

# ¿Qué lugar a la **angustia**?

**Lic. Lagraña Dana<sup>1</sup>**  
**Lic. Medina Melany<sup>2</sup>**  
**Lic. Vega Gabriela<sup>3</sup>**

Un análisis del contexto actual en el que nos encontramos lleva a notar que, en los últimos años, las deficiencias del capitalismo se han vuelto cada vez más evidentes. Dar prioridad a las ganancias a corto plazo para las personas significó en ocasiones que el bienestar a largo plazo de la sociedad y del medio ambiente se haya perdido. En el ámbito de la Salud Mental, notamos ciertas consecuencias en cuanto al abordaje profesional interdisciplinario al malestar y a la angustia que presentan los usuarios.

Puntualizando, en el día a día estamos acostumbrados cada vez más a utilizar las tecnologías y que la era digital nos brinde soluciones *inmediatas*, tanto a obtener información, realizar compras a distancia, nuestras comunicaciones y demás. Como muchos autores sostienen “Hemos perdido la paciencia”.

1. Lic. Licenciada en Psicología, Residente de 2do año de Salud Mental - RISaM. Hospital Nivel 1 de Rehabilitación en Salud Mental “Dr. Ramón Carrillo”. Correo electrónico: danalagra@gmail.com

2. Lic. Licenciada en Psicología, Residente de 3er año de Salud Mental - RISaM. Hospital Nivel 1 de Rehabilitación en Salud Mental “Dr. Ramón Carrillo”. Correo electrónico: melanymedina37@gmail.com

3. Lic. Licenciada en Psicología, Residente de 2do año de Salud Mental - RISaM. Hospital Nivel 1 de Rehabilitación en Salud Mental “Dr. Ramón Carrillo”. Correo electrónico: gabrielavegapsi@gmail.com

Este es un rasgo inherente y un hábito aprendido de la era de la inmediatez. Una tendencia que puede estar más instaurada en quienes han crecido en este modelo social, pero que, sin embargo, son muchas las personas de otras generaciones que también se han acostumbrado a tenerlo todo aquí y ahora desarrollando una impaciencia muy potente.

Walter Mischel, psicólogo especializado en el estudio de la personalidad creó la prueba del malvavisco de Stanford para estudiar la intolerancia a la demora de la gratificación, test que consistía en pedir a un niño que escogiese entre una recompensa inmediata pequeña (generalmente un malvavisco) o una recompensa más grande tras quince minutos. Realizó un seguimiento longitudinal encontrando tres condiciones que deterioran la tolerancia a la demora: el estado de ánimo triste, las bajas expectativas de obtener el refuerzo demorado y que el refuerzo inmediato sea visible.

De sus hallazgos podemos extrapolar varias conclusiones, pero quizá la más importante para este trabajo es la relación entre la salud mental de los profesionales de ese ámbito y la génesis de una impaciencia colectiva.

Aunque nos hemos acostumbrado a la precariedad, es innegable que el impacto de la pandemia y de la crisis económica hacen mella en nuestro estado de ánimo: nos encontramos más tristes y la incertidumbre sobre el futuro de la economía minimiza nuestra esperanza.

Stolkiner, A. (2001) en “Subjetividades de época y prácticas en Salud Mental” en la

Revista Actualidad Psicológica, Año XXVI-No 239 reflexiona sobre, la que denomina *la más clásica de las prácticas clínicas*: la atención individual con escucha psicoanalítica; en donde se producen relatos cuya clara connotación de época invita a leerlos en un registro social. El profesional mismo encuentra en ellas un eco que lo remite a sus propias circunstancias y, simultáneamente, desafía sus herramientas de trabajo. Si nos desplazamos a actividades que suceden en contextos institucionales más formalmente definidos, entre ellos los hospitales, la complejidad de ese enlace entre prácticas y circunstancias aparece en toda su dimensión.

La autora propone reflexiones e hipótesis sobre transformaciones en lo económico, lo institucional y la vida cotidiana como vía de comprensión de la producción subjetiva. Estas transformaciones son vistas como simultáneas e interactuantes, renunciando a la idea de causalidad o determinación unidireccional. También nos enfrentamos a la dificultad de analizar procesos, movimientos permanentes y, por ende, de diagnosticar tendencias más que estados.

La concepción de sujeto que utilizamos es inconciliable con la idea de una determinación estructural absoluta y con la dualidad individuo-sociedad. Apunta a ilustrar dimensiones de producción social de la subjetividad y romper con cualquier idea de determinismo unilineal.

...“En las condiciones de la vida actual y de la cultura es absolutamente ilusorio creer en un estado “puro” del sufrimiento mental, fuera de todo orden disciplinario”... E. Galende (1994, pág. 59)

Nuestras prácticas actuales se desarrollan en esta tensión entre fragmentación y reagrupamiento, disolución y reconstitución de identidades colectivas, síntomas que adquieren una dimensión social ante la lectura epidemiológica y multiplicidad de discursos.

Al considerar el contexto, puntualiza que luego de reformas tendientes a la mercantilización, el lugar de los agentes se vio fuertemente regimentado por normas tendientes a objetivos de eficiencia y que las condiciones de empleo comenzaron a precarizarse de manera extrema. La primera observación que esto suscita es que se impone un primer paso que es reconocer cuál es nuestra ubicación como actores.

Una aproximación reflexiva implica reconocerse en la posición que se ocupa en un determinado campo, posición que no es neutral, no es externa y no deja de producir efectos: La falta de tolerancia del médico –o trabajador de la salud– a la etapa de angustia del usuario es un tema relevante en la investigación teórica en el campo de la medicina y la psicología. Esta falta de tolerancia se refiere a la incapacidad o falta de disposición por parte del profesional para comprender y manejar adecuadamente la angustia emocional que experimenta un usuario durante su proceso de atención médica.

