

Universidad de Palermo

Trabajo Final Integrador

Trastornos de ansiedad post crisis 2001
¿Aumentaron?

Autor: Cuntin, Juan Pablo

INDICE

1. Introducción y planteo del problema	Pág.5.
Justificación del proyecto.....	Pág.6.
1.1Objetivos	Pág.6.
1.2Hipótesis	Pág.6.
2. MarcoTeórico	Pág.7.
2.1Contexto Argentino	Pág.7.
Crisis global.....	Pág.7.
Definición de crisis.....	Pág.8.
Cambios económicos-financieros.....	Pág.8.
Déficit fiscal y deuda externa.....	Pág.9.
La sociedad argentina y la crisis.....	Pág.10.
Formas de organizaciones no tradicionales.....	Pág.11.
“Que se vayan todos”.....	Pág.11.
Política presupuestaria del déficit cero.....	Pág.12.
Acentuación popular del rechazo al gobierno.....	Pág.13.
Elecciones nacionales del 14 de octubre: cambio en el mapa político.....	Pág.13.
Voto en blanco, voto impugnado y abstención.....	Pág.14.
Inestabilidad política: incertidumbre.....	Pág.14.
La actitud del Gobierno y del presidente.....	Pág.14.
Decretos de Necesidad y Urgencia.....	Pág.15.
Nuevo recorte presupuestario.....	Pág.16.
Movimientos de protesta.....	Pág.17.
Repercusión en empresas.....	Pág.17.
Incremento del riesgo país.....	Pág.17.
El FMI no desembolsa.....	Pág.17.
Incertidumbre y fuga de depósitos.....	Pág.18.
Nuevas medidas económicas.....	Pág.18.
Inicios de insubordinación civil.....	Pág.18.
8 de noviembre: Gran corrida bancaria.....	Pág.18.
Crisis política.....	Pág.19.
El cuestionado estilo de De la Rúa.....	Pág.19.
Nuevo paquete: decreto 1570/01. “Corralito”.....	Pág.20.
Incertidumbre y repercusiones sociales.....	Pág.21.
Paro masivo del 13 de Diciembre.....	Pág.21.
Fracaso de convocatoria del Episcopado a un intento de unidad nacional.....	Pág.21.
19 de Diciembre: Un día clave.....	Pág.22.
Movilizaciones, cortes y marchas.....	Pág.22.
Saqueos.....	Pág.22.
20 de diciembre.....	Pág.23.
Estado de sitio.....	Pág.23.
Miles a Plaza de Mayo.....	Pág.23.
Represión, muertos, heridos y detenidos.....	Pág.23.

Renuncia De la Rúa.....	Pág.24.
El fenómeno de los cacerolazos.....	Pág.24.
Puerta: presidente provisional por un día.....	Pág.25.
Rodríguez Saá: nuevo presidente provisional.....	Pág.25.
Falta de aval político para el nuevo presidente.....	Pág.25.
Medidas polémicas (default).....	Pág.25.
Más cacerolazos y más represión.....	Pág.25.
Renuncia Rodríguez Saá.....	Pág.25.
Duhalde: nuevo presidente provisional.....	Pág.26.
Devaluación oficial.....	Pág.26.
Quejas contra la Corte y la pesificación.....	Pág.26.
Depreciación de la palabra presidencial.....	Pág.26.
Miles a las embajadas de Italia y España.....	Pág.28.
2.2 Ansiedad	Pág.29.
Ansiedad normal.....	Pág.29.
La anticipación.....	Pág.29.
Amenazas directas o indirectas.....	Pág.30.
Ansiedad desadaptativa.....	Pág.31.
Incremento en los trastornos de ansiedad.....	Pág.31.
Deterioro en diferentes áreas.....	Pág.31.
Prevalencia de los trastornos de ansiedad.....	Pág.32.
Altos costos en el tratamiento.....	Pág.33.
Manifestaciones sintomáticas de la ansiedad.....	Pág.33.
Gráfico 1: Manifestaciones de la ansiedad.....	Pág.33.
Físicas.....	Pág.34.
Cognitivas.....	Pág.34.
Conductuales.....	Pág.34.
Sociales.....	Pág.34.
Predisposición biológica o psicológica.....	Pág.34.
Ansiedad y angustia.....	Pág.36.
Ansiedad y miedo.....	Pág.36.
Apreensión ansiosa.....	Pág.36.
Trastornos de Ansiedad: Tipos.....	Pág.35.
Trastorno por pánico.....	Pág.37.
Agorafobia.....	Pág.38.
Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	Pág.38.
Fobia Específica.....	Pág.40.
Ansiedad Social.....	Pág.41.
Trastorno por Estrés Postraumático.....	Pág.42.
Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	Pág.44.
2.3 Depresión	Pág.47.
Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo.....	Pág.47.
Gráfico 2: Síntomas conjuntos de ansiedad y depresión.....	Pág.49.
Gráfico 3: Comorbilidad entre trastornos ansiosos y depresivos.....	Pág.50.
Trastorno Depresivo Mayor.....	Pág.50.
Distimia.....	Pág.50.

Trastorno Bipolar.....	Pág.51.
2.4 Estrés.....	Pág.52.
Ansiedad como respuesta al estrés.....	Pág.52.
Estado de alerta en el estrés.....	Pág.52.
Selye: teorías basadas en la respuesta.....	Pág.53.
Holmes: la importancia del estímulo.....	Pág.53.
Lázarus: teorías basadas en la interacción.....	Pág.54.
Bellock: modelo de siete etapas.....	Pág.55.
Modelo Constructivista-Realista.....	Pág.56.
Esquemas y significados.....	Pág.56.
Evitación.....	Pág.57.
Características de una situación estresante.....	Pág.58.
Estrés y enfermedades médicas.....	Pág.59.
Respuestas fisiológicas.....	Pág.59.
La activación constante y sus consecuencias.....	Pág.59.
Trastornos psicofisiológicos.....	Pág.60.
2.5 Los medios y el aumento de casos.....	Pág.61.
Los especialistas en los medios.....	Pág.61.
Aumento de consultas por estrés.....	Pág.61.
Aumento de cardiopatías y consultas psicósomáticas.....	Pág.63.
Ausencia de registros diagnósticos estadísticos.....	Pág.63.
Aumento general de consultas psiquiátricas.....	Pág.64.
Gráfico 4: Aumento en las prestaciones ulteriores de los tratamientos en el área de salud mental.....	Pág.64.
Agravamiento en pacientes.....	Pág.65.
Aumento en el consumo de ansiolíticos y antidepresivos.....	Pág.66.
Trastornos de Ansiedad, ¿por qué más frecuentes ahora?.....	Pág.67.
La influencia de los medios.....	Pág.67.
Modelos y actores sociales.....	Pág.68.
3. Tipo de estudio y diseño.....	Pág.69.
4. Método.....	Pág.69.
Criterios de exclusión.....	Pág.69.
Cuadros ansiosos y depresivos tomados.....	Pág.70.
5. Presentación y Análisis de Resultados.....	Pág.71.
Obstáculos de la investigación.....	Pág.71.
Sistematización de cuadros diagnósticos.....	Pág.72.
Resultados de la Comparación.....	Pág.73.
Gráfico 5. Primeras Admisiones registradas en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Francés, según historias clínicas. Años1999 y2002.....	Pág.74.
Gráfico 6. Porcentajes de consultas realizadas en 1999y 2002, según total de registros en cada año.....	Pág.75.
Tabla 1. Cuadros diagnósticos como trastornos ansiosos, años 1999 y 2002.....	Pág. 76.
Tabla 2. Cuadros diagnósticos como trastornos depresivos, años 1999 y 2002.....	Pág.77.
Género de los consultantes.....	Pág.78.
Tabla 3. Consultas efectuadas según género, años 1999 y 2002.....	Pág.78.

Gráfico 7. Porcentajes según género de consultantes, años 1999 y 2002.....	Pág.78.
Edad de los consultantes.....	Pág.79.
Tabla 7. Porcentajes de consultas según rasgo etario, años 1999 y 2002.....	Pág.79.
5.1 Análisis Cualitativo de determinadas historias clínicas	Pág.81.
6. Comentarios y Discusiones	Pág.87.
6.1 Anexos	Pág.92.
Historias Clínicas	Pág.98.
Tabla 8. Total de historias clínicas revisadas, año 1999.....	Pág. 98.
Tabla 9. Total de historias clínicas revisadas, 12/01 a 12/02.....	Pág. 102.
7. Datos Bibliográficos	Pág110.

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA

La presente investigación se sustenta en la labor efectuada durante el lapso de trescientos veinte horas de práctica institucional realizada en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital privado durante parte 2004.

El trabajo intenta describir un posible aumento del número de consultas por trastornos de ansiedad registrados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital , post crisis social, económica y política ocurrida en la Argentina durante el 2001.

Si bien existe una suposición de que se ha producido un aumento en el número de consultas de pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad, no se cuentan con estudios sistemáticos donde lo mismo haya sido examinado fehacientemente. Es por eso que el presente trabajo final de integración intenta servir de aporte a un terreno poco desarrollado.

El hecho de que la información haya sido extraída mayoritariamente de noticias periodísticas obedece a que los medios masivos de comunicación tuvieron un rol protagónico en la transmisión de los hechos, al ser fuentes primordiales para acceder a los acontecimientos de esos días. Cobra relevancia a su vez la escasez de información existente respecto al tema abordado.

Durante la crisis, los servicios de psiquiatría de los diferentes hospitales-privados y públicos-, han recibido, entre otras demandas, las provenientes de personas con claros síntomas ansiosos.

Dicha situación fue difundida masivamente por los medios de comunicación.

1.1 OBJETIVOS

El objetivo central del trabajo es el de comparar los cuadros diagnosticados como trastornos ansiosos y como trastornos depresivos, registrados en las historias clínicas del Hospital , tomando los años 1999 y 2002.

A partir de allí se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- ✓ Establecer la cantidad de cuadros ansiosos y depresivos correspondientes a los años 1999 y 2002 respectivamente.
- ✓ Identificar características propias de los pacientes consultantes-género, edad-según los diferentes cuadros presentados.
- ✓ Analizar cualitativamente determinadas historias clínicas representativas, que contemplen mención a la situación crítica que atravesaba el país y las repercusiones ocasionadas sobre la vida de los consultantes.

1.2 HIPOTESIS

La crisis económica, política y social vivida en la Argentina durante el 2001 influyó en que se produjera un aumento en los trastornos de ansiedad registrados en el servicio de psiquiatría de un Hospital privado.

2. MARCO TEORICO

Se describirá la situación social, política y económica vivida por esos días en la Argentina, remitiéndose básicamente a fuentes periodísticas y a enfoques sociológicos.

Se definirán por otra parte conceptos referidos al campo denominado ansiedad, entre ellos los de ansiedad normal y ansiedad desadaptativa-trastornos de ansiedad-. Se enfatizará en las relaciones que presenta la ansiedad con diferentes fenómenos- ansiedad y estrés, ansiedad y depresión, ansiedad y enfermedades físicas-.

Se utilizarán para ello conocimientos aplicados desde el campo de la psicopatología, tomando como referencia especialmente el enfoque de la Psicología Cognitiva.

2.1 Contexto Argentino

La Argentina post crisis 2001, bien lo expresa Godio (2002) se trata de un país desgarrado por una crisis global -política, económica y social-, que se ha ido desarrollando desde hace varias décadas, pero que se hará evidente con el estallido del 19 y 20 de diciembre de 2001.

Es indudable que, tal como grafican investigaciones realizadas la crisis afectó a la población en diversos grados. (Rouvier R. & Asociados, 2003, Casablanca R. & Hirsch H., 2003).

No debe extrañarse, tal analiza Rouvier (2003), que la misma haya impactado en el estado anímico de la población, a raíz de las graves consecuencias socioeconómicas, entre otros factores.

Lamberto (2003) haciendo un repaso por la historia de nuestro país, sostiene que a las crisis de 1890, de 1905 y de 1930, se agrega la del 2001, sin duda por su magnitud, la peor de todas.

La crisis, bien lo expresa Rouvier (2003), está asociada con la fractura o discontinuidad de un proceso que, en general, no puede ser previsto.

Retomando a Lamberto (2003), la crisis no se produjo por una única causa ni tuvo un solo responsable. Existieron razones objetivas que la provocaron, por el manejo de las variables económicas, fruto de la decisión de los gobernantes, pero también el consentimiento de muchos sectores de la sociedad, que disfrutaron de un nivel de gasto que el país sólo podía sostener incrementando la deuda pública.

Godio (2002) describe en detalle la vertiginosa sucesión de los acontecimientos políticos y económicos que transformaron profundamente la economía, la cultura política y las dinámicas relaciones entre clases sociales de nuestro país.

A partir de la caída del gobierno de De la Rúa se producen trascendentes cambios económico-financieros.

Se realiza la devaluación y la pesificación. Sin embargo, ambas preservaron el corralón y el corralito para impedir el desplazamiento de pesos a dólares.

Godio (2002), al indagar el cimiento de los problemas económicos, menciona que desde 1976, la Argentina ha vivido en una economía de endeudamiento que, al tiempo que destruyó gran parte del sistema productivo, sólo podía durar mientras continuase el flujo de créditos.

Loiácono (2001) explica que el financiamiento del déficit fiscal se lograba con la venta de las empresas del Estado y la llegada de capitales de inversión al país.

Según la Enciclopedia Wikipedia (2005), un déficit presupuestario ocurre cuando una entidad gasta más dinero del que gana. El concepto opuesto es el superávit

presupuestario. Cuando el déficit corresponde a un gobierno, el concepto es conocido como déficit fiscal.

Este concepto difiere del de deuda pública, la cual resulta de un déficit acumulado a lo largo de un número de años. El déficit presupuestario conlleva a un incremento en la deuda de una entidad hacia otros.

Loiácono (2001) comenta que cuando el presidente Menem le entrega el mandato al presidente electo De la Rúa, el déficit fiscal se estimaba en 11.000 millones de pesos anuales. Considerando que la deuda externa era para mediados del 2001, de 148.000 millones de dólares-sólo la pública nacional, sin la de las provincias que rondaba unos 20.000 millones, ni la privada-, el déficit anual era muy elevado.

El paulatino incremento del déficit fiscal, la falta de empresas del Estado para vender, la disminución del flujo de capitales para invertir en el país dieron el puntapié de la gran recesión.

Comenzó a ser habitual ver quiebras de empresas, producto de la falta de competitividad por la convertibilidad con un peso sobrevaluado y créditos caros, éstos últimos como consecuencia del elevado déficit fiscal que incrementaba el riesgo país y por ende las tasas de los créditos que se tomaban.

A pesar de las ventas de empresas del Estado, jamás se usaron los fondos de la venta de dichas empresas para cancelar capital de la deuda, ya que fueron usados para financiar el déficit creciente.

A consideración de Godio (2002), esta historia termina en noviembre y estalla políticamente en los sucesos del 19 y 20 de diciembre de 2001.

Con la corrida bancaria de principios de diciembre los dólares depositados dejaron súbitamente de existir, y ello daba lugar al corralito y al corralón. Los bancos, nacionales y extranjeros, niegan en ese entonces contar con recursos propios para afrontar la demanda en dólares de los ahorristas. La convertibilidad había muerto, y con ella el gobierno de De la Rúa-Cavallo. El país quedó en diciembre al borde del colapso, con una desocupación de 23 por ciento y 15 millones de pobres.

Retomando a Godio (2002), es posible ver a la devaluación como la última consecuencia de la convertibilidad. El engaño de asegurar que cada peso-incluidos los depósitos-estaba garantizado por dólares estalló en noviembre de 2001, cuando las reservas evaporaron.

