir marihuana durante los últimos meses, en etapas de mucha tristeza. Aunque éstas se intensificaron debido a las constantes críticas de su entorno familiar, así como por la minimización de sus emociones. Las autolesiones también se vieron elevadas frente a la sensación de ser ignorado por su hermano, sobre todo durante su primera internación al no estar presente. La invalidación emocional fue tan significativa en

su caso que, tiempo después, tuvo un segundo intento de suicidio, lo que resultó en una nueva hospitalización.

Por otro lado se vieron en su caso ciertos factores conductuales consecuentes a la invalidación emocional. Tales como la inhibición y el no-reconocimiento de sus emociones al considerarlas como exageradas. Y la dependencia emocional tanto hacia el hermano como a la ex pareja.

Jano, el caso número seis, tuvo un intento de suicidio fallido producido no solo por peleas constantes con su pareja sino también por la negación de su propia realidad de parte de sus padres. Durante la internación expresó en varias ocasiones sentirse acongojado debido al poco apoyo emocional que recibía de su familia incrementándose sus conductas problemas. Volvió a consumir alcohol en el momento en el que su padre no pudo entender sus emociones y las describió como exageradas y volvió a autolesionarse al sentirse inferior frente a los ojos de la madre. Por otro lado se vieron en su caso ciertos factores conductuales consecuentes a la invalidación emocional. Tales como la inhibición y el no-reconocimiento de sus emociones al no poder nombrarlas como tal. Y la dependencia emocional a su ex pareja.

Gabriela, el caso número siete, solía utilizar las autolesiones como una herramienta de autorregulación cuando estaba muy enojada por las peleas con su familia o cuando la depresión no la dejaba tomar decisiones. Durante las dos semanas que estuvo internada expresó que esta conducta aumentaba cuando era incomprendida, criticada y malinterpretada por su madre y su tía. Así como también sus ideas suicidas las cuales fueron elevándose hasta terminar en un intento de suicidio fallido, producido por sus problemas de autoestima y por la negación de su propia realidad de parte de su familia. Por otro lado se vieron en su caso ciertos factores conductuales consecuentes a la invalidación emocional. Tales como la inhibición y el no-reconocimiento de sus emociones al considerarlas como exageradas y no poder nombrarlas como tal. La incapacidad de relacionarse pensando que las amistades eran funcionales únicamente en momentos de necesidad. Y la dependencia emocional de las personas de su entorno.

Martina la octava consultante llegó a la internación después de haber intentado suicidarse, esta decisión fue provocada por diversos factores como el fallecimiento de su abuela, peleas familiares constantes así como la malinterpretación de sus conductas. La relación con su madre y hermana no era sana y las críticas constantes, la negligencia, entre otras, posibilitaron el aumento de las autolesiones. Por otro lado se vieron en su caso ciertos factores conductuales consecuentes a la invalidación emocional. Tales como la inhibición y el no-reconocimiento de sus emociones al no poder nombrarlas como tal. Y la incapacidad de relacionarse sanamente al buscar siempre un provecho de sus amistades.

En el caso de Rodrigo, tuvo deseos de suicidarse desde la muerte de su madre y su hermano mayor. Aun así no hubo un intento en realidad, sus deseos eran más bien pasivos por lo que no se puede decir que éstos hayan sido producidos por la invalidación emocional. Tampoco se encontraron conductas problemáticas, aunque volvió a tener ideas suicidas debido a la negligencia emocional del padre así como por la sensación de ser inferior para él. Durante la internación entendió que padecía depresión y que sus “pensamientos extraños” eran en realidad pensamientos de muerte. Aun así se vieron en su caso ciertos factores conductuales consecuentes a la invalidación emocional. Como la inhibición y el no-reconocimiento de sus emociones al no poder nombrarlas ni dar cuenta de éstas. Y en la incapacidad de relacionarse al sentirse inferior al resto de las personas.

Finalmente a partir de los casos trabajados se logró comprobar que la invalidación emocional, fundamentalmente si se da en un ámbito familiar, influye negativamente a diferentes patologías posibilitando el incremento de conductas problemas como el consumo de sustancias, autolesiones o conductas con intencionalidad suicida. Desde un enfoque conductual estos consultantes parecían vivir su patología dentro de un círculo vicioso sin fin, en el cual se intentaba disminuir los síntomas de la depresión o la invalidación emocional por medio del consumo de sustancias o autolesiones. Sin embargo, esta situación les generaba una sensación de culpa que intensificaba nuevamente la depresión. Justamente por ésto es sumamente importante trabajar con las emociones, identificarlas, procesarlas y evaluar si están siendo validadas. Este proceso debe llevarse a cabo tanto durante el tiempo de internación como fuera de éste, en las sesiones de terapia.

VIII.5 ROL DEL PSICÓLOGO Y EL TRABAJO CON INVALIDACIÓN EMOCIONAL

Así como se describió anteriormente una de las técnicas de recolección de datos más importantes para el TIF fueron las entrevistas, entre ellas las realizadas a dos psicólogos quienes trabajan en el servicio de salud mental. En las mismas se les cuestionó acerca de algunos aspectos como su conocimiento respecto a la invalidación emocional, el rol del psicólogo en la internación y el trabajo con la invalidación emocional familiar. Asimismo se buscó conocer cuáles son los aspectos que posibilitan el trabajo con diversas patologías y aquellos que lo dificultan. Para poder hablar de ellas de una forma más ordenada serán llamadas P1 y P2.

Respecto a la primera respuesta P1 expresó que la invalidación es un término complejo, difícil de trabajar. Trabajar con ella implica conocer primeramente qué es la validación emocional. En sus palabras, para validar algo debe haber un registro de esta emoción, posibilitando el nombramiento de ésta. “Invalidar es entonces desconocer una emoción, una sensación y por ende no poder entender lo que le sucede al prójimo, sea familiar o no” (Entrevista, 28/08/2024). La invalidación es más compleja cuando se trata de un familiar, ya que se espera que las propias emociones sean reconocidas por el círculo más cercano. Cuando ésto no sucede deviene la tristeza y aumenta la posibilidad de existencia de conductas de riesgo, las cuales muchas veces traen a los pacientes al hospital. Mientras que P2 se mostró de acuerdo respecto a que inicialmente se debe llevar a cabo la conceptualización del término validación emocional . “Este es un concepto propuesto por las terapias cognitivo conductuales y las contextuales. Implica reconocer y aceptar las emociones de otras personas sin juzgarlas y demostrándose que son comprensibles y válidas teniendo en cuenta su contexto” (Entrevista, 08/09/2024).