Sin embargo, a pesar de la creciente conciencia sobre la importancia de abordar la angustia del usuario, se ha observado que muchos trabajadores de la salud no están adecuadamente capacitados o no se sienten cómodos lidiando con estas emociones. Algunas de las razones detrás de esta falta de

tolerancia pueden incluir la falta de formación específica en habilidades de comunicación emocional, dificultad de consolidar nuevas prácticas integrales y comunitarias con los efectos secundarios sobre la construcción de procesos de confianza y del lazo social, la sobrecarga de trabajo y la presión por cumplir con los tiempos de consulta, así como también los propios mecanismos de defensa y emocionales del médico o profesional interviniente.

En este sentido creemos pertinente retomar los aportes de Bleger (1964) quien hace alusión a que el psicólogo, el médico –y la psiquiatría– son los técnicos encargados profesionalmente de estar todos los días en contacto estrecho y directo con el submundo de la enfermedad, los conflictos, la destrucción y la muerte. En este contexto, hubo que recurrir a cierta ficción y disociación para el desarrollo y ejercicio de sus prácticas: ocuparse de seres humanos como si no lo fuesen.

El autor desarrolla que el paso de la normalidad a la patología de la entrevista se torna insensible. Una mala disociación, con intensa y permanente ansiedad, hace que se desarrollen conductas fóbicas u obsesivas frente a sus entrevistados. En la práctica psicológica puede verse esto en utilizar herramientas para evitar el contacto personal y la ansiedad consiguiente (entrevistas estructuradas, test, instrumentos) y en el médico suelen aparecer entrevistas estereotipadas en donde está todo reglado y previsto. Ligado al bloqueo en que siempre aplica y dice lo mismo, en que siempre ve lo mismo (patrones diagnósticos *desubjetivizantes*) en que aplica lo que sabe y con lo que se siente seguro. La urgencia por

los diagnósticos y la compulsión a emplear drogas son otros elementos de esta fuga y ritual frente al enfermo. Un psiquiatra inseguro o con poca experiencia no sabe qué hacer con todos los datos y ansiedad del usuario, y para no verse abrumado ante ello recurrir a su saber: la receta. Así, en estos casos la farmacología constituye un factor alienante. En todo esto se fomenta la alienación del psicólogo y del psiquiatra y la alienación del usuario, y toda la estructura hospitalaria y sanatorial pasa a tener el efecto de un factor alienante más.

Concordamos en que la falta de tolerancia del médico a la angustia del usuario puede tener consecuencias negativas. Puede obstaculizar la comunicación efectiva entre médico y paciente, lo que a su vez puede afectar la confianza, la adherencia al tratamiento y la satisfacción del usuario. Además, la falta de respuesta adecuada a la angustia del usuario puede contribuir a la medicalización innecesaria de los síntomas emocionales, el sub-tratamiento de la angustia y la falta de apoyo psicosocial.

Bleger (1964) destaca la importancia de que el psicólogo o psiquiatra no trabajen aislados, que formen por lo menos grupos de estudio y de discusión en los que se revea el trabajo que se realiza. Para caer en la estereotipia no hay mejor clima que el del aislamiento profesional, porque el aislamiento termina por encubrir las dificultades con la omnipotencia.

Cuando la realidad aparece supuestamente como comprensible y previsible, los sujetos vuelcan sobre sí mismos la reflexión

sobre su padecimiento. Cuando la realidad y los otros requieren del máximo de atención para garantizar la sobrevivencia, el malestar subjetivo sólo suscita la necesidad de eliminarlo o desecharlo para concentrarse en el afuera amenazador, limitando las posibilidades de elaboración. Elaborar traumas en un contexto traumático crónico (como puede resultar un Hospital Público *Monovalente*) no permite la necesaria vuelta sobre sí. Hay una fase ineludible del proceso de re-significación y re-ligamiento que pasa por el diálogo, la concreción de estrategias colectivas y la construcción de discursos alternativos, esta fase sólo es posible en el lazo social. Trabajar como operadores de esos procesos, hacerlo interdisciplinariamente e inclusive incorporando saberes no disciplinarios se impone como una de las estrategias actuales en el campo de la salud mental. (Stolkner, 2001)

En este sentido, nos resulta viable y pertinente pensar en otros modelos de abordaje más saludables y constructivos, que apunten a derribar estigmas y promover empatía. Sobre las estrategias podemos destacar mejorar la formación médica en habilidades de comunicación y manejo emocional, brindando a los médicos herramientas y conocimientos para comprender y abordar las emociones de los usuarios con perspectivas que superen la mirada biologicista. También se ha destacado la importancia de fomentar una cultura organizacional que valore y promueva la atención emocional en las prácticas (para los usuarios, y para los profesionales intervinientes también)

En conclusión, la falta de tolerancia a la etapa de angustia del usuario es un problema

relevante que requiere atención en la praxis. Abordar esta falta de tolerancia puede mejorar la calidad de la atención médica, fortalecer la relación médico-usuario y contribuir al bienestar emocional y físico de los usuarios y de los trabajadores.●

## **Bibliografía**

- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica. Temas de psicología (entrevista y grupos).
- Eloid Durand, C. (2018). La dimensión socio-política de la salud mental: estudio de caso en una asociación civil sin fines de lucro.
- Mischel, W., Shoda, Y. y Rodríguez, ML (1989). Retraso de la gratificación en los niños. Ciencia , 244 (4907), 933-938.
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. Revista Actualidad Psicológica, 26(239).