Rouvier (2003) reflexiona que la mayoría de los argentinos recorrieron los '90 sostenidos en la ilusión de pertenecer al primer mundo. Eran los tiempos en los cuales la paridad 1 a 1 entre el dólar y el peso, parecía eternizarse y todo podía comprarse en cuotas, mientras un liderazgo fuerte lo garantizara, pero al mismo tiempo las instituciones iban perdiendo credibilidad.

Tal como se viene desarrollando, desde mediados del 2001, la sociedad argentina atravesó un proceso crítico. Rouvier (2003) grafica el estado conflictivo de esos días al reflexionar que este proceso pasó, de la situación traumática a la de catástrofe en el comienzo del 2002, 20 de Diciembre mediante. Día en el que el presidente De la Rúa escapaba de la Casa Rosada en helicóptero, culminando una jornada de combates callejeros y represión policial que dejó un saldo de 22 muertos, tal como lo relatan Alonso J. y Caballero R. (2001) de Revista *NOTICIAS*.

Por ese entonces el país atravesaba un período caracterizado por eventos impactantes. Casabianca y Hirsch (2003) identifican algunos estresores sociales de esas fechas: el sostenido aumento del desempleo y la pobreza, lo que se llamó el corralito financiero, la caída de un presidente constitucional y la sucesión de varios presidentes en el término de 5 días, la destrucción física de bancos, los cacerolazos y la manifestación de piqueteros, la expresión pública de rechazo hacia la clase dirigente y el sistema judicial, la devaluación de la moneda y la hiperinflación, la inseguridad física y los hechos de violencia contra las personas y las propiedades, el progresivo descreimiento en las fuerzas de seguridad pública, entre otros.

En su momento la Alianza había llegado con un fuerte aval del pueblo. Pero, como sostiene Rouvier (2003), con ella la Argentina se fue acercando al abismo, el cual se había construido en los '90 y ahora avanzaba a pasos agigantados.

Godio (2002) manifiesta que la primera sensación desde los sucesos del 19 y 20 de diciembre en la sociedad ha sido de estupor y miedo.

Surgieron naturalmente las búsquedas de explicaciones profundas en el pueblo sobre las causas de la descomposición del país.

Es la época en donde se mantiene la idea impulsiva de *que se vayan todos*. Para el autor, la consigna general es el ensamble, en un momento histórico, de las experiencias sociales negativas con ideas que la sociedad ya venía construyendo a través de percepciones sobre la inviabilidad de los modos de funcionamiento de la economía, los mercados de trabajo, los partidos políticos y el régimen político-institucional.

Paralelamente desde hace varios años se desarrollan en todo el país diversas formas de organización popular no tradicionales: multisectoriales, cabildos abiertos, comités de

crisis, asambleas populares, etc. Confluyen en ellas movimientos de trabajadores desocupados, organizaciones de pequeños y medianos productores urbanos y agrarios, movimientos estudiantiles, comerciantes autoconvocados por el corralito y otros. Predomina en estas organizaciones la idea, confusa pero vital, de utilizar los distintos tipos de reivindicaciones y demandas para construir el *autogobierno del pueblo*.

Palomino (2004) razona que los nuevos movimientos sociales son un enfoque más atento a la construcción social de los movimientos y no sólo a sus formas de protesta y movilización, concebidas como emergentes de una actividad más vasta.

Desde mediados de 2001 el gobierno muestra a una Alianza en crisis. La Unión Cívica Radical y el Frepaso-a la deriva después de la renuncia del vicepresidente Carlos Álvarez- habían perdido su centralidad como articuladores del poder. El gobierno pasó desde allí a estar liderado por una coalición de fuerzas de centro-derecha representadas en Fernando De la Rúa y Domingo Cavallo.

Se acordó implementar la política presupuestaria del déficit cero para salvar el régimen de convertibilidad y resolver el pago de los intereses de la deuda externa. Bajo esa perspectiva, el Estado nacional gastaría lo que recaudase. Esto significaba que el Estado decidía atender a las demandas de los mercados y desechar las políticas de inversión, de salarios y de ampliación del consumo para salir de la recesión económica. El gasto público para financiar la seguridad social, la salud y la educación sería reducido, así como también los salarios de los empleados públicos.

Mariani (2001) explicaba que no se trataba de una política de crecimiento, sino más bien era una manera de calmar a los mercados intentando dar garantías del pago a los acreedores externos.

Las nuevas medidas acentuaron la recesión, causando depresión económica: se acelera la fuga de depósitos, se desploma la recaudación y el déficit sigue aumentando. Se intenta recompensar la crisis financiera con la emisión de bonos provinciales y nacionales y el Lecop-nacional- que asumen el rol de tercera moneda.

La voluntad de cumplir a cualquier precio con el programa de pagos de la deuda externa agravaría situaciones específicas vinculadas con otras dimensiones problemáticas: continuaría afectando la competitividad de la producción e implicaría mayores niveles de desocupación, precariedad, pobreza y exclusión.

Se acentuó el creciente rechazo popular al gobierno de la Alianza, pasándose a la oposición un amplio sector de asalariados y sectores medios que constituían su base sociopolítica. Se amplió el escenario de protestas laborales en el sector público y movilizaciones de piqueteros. En este contexto sociopolítico, se realizaron las elecciones nacionales del 14 de octubre para renovar parcialmente la Cámara de Diputados y elegir un nuevo Senado, según lo establecido en la Constitución Nacional, y autoridades municipales.

Godío (2002) considera que la debacle política de la Alianza se inicia con las elecciones legislativas de octubre. Las elecciones se realizaban en un contexto de descrédito de la *clase política* y de creciente reducción de la legitimidad de los tres poderes del Estado, acompañado de un contexto económico pesimista.

El partido Justicialista fue un claro ganador de los comicios, este fenómeno provoca un cambio sustancial en el terreno político. El justicialismo triunfa en diecisiete de los veinticuatro distritos, retiene la mayoría en el Senado, pasa a controlar la Cámara de Diputados y se perfila como la fuerza política mejor ubicada para suceder al gobierno de la Alianza.

Claramente dicho contexto de creciente rechazo popular, se reflejó a la hora de votar. Ya que crecieron fuertemente el voto en blanco y el voto anulado voluntariamente, como también la abstención.

Unas cinco millones de personas que mientras en 1999 votaron por alguna fuerza política, ahora no encontraban representación.

Jorge (2002) considera sin embargo que quienes votaron en blanco o anularon el sufragio en la elección legislativa de octubre son quienes defienden más firmemente el sistema democrático frente a cualquier otra forma de gobierno, pero descreen por completo de la actual dirigencia, a la que no consideran capacitada para solucionar los problemas del país.

Asimismo, ante la pérdida de votos de la Alianza y del Partido Justicialista, crecían fuerzas políticas no tradicionales. Fuerzas de centroizquierda e izquierda como ARI, Polo Social, izquierda Unida, Autodeterminación y Libertad, y otras.

Se estaba configurando un cuadro de inestabilidad política, lo cual se traslucía en la imagen de De la Rúa.

Godio (2002) al mencionar la postura presidencial, describe la acentuación de la imagen de un presidente dubitativo y sordo frente al hecho de que el voto bronca había sancionado a un gobierno desacreditado.

El autor formula que De la Rúa era un presidente absolutamente confundido, evidenciando que demostró lo mismo claramente el 18 de octubre, cuando intentó justificar el voto bronca como reacción ante la insolidaridad de la Alianza con su gestión presidencial.

Asimismo, el propio Domingo Cavallo se mostraba vacilante, comenzando a criticar al FMI, a la ortodoxia del Banco Central, y a las propias restricciones técnicas de su equipo en el Ministerio de Economía.

El futuro político del país comenzaba a ser incierto: el régimen de convertibilidad comenzaba a desmoronarse, lo mismo que la Alianza que dos años antes había triunfado en las elecciones presidenciales.

Los medios de comunicación no hacían oídos sordos, y desde mediados de octubre la gran prensa comenzaba a destacar que las causas de fondo del voto bronca tenían que ver con la incapacidad de los partidos políticos para incidir en un proceso de crisis económica en desarrollo.

Toda esta situación evidentemente atentaba contra la legitimidad del presidente. Esquivel (2001) reflexiona que muchas veces se le informó al Gobierno que presidía Fernando de la Rúa de las consecuencias sociales sobre la vida del pueblo, pero que éste no supo escuchar y dio privilegios a los grandes intereses financieros.

Pese al marcado descontento social, y ante las presiones económicas, el Gobierno comenzó a implementar nuevas medidas polémicas.

Godio (2002) defiende que los decretos de necesidad y urgencia 1387/01 y 1382/01 son el primer intento de De la Rúa y Cavallo para preservar la convertibilidad y superar el aislamiento político. El Gobierno nacional los produce el 1 de noviembre con el objeto de atacar la recesión económica en varios frentes. Los decretos pretendían garantizar, preservando la convertibilidad, el cobro de los acreedores de la deuda pública y privada a través de una reestructuración de los montos y plazos de intereses, las ganancias extraordinarias de las grandes empresas de servicios privatizadas e industriales privadas,

recortar tibiamente los beneficios de las AFJP y conquistar políticamente a través de medidas asistenciales a amplios sectores afectados por la pobreza y el desempleo.

Los principales afectados por estos decretos son los trabajadores del sector formal de la economía-del cual se trasladan recursos a los sectores más pobres al disminuir las asignaciones familiares-y las Pymes industriales, agrícolas y de servicios, que no son asistidas en estas nuevas medidas.

El autor recapacita que el paquete asume que la Argentina no puede hacer frente a sus compromisos de deuda externa en las condiciones establecidas. Eran de alguna forma la admisión explícita del fracaso de la estrategia del plan de convertibilidad, de la inoperancia y el costo elevado de las sucesivas reprogramaciones de la deuda pública, de la ineficiencia de la administración fiscal y tributaria de los sucesivos gobiernos.

Ninguna de las medidas contenidas en los decretos apuntaba a resolver los problemas estructurales del modelo económico y como resultado las medidas agravaron mucho más los problemas fiscales, sobre todo los estructurales.

Pese a todo, el gobierno, cada vez más aislado, recurre a un nuevo recorte presupuestario. Se lanzan dos medidas que agudizaron aun más la depresión y la descomposición social: la decisión administrativa 228/01, que modifica el Presupuesto Nacional y recorta los gastos del Estado en 1700 millones de dólares, y el decreto 1382/01.

Godio (2002) explica que, a raíz de que el gobierno se había comprometido con el FMI de que el déficit fiscal fuera en 2001 de 6500 millones de dólares, recurrió al fácil expediente de recortar aún más los gastos sociales en educación y seguridad, entre otros.

Este hecho significaba un brutal ajuste sin anestesia. Sobre un ajuste de 1700 millones de dólares, el gasto social se reduce en 517 millones.

Se trata de nuevos recortes en los presupuestos de los ministerios de Trabajo, de Salud y de Desarrollo que provocarán nuevos movimientos de protesta, en particular a través de piqueteros, pero también a través de organizaciones sindicales.

Los nuevos recortes se habían producido en un contexto económico desastroso. Gran parte de las empresas industriales y de servicios estaban al borde del precipicio.

Muchos pequeños empresarios quebraron, algunos sobrevivieron teniendo que reconvertirse.

Ficarra (2005) manifiesta que al caer la mitad de la población por debajo de la línea de pobreza por causa de la crisis, las empresas no pudieron adaptarse con rapidez al nuevo contexto, adoptando una nueva política económica denominada marketing del momento.

La suma de los intereses de la deuda externa pública nacional, provincial y privada se traduce por ese entonces en un índice de más de tres mil puntos de riesgo país.

El riesgo país es un complejo cálculo, que toma en cuenta tipos de negocios financieros. Indica las expectativas que el mercado tiene acerca de la capacidad de un determinado país de pagar su deuda.

El recorte presupuestario para contar con recursos para pagar la deuda externa tampoco parecía alcanzar para satisfacer la presión del FMI, y el organismo finalmente negó a concretar el desembolso de 1260 millones de dólares, comprometidos para diciembre, y de los tres mil millones estipulados para marzo de 2002. El primero era indispensable para pagar vencimientos de noviembre y diciembre, y el segundo para respaldar la segunda fase del canje de la deuda externa que comenzaría en enero de 2002.

Godio (2002) relata que para entonces reinaba la incertidumbre, mientras continuaba la fuga de depósitos.

A fines de noviembre, Cavallo viaja a Washington para destrabar el reembolso del FMI por 1260 millones de dólares. El mensaje del organismo era que se debía cumplir a rajatabla con el déficit cero. Acorde a esto, Cavallo anunció el 9 de diciembre nuevas y polémicas medidas: la eliminación de los acuerdos de competitividad, la revisión del presupuesto 2002, la anulación del pago de impuestos futuros con bonos de la deuda, y adelantó que en el 2002 se eliminaría el aguinaldo de jubilados y trabajadores estatales.

Como era previsible, diversas organizaciones protestaron. Los trabajadores del estado se movilizaron, también jubilados y pensionados.

Godio (2002) marca aquí el nacimiento de un clima de insubordinación civil, y agrega que no parecía ser el mejor momento para que Estados Unidos preste plata desde el atentado del 11 de Septiembre a las Torres Gemelas y su impacto económico traumático.

El 8 de noviembre, mientras se cerraba el tramo local de la deuda, los ahorristas retiraron de los bancos en un día 1300 millones de pesos. Había comenzado la corrida bancaria. Se origina entonces el 30 de noviembre el decreto que limita a 250 pesos por semana el retiro en efectivo-de pesos, porque desaparecen los dólares de la banca.

La deuda pública consolidada para ese entonces equivale a cinco años de exportaciones anuales y representa 60 % del producto bruto interno. El 35 % de la fuerza laboral está desocupada o subocupada y 40 % de los argentinos vive por debajo de la línea de pobreza.

Era una realidad protagonizada por devaluaciones con caída del salario real, aumento del desempleo y pérdida para los ahorristas en plazos fijos y depósitos en cajas de ahorro. La caída del gobierno parecía inevitable.

A consideración del autor, la insatisfacción de los ciudadanos con el rendimiento de la democracia se concentra en sus instituciones básicas: los partidos políticos y el Congreso de la Nación.

Rouvier (2003) sostiene que la crisis política que vivió la Argentina fue, además, una crisis de autoridad, una disminución significativa del prestigio y credibilidad sobre las instituciones del Estado y del propio gobierno.

Se vivía una suerte de crisis de representación, de la cual la Alianza formaba parte, pero también el Partido Justicialista, quedando ubicado igualmente como la única fuerza política capaz de preservar la gobernabilidad.

Godio (2002) cita un artículo de Mariano Grondona publicado en *La Nación* el 28 de octubre, en donde éste último sostiene que la política económica del gobierno había sido calificada por la amplia mayoría de la ciudadanía como contraria al crecimiento económico y causante de la pobreza y el desempleo masivos. Asimismo analiza que las capas urbanas y rurales sufrían la crisis y que se mostraban nerviosas y preocupadas.

Al ponerse en juicio el sistema político, no puede desvincularse el comportamiento del propio presidente De la Rúa. Godio (2002) añade que su estilo era lento y distante, el cual deterioraba al sistema presidencialista. El autor remarca que en noviembre se comenzaba a hablar de la incapacidad de De la Rúa para gobernar.

Citando al diario *La Nación*, el cual publica el 18 de ese mes un editorial titulado *El estilo del presidente*, brinda un ejemplo de lo mismo. Se relataba que el país no toleraba

más una jefatura de gobierno insegura y vacilante, caracterizada por su falta de claridad y de energía para tomar decisiones. Rotundamente, acusaban a De la Rúa de evadirse de los problemas, emitiendo señales que llevaban a la confusión y al desconcierto a la ciudadanía, e incluso a veces a sus propios ministros y colaboradores.

Cibeira (2000), relataba en un artículo que las críticas que algunos hombres de la Alianza planteaban acerca del estilo de gestión de De la Rúa, se basaban en el hecho de que el mismo concentraba atribuciones sin delegar, entorpeciendo, por ejemplo, las negociaciones con los gobernadores.