Asimismo remarcó que validar la emoción no significa vivirla ni comprenderla en carne propia sino entender que por más que éstas sean incomprensibles para nosotros hay emociones que sienten los demás y son normales. Por el contrario, invalidar a alguien implicaría “no reconocer, aceptar o juzgar las emociones de los otros” (Entrevista,P2, 08/09/2024). Quienes la sufren pueden llegar a sentir que para el otro sus emociones no son relevantes o que son incoherentes, llegando a catalogarlas como negativas a través de pensamientos como “a nadie le importa como me siento”, “no soy importante”, “sentirse de esta manera está mal”. Uno mismo también puede ser invalidante con sus propias emociones, por lo que es tan importante el papel de la psicoeducación emocional.

Por otro lado, ambas están de acuerdo que la invalidación o sus consecuencias se puede(n) observar en cualquier paciente, independientemente de su patología. Es más, no es necesario que alguien padezca alguna enfermedad física o psicológica para ser invalidado, ya que ésta depende en mayor medida de factores contextuales que biológicos. “Aun así, respecto a los casos vistos en el H.T.C.A, aquellos pacientes con patologías como trastorno límite de la personalidad, depresión o problemáticas de consumo se ven más afectados por ésta” (Entrevista,P1,28/08/2024).

Respecto al rol que desempeñan dentro de la internación en salud mental ambas estuvieron de acuerdo en que el psicólogo en la internación tiene un papel muy importante y lo lleva a cabo a través de funciones que solo él puede hacer. Para P1 el rol consiste en evaluar a través de entrevistas. Se realiza una entrevista inicial donde se hace un primer acercamiento al paciente y a su patología. Éstas también son aplicadas a familiares y allegados para obtener una información mucho más completa. Por otro lado se lleva a cabo la función de tratamiento, lo cual puede hacerse a través de entrevistas consiguientes a la inicial donde se trabaja haciendo un seguimiento de lo que se vió en una primera instancia. Así como con la aplicación de técnicas las que dependen de la escuela en la que se haya especializado. P2 se mostró de acuerdo con lo aportado por su colega y agregó “para la depresión, en este caso, se utilizan algunas técnicas como el registro de las emociones de los pensamientos y las conductas” (Entrevista, 08/09/2024). También se trabaja con el entorno, con la familia, pareja y amigos más cercanos. “Ya que creemos que ellos influyen mucho en el proceso en la adherencia y en la búsqueda de la cura” (Entrevista,P2, 08/09/2024).

El registro de emociones, pensamientos y conductas fue sumamente útil para el trabajo con los consultantes descritos anteriormente. Al poder plasmar por escrito lo que pensaban, sentían o deseaban comunicar a los demás se les facilitaba el proceso de identificación de sus emociones. Sobre todo fue vital para aquellos pacientes quienes tuvieron dificultades con el nombramiento de sus propias emociones y para los que buscaban concientizar a las personas de su entorno sobre lo que les sucedía y no encontraban la manera de expresarlo. Un ejemplo de ello fue Martina quien en la segunda entrevista expresó “me gustaría poder contarle a mi mamá cómo me siento, pero no sé cómo hacerlo”. Le presentamos esta técnica y después de ponerla en práctica entendió qué era lo que verdaderamente sentía y lo que le preocupaba. Posteriormente pudo comunicarse siendo muy enriquecedor para ella.

El trabajo tuvo lugar en el área de internación de salud mental. Ésta tiene aspectos positivos que la vuelven una herramienta útil para trabajar con las diferentes patologías que necesitan una revisión de lo crítico y de lo que excede a lo ambulatorio. “El aspecto más importante es la posibilidad de contar con un equipo interdisciplinario que brinde la oportunidad de trabajar con las emociones entre pares, permitiendo de esta manera un soporte vital. Así mismo, dentro del grupo cada uno puede aportar según su experiencia cuestiones específicas volviendo la tarea más dinámica y rica” (Entrevista, P1, 28/08/2024). Otro es el “tiempo de trabajo, ya que la internación permite que el paciente se quede en la institución una o dos semanas aproximadamente. En este periodo se interactúa diariamente con él trabajando con sus emociones de forma más eficaz que si se diera en una sesión de terapia” (Entrevista, P1, 28/08/2024). Para P2 el aspecto primordial que facilita el trabajo es que “el hospital es un espacio seguro para que los pacientes puedan quedarse, situación que ayuda en los casos donde éste representa un riesgo para sí mismo o para los demás” (Entrevista, 05/09/2024). Siguiendo por esta línea permite un monitoreo constante de cada uno de los pacientes lo que es muy efectivo para saber cómo van en el tratamiento, para brindarles mayor atención y un seguimiento más especializado para su patología. También “al estar en un espacio concreto en este caso existe la posibilidad de poder realizar monitoreos evaluaciones o test en cualquier momento del día de ser necesario para contribuir a su bienestar y que su recuperación sea más rápida” (Entrevista, 05/09/2024). Otra muy importante es el hecho de que al estar rodeado de muchas personas con otras patologías aprenden a gestionar relaciones emocionales con ellas y muchas veces aparecen vínculos que son necesarios para facilitar su trayecto por el hospital.

Respecto a lo negativo se evidencia que “originalmente la internación está guiada para trabajar únicamente con lo crítico, lo que necesita ser tratado desde forma urgente; por lo que a veces hay poco tiempo para puntualizar en la emocionalidad” (Entrevista,P1,28/08/2024). Por otro lado está el factor temporal que si bien tiene aspectos positivos también tiene algunos negativos como el hecho de que “al ser una estrategia hecha para no durar más de dos semanas muchas veces se trabaja rápidamente sobre lo emocional” (Entrevista,P1,28/08/2024).

Otro aspecto es el hecho de que dentro de la internación los pacientes están juntos por más que tengan distintas patologías. “Algunas, como los delirios, tienen demostraciones a través de gritos, lesiones graves, cambios en la personalidad y alucinaciones que frecuentemente asustan a los pacientes que no las tienen. Esta situación complejiza el trabajo con estos últimos” (Entrevista,P2, 05/09/2024). Para finalizar, otra cuestión no menos importante, es que la salud está guiada por el paradigma médico centrista. Por ende muchas veces “en la internación se busca únicamente el alivio rápido de la patología, la disminución de los síntomas por medio de la medicación y el trabajo con las emociones queda reducido a un segundo plano” (Entrevista,P2, 05/09/2024).