El contexto en sí se tornaba cada vez más caótico en todas sus áreas. El poder Ejecutivo estaba aislado en medio de la mayor crisis sufrida por el país desde 1929-1934. El ministro Cavallo estaba cuestionado dentro y fuera del país. Se agudizaba la depresión económica, aumentaba el malestar popular y se perfilaban formas de desobediencia civil. La Argentina estaba al borde de la cesación de pagos, y como carecía de crédito externo estaba en default técnico.

El 30 de noviembre, urgido por la corrida bancaria, el Gobierno nacional produjo el decreto 1570/01, que contenía un nuevo paquete de medidas presupuestarias destinadas a ratificar la convertibilidad, dirigido a frenar la corrida bancaria y la salida incesante del país de la moneda patrón de la convertibilidad-el dólar-

Se daba inicio con estas medidas al vía crucis del pueblo conocido como corralón y corralito. Una mediada así en un contexto en ebullición, significaba un golpe de gracia a un pueblo ya atormentado.

“Se trataba de una sociedad angustiada por la incertidumbre de la inevitable salida de la convertibilidad. El *corralón* era la primera evidencia que inquietaba a la sociedad: La

restricción de recursos podría acentuar el temor colectivo y también el malhumor por forzar a la sociedad a adoptar-al menos por noventa días- patrones de vida cotidiana que desconoce y que complican” (Godio, 2002, p.117).

Las nuevas medidas generaron más incertidumbre y no contaron con el aval de la sociedad. Las restricciones para usar los depósitos en pesos y dólares agudizaron la depresión.

Los intereses políticos se entremezclaban con la necesidad de la gente. Es así como las dos CGT convocaron a un paro para el 13 de diciembre en defensa del salario. Fue un paro nacional activo de la CGT y la CTA, con apoyo de la Asamblea Piquetero. También estuvo el Bloque Piquetero, liberado por el trotskismo-Polo Obrero-. El paro, que fue presidido el 12 con movilizaciones obreras- unió a diversos sectores-desempleados, obreros, empleados y sectores de clase medias urbanas y rurales afectadas por la combinación del desempleo, bajos salarios y *corralito*-. Se cortaron rutas, calles y vías, y se ocuparon edificios públicos en Capital, Gran Buenos Aires y varias provincias.

Cardoso (2001) sostiene que hubo importantes niveles de acatamiento en todo el país, entre otras causas, por la elevada adhesión a la protesta de los trabajadores del transporte de pasajeros. La huelga, que se sintió también en el sector público y el comercio, derivó en incidentes de distinta gravedad en Córdoba, Neuquén, Rosario, General Roca, Pergamino, San Juan, Mendoza, La Plata y Mar del Plata, con heridos de balas de plomo y de goma, detenidos, daños en edificios públicos y colectivos.

El fracaso de una convocatoria del Episcopado de la Iglesia Católica argentina al gobierno, los principales dirigentes del Partido Justicialista y de la Unión Cívica Radical y las organizaciones empresariales reunidas en la Unión Industrial y las dos CGT para

constituir un gobierno de unidad nacional y un programa de reactivación económica y redistribución al ingreso, el 19 de diciembre en la mañana, catapultó la última posibilidad de supervivencia del presidente De la Rúa y su ministro de Economía.

El 19 de diciembre fue un día clave, caracterizado con el inicio de cortes, saqueos, y marchas por la noche, en la Capital Federal no cesaron las movilizaciones populares. Éstas fueron incorporando activamente a sectores medios-pequeños y medianos empresarios, chacareros, profesionales-afectados por el corralito.

Por la tarde de ese mismo día comenzaron las movilizaciones de sindicatos exigiendo la renuncia del presidente y de su ministro en Buenos Aires, Córdoba, Rosario y otras ciudades del país.

En el llamado conurbano de la provincia de Buenos Aires y en barrios de la propia Capital Federal se iniciaron saqueos a supermercados y comercios en general- ya el 14 de diciembre habían comenzado los primeros saqueos en Rosario y Mendoza, que pronto se extenderían a otras provincias-.

Brieger (2001) clarifica que en esos días se recordaba a 1989, cuando los asaltos masivos a supermercados terminaron con el gobierno de Raúl Alfonsín. El martes, De la Rúa decía que no había que magnificar los episodios.

En la provincia de Santa Fé los movimientos rurales se instalaron como eje de las multisectoriales.

Por la noche de ese mismo día, pese al estado de sitio decretado por el gobierno, dos millones de ciudadanos-la mayoría de clase media y asalariados- salieron a las calles casi espontáneamente y ocuparon y bloquearon pacíficamente casi toda la ciudad. El único

signo de identificación y unificación era la bandera argentina. Los partidos de izquierda, el peronismo y algunos afiliados a la CTA participaron, pero sin identificarse.

En la madrugada del 20 de diciembre, pese a que el gobierno declaró estado de sitio, las capas medias de la Capital Federal no se acobardaron y marcharon a la Plaza de Mayo. Miles de personas, la mayoría jóvenes-y de barrios pobres de la Capital y del Gran Buenos Aires-, sin identificación partidaria precisa pero vinculados a movimientos nacionalistas o de izquierda, exigían la renuncia de De la Rúa y Cavallo e intentaban ocupar la Casa Rosada.

Los saqueos no habían terminado y se expandían en negocios de la Capital Federal, en el conurbano, las ciudades de La Plata, Rosario, Córdoba y otras.

De la Rúa, que el día anterior había despreciado la convocatoria del Episcopado, intentaba ahora inútilmente convocar al Partido Justicialista a formar un gobierno de unidad nacional.

Surgen organizaciones populares, asambleas, coordinadoras, entre otras. La mayoría de los participantes no aceptan banderas, sólo la argentina. El gobierno nacional-y también los gobiernos de las provincias de Buenos Aires y Santa Fé-ordena la represión, pero ésta es paralizada por la sublevación espontánea. Pequeños grupos de jóvenes activistas intentan llegar hasta la sede de gobierno-la Casa Rosada- y son violentamente reprimidos por la Policía Federal.

El resultado de la confrontación del 20 entre manifestantes y fuerzas policiales y de seguridad es de treinta y dos muertos registrados en todo el país-cinco en la Plaza de Mayo-, y cientos de heridos y detenidos. A las 20 el presidente De la Rúa renuncia.

Godio (2002), en referencia a los sucesos del 19 y del 20 de diciembre, habla de la *pueblada nacional*, en tanto se produjeron movilizaciones en todo el país, desde Jujuy hasta Tierra del Fuego. De ahí que también se ha calificado a estos sucesos como *Argentinazo*.

El autor explica que la sociedad argentina actúa tradicionalmente a través de sus organizaciones representativas- partidos, sindicatos, etcétera-. Pero en contextos de crisis social puede expresarse dentro o fuera de las instituciones representativas tradicionales. Entre la década del 90 y 2000, con el aumento del desempleo, se produjeron movilizaciones en masas con ocupación de ciudades -Santiagueño, Cutralcazo, Tartagal- Mosconi, Jujéño, que en algunos casos derrumbaron gobiernos provinciales. A partir de mediados de la década de los 90 surgen los cortes de ruta y los piqueteros. También ocupaciones de fábricas en crisis para preservar los puestos de trabajo.

Lamberto (2003) opina que la forma más contundente y novedosa de la protesta fueron, sin duda, los cacerolazos. El autor describe que un hilo conductor enlazaba Buenos Aires en uno y al mismo instante, cuando miles y miles de cacerolas hacían oír sus quejas.

Godio (2002) considera que no fueron los cacerolazos los que terminaron de ocasionar el fin de la convertibilidad, sino la fuga de capitales del viernes negro del 8 de noviembre.

La democracia política había sufrido un duro golpe. El gobierno de De la Rúa, nacido de una alianza progresista de centro, había durado sólo dos años.

El domingo 23 la Asamblea Legislativa es convocada para elegir un presidente por noventa días, el que según la Ley de Acefalía debería convocar a nuevas elecciones presidenciales. Sin embargo, no está clara la situación, el senador Puerta se niega a aceptar la responsabilidad presidencial durante noventa días, y mucho menos de que se pudiese

prorrogar hasta 2003. Diferentes intereses internos provenientes en su mayoría del Partido Justicialista, se debatían sobre lo que debía hacer Puerta.

Se trata de una situación política muy compleja y volátil, no correspondida con la gravedad de la situación política y económica del país.

Puerta termina aceptando sólo una fugaz presidencia provisional, que termina el mismo 23. El poder político cae en manos del Partido Justicialista.

Ese 23 la Asamblea Legislativa elige como presidente provisional a Adolfo Rodríguez Saá, gobernador de la provincia de San Luis, por tres meses. Su deber era el de convocar a elecciones en marzo para elegir el nuevo presidente provisional, hasta diciembre de 2003.

El nuevo presidente recibe el apoyo de las dos CGT, pero el clima político le era desfavorable. Las principales corrientes internas del Partido Justicialista consideraban a Rodríguez Saá como un presidente débil y efímero. La Unión Cívica Radical había apoyado con reticencias. Los bloques del ARI y del Polo Social, y el sector del Frepaso liderado desde las sombras por el ex vicepresidente Carlos Álvarez, votaron en contra.

Rodríguez Saá adoptó medidas que resultaban drásticas: suspensión de la deuda externa, mantenimiento de la convertibilidad-que ya era ficticia-, emisión de una tercera moneda, creación de un millón de puestos de trabajo, aumento del salario mínimo y reducción de los salarios jerárquicos en el sector público a un tope de 3000 pesos.

Rouvier (2003) analiza que el default o suspensión de pagos significaba en la población la estabilización de la crisis como condición general.

El viernes 28, cuando una manifestación popular obligó a renunciar al flamante jefe de gabinete, Carlos Grosso-quien sostenía que lo habían elegido por su inteligencia, no por

su prontuario-era evidente que no habría respiro para un gobierno provisional sospechado de refloatar dirigentes acusados de corrupción. En efecto, el 28 por la noche se produce una segunda vuelta de cacerolas y de represión.

Sin apoyo en el PJ, Rodríguez Saá se ve obligado a renunciar el domingo 30 de diciembre. El primer gobierno provisional había durado sólo una semana.

Luego del breve paso del presidente provisional, Adolfo Rodríguez Saá, el 2 de enero asume el cargo Eduardo Duhalde, segundo presidente provisional.

Duhalde es elegido para cumplir con el mandato inconcluso de Fernando De la Rúa, que finalizó el 10 de diciembre de 2001.

Godío (2002) marca aquí el origen de una nueva situación política en la Argentina, en un contexto de crisis global, caracterizado por el fin de la política monetaria de la convertibilidad fija-un peso = un dólar-y el inicio de una nueva política económica basada en la devaluación del peso y el intervencionismo del Estado en la economía.

El autor grafica la realidad Argentina a principios de 2002: en default y con 20 % de la población activa desempleada y 40 % de la población en la pobreza.

La situación política había mejorado relativamente con el nuevo gobierno por su apoyo parlamentario, pero seguía siendo una circunstancia crítica. La situación social era explosiva.

Era esperable que la devaluación y el aumento de precios de artículos de consumo afectara a gran parte de la población y produjera una caída importante en la capacidad adquisitiva de los salarios.

Una multitud mayor que todas las anteriores volvió a ocupar el jueves 10 de enero las calles de Buenos Aires y de otras ciudades argentinas.

“Las heterogéneas masas asomaron primero para reclamar la renuncia de la Corte Suprema de Justicia, y salieron masivamente a la noche al anunciarse la resolución 2/02 del Ministerio de Economía estableciendo el cronograma de devolución de los fondos atrapados en el “corralito” de los bancos en plazo de hasta tres años. Formaban parte del plan para *pesificar* la economía”. (Godio, 2002, p. 165).

La indignación en la población había comenzado por los aumentos del precio de los alimentos y el desabastecimiento de medicamentos, que sucedieron a la sanción de la Ley 25561, el domingo 6 de enero, por el Parlamento, que puso punto final al régimen de convertibilidad y abrió el camino a una devaluación oficial del peso de 28 por ciento, dispuesta por el decreto 71/02 del presidente Duhalde, sancionado el 9 de enero.

Por ese entonces, comenzaba a juzgarse socialmente la labor de Duhalde.

El autor cita a Fernando Laborda, de *La Nación*, en una editorial del 20 de enero de 2002, con el nombre de *La peor devaluación, la de la palabra*, donde escribe que a la fuerte devaluación del peso se había sumado un problema igualmente grave, el de la depreciación de la palabra presidencial. *El que deposita dólares recibirá dólares*, fue la promesa apresurada de presidente presionado por los cacerolazos.

Godio (2002) reflexiona que las marchas y contramarchas que se observaban en el gobierno, al igual que ciertas frases del presidente, reflejaban el grado de improvisación con que se llegó al poder.

Por otro lado, como parte del escepticismo a la mejora del país, la primera quincena de enero mostraba también la afluencia de miles de personas a las embajadas de España e Italia, con el fin de obtener pasaportes comunitarios que les permitan radicarse como

Europeos en las tierras de sus abuelos. Aparte se producía el retorno de decenas de miles de residentes paraguayos y uruguayos a sus países de origen.

Rouvier (2003) expresa que al quedar el hombre argentino preso de la crisis, adoptó algunas salidas, entre ellas figura lo que el autor denomina la fuga, alternativa de los que se trasladaron a otros países sin demasiada planificación para encontrar un futuro que acá creían perdido.

2.2 Ansiedad

En muchos pasajes referidos a la descripción del contexto argentino de ese entonces, se hizo mención al grado presente de incertidumbre, imprevisibilidad, miedo, confusión, inestabilidad, caos, ambigüedad, entre otras características propias de la crisis económica, política y social vivida en el período analizado. Muchos de los conceptos descriptos competen a su vez a los campos de ansiedad y estrés.

Como se verá más adelante, los medios de comunicación relacionan estos dos hechos y las consecuencias generadas en la población.

Elustondo (2004) resulta representativa, al considerar que los argentinos estaban pagando con el cuerpo el costo de la crisis. La cronista enumera factores y sucesos como recesión, desempleo, crisis política, fuga de capitales, corralito, cacerolazos, saqueos, una treintena de muertos en pleno centro, un presidente, otro, otro más, medio país bajo la línea de pobreza, inseguridad, incertidumbre.

La periodista esboza una idea representativa en la sociedad, sosteniendo que bastaba con ese puñado de tragedias para encontrar respuesta a un diagnóstico que alarma.

El abordaje del concepto del campo de ansiedad, sus diferentes manifestaciones y sintomatologías asociadas, resultan un trabajo por demás extenso. En el presente trabajo final de integración se intentará clarificar resumidamente semejante universo.

Para comenzar a entender lo expresado es útil comenzar definiendo el concepto de ansiedad.

La ansiedad, tal sostiene Cía (2002), es una emoción psicobiológica básica. Como bien lo expresa Bellock (1995), se trata de una emoción normal que permite al hombre anticiparse y adaptarse al medio. El fin principal para dicha movilización es alcanzar objetivos.

Bulacio (2004) aclara que lo mismo forma parte normal del crecimiento, de los cambios, de la experimentación de cosas novedosas, del hallazgo de la propia identidad y del sentido de la vida.

La anticipación es un mecanismo cognitivo que permite hacer presente un futuro imaginado, previniendo así los peligros y amenazas a las que el hombre está sometido. La

capacidad de anticipación depende de los significados propios, de la subjetividad del hombre; al ser éste capaz de otorgar significado a sus vivencias, las emociones se vuelven más complejas.

Bulacio (2004) afirma que estas funciones básicas se complejizan a partir de múltiples significados que pueden darse a las experiencias vividas y anticipadas en relación consigo mismo, pero también con los demás y con el mundo.

Márquez López Mato (1997) explica que la ansiedad normal es parte del sistema endógeno de alarma que se activa en condiciones reales de amenaza o daño potencial al organismo. De esa forma, el mismo se prepara para la lucha, la defensa o la huida. Provoca un tipo de respuesta primario que trae aparejado una serie de cambios en cada uno de los sistemas respiratorio, cardiovascular, musculoesquelético, entre otros.

Sin embargo, como bien explica Bellock (1995), las amenazas que el hombre previene o anticipa, no sólo tienen que ver con amenazas directas a la integridad física- situados el contexto crítico argentino del 2001, el poder ser agredido en una manifestación o represión policial- sino que las amenazas están mediatizadas por la cultura- como en el caso de perder el trabajo o no poder recuperar la plata del corralito financiero-. Dicha mediatización cultural provoca que la ansiedad se potencie.

Como expresa Bulacio (2004), el sentido de la amenaza dependerá de la valoración que el sujeto haga de los estímulos- externos e internos- y de su capacidad de respuesta mediada por la valoración de sus recursos.

La ansiedad requiere por otra parte que el organismo se adapte para esta movilización, lo cual se denomina activación y atañe a las variables fisiológicas necesarias para dicho fin. Cía (2002) menciona por ejemplo, que dentro una respuesta normal, los

sentimientos de temor, preocupación, aprensión y alerta, así como un corazón palpitante, pueden ayudar a una persona a escapar de un daño físico.

Bellock (1995) considera que la ansiedad desadaptativa y patológica es fundamentalmente inhibitoria-dificulta alcanzar los objetivos propuestos- y puede expresarse en diferentes cuadros clínicos y diferente sintomatología asociada.

Cuando la ansiedad se generaliza o adquiere una gran dimensión se transforma en una respuesta rígida, bien lo explica Bulacio (2004). Se vuelve disfuncional o desadaptativa y, en tal sentido, debe considerarse patológica.

Bellock (1995) señala que el exceso de ansiedad provoca en el sujeto una vivencia de paralización. Dicho panorama provoca la imposibilidad de conseguir las metas, y de llegar a conseguirse las mismas es en base a un enorme costo.

Acerca de la ansiedad como trastorno, Cía (2002) expresa que la misma perturba o causa una disrupción en diversos aspectos de la vida cotidiana y relaciones, tendiendo a persistir en el tiempo.

Márquez López Mato (1997) aporta que la identificación y el tratamiento se vuelve de vital importancia debido a la alta comorbilidad que presentan, su tendencia a la cronicidad en caso de pasar inadvertidos o no recibir un tratamiento adecuado, y el ya mencionado deterioro a mediano y largo plazo que producen sobre las áreas sociales, familiares, laborales e intelectuales del individuo afectado.

Lindemann (1996) sostiene que en las últimas dos décadas, el campo de trastornos de ansiedad ha recibido un incremento en la atención clínica, como así también de diferentes investigaciones teóricas, acaparando también la atención pública.

Como bien desarrollan Kielholz y Adams (1991), los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas más frecuentes y causan un considerable malestar y deterioro funcional.

Lindemann (1996) se pregunta si la presente y supuesta *era de la ansiedad* refleja que efectivamente más gente sufre de trastornos ansiosos.

Márquez López Mato (1997) menciona que según cifras de la OMS-Organización Mundial de la Salud-un 15% de la población sufre, en algún momento de su vida, un trastorno severo de ansiedad.

Cía (2002) estima que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en nuestro país alcanza el 25%.

Bulacio (2004), manejando cifras más actuales, esboza que se calcula que entre un 15 y un 20% de la población padece, o padecerá a lo largo de su vida, problemas relacionados con la ansiedad con una importancia suficiente como para requerir tratamiento.

Dichos autores no especifican cómo calcularon estos porcentajes. Lamentablemente, los registros psicopatológicos del país en los cuales se puedan contemplar cifras precisas de los porcentajes pertenecientes a cuadros ansiosos. Esta cuestión se relaciona con la falta de un criterio clasificatorio único a nivel nacional-como ser el DSM IV-.

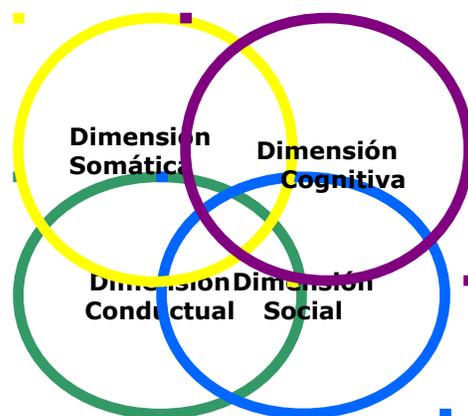
Greenberg (1999), en un estudio realizado en los Estados Unidos, analiza que los trastornos de ansiedad están asociados a altos costos de atención dentro del sistema de salud. Rice (1993), haciendo referencia al mismo país, menciona como ejemplo que a principios de los 90, los trastornos de ansiedad demandaron el 30 % del total de los costos

del servicio de salud mental, comparado a un 22 % por los trastornos del humor y un 20 % para esquizofrenia.

Cía (2002) desarrolla que los trastornos de ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones.

Bulacio (2004) profundiza más al clasificar las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad en diferentes grupos: Físicos, Cognitivos, Conductuales y Sociales.

Gráfico 1. Manifestaciones sintomatológicas de la Ansiedad.



Dentro de las manifestaciones *físicas*, se incluyen taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, molestias digestivas, náuseas, vómitos, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

Los síntomas *cognitivos* abarcan inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, y

dificultad para tomar decisiones. En casos muy extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio.

Pueden observarse también dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e inoportunos, incremento de dudas, tendencia a recordar sobre todo lo desagradable, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables y realizar interpretaciones inadecuadas.

Las expresiones *conductuales* implican estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad y lenguaje corporal: rigidez, tensión en las mandíbulas, cambios en la voz, entre otros. Cía (2002) agrega en esta área comerse las uñas, morderse los labios, hacer sonar los nudillos.

Las alteraciones *sociales* involucran irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, entre otros.

Cía (2002) habla también de cambios *emocionales*, entre los cuales incluye angustia, miedos, aprensión e irritabilidad.

Cabe aclarar que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos alcanzan la misma intensidad en todos los casos. Así lo entiende Bulacio (2004), quien le otorga un importante rol a la predisposición biológica o psicológica, para que cada persona se muestre más vulnerable a unos u otros síntomas.

Vindel y Tobal (1999) desarrollan que la respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. El tipo de estímulos capaces de evocar la respuesta de ansiedad estará, en gran parte, determinado por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante las diversas situaciones.

Yates (2004), cita que los síntomas varían dependiendo del trastorno específico de ansiedad que se trate. En la mayoría de los casos, como sostiene Márquez López Mato (2002), estos síntomas se encuentran asociados a conductas evitativas.

Antes de abocarse a la definición de los trastornos de ansiedad, cabe bien diferenciar el concepto de ansiedad con el de angustia, utilizados muchas veces como sinónimos. Cía (2002) conceptualiza que la angustia se caracteriza por un temor a lo desconocido, el cual se contrapone al miedo, temor hacia algo concreto y conocido.

La angustia se vivencia como amenaza de muerte inminente y de perder el control de uno mismo, sin saber a qué atenerse; la ansiedad se vive más bien como posibilidad de que pueda ocurrir *cualquier cosa*, como incertidumbre e inseguridad.

Barlow (2002) diferencia la ansiedad del pánico, marcando diferencias en distintos circuitos cerebrales, sostiene que la ansiedad es un peligro futuro, mientras que el miedo es un peligro presente, requiriendo una acción inmediata.

Barlow (2002) describe que la ansiedad está relacionada a un constructo cognitivo-afectivo ligado a un sistema defensivo motivacional. El autor menciona que lo esencial de este constructo es una sensación de falta de control basada en posibles conflictos futuros,

peligros, u otras problemáticas anticipadas negativamente, lo cual a su vez activa al individuo somáticamente. Por esta razón, el autor propone el término de aprehensión ansiosa.

En sí, la ansiedad es un concepto complicado, ya que, como se vino repasando, representa un estado de ánimo con importantes componentes cognitivos, tal lo explica Márquez López Mato (2002). La autora esboza que uno de los principales motivos que llevan a la confusión en la patología de la ansiedad es su similitud con el miedo, entendiendo que en principio, el miedo es parte de la ansiedad, pero como ambos estados comparten un determinado número de características, en general es difícil distinguir entre ellos. Algunos autores han sugerido que dichos conceptos son indistinguibles, mientras que otros sostienen que el miedo y la ansiedad son fenómenos totalmente independientes y separados entre sí.

Puntualizando en los trastornos de ansiedad, los mismos, según DSMIV TR (2003), se componen de: trastornos de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

Trastorno por pánico: Los síntomas identificados en un ataque de pánico se componen de transpiración, palpitaciones, dolores en el pecho, mareos o vértigos, náusea, problemas estomacales, sofocos o escalofríos, falta de aire o una sensación de asfixia, hormigueo o entumecimiento estremecimiento o temblores, sensación de irrealidad, terror,

sensación de falta de control o estarse volviendo loco, temor a morir. Según el DSMIV TR (2003), se caracteriza por una aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro -o más- de los síntomas mencionados, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros diez minutos. Tales episodios, como sostiene Márquez López Mato (1997), no se hallan circunscriptos a factores o situaciones específicas, no sin existir una real amenaza o peligro inminente que justifique el desarrollo de la ansiedad.

Como explica Bulacio (2004), las personas con este trastorno experimentan sensaciones de terror que les llegan repentina y repetidamente sin previo aviso. No pueden anticipar cuando les va a ocurrir un ataque y muchas personas pueden manifestar ansiedad intensa entre cada uno al preocuparse de cuando y donde les llegará el siguiente.

Si bien como ya mencionamos anteriormente, la intensidad mayor se alcanza en los primeros diez minutos, Bulacio (2004) expone que la duración de los ataques es muy variable, desde minutos hasta más de una hora en raras ocasiones. Pueden ocurrir a cualquier hora, incluso aunque se esté soñando.

Kaplan (1996) revela que no todos los que sufren ataques de pánico terminan teniendo trastornos de pánico. Muchas personas pueden, por ejemplo, sufrir un ataque y no volver nunca a tener otro.

Bulacio (2004) advierte de la importancia de tratar dicho trastorno, ya que de no hacerlo el mismo puede volverse incapacitante.

Según Kaplan (1996), el 1,6% de la población norteamericana padece trastornos de pánico y es más común entre las mujeres que en los hombres. Puede presentarse en cualquier edad, siendo más frecuente entre los adultos jóvenes.

El trastorno de pánico, bien sostiene Bellock (1995), frecuentemente va acompañado de otros problemas como depresión o alcoholismo, y pueden engendrar fobias, relacionadas con los lugares o situaciones donde los ataques de pánico han ocurrido.

Las vidas de algunas personas han llegado a hacerse muy restringidas porque evitan actividades diarias normales como ir al supermercado, manejar un vehículo o, en algunos casos hasta salir de su casa, bien lo explica Bulacio (2004). O bien pueden llegar a confrontar una situación que les causa miedo siempre y cuando vayan acompañadas de su cónyuge de otra manera que les merezca confianza. Se está en estos casos ante la presencia de la agorafobia. La misma puede aparecer también sin historia de trastorno por pánico.

Trastorno de Ansiedad Generalizada -TAG-: El DSMIV TR (2003), ubica como requisito para dicho trastorno un monto de ansiedad y preocupaciones excesivas- expectativa aprensiva- sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades -como el rendimiento laboral o escolar-, que se prolongan más de 6 meses. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocian a tres -o más- de los síntomas siguientes -algunos de los cuales han persistido más de 6 meses-: inquietud o impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño -dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador-.

Como bien manifiesta Bellock (1995), es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. La preocupación y la tensión son crónicas aún cuando nada parece provocarlas. Padeecer este trastorno significa anticipar siempre un

desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo.

Las personas que padecen de TAG no parecen poder deshacerse de sus inquietudes aún cuando generalmente comprenden que su ansiedad es más intensa de lo que la situación justifica. Así lo explica el DSMIV TR (2003), al explicar que quienes padecen de TAG también parecen no poder relajarse.

Bulacio (2004), desde su experiencia clínica, agrega que dichas personas pueden sentirse mareadas o que les falta el aire. Pueden sentir náusea o que tienen que ir al baño frecuentemente, o sentir como si tuvieran un nudo en la garganta. Muchos individuos con TAG se sobresaltan con mayor facilidad que otras personas. Tienden a sentirse cansados, les cuesta trabajo concentrarse y a veces también sufren de depresión. Márquez López Mato (1997) menciona permanentes y múltiples preocupaciones acerca de las situaciones del vivir diario, con sensaciones de desborde ante mínimas exigencias.

Este cuadro agota al paciente y a su entorno, llevándolo a veces a tomar conductas impulsivas como intento de soluciones mágicas para terminar con la ansiedad flotante en la que vive.

Bulacio (2004) entiende que por lo general, el daño asociado al TAG es ligero y las personas con este trastorno no se sienten restringidas dentro del medio social o en el trabajo. Además, a diferencia de otros trastornos de ansiedad, las personas con TAG no necesariamente evitan ciertas situaciones. Sin embargo, si el trastorno es severo, puede llegar a resultar incapacitante, dificultándose llevar a cabo hasta las actividades diarias más simples.

Kaplan (1996) informa que el TAG se presenta gradualmente y con mayor frecuencia a personas en su niñez o adolescencia, pero también puede comenzar en la edad adulta, siendo difícil de determinar la edad de inicio.

El DSMIV TR (2003) sostiene que dicho trastorno es más común en los hombres y que con frecuencia ocurre en los familiares de las personas afectadas.

Fobia Específica: Tomando como referencia al DSMIV TR (2003), se define como requisito para dicho padecer la presencia de un temor acusado y persistente excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos -p. Ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre-. Asimismo, la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Bulacio (2004) identifica como algunos de los miedos más intensos o irracionales a perros, espacios cerrados, alturas, escaleras eléctricas, túneles, manejar en coche en carreteras, agua, volar y heridas que produzcan sangre.

Los adultos comprenden que sus miedos son irracionales pero frecuentemente enfrentarse a los objetos o a las situaciones que las ocasionan o siquiera pensar en enfrentarlos, ocasiona un ataque de pánico o ansiedad severa, tal lo entiende Bulacio (2004).

El autor sostiene que las fobias específicas atacan a más de una de cada diez personas, que en general aparecen primero en la adolescencia o en la edad adulta. Sin embargo, Márquez López Mato (1997), ubica el comienzo general en la infancia.

Kaplan (1996) considera que las fobias en la edad adulta comienzan repentinamente y tienden a ser más persistentes que las que se inician en la niñez; de las fobias de los adultos únicamente más o menos el 20 por ciento desaparecen solas. Cuando los niños tienen fobias específicas, por ejemplo, miedo a los animales, esos miedos por lo general desaparecen con el tiempo aunque pueden extenderse a la edad adulta.

Bulacio (2004) opina que las personas con fobias no sienten la necesidad de recibir tratamiento, si les es fácil evitar lo que les causa miedo. Sin embargo, cuando interfieren con la vida de una persona, el tratamiento puede servir de ayuda.

Ansiedad Social: El DSMIV TR (2003), señala un temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. La persona teme actuar de un modo -o mostrar síntomas de ansiedad- que sea humillante o embarazoso. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

Bulacio (2004) aporta que en estas personas se tiene la idea de que los otros son muy competentes en público y que la propia persona no lo es. Pequeños errores que cometa pueden parecer mucho más exagerados de lo que en realidad son. En la misma línea, Bellock (1995) sostiene que puede parecer muy vergonzoso, ruborizarse y sentir que todas las personas lo están mirando. Pueden tener miedo de estar con personas que no sean las más allegadas; o el miedo puede ser más específico, como sentir ansiedad si se tiene que

dar un discurso, hablar con un jefe o alguna otra persona con autoridad, o bien aceptar una invitación.