VIII.6 REPASO DE LA EXPERIENCIA

Posteriormente al desarrollo de cada uno de los puntos expresados en el Trabajo Integrador Final y teniendo en cuenta el análisis de la experiencia, es importante darle un cierre concreto. Fue fundamental estructurar las vivencias y poder destacar aquellas de mayor significancia mediante un cuadro que facilitara su organización y transmisión. Se tomó en cuenta el comienzo de las prácticas ,los días anteriores a éstas , los primeros días en el hospital, el equipo de salud mental. Además se consideraron los aspectos que reforzaron la experiencia, los que facilitaron el aprendizaje, los positivos, como así también aquellos que la complejizaron. El mismo fue redactado en primera persona.

Tabla 4*Momentos más representativos de las PPS.*

Momentos	Descripción
Comienzo de las prácticas	<p>Desde el inicio de mis estudios universitarios había deseado tener una experiencia de trabajo dentro de un hospital. Los años pasaron y finalmente llegó el momento tan esperado, realizar las prácticas profesionales. Considero que fui muy afortunada ya que quedé seleccionada para realizarlas donde más ansiaba. Un desafío enorme me abría las puertas hacia una vivencia que superaría mis expectativas. Como ya lo expresé en otros apartados del TIF, comencé mis prácticas a finales del mes de mayo. De mi grupo de compañeros fui la última en iniciarlas. Por circunstancias ajenas a mí no se establecía la fecha de mi presentación como practicante en el nosocomio que me recibiría. Mientras ellos compartían sus nuevas sensaciones, yo esperaba ansiosa tener las propias y poder coincidir o no con los relatos que escuchaba. Este retraso fue recompensado más adelante autorizando a asistir al hospital hasta el mes de noviembre. Y por fin recibí la notificación que necesitaba. Tenía el nombre de la licenciada que sería mi referente y algunos datos más para ubicarla. Y allí estaba, ingresando a la institución con mi chaquetilla nueva y los nervios propios del primer día. Me encontré con un enorme espacio que parecía más grande de lo que en realidad era, con diversas áreas como ser admisión, internación en salud mental, guardia, etc.</p>

	<p>Los primeros tiempos no resultaron fáciles para mí. A menudo me desorientaba en el edificio si no estaba acompañada de alguno de mis superiores. Me mantenía sumamente atenta a lo que sucedía a mi alrededor, dispuesta a no perderme detalle ni información importante. A medida que transcurrían los días, me fui familiarizando con el lugar y logrando así acomodarme a los horarios y actividades del hospital. Me resultaban cortas las mañanas recogiendo datos útiles sobre las instalaciones, pacientes, patologías y demás.</p>
El equipo de salud mental	<p>El equipo de salud mental era pequeño, lo constituyan un grupo de profesionales capacitados y responsables. Desde el primer día me trataron con dulzura y también con curiosidad. Pronto supe el motivo. Llevaban mucho tiempo sin tener practicantes de psicología a su cargo, por lo que la experiencia de aprendizaje fue tan valiosa para mí como para ellos. El trabajo allí era arduo y activo, razón por la cual existía escaso tiempo libre. Aun así en los pocos momentos que tenían disponibles se mostraron dispuestos a resolver mis inquietudes, participar de las entrevistas para mi TIF o simplemente conversar.</p> <p>Compartí con algunos más que con otros, no obstante recuerdo a cada uno con especial cariño y les estoy infinitamente agradecida por haber hecho de mi paso por el hospital una experiencia inolvidable. En mi memoria permanecerá mi referente quien me acompañó durante este trayecto siempre dispuesta, resolutiva y contenedora.</p>

	<p>La cual estuvo a mi lado en situaciones difíciles estuvo a mi lado preocupándose por mi bienestar. Desde un principio me invitó a unirme al grupo participando de actividades realizadas en el hospital tales como capacitaciones profesionales. Estas tenían lugar los días viernes y en ese espacio compartían además de actualizaciones científicas, experiencias clínicas de profesionales de diferentes especialidades.</p> <p>Además me quedo con el cariño del equipo de guardia y profesionales rotantes, quienes desde mi llegada me acogieron como a un par haciéndome sentir cómoda y segura.</p>
Aspectos que reforzaron la experiencia	<p>Éstos son algunos de los aspectos positivos más representativos de la experiencia que facilitaron mi paso por el hospital. La apertura por parte de muchos profesionales para responder mis dudas con respecto a los casos clínicos. No solo me permitieron sino que me animaron a participar libremente en los casos brindando mi punto de vista sin temor a equivocarme. La generosidad de los residentes invitándome a unirme a ellos durante las rondas de control de sus pacientes. La sonrisa agradecida de aquellos internados al ser dados de alta, llevando consigo nuevas herramientas para mejorar su calidad de vida. La valoración del aporte individual de los profesionales de las diferentes ramas de la salud mejorando la calidad del trabajo en equipo. La posibilidad de recuperar las horas de los días de práctica que coincidieran con un feriado, asistiendo otro día de la semana.</p>

	<p>Así como la libertad de acceder a las historias clínicas de pacientes y entrevistas realizadas los días en los que no me correspondía asistir.</p>
Aspectos que complejizaron la experiencia	<p>Aprecio y valoro lo mucho que aprendí, aun así hubieron aspectos que dificultaron mi experiencia en el hospital. En primer lugar voy a citar el decrecimiento del flujo de pacientes a partir del mes de octubre. Los internos fueron pocos y la mayor parte de los consultantes asistían por adicciones. Este es un fenómeno común, propio de la época del año. Suelen haber patologías de salud mental que son estacionales. Un ejemplo son los pacientes con diagnóstico de depresión, los cuales suelen manifestarse en épocas de frío.</p> <p>En segundo lugar, se suscitaron una serie de paros y asambleas a los que se sumó el personal de salud. Estas circunstancias redujeron aún más la cantidad de profesionales presentes en la institución con la consecuente disminución de atención a la población necesitada de dicho personal competente.</p> <p>Ambas situaciones sucedidas durante los últimos meses de las prácticas generaron en mí un estado de gran incertidumbre ya que afectaron de manera directa al desarrollo de mi TIF. Pase mucho tiempo acompañando a los residentes en la guardia, observando pacientes y aportando lo que podía. En esos momentos también aproveche el tiempo para releer las historias clínicas de aquellos pacientes que había incluido en mi trabajo de sistematización.</p>