Bulacio (2004) explica cómo la ansiedad social transforma la vida normal, interfiriendo con una carrera o con una relación social. Por ejemplo, un trabajador puede dejar de aceptar un ascenso en su trabajo por no poder hacer presentaciones en público.

El miedo a un evento social puede comenzar semanas antes y los síntomas pueden ser muy agotadores.

Kaplan (1996) menciona que frecuentemente es hereditaria y puede estar acompañada de depresión o de alcoholismo. Ubica además el comienzo en general al principio de la adolescencia o aún antes.

Trastorno de Estrés Postraumático –TEPT-: Guiándonos con el DSMIV TR (2003), en este trastorno la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático y ha experimentado, presenciado o le han explicado uno -o más- acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una -o más- de las siguientes formas: Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Presencia de sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo -se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y

episodios disociativos de flashback-. Se halla presente un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Estas personas presentan esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, restricción de la vida afectiva, sensación de un futuro desolador.

Bulacio (2004) repasa que el TEPT fue traído a la atención pública por los veteranos de guerra pero pueden ser resultado de varios otros incidentes traumáticos. Incluyen raptos, graves accidentes, desastres naturales, ataques violentos, entre otros sucesos impactantes.

Márquez López Mato (1997) explica que la reacción de ansiedad se presenta tardíamente en relación al suceso traumático. Existe un período de latencia que va desde semanas hasta los 6 meses, luego del cual aparece el cuadro, compuesto por episodios reiterados donde el paciente vuelve a experimentar las sensaciones de la escena traumática. Bulacio (2004) considera que ocasionalmente, la enfermedad no se detecta sino hasta varios años después del evento traumático. El TPET se diagnostica únicamente si los síntomas duran más de un mes. Los síntomas generalmente comienzan tres meses después del trauma y el curso de la enfermedad varía. Pueden ser ligeros o graves; las personas pueden irritarse fácilmente o tener violentos arranques de cólera o de mal humor. En casos severos, los afectados pueden tener dificultad para trabajar o para socializar. En general, los síntomas

pueden ser peores si el evento que los ocasiona fue obra de una persona. Márquez López Mato (1997) menciona que el cuadro puede llegar a complicarse con ideas de suicidio y evolucionar hacia la depresión.

Si bien Kaplan (1996) sostiene que este trastorno puede aparecer a cualquier edad, Bulacio (2004) menciona que es más prevalente en los adultos jóvenes, debido a la naturaleza de las situaciones traumáticas.

Trastorno Obsesivo Compulsivo –TOC-: Según el DSMIV TR (2003), las personas que sufren este trastorno presentan obsesiones y compulsiones.

Las obsesiones se definen por ser pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y que causan ansiedad o malestar significativos. Dichos pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. A su vez, la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos, reconociendo a la par que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente -y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento-.

Las compulsiones se definen por comportamientos -por ejemplo: lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones- o actos mentales -por ejemplo: rezar, contar o repetir palabras en silencio- de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión.

El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

Kaplan (1996) explica que en algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Márquez López Mato (1997) comenta que el tiempo insumido por estos rituales llega a ser tal que se va restringiendo la vida social y laboral del paciente. Dicho trastorno es de inicio habitual en la adolescencia, y presenta un desarrollo progresivo, combinando remisiones y exacerbaciones periódicas. En algunos casos puede evolucionar hasta un trastorno depresivo secundario.

Con respecto a la etología de los trastornos de ansiedad, siguiendo la línea de Bulacio (2004), para que se produzca un trastorno por ansiedad tienen que influir varios factores, tales como las predisposiciones biológicas, genéticas o adquiridas, el temperamento, el estilo de personalidad, las experiencias pasadas transformadas en aprendizajes, las creencias, los desencadenantes y la situación actual del individuo incluyendo su apoyo social percibido.

2.3 Depresión

Si bien no es el objetivo principal de este trabajo el ocuparse de los trastornos depresivos, no se desconoce que fue también altamente difundida la idea de que la crisis causó depresión en los ciudadanos.

Asimismo, bien se explicará, la correlación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos se puede apreciar también en el presente trabajo.

Cía (2002) sostiene que los trastornos emocionales constituyen las alteraciones psíquicas más comunes en la población general. El autor cita a Goldberg y Huxley (1992),

para obtener el dato de que entre el 14-18% de la población general norteamericana padece depresión y/o ansiedad clínicamente significativa.

Por otra parte, Cía (2002) sostiene que a pesar de los numerosos estudios clínicos llevados a cabo en torno a esta temática, persiste la controversia sobre si los trastornos de ansiedad y los trastornos de depresivos representan distintas entidades clínicas o si se trata de diferentes aspectos de una misma alteración fisiopatológica.

El modelo ansioso-depresivo propone la existencia de una mezcla de los dos tipos de síntomas, diferentes en su presentación, tanto de la ansiedad primaria como de la depresión primaria.

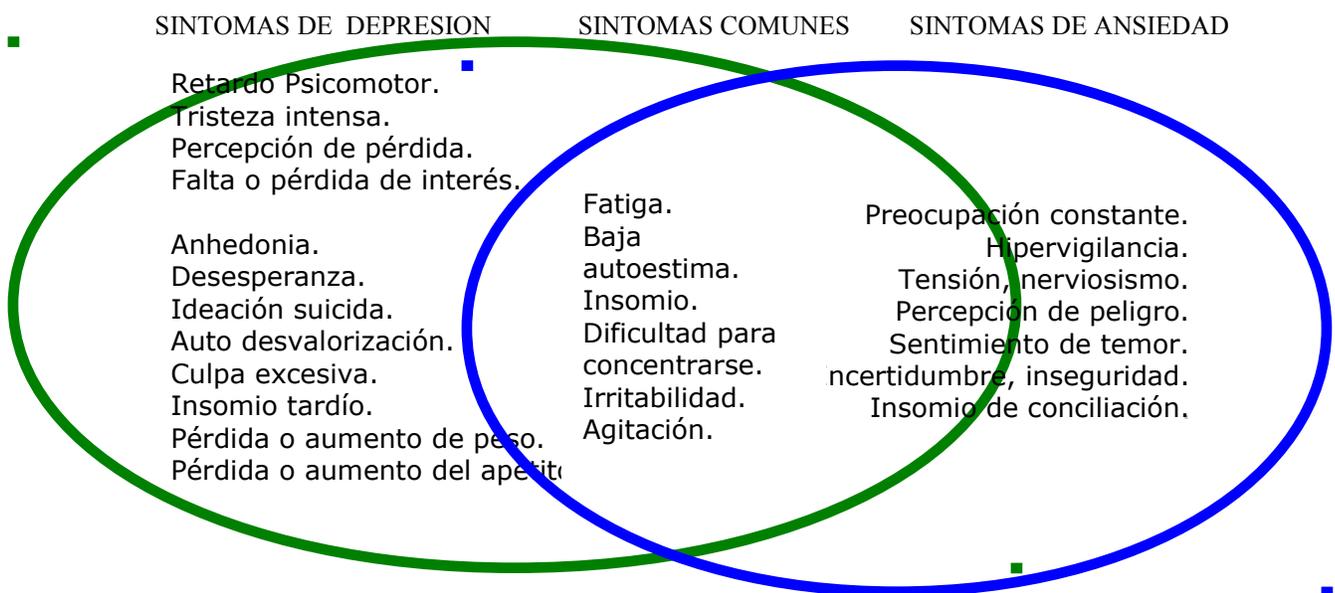
En los últimos tiempos, se ha venido otorgando importancia creciente a esta población de pacientes e incluso, se ha esbozado una nueva categoría diagnóstica denominada *Trastorno mixto ansioso-depresivo*. Según el DSMIV TR (2003), el mismo se compone de: Estado de ánimo disfórico, persistente o recurrente que dure al menos un mes. A su vez, deben estar presentes cuatro o más de lo siguientes síntomas presentes al mismo tiempo: dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. Trastornos del sueño- dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido, o sueño sin descanso y no satisfactorio-. Fatiga o falta de energía. Irritabilidad. Preocupación. Facilidad para el llanto. Hipervigilancia. Anticipación de lo peor. Falta de esperanza. Baja autoestima o sentimientos de no valer nada.

Cía (2002) explica que la coexistencia de síntomas de ansiedad y depresión no ocurre de la misma forma en todos los pacientes. En algunos, un síndrome depresivo

aparece durante el curso de un trastorno de ansiedad, el cual mantiene claramente su preeminencia psicopatológica. En otros, la ansiedad surge como síntoma en el curso de una depresión mayor, configurando un síndrome depresivo-ansioso. Actualmente se considera que la depresión y la ansiedad se presentan y coexisten muy frecuentemente, tanto en las presentaciones subsindrómicas como configurando trastornos definidos.

Cía (2002), explica cómo los síntomas de ansiedad y depresión se yuxtaponen. El autor representa en un gráfico lo expuesto.

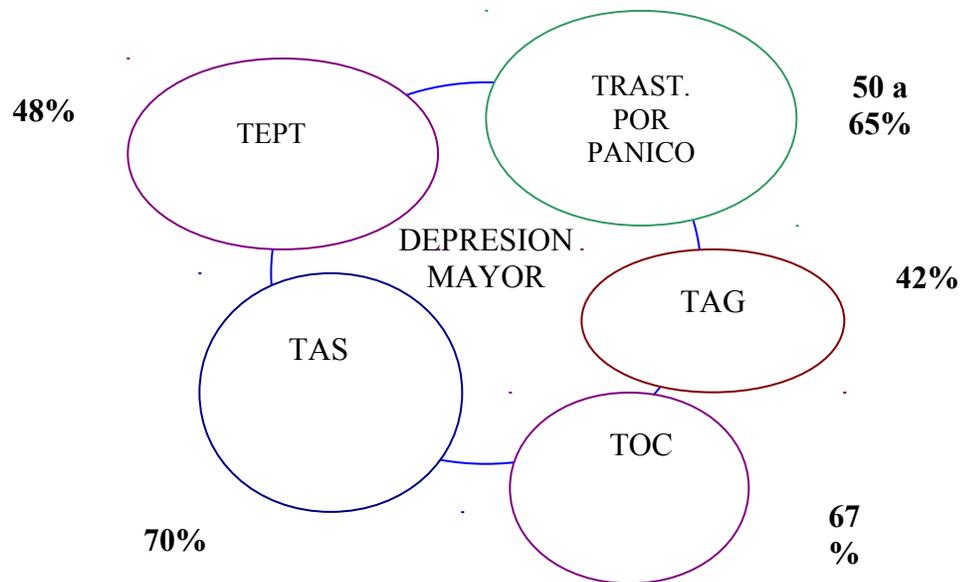
Gráfico 2. Síntomas conjuntos de Ansiedad y Depresión.



Seguendo al autor, se ha comprobado que los pacientes que sufren diferentes combinaciones de síntomas depresivos y ansiosos tienen peor pronóstico que aquellos que padecen un solo trastorno y utilizan más los recursos de atención de la salud.

Por otra parte, los pacientes con ansiedad y depresión comórbidas tienden a mostrar impedimentos psicológicos y sociales más graves y experimentan más quejas somáticas y ansiedad que aquellos sin comorbilidad.

Gráfico 3. Comorbilidad entre trastornos ansiosos y depresivos.



Ya se ha abordado el fenómeno de la ansiedad y sus distintos alcances. Los *trastornos depresivos*, bajo clasificación DSMIV TR (2003), abarcan el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, la depresión asociada a enfermedad médica, y otros trastornos no especificados.

Las manifestaciones del *Trastorno Depresivo Mayor* incluyen estado de ánimo depresivo o pérdida de placer por lo menos durante dos semanas seguidas, y ocurren junto a cambios significativos del apetito o de peso, cambios en el hábito del sueño, agitación psicomotora, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultad para concentrarse y/o sentimientos suicidas.

La *distimia* se define en base a un estado de ánimo depresivo de menor intensidad y crónico que dura la mayor parte del día, por lo menos durante 2 años. Incluye los síntomas de anhedonia, baja autoestima, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, sentimientos de desesperanza, dificultades para concentrarse.

Dentro del presente trabajo final de integración, se incluye también al *trastorno bipolar* dentro del relevamiento de datos, si bien no es la intención especificar detalladamente los cuatro tipos existentes-Bipolar I, II, III y IV-.

Siguiendo al DSMIV TR (2003), se tomará como representativo al Trastorno bipolar I, en el cual se alternan los episodios maníacos floridos con los de depresión mayor. El trastorno suele comenzar con depresión y se caracteriza por la presencia de un período maníaco o de excitación a lo largo de la evolución como mínimo. La fase depresiva puede

ser prelude de la manía o seguirle inmediatamente, o bien una y otra fase pueden estar separadas por meses o años.

2.4. Estrés

Los conceptos de ansiedad y estrés son comúnmente ligados. Como se mencionará más adelante, el estrés figura como uno de los motivos de consulta presentes durante la crisis.

Márquez López Mato (2002) explica que el estrés es el resultado de la activación de estructuras neuroanatómicas particulares que nos permiten alcanzar un estado de máximo alerta para enfrentar diferentes situaciones de peligro o riesgo. El estrés, al igual que la ansiedad, también es necesario para afrontar el mundo en que vivimos.

Se comenzará definiendo las principales teorías existentes con respecto al estrés.

Bajo la idea de Bulacio (2004), la ansiedad puede llegar a entenderse como un tipo de respuesta frente al estrés.

Siguiendo al autor, aunque la palabra estrés se ha generalizado en el lenguaje corriente no siempre el concepto es bien utilizado. Se pueden llegar a resumir tres posiciones fundamentales en referencia al estrés. Una de ellas hace referencia al estímulo, así, ciertas situaciones serían *estresantes*, por ejemplo, que queden los ahorros atrapados en el corralito.

La primera postura fue popularizada por Selye, quien en 1938 popularizó el término estrés, quién lo entiende como una respuesta no específica del organismo. El agente desencadenante del estrés-estresor- es un elemento que atenta contra la homeostasis del organismo. El mismo es, por tanto, todo agente nocivo para el equilibrio del sistema homeostático del organismo, y no únicamente un estímulo físico, ya que puede ser también psicológico, cognitivo o emocional-por ejemplo miedo, ira, amor, pensamientos-. Estos agentes estresores incrementan la demanda de ajuste del organismo-necesidad de reequilibrarse-.

Selye describió un procesamiento integrado por una primera etapa de *reacción de alarma*. Ocurre cuando el organismo es expuesto repentinamente a diversos estímulos a los que no está adaptado, activándose las fuerzas defensivas.

La etapa posterior corresponde a una *etapa de resistencia*. Se produce adaptación del organismo al estresor junto con la consecuente mejora y desaparición de los síntomas.

Una última etapa, *de agotamiento*, sucedería si el organismo continuaría expuesto al estresor prolongadamente, perdiendo la adaptación adquirida en la fase anterior.

La segunda posición se centra en la respuesta estresora y el grado de reajuste del organismo. Bulacio (2004) ejemplifica que en este caso se diría *estoy estresado* casi como sinónimo de cansancio o agotamiento ante elevadas exigencias ambientales. El grupo de Holmes, de 1967, es uno de los principales responsables del desarrollo, al menos en su fase inicial, de esta orientación del estrés. Estas teorías interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, los cuales pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo.

El estrés se localiza aquí fuera del individuo, como una variable independiente. Considera que la gente posee ciertos límites de tolerancia al estrés-como fuerza externa-, pudiendo variar de unos individuos a otros. Por encima de tales límites el estrés comienza a hacerse intolerable y aparecen los daños fisiológicos y/o psicológicos. Bulacio (2004) sostiene que esta idea es la que más se acerca a la idea popular del estrés.

La tercera posición tiene que ver con un balance entre la fuerza del estímulo y la capacidad de respuesta que posee el individuo. Intentan explicar el estrés basadas en la interacción. Lázarus es el principal exponente de esta perspectiva.

Esta última teoría tiende a maximizar la relevancia de los factores psicológicos-básicamente cognitivos-que median entre los estímulos-estresores o estresantes-y las respuestas de estrés. Se contempla que el estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno. Es entendido como un conjunto de relaciones

particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal.

Lázarus (1985) menciona tres tipos de evaluación en su modelo. La evaluación es un proceso universal, mediante el cual las personas valoran constantemente la significación de los que está ocurriendo, relacionado con su bienestar personal.

La *evaluación primaria* se produce en cada encuentro con algún tipo de demanda externa o interna, como forma de amenaza, daño, desafío o beneficio. La *evaluación secundaria* se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación.

Los recursos de afrontamiento, incluyen: las propias habilidades por ejemplo, habilidades de solución de problemas, el apoyo social y los recursos materiales.

La *reevaluación* implica los procesos de feedback que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas. Esta permite que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas.

Bellock (1995) propone un modelo de estrés conformado en siete etapas. Las *Demandas Psicosociales* se refieren a los agentes externos causales primariamente del estrés. Se pueden incluir en esta dimensión agentes o estresores ambientales-por ejemplo frío, humedad, calor, ruido en la ciudad, elevada densidad de la población-. Se pueden dividir a estos agentes externos en *sucesos vitales*, como, divorcios, pérdidas, víctimas de violencia, enfermedades, etcétera. O en *sucesos menores*, como fastidios, contrariedades. Por ejemplo cortes de tráfico por protestas o piquetes, no disponer dinero, inclemencias del tiempo, discusiones familiares, etcétera.

La *Evaluación Cognitiva* hace referencia a que los sucesos vitales y los acontecimientos diarios ejercen demandas sobre el organismo que son valoradas por éste. Dependiendo de cómo sea esta valoración se producirá o no la respuesta de estrés. Se producirá en tanto la persona perciba que el suceso supera sus recursos.

La *Respuesta de estrés* incluye en primer lugar las respuestas fisiológicas-neuroendocrinas, y las asociadas al Sistema Nervioso Autónomo-. También las respuestas psicológicas, tales como las respuestas emocionales.

Las *Estrategias de Afrontamiento* se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas concretas externas o internas generadoras del estrés como el estado emocional desagradable vinculado al mismo.

Las *Variables Disposicionales* incluyen variables como el tipo de personalidad, factores hereditarios en general, el sexo, la raza.

El *Apoyo Social* puede amortiguar el efecto de las demandas estresantes sobre las respuestas de estrés.

El *Estatus de Salud*, tanto psicológico como fisiológico, depende del funcionamiento de las fases anteriores. Un afrontamiento inapropiado puede ser nocivo para la salud.

El *modelo cognitivo del Constructivismo Realista*, es un marco idóneo y completo para contemplar la interacción que realiza el sujeto con el medio en el que está inmerso. Como sostiene Bulacio (2004), partidario de esta línea, que el hombre se encuentra

involucrado en un mundo, exterior a él, y con el cual realiza intercambios. Éstos, en la dirección del mundo al sujeto, se denominan información, y del sujeto al mundo, conductas.

Ciertas características impactan en el sujeto y éste a la vez las busca según sus propios atributos. Hay un mundo real fuera del sujeto, el cual sólo puede ser parcialmente conocido, en parte por estar fuera de las posibilidades biológicas de la percepción, y en parte porque al ser interpretadas por el sujeto sufren un sesgo según sus creencias individuales.

Existen en el sujeto esquemas, estructuras cognitivas que permiten el conocimiento y la interacción con el mundo. Los mismos son de naturaleza racional y emocional a la vez y permiten recibir información del mundo, organizarla, reconocerlo en sus características sensoriales aisladas. Asimismo permiten al sujeto ir a buscar aquella información en el mundo que sea acorde con él.

Cuando el sujeto organiza la percepción está dando significado. Es por eso que Bulacio (2004) considera al hombre como dador de significado, lo cual se produce en un marco experiencial. El sujeto da activamente significado a su experiencia, mediante una valoración del estímulo.

Que los estímulos puedan ser vistos como amenazantes depende de los esquemas cognitivos personales, de las creencias, que es de donde viene el significado. Desde dónde interpreta lo que se está viviendo.

Bulacio (2004) reafirma que lo importante no es por tanto el estímulo aislado sino cómo el sujeto entiende. Las personas con trastornos de ansiedad valoran muchas situaciones como estresantes y en realidad, en buena medida, son estresantes a partir del significado que le dan.

Existen afrontamientos conductuales y cognitivos. A la hora de afrontar una situación de estrés, no solamente habrá que pensar qué se hace sino cómo se la entiende porque el problema puede estar en el significado y no en la situación específica.

Lo contrario al afrontamiento es la evitación, y la evitación aumenta el miedo, el síntoma, por eso es tan importante realizar afrontamientos activos siempre que se pueda.

Tras la valoración de los estímulos y de los recursos se realiza una comparación de los mismos y se ve cuál es la diferencia. Si los recursos sobran para dar respuesta no va a ser una situación de estrés o se va a eliminar porque se puede dar respuesta fácil.

Bulacio y Vieyra (2003) sostienen que más allá del contexto predominante no es posible establecer el valor estresante objetivo de una determinada situación, argumentando que depende de cómo cada persona perciba la misma. No obstante y pese a las diferencias individuales, siguiendo a Labrador (1993), se puede identificar qué es lo que convierte a una situación específica en estresante, así como también las características que suelen compartir las situaciones habitualmente consideradas como tales:

- ❖ *Cambio o novedad en la situación estimular*: El simple cambio en una situación habitual puede convertirla en amenazante, ya que supone la aparición de demandas nuevas, a las que es necesario adaptarse.

- ❖ *Duración de la situación de estrés:* Cuánto más duradera sea la situación estresante, mayores consecuencias negativas tendrá la persona.
- ❖ *Severidad o impacto del estresor:* La severidad de un acontecimiento depende del número de objetivos o aspectos de la persona que están siendo amenazados, la importancia de cada uno de esos objetivos y el grado de amenaza por cada uno de ellos.
- ❖ *Factores temporales:* Implican la inminencia de la situación y el período de tiempo que la persona tiene para anticipar el acontecimiento.
- ❖ *Probabilidad de que ocurra el acontecimiento.*
- ❖ *Incertidumbre:* Cuanto mayor sea el grado de incertidumbre, más estresante será la situación.
- ❖ *Ambigüedad:* Cuanto más ambigua sea la situación, mayor poder estresante tendrá.

Bulacio (2004) agrega igualmente, que se ha de tener en cuenta que el estilo de vida-profesión, familia, relaciones sociales, pensamientos, expectativas, entre otros factores; lo cual determina en gran parte las demandas a que la persona se verá sometida, facilitando en mayor o menor grado la aparición de situaciones estresantes.

2.4.1 Estrés y enfermedades médicas

Partiendo de la base de que, como bien afirma el modelo Constructivista Realista, si bien no pueden establecerse relaciones causales entre predisponentes psicológicos y

enfermedades físicas, pueden realizarse correlaciones estadísticamente significativas que permitan considerar dichos rasgos psicológicos como factores de riesgo para el desarrollo de dichas enfermedades físicas.

Las situaciones de estrés producirán un aumento general de la activación del organismo. Actualmente, como bien explica Labrador (1993), se han encontrado evidencias de la existencia de mecanismos neurales y endocrinos específicos implicados en la respuesta fisiológica del estrés. Se distinguen tres ejes: neural, neuroendocrino y endocrino.

Cuando el sujeto no logra solucionar la situación o eliminar la situación ambiental elicitor del proceso de estrés, se produce un mantenimiento constante de la activación, lo que puede llevar a la aparición de efectos negativos y trastornos de diversa índole.

Entre los efectos o trastornos que pueden aparecer asociados al estrés, Bulacio (2004) menciona los denominados trastornos psicofisiológicos, tales como hipertensión, cefaleas, asma, espasmos, tics, úlceras, disfunciones sexuales, entre otros.

2.5 Los Medios y el Aumento de Casos

Los medios de comunicación, como ya se ha expresado, transmitían por ese entonces, que las consultas realizadas por ansiedad y estrés se volvían cada vez más numerosas a raíz de la crisis que atravesaba el país.

PÁGINA 12 (2002), por ejemplo, relata cómo existió un período denominado *Semana de la ansiedad*, una campaña en la cual se invitaba a los ansiosos a concurrir a los hospitales de la ciudad. La opinión pública y la mayoría de los medios periodísticos interpretaban por ese entonces que las enfermedades traídas por la crisis incrementaban las visitas médicas, lo que era valorado como signo de crisis social y psíquica en la nación.

A través de la prensa, varios especialistas de diferentes instituciones se prestaron a difundir sus impresiones acerca del aumento general de consultas.

Atendiendo a los motivos de consulta realizados en ese entonces, Elustondo (2004) del *CLARÍN* sostiene que el estrés disparó las consultas médicas, multiplicó los infartos en

menores de 40 años y extendió el alcance de las enfermedades coronarias a la clase media empobrecida. La redactora menciona además diversos motivos de consulta a causa del estrés crónico como infartos y cardiopatías graves, asma de adulto, cefaleas, trastornos del sueño, enfermedades de la piel, dolores cervicales, mareos, temblores, colesterol muy alto, accidentes cerebrovasculares, y fobias.

Cortesi (2004) da a conocer que APSA-Asociación de Psiquiatras Argentinos- sostenía que durante el primer trimestre del 2002, y en ausencia de estadísticas oficiales a nivel país, la estimación era que uno de cada 10 trabajadores sufría algunas de las manifestaciones corporales que ocasiona el estrés, como agotamiento, cefaleas, dolores musculares, insomnio, molestias gastrointestinales y pérdida del control emocional, entre otras.

Elustondo (2004) cita al doctor Tartaglione, vicepresidente de la Fundación Cardiológica Argentina, quién advertía la existencia de una relación directa entre el estrés y la enfermedad coronaria, producto de la degradación social. El doctor mencionaba que desde el 2001, las cardiopatías habían crecido notablemente, y que se comenzaba a hablar de infartos de la pobreza y el corralito, porque la mayoría de los infartados tenía historias dramáticas recientes.

En la misma línea, Elustondo (2004) nombra al doctor Pedro, jefe de Prevención y Rehabilitación de la Fundación Favalaro, quien manifiesta que la caída de la autoestima y la pérdida de reconocimiento generaban estrés, algo que se expresaba a través de la ansiedad, la angustia, la hostilidad, la ira y la depresión. El doctor mencionaba que la consulta por cuestiones psicosomáticas casi se había triplicado, creciendo también el síndrome coronario agudo. Antes, las enfermedades cardíacas eran típicas de ejecutivos,

pero con la crisis lo mismo se revirtió, marcándose un incremento importante en desocupados y en personas de menor nivel educativo.

La idea de que el estrés crónico afecta al organismo, era bastante comentada por la prensa. Shapira (2001), de *LA NACION*, ironizando que bajo amenaza de cesación de toda capacidad de control, la salud mental de los argentinos parecía estar al borde del *default* cita a Franco, quien a su vez argumentaba que aumentaban los síntomas de ansiedad general, considerando que mucho de lo que no podía ser metabolizado por el sujeto se manifestaba en el cuerpo.

La periodista menciona también al doctor Montevecchio, médico de la guardia externa del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA), quien decía que las consultas se habían incrementaron entre un 20 y un 30%, con los diagnósticos de dolor de pecho e hipertensión arterial. Shapira (2001) reflexiona que se trata de los famosos picos de presión, que los mismos pacientes atribuyen al stress y la sensación de inseguridad con respecto al futuro.

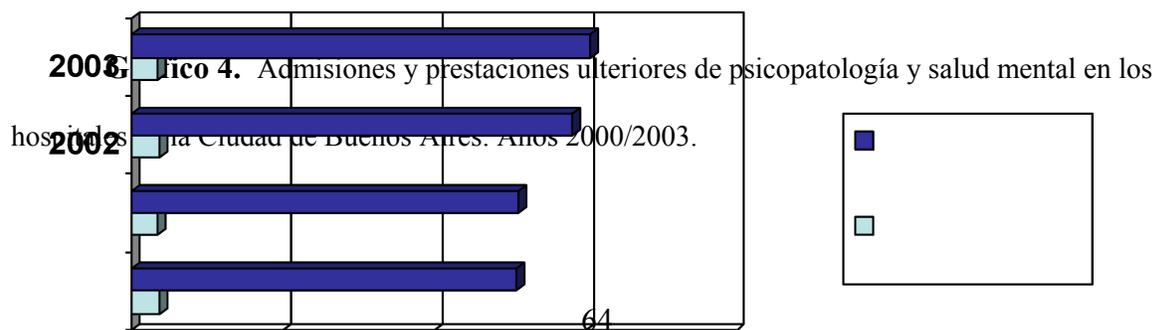
Cortesi (2004) aporta que, en Córdoba, estudios focalizados a un grupo de 100 ahorristas atrapados en el corralito, realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba con un seguimiento de 12 meses, había detectado un número llamativo de problemas en su salud mental. Los síntomas más frecuentes eran autoestima baja, obsesión/compulsión, ansiedad, angustia y temores, ideas de persecución, problemas de orientación, estados de ánimo eufóricos y conductas agresivas.

Si bien como lo ilustra lo descrito hasta ahora, se disponen de cifras estadísticas estimativas que avalan un aumento en las consultas general en los servicios públicos, las mismas no señalan cuál es el origen. A su vez, lamentablemente el Gobierno no dispone de un registro diagnóstico de cuadros psicopatológicos- bajo, por ejemplo, criterio de DSMIV o CIE-10-que pueda contemplar a una probable variación del índice de los trastornos de ansiedad.

Ahondando más en el aumento general de consultas, las cifras estadísticas obtenidas de los hospitales pertenecientes a la Capital Federal, demuestran un aumento en las prestaciones ulteriores de los tratamientos en el área de salud mental del 2001 en comparación al año 2000. Asimismo, se observa una acentuación progresiva en los años siguientes-2002 y 2003-.

Las siguientes cifras estadísticas fueron brindadas por la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad:

- **2000:** 1.273.103
- **2001:** 1.275.081
- **2002:** 1.457.054
- **2003:** 1.516.495



Elustondo (2004) menciona que en Salud Mental del Gobierno de la Ciudad se registraron durante el 2003 aproximadamente 1.500.000 consultas, casi 60.000 más que en el 2002.

Cortesi (2004) repasa que en la provincia de Tucumán en el 2002 ya se había detectado un 30% de aumento en las consultas de salud mental en el sistema público, según declaraciones de la directora provincial de la especialidad, Licenciada Lemaitre.

En Mendoza las consultas en los neuropsiquiátricos habían aumentado entre el 20 y 25% durante el 2002, de acuerdo a informaciones de la directora de Salud Mental de Mendoza, Estévez.

Shapira (2001) menciona al doctor Franco, jefe de consultorios externos del servicio de Salud Mental del Hospital de Clínicas, quien atendía por ese entonces unas tres mil consultas mensuales, manifiesta que en comparación con el 2000, las consultas habían crecido un 50% en el 2001.

Cortesi (2004) analiza la situación y niega que el aumento consultas y urgencias en los hospitales municipales se deba a que un segmento de la población deja de estar cubierto por el sector privado de salud se vuelca al sector público, ya que los aumentos excederían lo esperable por este fenómeno.

Ante semejante panorama, no era de extrañar que, tal comentaba Shapira (2001), si bien los especialistas coincidían en que todavía no se podían arrojar cifras sobre las consultas de esos últimos días, lo que sí se observaba era el agravamiento o la aparición de nuevos síntomas en personas que ya se encontraban bajo tratamiento psicológico-si bien no se hacían referencias directas a posibles aumentos de casos-.