Aprendizajes	<p>Dentro del H.T.C.A cada día era una nueva experiencia, por lo que puedo decir que he adquirido una gran cantidad de conocimientos y enseñanzas los cuales van a servirme en mi vida profesional. Aprendí a tomar nota únicamente de lo indispensable, de lo complejo y de lo que podía olvidarme más tarde. Aprendí a tomar nota de los casos una vez que salía de la habitación o que el paciente se iba y no durante las entrevistas para evitar la sensación de estar siendo vigilados y/o juzgados. Aprendí a trabajar con pacientes, a respirar antes de tomar una decisión y a hablar con propiedad frente a ellos, sus familiares y otros profesionales. Aprendí a hacer lo mejor que se podía como lo que había, considerando la escasez de recursos en salud mental. Finalmente aprendí sobre todo a valorar las pequeñas cosas de la vida y a quejarme menos. Observar personas con patologías limitantes, que perdieron todo y aun así son capaces de sonreír por estar vivas, me enseño que siempre habrá un motivo para agradecer.</p>
--------------	--

CONCLUSIÓN

Tras llevar a cabo un desarrollo exhaustivo del eje de sistematización, no solo teniendo en cuenta a la invalidación emocional dentro del entorno familiar per se sino también la experiencia vivida en el H.T.C.A respaldada por un marco teórico; resulta fundamental poder concluir este trabajo. Para ello se consideraron los aprendizajes adquiridos más significativos, y elementos claves para futuras intervenciones al respecto de esta.

El desarrollo del Trabajo Integrador Final fue un proceso dinámico ya que implicó una inmersión en el campo de forma directa con pacientes diagnosticados con depresión, profesionales a cargo y residentes dentro de la internación en salud mental. Al mismo tiempo representó un reto a nivel profesional, con situaciones desafiantes desde el inicio de la elección del eje a trabajar hasta el desarrollo final del TIF. Hubo momentos de inevitable inquietud con las primeras entrevistas a consultantes o familiares y las primeras admisiones. El cuidado permanente al formular preguntas que no resultasen intimidantes ni invasivas para el paciente fortalecieron la capacidad de observación y atención en el momento de recoger información relevante. No obstante la experiencia fue sumamente enriquecedora a largo plazo y las supervisiones de los jueves fueron vitales para obtener un sentimiento de seguridad que aportó positivamente al proceso.

Mediante la reconstrucción de la experiencia fue posible alcanzar los objetivos planteados. En cuanto al primero se logró identificar que los tipos de invalidación emocional más frecuentes son la crítica del otro, sus acciones, emociones, intereses ya sea por el pensamiento familiar de poder resolver situaciones patologizantes de otra manera o por mostrarse en desacuerdo con las decisiones, emociones, intereses de su familiar. Ignorar al otro, sus emociones y experiencias tratando a la persona como si no fuera válida o como si sus pensamientos y opiniones fueran inoportunas. Indiferencia o negligencia emocional, al quitarle atención a las emociones o pedidos de ayuda del otro. Malinterpretación de la conducta, asumiendo malas intenciones tras de éstas. Y la negación de la realidad, expresando que las percepciones del otro eran erróneas o negando la existencia de sufrimiento como tal. Las mismas estuvieron presentes en los nueve casos trabajados. Por otro lado, las menos frecuentes son discriminar al otro o darle un trato diferente al resto. Excluirlo. Controlarlo o hacerlo sentir incapaz. Así como culpabilizarlo de forma indiscriminada o sin consideración.

Respecto al segundo objetivo se evidenció que la invalidación no solo aumentó las conductas problemas como el consumo de sustancias o las autolesiones y los pensamientos/ideas suicidas terminando muchas veces en un intento de suicidio franco. Sino que el hecho de que estas personas hayan sufrido invalidación emocional por un tiempo prolongado trajo aparejadas ciertas consecuencias como la inhibición y la disminución del reconocimiento de las propias emociones. Dependencia emocional a las personas de su entorno. La disminución de la capacidad de relacionarse con semejantes y en los casos más graves la pérdida parcial de la identidad. Los cuales se vieron presentes en la mayoría de los casos anteriormente mencionados.

Para referenciar el tercer objetivo se destacó que los psicólogos en el servicio de Salud Mental se valen de entrevistas como instrumento imprescindible para su labor. Posibilitando el seguimiento y control de la patología de los pacientes. Otra técnica empleada es el registro de emociones, siendo sumamente necesario para concientizar los propios sentimientos y pensamientos a la hora de trabajar con las propias experiencias de invalidación emocional. Se debe llevar un control del mismo en todas las sesiones.

Respecto al trabajo con la invalidación emocional, tuvo ciertos altibajos, ya que obtener la información necesaria para el desarrollo del marco teórico no fue tarea sencilla. Algunos de los profesionales del H.T.C.A desconocían el término, razón por la cual fue crucial una detallada explicación del enfoque del TIF para obtener su colaboración identificando los casos clínicos donde ésta estuviera presente. A pesar de todo se mantuvo la elección del tema, puesto que en los nueve casos elegidos para el trabajo se evidenció el profundo impacto de ella. Al tratarse de un concepto aún poco conocido existe el riesgo de ignorarla. También se comprendió que es fundamental no demonizar este término. Durante el trabajo con los casos seleccionados surgió la tendencia errónea de culpabilizar a los padres de los problemas de sus hijos y etiquetarlos como “familias invalidantes”. Sin embargo, invalidar es una acción que se puede cometer de forma involuntaria.

Así mismo es importante comprender que la invalidación no define a alguien como una mala persona por hacerlo, sino como alguien que carece de conocimiento al respecto. Es fundamental poder brindar psicoeducación a los pacientes, familiares y profesionales sobre este tema, promoviendo la capacidad de cuestionar y analizar su presencia en distintos casos. En muchas ocasiones, el simple hecho de reflexionar sobre ciertas críticas o la dinámica entre padres e hijos marca el inicio de un proceso de cambio. Igualmente es importante la propia psicoeducación para no cometer autovalidación o re-invalidar al consultante durante la terapia.

Previamente al cierre pensando en futuras intervenciones es prudente aconsejar el tratamiento de casos donde la invalidación emocional sea un motivo de preocupación o que afecte a otras patologías diagnosticadas desde la DBT. Tanto dentro de una institución hospitalaria a través de un pretratamiento realizando junto al consultante las tareas propias de esta etapa como fuera de éste en el resto del tratamiento, etapa uno, dos y tres. Ésta es muy recomendada porque pone énfasis en la validación y la regulación emocional, trabaja desde una postura de empatía y buena relación terapeuta-paciente, enseña habilidades emocionales útiles a largo plazo y suele tener un menor abandono que el resto de los tratamientos.

La creadora del DBT expresó que la validación emocional es sumamente necesaria dentro de la terapia puesto que “la invalidación aumenta la activación y la sensación de estar fuera de control (...) lo que lleva a tener fallas en el procesamiento de nueva información y a intensos esfuerzos por recobrar el control” (p.118). Lo que influye directamente en la creación o no de nuevos aprendizajes. El secreto de la validación emocional reside en saber cuándo utilizarlo teniendo en cuenta que “la invalidación es necesaria para mejorar y brindar feedback correctivo” (p.122). (Linehan,1993,citada en Gagliosi y Boggiano, 2020). Lo que significa que también es importante poder señalar las conductas disfuncionales y que deben ser modificadas.

En conclusión , desde una perspectiva personal, es invaluable la oportunidad de haber profundizado en el rol del psicólogo clínico,compartir con diversos profesionales dentro de un equipo interdisciplinario y poder adquirir conocimientos sobre la invalidación emocional desde distintas perspectivas. Aprendizajes que se anhela aplicar en el contexto profesional en el cual se ejerza el día de mañana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acevedo Sierra, L; Vidal Lopez, E.H. (2019). *La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia*

<https://www.redalyc.org/journal/3684/368458873013/html/#:~:text=Seg%C3%BAn%20esta%20teor%C3%ADa%2C%20la%20familia,al%20tratamiento%20de%20dichas%20frointeras>.

Aragones,E; Piñol, J; Labad, A. (2009). *Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria*. Universitat Rovira i Virgili.

Avila Espada, A. (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque analítico*. (p.3-50). Siglo XXI

Beck,A. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer

Boggiano J.P; Gagliesi, P. (2020). *Terapia dialéctico conductual*. Tres Olas Ediciones

Bowlby, J. (2009). *Una base segura*. Paidos

Buendía, J. (1999). *Aproximaciones al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica*. Ediciones Pirámide

Carpintero, E; Vainer A. (2010). *Homenaje a Fernando Ulloa*. Editorial Topia.

Código de Ética Nacional (2013).

<https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePR-A.pdf>

Coryell,W. (2023). Trastornos depresivos.

<https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-la-depresi%C3%B3n>

Desviat, M. (2016). *La acción terapéutica: de lo singular a lo colectivo*. (p.14-45).Editorial Universidad Icesi

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018). *Abordaje de la salud mental en hospitales generales*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPRA) (2003). *Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del psicólogo*

- Fenney,J; Noller,P. (2001). *Apego Adulto*. Editorial Desclée de Brouwer
- Gago,J. (2014). *Teoría del apego. El vínculo*. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar
- Garay, M.A (2018). *Registro oficial y expedición*.
<https://boletinoficial.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2018/12/35550.pdf>
- García Neme, D. (2017). *Depresión en el SXX: concepción y tratamiento*. Universidad del Rosario
- Gobierno de Córdoba (19/06/21). *100 aniversario del Hospital Tránsito Cáceres de Allende*.
<https://prensa.cba.gov.ar/informacion-general/100-aniversario-del-hospital-transito-caceres-de-allende/>
- Gómez,J. (2005). *El concepto de depresión.Historia, definición(es), nosología, clasificación*.
<https://psiquiatria.com/trabajos/268.pdf>
- Irueste,P;Gatrochi,M; Pacheco; S;Delfederico,F. (2020). *Nuevas configuraciones familiares:tipos de familia, funciones y estructura familiar*.
<https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/44/28>
- Jara Holliday, O. (2006). *Cómo sistematizar; una propuesta en cinco tiempos*. CEP Alforja
- Jara Holliday, O. (2011). *La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos*. Decisio
- Korman,G; Sarudiansky, M. (2011). *Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y el tratamiento de la depresión*. Scielo
- Lagache, D. (1982). *Psicología clínica y método clínico*. (p.141-156). Paidos
- Ley N° 25.326. Ley de Protección de los Datos Personales (04 de Octubre de 2000).
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm>
- Ley N°26.657. Ley de Salud Mental (03 de Diciembre de 2010).
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Ley N°26.529. Ley de Salud Pública (21 de Octubre de 2009).
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Lopez Fuentetaja, A.M., Villaverde, O.I. (2019). *Intervención psicológica en el ámbito hospitalario*. Revista Clínica Contemporánea

Manrique Tisnes, H. (2011). *Sobre la clínica en la psicología*. Revista electrónica de psicología social Poiésis FUNLAM

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (2016). *Trastornos depresivos*. American Psychiatric Association

Martell,C.R; Dimidjian,S; Herman-Dunn,R. (2013). Activación conductual para la depresión. Una guía clínica. Desclée de Brouwer

Mayo Clinic (14/10/22). Depresión.

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-2035600>

7

MedlinePlus (05/10/23). *Depresión*.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>

Ministerio de Salud (2022). *Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de Salud Mental y Consumos Problemáticos*.

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/08/GUIA-DE-ATENCION-EN-LA-CRISIS-Y-URGENCIAS-EN-HOSPITALES-GENERALES-DE-LA-PROVINCIA-DE-BUENOS-AIRES.pdf>

Ministerio de Salud (02/11/23) *Salud reconoció a cuatro hospitales de la provincia de Córdoba por su compromiso con la calidad y seguridad de la atención*.

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-reconocio-cuatro-hospitales-de-la-provincia-de-cordoba-por-su-compromiso-con-la>

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa

Moneta,M. (2014). *Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby*.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062014000300001

Moutier, C. (2023). *Conducta Suicida*.

<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>

Organización Mundial de la Salud (31/05/23). *Depresión*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Ginebra.