En las historias clínicas del hospital Francés, como bien se analizará más adelante, han tenido lugar una serie de casos en los que se agravaba la sintomatología previa.

Ha sido registrada también la acentuación en el consumo de ansiolíticos y de antidepresivos.

El diario *El CRONISTA* (2002) sostiene que la baja en el consumo no fue uniforme para todos los remedios. Paradójicamente, la misma crisis llevó a que la caída fuera menor en los psicofármacos. El diario ubica que entre las marcas más conocidas en el mercado figuraban Alplax, de laboratorios Gador; Valium y Lexotanil, de Roche; Tranquinal, de Bagó, y Trapax, de Wyeth John Lab. Los ansiolíticos, además de utilizarse en trastornos de la ansiedad y el sueño y depresiones leves, muchas veces se recetaban para cefaleas tensionales o contracturas musculares.

Cortesi (2004), al analizar datos del INDEC sobre las ventas de fármacos por grupo, informa que en el año 2001 el consumo de psicofármacos creció con respecto al año 2000 un 16%, siendo el grupo farmacológico con mayor crecimiento. Ya en el año 2002 el crecimiento fue de tal magnitud-17%-que este grupo farmacológico lideró las ventas de todos los grupos. Las benzodiazepinas, fármacos de uso popular, aunque solo bajo prescripción médica, que poseen propiedades ansiolíticas, sedantes e hipnóticas, estaban en segundo lugar luego de los antiinflamatorios no esteroideos-como la aspirina-, con \$

76.082.667 en ventas en el 2001, y en primer lugar en el año 2002 con \$102.761.070, siendo el aumento registrado entre estos dos años de un 35.06%.

También en el consumo de fármacos para la depresión, los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina tuvieron un incremento en ventas de un 14%, con ventas en el 2001 de \$39.851.558 y \$45.750.935 en el 2002.

En un apartado correspondiente al Programa de Capacitación Virtual del curso de Introducción a los Trastornos de Ansiedad brindado por el Instituto de Ciencias Cognitivas Aplicadas, -ICCAP-, Bulacio (2005), reflexiona en la sección de Ansiedad y Cultura, acerca de las razones del porqué este tipo de trastornos son frecuentes en este tiempo. Llega a la conclusión de que si la ansiedad es tomada como generadora de incertidumbre y si en el hombre la ansiedad está mediatizada por la cultura, considerando a la misma a su vez como generadora de incertidumbre, aumentará como resultado lógicamente la ansiedad. Se entiende aquí a la cultura propia del contexto de ese momento, generadora de incertidumbres económicas, laborales o incertidumbre por la seguridad.

Shapira (2001) nombra a Bogiaizian, quien describe al contexto de ese entonces como ansiógeno y favorecedor del incremento del llamado trastorno por ansiedad generalizada, al cual define como una preocupación excesiva o desmedida de un sujeto que, aun sin estar en la peor situación -como ocurre con mucha gente de clase media y alta-, no puede dejar de estar desmedidamente preocupado.

Frente a la ya comentada incertidumbre, la redactora cita nuevamente al doctor Franco, quien a su vez reflexiona que todo ser humano necesita tener una proyección futura, pero la situación vivida se acotaba al presente inmediato, produciendo en el hombre desasosiego y angustia.

2. 5.1 La influencia de los medios

Cabe prestar atención al rol de interfaz entre los acontecimientos y la percepción pública que tuvieron los medios de comunicación, tal como lo demuestran en su investigación Farré; Pedemonte y Teijeiro (2002). Los autores desarrollan cómo los relatos de los medios juegan un rol crucial en el momento de distribuir modelos a partir de los cuales los distintos actores interpretan la situación.

Los medios difunden modelos de grupos, como por ejemplo de los protagonistas de los *saqueos* o de los *cacerolazos*, que inciden en las actitudes de los diversos actores sociales: desde los políticos hasta los ciudadanos. Los autores manifiestan, por ejemplo, que en el caso de las acciones protagonizadas por los pobres, los medios, por el uso mismo de sus rutinas de producción, los cuales llevan adherida una ideología, tendían a despersonalizar a estos actores y a diluir su iniciativa en un proceso que los supera. En cambio, mostraban menos dificultad para personalizar a los sectores medios y asignar sentido a sus acciones.

Asimismo, Farré; Pedemonte y Teijeiro (2002), advierten que reconocer la notable influencia del discurso de los medios sobre la opinión pública no significa cederles un puesto omnipotente ya que las personas interpretan la información en el marco de sus creencias previas, y sobre todo, en un contexto de interacción interpersonal en los grupos sociales a los que pertenecen.

Retomando el concepto de la influencia sobre los sujetos y sobre los esquemas con los cuales representan la realidad, los autores sostienen que la transmisión en directo-en las señales periodísticas de cable, en los noticieros y en los flashes informativos que

interrumpían la programación- de lo saqueos a negocios y supermercados durante toda la jornada del miércoles 19 de diciembre puede haber influido en algunos sectores de la población para sumarse a estos actos. El tenso clima social agudizado por estas transmisiones mediáticas, a su vez, puede haber influido sobre la salida a la calle, en señal de protesta de otros sectores de la población, inmediatamente después del discurso en el que el presidente De la Rúa anunciaba el estado de sitio.

3. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

El presente trabajo se basa en un estudio descriptivo-de tipo observacional transversal.

4. MÉTODO

La labor efectuada se inicia con un relevamiento bibliográfico dirigido a individualizar datos referidos a los diferentes aspectos de la crisis abordados. Paralelamente, se recurre a las historias clínicas registradas en un Hospital privado , con el fin de cruzar comparativamente las admisiones del año 1999 y del año 2002. Para ello se utiliza como base una investigación realizada por el CONICET y por un Hospital privado de capital federal , coordinada por la Licenciada Góngora, en la cual colaboraron pasantes de la Universidad de Palermo como parte de la formación profesional, y del ICCAP- Instituto de Ciencias Cognitivas Aplicadas-.

El registro de la información recogida de dicha investigación, fue sistematizada en formato de planilla de Excel diseñado por la Licenciada Góngora.

El contenido de la planilla contempla diferentes variables del paciente consultante. Las variables seleccionadas a fin de este proyecto son las siguientes: edad, fecha de nacimiento, fecha de ingreso, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nivel educativo, ocupación, clasificación en los cinco ejes multiaxiales según DSMIV TR (2003).

Los criterios de exclusión para la muestra se limitan a menores de 18 años, cuadros psicopatológicos con otros diagnósticos ajenos a depresión y ansiedad, historias clínicas con ausencia de diagnóstico.

Los cuadros ansiosos tomados para dicho trabajo son: trastorno por ataque de pánico-con y sin agorafobia-, fobia social, fobia específica, trastorno por estrés post traumático, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad no especificado. Figuran también clasificaciones bajo el concepto abarcativo de trastornos de ansiedad o crisis de ansiedad.

Los cuadros depresivos tomados son: trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo no especificado y trastorno bipolar. Figuran también clasificaciones bajo el concepto abarcativo de depresión, cuadro, síndrome o trastorno depresivo, trastorno de ánimo, u otros tipos de de depresión, como ser recurrente, crónica, reactiva, atípica y melancólica.

Se ayudó a completar, en rol de pasante y colaborador, la base correspondiente al año 1999-1540 historias clínicas revisadas-. Dicha base contempla el período desde Enero de 1999 a Diciembre de 1999. El equipo conformado para dicho fin contó con la labor de 3 pasantes, más la labor y coordinación de la Lic. Vanesa Góngora.

Posteriormente y en función del presente proyecto se completó individualmente la base correspondiente al año 2002-1955 historias clínicas revisadas-. Dicha base contempla el período desde Diciembre del 2001 a Diciembre del 2002.

5. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Las historias clínicas del Servicio de Psiquiatría de un Hospital privado pertenecientes al año 1999 se registran en papel. A partir del año 2000, las mismas se archivan en un programa diseñado en computadora, el cual cuenta con contenidos especificados a llenar: motivo de consulta, antecedentes de la enfermedad actual, historia personal, historia familiar, historia médica, historia psiquiátrica, historia del desarrollo personal y social, plan de tratamiento, otras indicaciones.

Si bien la muestra seleccionada se limitó a los criterios de exclusión ya mencionados, existieron desventajas importantes al realizar la presente investigación. La ausencia de diagnósticos en varias historias clínicas se convirtió en el obstáculo número uno. Por otra parte, también fue frecuente hallar la falta de datos básicos en determinadas historias clínicas, como por ejemplo, casos en los que solamente se cuenta con el diagnóstico. Asimismo, los diagnósticos estipulados son provisorios, especificándose rara vez posteriormente como definitivos.

En muchos diagnósticos ansiosos y/o depresivos, es común hallar la presencia de más de un cuadro de la misma categoría presentes en el Eje I- por ejemplo, TOC-TAG-Fobia simple-. En tales casos, se debe tener en cuenta que la disposición tomada para cuantificar en porcentajes dichos cuadros es bajo criterio individual, basando la elección en la totalidad del resto de información presente en la historia clínica, valiéndose por ejemplo, de sintomatología o descripciones que refieran a la patología diagnosticada. Los casos en los cuales dicha selección no pudo realizarse por falta de información, no fueron tomados para este trabajo.

Dentro de algunas historias clínicas, figuran a su vez en el Eje I diagnosticados cuadros propios de otras patologías, comórbidas a su vez con los cuadros ansiosos y depresivos- por ejemplo, Trastorno por pánico-Distimia-Trastorno Adaptativo-. Dichas historias no fueron excluidas, dado que se considera que el foco principal radica igualmente en los campos ansiosos y depresivos.

El intentar sistematizar la información en datos estadísticos resulta complicado teniendo en cuenta las desventajas descriptas.

Por otra parte, la ventaja fundamental de realizar el presente proyecto radica en que se aborda un campo poco desarrollado, ya que no se dispone prácticamente de trabajos que relacionen los trastornos de ansiedad con la crisis argentina del 2001 y sus consecuencias. Como ya se ha descrito, fueron varias las notas periodísticas que hacen mención a las consultas ansiosas durante y después de la crisis.

Si bien el presente es un análisis inicial de dicha temática, el aporte puede servir de guía para investigaciones futuras.

La sistematización de los cuadros diagnosticados en el EJE I, se organiza en cuatro áreas:

- ✓ **Trastornos Ansiosos:** Abarcan los cuadros ansiosos básicos mencionados-trastorno por pánico-entendidos también como trastornos de angustia-.
A su vez se registran crisis de pánico, con y sin agorafobia, más agorafobia aislada. Trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo-TOC-, trastorno de ansiedad generalizada-TAG-, fobia social, fobias simples, trastorno de ansiedad no especificado. Figuran también calificaciones bajo el concepto abarcativo de trastornos de ansiedad o crisis de ansiedad.
- ✓ **Trastornos Depresivos:** Depresión Mayor, leve o menor, moderada y grave-, distimia, trastorno bipolar-subtipos I, II, III y IV-. Figuran también calificaciones bajo el concepto abarcativo de depresión, cuadro, síndrome o trastorno depresivo, trastorno de ánimo, depresión recurrente, crónica. depresión reactiva, depresión atípica, depresión melancólica.
- ✓ **Trastornos Mixtos:** Trastorno mixto ansioso depresivo.
- ✓ **Ansiedad/Depresión:** Se contemplan aquí la comorbilidad registrada entre los diferentes cuadros ansiosos y depresivos anteriormente mencionados.

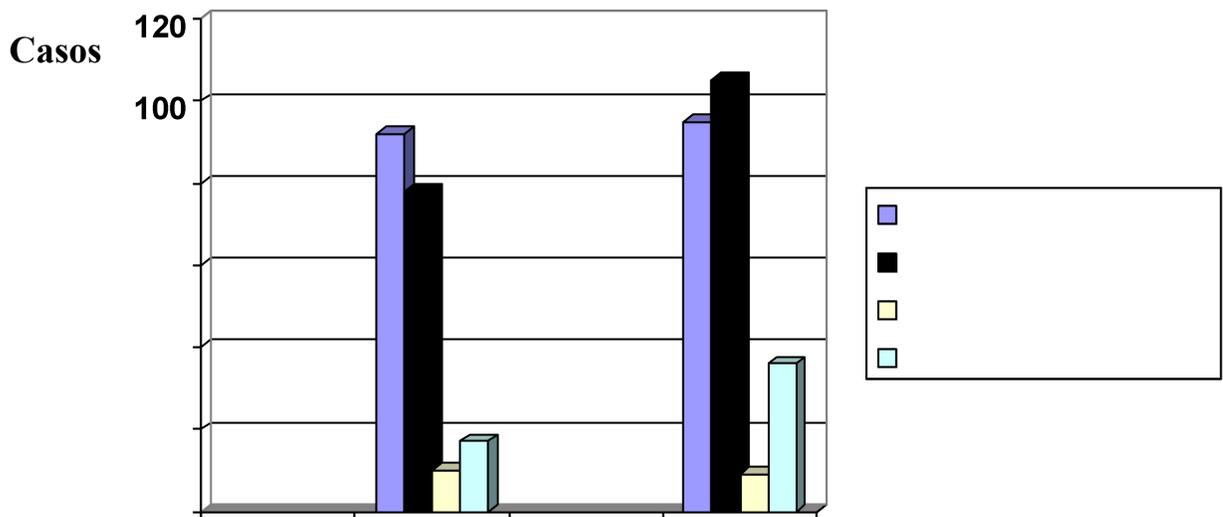
Los resultados obtenidos al cruzar comparativamente las historias clínicas correspondientes a los dos años fueron los siguientes:

- **1999:** A partir del análisis, de 1540 historias clínicas revisadas, se obtuvieron un total de 197 casos, de los cuales 92 casos corresponden a T.

de Ansiedad, 78 casos a T. Depresivos, 10 a T. mixto ansioso-depresivo, y finalmente, 17 a cuadros comórbidos de ansiedad y depresión

- **2002:** De 1955 historias clínicas revisadas, se obtuvieron 244 casos. 95 casos corresponden a T. de Ansiedad, 105 casos a T. Depresivos, 9 a T. mixto ansioso-depresivo y 36 a cuadros comórbidos de ansiedad y depresión.

Gráfico 5. Primeras Admisiones registradas en el Servicio de Psiquiatría del Hospital , según historias clínicas. Años 1999 y 2002.



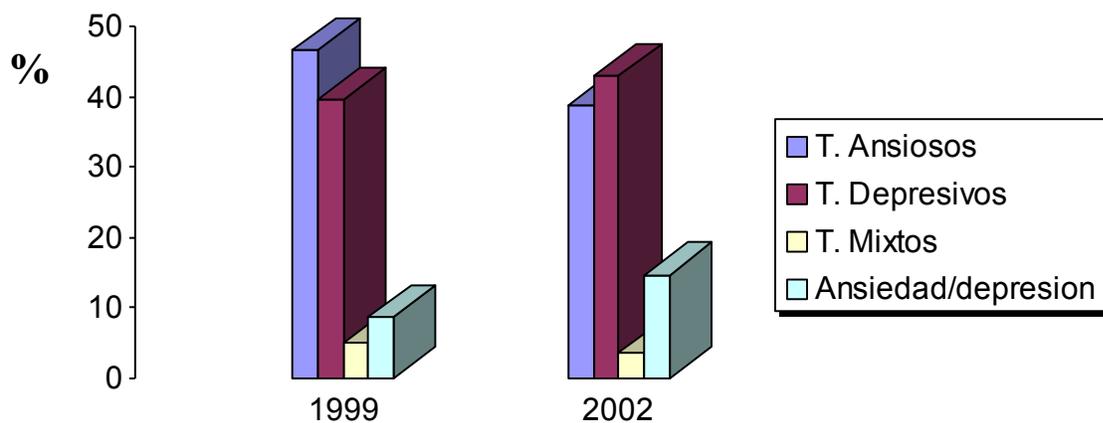
Si bien se observa comparativamente un aumento de consultas del 2001 con respecto al 1999, al analizar en proporción los números de casos tomando la totalidad de los

mismos-el 100%- de cada año por separado, se obtiene que el porcentaje de *Trastornos de Ansiedad* no aumenta, descendiendo incluso un 7,77%. Paralelamente, se contempla un aumento de 6,12 % en los casos comórbidos que presentan *Ansiedad y Depresión*.