Página de Facebook del Hospital (19/06/21). *Hoy conmemoramos el 100 aniversario de la fundación del Hospital Transito Caceres de Allende*.

https://www.facebook.com/cooperadoraHTCA/?locale=es_LA

Perez de Maza, T. (2016). *Guía didáctica para la sistematización en contextos universitarios*. Universidad Nacional Abierta

Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta (2010). Recuperado de:

https://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APa.pdf

Ruiz,M.;Diaz,M.I;Villalobos,A. (2014). *Terapia Cognitiva* .Desclée de Brouwer

Ruiz,M.;Diaz,M.I;Villalobos,A. (2014). *Historia de la terapia cognitivo conductual* .Desclée de Brouwer

Salvetti,M; Arstein, M. (2014). *Clasificación de trastornos ansiosos: definición, fundamento cognitivo y técnicas de intervención*. Universidad Católica de Córdoba

Salvetti,M.A. (2014). *La práctica clínica basada en la evidencia*. Universidad Católica de Córdoba

Stagnaro, J.C. (2006). *Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina*. FRENIA

Trimboli, A. (2019). *Inclusión sociosanitaria, clínica y derechos humanos en salud mental y adicciones. El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. (p.23-32). Noveduc

ANEXO 1

El trabajo principal se llevó a cabo a través de entrevistas compuestas por una serie de preguntas que se realizaron a psicólogos, pacientes y familia. A través de las cuales se obtuvo información tanto de los tratamientos, herramientas, como de la particularidad de cada uno de los pacientes con depresión internados en el servicio de salud mental. Así como la información que pudo brindar la familia sobre ellos, su forma de entender la patología y su acompañamiento del proceso.

Entrevista a psicólogos del H.T.C.A

Desde tu experiencia, ¿qué consideras invalidación emocional?

¿En qué patologías de Salud Mental vistas en el H.T.C.A podés ver mayor invalidación emocional?

Desde tu perspectiva, ¿cuál es el rol del psicólogo en la internación de Salud Mental?

¿Crees que se puede trabajar correctamente con la invalidación emocional en el internado de Salud Mental? ¿Por qué?

(En caso de que la respuesta sea negativa), ¿qué recomendaciones/técnicas plantearías para poder trabajar con la invalidación emocional de una mejor manera?

¿Qué aspectos de la internación en Salud Mental posibilitan trabajar con las diferentes patologías?

¿Qué aspectos la complejizan?

Entrevista a pacientes con depresión internados en el servicio de Salud Mental

Algunas de las preguntas más utilizadas fueron

¿Cómo se encuentra el día de hoy?

¿Cuál es el motivo de la internación?, ¿es voluntaria?

¿Su depresión fue diagnosticada?, ¿cuándo?

¿Éste es el primer episodio o hubo anteriores?

¿Consumo algún tipo de sustancias?

¿Pensó alguna vez en quitarse la vida?, ¿lo tiene planificado?

¿Estuvo anteriormente en tratamiento en Salud Mental?

¿Tiene alguna red de apoyo?

¿Cómo es la relación con su familia?

Entrevista a familiares de pacientes con depresión internados en el servicio de Salud Mental

¿Qué piensa de la internación de su familiar?

¿Cómo es su relación con el/ella?

¿Cómo es la relación de el/ella con el resto de la familia?

¿Tiene conciencia de la enfermedad de su familiar?

¿Cómo fueron los días anteriores a la internación?

¿El miembro de la familia internado tuvo antecedentes de problemáticas respecto a la Salud Mental?

¿Hay antecedentes de problemáticas respecto a la Salud Mental en otros miembros?

ANEXO 2

Fichas identificadorias de pacientes padecientes de depresión e invalidación emocional familiar internados en el servicio de salud mental

Tomando en cuenta la basta información obtenida en la entrevista con pacientes padecientes de depresión internados en el servicio de salud mental y su familia acompañante, así como la lectura de material específico se confeccionaron fichas donde se organizó la información de cada uno de los consultantes. Para éstas se tuvo en cuenta sus datos identificatorios, el medio de ingreso al H.T.C.A, el motivo de internación, los factores que influyeron en su patología, datos respecto al acompañamiento familiar y la invalidación emocional. Así como cuestionamientos sobre intencionalidad suicida o conductas problemáticas.

Es importante aclarar que anteriormente a cada entrevista se obtuvo el consentimiento de cada uno de los consultantes. Así mismo los nombres que aparecen en cada caso no son reales, son seudónimos utilizados para proteger la identidad de las personas involucradas.

Caso 1:

Paciente	Selena
Edad	29 años
Ocupación	Estudiante
Medio de ingreso	Autointernación acompañada de la madre, por no poder continuar con la universidad debido a su tristeza
Motivo de internación	Depresión
Factores influyentes en la patología	Incapacidad de controlar el consumo de alcohol Atrasos en la carrera universitaria Poco apoyo familiar
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Si
¿Es invalidado/a por su familia?	Si
¿De parte de cuál(es) miembro(s) de su familia es invalidado?	Madre Padre
Tipos de invalidación emocional que se adecuan a su caso	Crítica de acciones, emociones, intereses Ignorar al otro, sus emociones y experiencias Negligencia o indiferencia emocional Malinterpretación de la conducta Negación de la realidad
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Si
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	Si Autolesiones Consumo de alcohol

¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidación emocional?	Si
¿Hay un aumento de la intencionalidad suicida o de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	Si

Caso 2:

Paciente	Manuel
Edad	30 años
Ocupación	Arquitecto
Medio de ingreso	Autointernación por sensación de “no poder contenerse” y temor de terminar en un suicidio
Motivo de internación	Depresión Episodios delirantes
Factores influyentes en la patología	No poder conseguir trabajo Poco apoyo familiar Rigidez en la estructura familiar
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Si
¿Es invalidado/a por su familia?	Si
¿De parte de cuál(es) miembro(s) de su familia es invalidado?	Madre Padre
Tipos de invalidación emocional que se adecuan a su caso	Crítica de acciones, emociones, intereses Ignorar al otro, sus emociones y experiencias Negligencia o indiferencia emocional Malinterpretación de la conducta Negación de la realidad
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Si
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	Si Autolesiones Consumo de cocaína y marihuana

¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidación emocional?	Si
¿Hubo un aumento de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	Si

Caso 3:

Paciente	Miguel
Edad	50 años
Ocupación	Trabajos eventuales
Medio de ingreso	Llega acompañado de su madre y tía tras haber intentado quitarse la vida
Motivo de internación	Depresión Intento de suicidio
Factores influyentes en la patología	Muerte de su mujer Muerte de su hija Poca comprensión familiar
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Si
¿Es invalidado/a por su familia?	Si
¿De parte de cuál(es) miembro(s) de su familia es invalidado?	Madre Hijos Hermano
Tipos de invalidación emocional que se adecuan a su caso	Crítica de acciones, emociones, intereses Ignorar al otro, sus emociones y experiencias Negligencia o indiferencia emocional Malinterpretación de las conductas Negación de la realidad
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Si
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	Si Autolesiones Consumo de alcohol

¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidacion emocional?	Si
¿Hubo un aumento de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	Si

Caso 4:

Datos personales	Gastón
Edad	22 años
Ocupación	Estudiante
Medio de ingreso	Traído por la policía tras intento de suicidio
Motivo de internación	Intento de suicidio Depresión
Factores influyentes en la patología	Pocas relaciones sociales Problemas familiares
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Si
¿Es invalidado/a por su familia?	Si
¿De parte de cuál(es) miembro(s) de su familia es invalidado?	Madre Hermano
Tipos de invalidación emocional que se adecuan a su caso	Crítica de acciones, emociones, intereses Ignorar al otro, sus emociones y experiencias Negligencia o indiferencia emocional Negación de la realidad
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Si
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	Si Autolesiones Consumo de marihuana

¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidacion emocional?	Si
¿Hubo un aumento de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	Si

Caso 5:

Datos personales	Fernando
Edad	22 años
Ocupación	Trabaja en una empresa
Medio de ingreso	Autointernación por intento de suicidio
Motivo de internación	Depresión Intento de suicidio
Factores influyentes en la patología	Separación de la pareja Muerte del padre Poca comprensión familiar
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Si
¿Es invalidado/a por su familia?	Si
¿De parte de cuál(es) miembro(s) de su familia es invalidado?	Madre Hermano
Tipos de invalidación emocional que se adecuan a su caso	Crítica de acciones, emociones, intereses Ignorar al otro, sus emociones y experiencias Negligencia o indiferencia emocional Malinterpretación de la conducta Negación de la realidad Hacer sentir al otro como inferior o inadecuado Controlar al otro o hacerlo sentir incapaz
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Si
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	Si Autolesiones Consumo de marihuana

¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidación emocional?	Si
¿Hubo un aumento de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	Si

Caso 6:

Paciente	Jano
Edad	28 años
Ocupación	Desempleado
Medio de ingreso	Traído por la policía tras intento de suicidio
Motivo de internación	Intento de suicidio Depresión
Factores influyentes en la patología	Pelea con la pareja Poco apoyo familiar Poca comprensión familiar
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Si
¿Es invalidado/a por su familia?	Si
¿De parte de cuál(es) miembro(s) de su familia es invalidado?	Madre Padre
Tipos de invalidación emocional que se adecuan a su caso	Crítica de acciones, emociones, e intereses Ignorar al otro, sus emociones y experiencias Negligencia o indiferencia emocional Malinterpretación de la conducta Negación de la realidad Ser clasificado como inferior Hacer sentir al otro como inferior o inadecuado Culpabilización indiscriminada
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Si
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	Si Autolesiones Consumo de alcohol

¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidacion emocional?	Si
¿Hubo un aumento de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	Si

Caso 7:

Datos personales	Gabriela
Edad	33 años
Ocupación	Modelo
Medio de ingreso	Traída por la policía tras intento de suicidio
Motivo de internación	Intento de suicidio Depresión
Factores influyentes en la patología	Problemas de autoestima Malas relaciones familiares
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Si
¿Es invalidado/a por su familia?	Si
¿De parte de cuál(es) miembro(s) de su familia es invalidado?	Madre Tía
Tipos de invalidación emocional que se adecuan a su caso	Crítica de acciones, emociones, e intereses Criticar al otro, sus emociones y experiencias Indiferencia o negligencia emocional Malinterpretación de la conducta Negación de la realidad del otro
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Si
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	Si Autolesiones

¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidación emocional?	Si
¿Hubo un aumento de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	Si

Caso 8:

Datos personales	Martina
Edad	23 años
Ocupación	Ama de casa
Medio de ingreso	Internada por sobreingesta farmacológica debido a pelea con la pareja
Motivo de internación	Consumo de sustancias Depresión
Factores influyentes en la patología	Fallecimientos de la abuela Peleas familiares Poca comprensión familiar
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Si
¿Es invalidado/a por su familia?	Si
¿De parte de cuál(es) miembro(s) de su familia es invalidada?	Madre Hermana
Tipos de invalidación emocional que se adecuan a su caso	Crítica de acciones, emociones, e intereses Ignorar al otro, sus emociones y experiencias Negligencia o indiferencia emocional Malinterpretación de la conducta Culpabilización indiscriminada
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Si
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	Si Autolesiones

¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidación emocional?	Si
¿Hubo un aumento de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	Si

Caso 9:

Datos personales	Rodrigo
Edad	44 años
Ocupación	Trabaja en una fábrica
Medio de ingreso	Llega acompañado de un amigo después de haberse caído y golpeado la cabeza
Motivo de internación	Trauma craneoencefálico Depresión
Factores influyentes en la patología	Muerte de madre y hermano Peleas con el padre Golpe en la cabeza
¿La familia está presente en su vida y es importante para la persona?	Si
¿Es invalidado/a por su familia?	Si
¿De parte de cuál(es) miembro(s) de su familia es invalidado?	Padre
Tipos de invalidación emocional que se adecuan a su caso	Crítica de acciones, emociones, e intereses Ignorar al otro, sus emociones y experiencias Negligencia o indiferencia emocional Hacer sentir al otro como inferior o inadecuado
¿Tiene pensamientos/ideas suicidas?	Si
¿Tiene conducta(s) problema?, ¿de qué tipo?	No

¿Hubo un intento de suicidio provocado o influido por la invalidación emocional?	No
¿Hubo un aumento de las conducta(s) problema debido a la invalidación emocional?	No

ANEXO 3

Protocolo de ingreso de pacientes al servicio de salud mental

Hospital Tránsito Cáceres de Allende | Ministerio de SALUD Servicio de Guardia
 Central
 Buchardo 1250. Bº Pueyrredón. Córdoba

PROTOCOLO DE INGRESO DE PACIENTES SERVICIO DE SALUD MENTAL



HOSPITAL TRANSITO CACERES DE ALLENDE

Los pacientes tienen tres vías de ingreso:

1- Consulta espontánea a la Guardia Central

Este grupo de pacientes será evaluado inicialmente por el personal de salud mental de guardia.

Si el paciente presenta signos y/o síntomas de intoxicación con alguna sustancia relacionada, la atención deberá ser conjunta entre los equipos de salud mental y clínica médica con el objetivo de estabilizar el medio interno y valorar posible lesión neurológica secundaria.

- Si el paciente requiriera medidas terapéuticas específicas (ej, suplementos de oxígeno o traumatológicas), deberá subir a Clínica Médica, Neumonología, o Traumatología, ya que el sector destinado a internación de pacientes de Salud Mental no cuenta con los medios a tal fin.
- Si el paciente se encontrara inestable clínicamente deberá ser tratado en Guardia y/o derivado a Unidad de Terapia Intensiva si correspondiera.

2- Pacientes derivados desde otro Hospital

Sólo se admitirán pacientes que sean ingresados a través del sistema de Derivación de Pacientes y 107, quienes deberían avisar si hay disponibilidad en box para la asistencia de los pacientes,
 (según protocolo de actuación firmado entre provincia y municipalidad)

Es IMPORTANTE disponer de toda la información disponible antes de la recepción, ya que las complicaciones clínicas o administrativas luego dificultan la buena asistencia del paciente.

3- Pacientes derivados desde Consultorio externo

Los pacientes derivados desde consultorio externo con criterio de hospitalización luego de la valoración por Servicio de Salud Mental, deberán ser presentados en Guardia a fin de completar estudios complementarios (si correspondiera) o eventualmente ingresar al sector de internado correspondiente.

SITUACIONES PARTICULARES

Los pacientes traídos a la Guardia por Prejudicial o aquellos que están Judicializados, se reciben todos los pacientes del fuero civil y cuya judicialización sea para preservar su integridad y la de terceros. Los pacientes del fuero penal, tienen otro circuito, en este Hospital solo concurren los traídos para valoración para seguir su curso en uca, cárcel, fiscalías etc.

Los pacientes menores de 18 años deberán ingresar y permanecer SIN EXCEPCIÓN con acompañante, familiar o cuidador de SeNAF, (si el menor tiene alguna intervención judicial o de SeNAF, esta intervención puede ser directa del paciente o de su familia directa), los acompañantes se solicitan a SeNAF (TE: 351-4343456).

Las **valoraciones clínicas solicitadas por otros hospitales u otras dependencias bajo la órbita del Ministerio de Salud** deberán ser gestionadas SIN EXCEPCIÓN a través de Derivación de Pacientes. Si el traslado fuera efectuado por el Ministerio de Justicia o alguna fuerza de Seguridad, el paciente deberá regresar al lugar de origen con el mismo personal y medios que los trasladó, ya que de otro modo resulta en extremo difícil retornarlos.

Si los pacientes a quienes se les solicita EXCLUSIVAMENTE valoración clínica presentan algún cuadro de excitación psicomotriz que impida o dificulte su realización, el personal del Servicio de Salud Mental deberá abordar al paciente y disponer las medidas pertinentes para poder agilizar el procedimiento y que el paciente retorne a la mayor brevedad posible a su lugar de origen (hospital, cárcel, fiscalías etc...)



Es necesario destacar que los exámenes complementarios a solicitar para la correcta evaluación clínica serán en todo caso aquellos que el médico de guardia determine según su juicio profesional.

En caso de requerirse *determinaciones toxicológicas específicas*, éstas deberán derivarse al Nuevo Hospital San Roque ya que nuestro Hospital no cuenta con los medios a tal fin.

Para los casos que requieran ingreso hospitalario y el Hospital no disponga de unidades para la contención del paciente, deberá solicitarse el traslado a otra Institución a través de Derivación de Pacientes. En caso que el paciente contara con alguna cobertura de seguridad social, se realizará la derivación a través de su obra social.

Otra actividad de guardia es cooperar con los demás servicios y actuar en conjunto con ellos. Ya que ningún paciente puede subir al piso sin la medicación adecuada, si se recaban antecedentes de consumo de sustancias o patología psíquica, se han realizado los protocolos correspondientes para ello.

orientar a los servicios hospitalarios con la involuntariaización en caso de que los paciente por su estado al momento de la internación no pueda dar consentimiento a las cirugías, internaciones u otros procedimientos.

se adjunta la acordada con la policía, quienes amparados en el artículo 20 decreto reglamentario 603/2013 de la ley 26657, donde aclaran que el personal policial debe cooperar con la contención de los pacientes.

ANEXO AL PROTOCOLO DE INGRESO DE GUARDIA

pacientes con consumo de sustancias

1- dependencia a alcohol, recordar que la gamma gt es marcador que el alcohol solo la aumenta hasta 300, más de eso hay que sospechar de otras drogas o medicación concomitante. La hepatitis alcohólica invierte los valores de got y gpt.

Si el paciente tiene historia de consumo de largo plazo con síndrome de abstinencia a las pocas horas o pituitas matutinas, se utilizará medicación iv o im para evitar el síndrome de abstinencia que será grave en pocas horas. por más que el paciente esté tranquilo y colaborador en la entrevista de ingreso.

2- consumo de cocaína y paco, agregar el pedido de cpk y rutina, glucemia, urea y creatinina. Si el paciente está bien hidratado (2 lts solución fisiológica al día) podemos subirlo al piso con control diario con cpk de hasta 3000 o con el aval de clínica médica y seguimiento hasta los 4000.

3- pacientes con dx de b24, se pide carga viral y cd4, eso se hace por sistema y planilla física que se entrega al laboratorio (se busca en laboratorio también)

paciente con sospecha b24 se piden antígenos de superficie de todos los virus o test rápido, todo por sistema y con planilla (se pide en labo o en la carpeta negra de enfermería de nuestro servicio).

4- Las interconsultas que piden a la guardia, no se hacen si no las piden por sistema y se responden en sistema (en salud mental / herramientas/ solicitudes recibidas en mi sección).

5- Pacientes embarazadas se derivan a las maternidades, debido a que nuestro hospital no tiene profesionales de ginecología y obstetricia. provincial, materno neo, misericordia.debido a que nuestro hospital no cuenta con servicio de gineco, obstetricia.

Hasta las 14 semanas los ive se hacen en los dispensarios, pero si las pacientes no están en condiciones de realizar esto por consultorio externo, por su desorganización psíquica o falta de acompañamiento. se derivan a las maternidades. con nota de contrarreferencia dada la situación excepcional.