En cuanto a los *Trastornos Depresivos*, se produce un aumento de 3,44%.

En los *Trastornos Mixtos* se registra un descenso de 1,39%.

Gráfico 6. Porcentajes de consultas realizadas en 1999 y 2002, según total de registros en cada año.



Las variaciones de los cuadros en ambos años comparados, se deben contemplar en porcentajes, tomando la totalidad de consultas correspondientes a cada año.

Observando los Trastornos Ansiosos, resulta marcado el descenso del porcentaje correspondiente al Trastorno de Ansiedad Generalizada-TAG-, de un 22,35 %.

A su vez, se registra un ascenso en la categoría de Trastorno y Ataque de Pánico, de 19,25%.

Por otra parte, se observa un descenso en Fobia Social, en 5,5%.

En el año 2002, se tiene en cuenta el Trastorno por Estrés post Traumático-5,20%-. Cabe aclarar que dicho trastorno no fue tenido en cuenta en la investigación tomada como referencia, la cual acapara el año 1999.

No se registran variaciones importantes en el resto de los cuadros patológicos.

Tabla1. Cuadros diagnosticados como trastornos ansiosos, años 1999 y 2002.

T A N S S	TAG		T. PANICO		AGO.		F.SIM.		F. SOC		TOC		TEPT		T. ANS.		T. ANS. NO ESP.		TOTAL CASOS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 9 9 9	38	41,30	22	23,91	3	3,26	4	4,35	7	7,61	6	6,52	0	0	7	7,61	5	5,43	92	100
2 0 0 2	18	19,29	41	43,16	0	0	7	7,37	2	2,11	8	8,42	5	5,26	8	8,42	6	6,32	95	100

En cuanto a los Trastornos Depresivos, se produce un descenso en el cuadro Distimia, de 11,07%.

En el 2002, se tiene en cuenta la categoría Trastorno Bipolar-4,76%-, que no aparece en 1999.

El Trastorno Depresivo Mayor registra un leve aumento de 6,05%.

Se registra un aumento del 4,43 % en la categoría Depresión- en la cual figuran categorías diagnósticas como cuadro, síndrome o trastorno depresivo, trastorno de ánimo, depresión recurrente, crónica, depresión reactiva, depresión atípica, depresión melancólica-.

Tabla 2. Cuadros diagnosticados como trastornos depresivos, años 1999 y 2002.

Trast. Depresivos.	Distimia		Depresión Mayor		T. Bipolar		Depresión		T. Depresivo no identificado		Total Casos
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
1999	22	28,21	25	32,05	0	0	27	34,62	4	5,13	100
2002	18	17,14	40	38,10	5	4,76	41	39,05	1	0,95	100

Analizando las características de los pacientes consultantes, se observa con respecto al género, una clara diferencia, reflejándose una mayoría en los dos años a favor del sexo femenino.

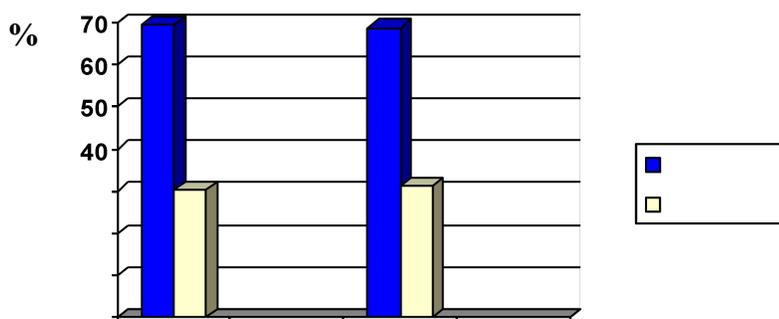
Tabla 3. Consultas efectuadas según género, años 1999 y 2002.

Sexo	1999		2002	
	n	%	n	%
Femenino	137	69,54	169	69,26
Masculino	60	30,46	75	30,74
Total	197	100	244	100

En porcentajes, se aprecia en 1999 una diferencia del sexo Femenino por sobre el Masculino de 39,08 %. Asimismo, en el 2002 la diferencia se mantiene en 38,52 %.

Si se comparan los porcentajes de los géneros con respecto a sí mismos, no se observan demasiadas variaciones en los dos años, descendiendo ínfimamente el sexo Femenino con 0,28 %, y ascendiendo el Masculino también en un 0,28%.

Gráfico 7. Porcentajes según género de consultantes, años 1999 y 2002.



Tomando en consideración la variable **edad**, se observan las siguientes consultas, repartidas según grupo etario correspondiente.

Tabla 4. Porcentajes de consultas según grupo etario, años 1999 y 2002.

Edades	1999		2002	
	n	%	n	%
18-30	34	17,26	41	16,80
31-40	34	17,26	38	15,57
41-50	38	19,29	47	19,26
51-60	47	23,86	67	27,46
61-70	26	13,20	30	12,30
71-80	8	4,06	15	6,15
81-90	5	2,54	5	2,05
Sin Identificación	5	2,54	1	0,41
Total	100	100	100	100

Se puede apreciar que el grupo de mayor consulta en ambos años corresponde a la franja de 51 a 60 años-23,86 % y 27,46% respectivamente-.

Los valores se mantienen en los dos años sin demasiadas variaciones.

Con respecto a las variables que atañen al estado civil y a la profesión de los consultantes, las mismas resultan inservibles a la hora de obtener datos cuantitativos. En el caso del estado civil, se registra siempre en la ficha de admisión “soltero”, apareciendo sólo en algunas historias clínicas el estado civil real de los pacientes.

En el caso de la profesión, se observa que dicha variable se omite en gran parte de dichas historias clínicas.

5.1 Análisis cualitativo de determinadas Historias Clínicas

La primera historia clínica-A-, correspondiente a un paciente de género masculino de 52 años de edad, alude directamente a la crisis ocurrida en el país. De los datos completados, se menciona que el 26 de diciembre tras los hechos políticos y sociales

ocurridos tuvo una crisis de ansiedad aguda tratada en la guardia con ansiolíticos. El paciente concurre posteriormente al Hospital , donde es diagnosticado con Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La siguiente historia clínica-*B*-corresponde a un hombre de 65 años. En el motivo de consulta, se menciona que los cambios permanentes y la falta de normativas de la política económica, favorecen la persistencia del trastorno de ansiedad.

Dichas historias sirven de ejemplo para aquellos casos que registraban sintomatología previa agravada por componentes directos vinculados a esos días críticos- hechos políticos, económicos y sociales acontecidos en Diciembre-. Como se ha analizado previamente, si bien la crisis parece obedecer más a un proceso de décadas, el Diciembre del 2001 fue un mes clave en donde las áreas económicas y políticas parecieron colapsar, repercutiendo en la calidad de vida y en la salud mental de los ciudadanos. La última semana de Diciembre, y en especial los sucesos del 19 y del 20, estuvieron protagonizados por episodios que podían llegar a ser valorados por el ciudadano común como significativamente estresantes. Es factible que en dicho contexto pacientes con antecedentes de ansiedad patológica hayan vivido dichos acontecimientos como situaciones amenazantes que excedían sus propios recursos y que ponían en peligro su bienestar personal.

Algunos de los componentes ansiosos propios que caracterizaban a dichos días, figuran la incertidumbre reinante y el factor imprevisible casi siempre presente de los acontecimientos, el miedo, la confusión, la inestabilidad, el caos y la ambigüedad, entre otros aspectos propios de la crisis económica, política y social.

Como se menciona en el presente trabajo, si bien el valor de una situación estresante depende de cómo la perciba la persona-teoría constructivista-, y del intercambio valorativo que realice entre sus recursos y las demandas del medio-postura de Lázarus (1985)- ciertas situaciones pueden llegar a compartir determinadas características como para ser reconocidas como estresantes-postura de Labrador(1993)-. Así, cuanto mayor sea el grado de incertidumbre, más estresante será la situación. A su vez, cuanto más ambigua sea la situación, mayor poder estresante tendrá.

Dentro de la esfera política, los hechos fueron desde el descreimiento creciente de la ciudadanía ante el gobierno y las instituciones, hasta una sucesión vertiginosa de presidentes inédita en la historia del país.

Un antecedente de ese descreimiento lo marcaron las elecciones nacionales del 14 de octubre para renovar parcialmente la Cámara de Diputados y elegir un nuevo Senado las cuales se realizaban en un contexto de creciente rechazo popular hacia la Alianza principalmente, pero también hacia cualquier clase política en general. Lo mismo se reflejó a la hora de votar, ya que crecieron fuertemente el voto en blanco y el voto anulado voluntariamente, como también la abstención-unas cinco millones de personas que en 1999 habían votado por alguna fuerza política, no encontraban representación en ese entonces-.

Este descreimiento llega a su tope en cuando se instaura popularmente la idea de *que se vayan todos*.

El del presidente De la Rúa y sus mensajes ambiguos, sumado a la indiferencia con la que parecía dirigirse a la población eran importantes estresores para los ciudadanos. Asimismo, la sucesión de varios presidentes en el término de 5 días ponía en jaque la

estabilidad política del país. Dicho período resultaba increíble y no dejaba lugar a una posible anticipación de los hechos. La inminencia de la situación y el período de tiempo que la persona tiene para anticipar el acontecimiento son uno de los factores que convierten a una situación como estresante. Por otro lado, la probabilidad de que ocurra el acontecimiento forma parte de otro de los factores.

Paralelamente, en muchas historias clínicas se hace alusión a la situación económica y a los impedimentos que ocasionaban las nuevas medidas. La historia clínica C, correspondiente a un hombre de 29 años, grafica lo expuesto, al describir angustia y fobias secundarias surgidas a partir del corralito. Se diagnostica TOC y trastorno por pánico.

Las polémicas medidas económicas decretadas por el gobierno de turno impactaron en el patrimonio del pueblo, algunas muy drásticamente. Desde los decretos de Necesidad y Urgencia, con múltiples recortes presupuestarios, hasta el corralito y la devaluación.

El simple cambio en una situación habitual puede convertirla en amenazante, ya que supone la aparición de demandas nuevas, a las que es necesario adaptarse. La salida de la convertibilidad angustiaba a la sociedad. El corralito y la restricción de recursos llevaban a adoptar patrones de vida desconocidos hasta ese momento-ya con el decreto del 30 de noviembre se limita a 250 por semana el retiro en efectivo de pesos a raíz de que desaparecen los dólares de la banca.

La realidad Argentina en diciembre del 2001 reflejaba a una deuda pública que para ese entonces equivalía a cinco años de exportaciones anuales y representaba 60 % del producto bruto interno; el 35 % de la fuerza laboral estaba desocupada o subocupada y 40 % de los argentinos vivía por debajo de la línea de pobreza.

El descontento de la ciudadanía fue tomando diferentes representaciones, desde protestas-donde se hicieron sonar los cacerolazos-, hasta marchas y cortes, llegando en muchos casos a saqueos y otras formas de insubordinación civil, represión por parte de la policía y encontronazos de violencia que dejaron como saldo heridos y muertos. En la historia clínica *D*, correspondiente a una mujer de 60 años, la paciente menciona en el motivo de consulta estar muy angustiada y con muchos temores por la situación que se estaba viviendo en ese entonces. Se diagnostica Trastorno de Ansiedad.

La severidad de un acontecimiento depende del número de objetivos o aspectos de la persona que están siendo amenazados, la importancia de cada uno de esos objetivos y el grado de amenaza por cada uno de ellos.

Los sucesos a su vez eran transmitidos por los diferentes medios masivos de comunicación. Se ha mencionado ya anteriormente el papel relevante que cobraron los medios en la transmisión de los hechos, y la posibilidad de que determinadas transmisiones resultaran claramente influenciables en el estado anímico de la población.

La historia clínica *E*, correspondiente a un hombre de 52 años, grafica lo expuesto. Consulta en ese momento para iniciar psicoterapia, teniendo como antecedentes dos ataques de pánico. Se describe como parte de los antecedentes de la enfermedad, que previo a un cacerolazo, estuvo mirando por televisión la represión, con lo que se puso más tenso.

La transmisión en directo en las señales periodísticas de cable, en los noticieros y en los flashes informativos que interrumpían la programación, tratando acerca de lo saqueos a negocios y supermercados, y el reflejo de disturbios varios, resultaban impactantes de por

sí. Probablemente, dichas imágenes estresantes fueron más propensas a vivenciarse como amenazantes en sujetos ansiosos o con predisposición a la ansiedad.

En relación a los hechos ya explicados, y acorde también al alto grado existente de comorbilidad entre los trastornos ansiosos y los trastornos depresivos, figuran historias clínicas diagnosticadas con Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo. En la historia clínica *F*, correspondiente a un hombre de 59 años, el paciente es derivado por Psiquiatría Infantil, debido a un cuadro que presentaba su hija. En la descripción, se menciona que el paciente reconoce influir negativamente en el cuadro de su hija ya que se encontraba permanentemente preocupado de manera exagerada por la difícil situación económica y laboral de ese momento.

Por otro lado, se han representado durante el desarrollo del presente trabajo, un leve aumento en consultas correspondientes a trastornos depresivos en el año 2002 a comparación con el 1999. Son muchas las historias que grafican lo mismo. La historia clínica *G*, perteneciente a una mujer de 39 años, presenta en el motivo de consulta que la paciente padece de angustia secundaria y de estrés por la situación actual de ese momento. Se diagnostica depresión mayor cronicada.

En la historia clínica *H*, correspondiente a una paciente de 50 años, diagnosticada con depresión, se menciona como antecedentes de la enfermedad que la situación del país la desbordaba. La paciente hacía referencia a una empresa familiar de transporte y que nadie le pagaba, presentando a su vez falta de fuerzas para levantarse e hipersensibilidad.

Dentro del marco problemático que presentaba el país, y ante la falta de esperanzas, fueron muchos los ciudadanos que intentaron irse del país, durmiendo en las colas de

espera para ser atendidos por las embajadas de Italia y España. La historia I, de una mujer de 57 años, refiere que la paciente concurre con su hija, ya que el día 24 de Diciembre proyectaba irse a radicarse a España por la situación actual de la Argentina. El desempleo y la inseguridad les provocaban angustia. Se hace referencia a una depresión por dejar amistades, lugares conocidos, etcétera.

Ver Anexo Historias Clínicas.

6. COMENTARIOS Y DISCUSIONES

Los medios de comunicación, como ya se ha expresado, transmitían por ese entonces, que las consultas realizadas por ansiedad y estrés se volvían cada vez más numerosas a raíz de la crisis que atravesaba el país.

La opinión pública y la mayoría de los medios periodísticos interpretaban por ese entonces que las enfermedades traídas por la crisis incrementaban las visitas médicas. Uno de los principales motivos de consulta mencionados era el estrés y la sintomatología asociada a sus repercusiones sobre el organismo, como así también su incidencia en la

aparición de otros cuadros clínicos- infartos y cardiopatías graves, asma de adulto, cefaleas, trastornos del sueño, enfermedades de la piel, dolores cervicales, mareos, temblores, colesterol muy alto, accidentes cerebrovasculares, y fobias-.

Elustondo (2004) resulta representativa, al considerar que los argentinos estaban pagando con el cuerpo el costo de la crisis. La cronista enumera factores y sucesos como recesión, desempleo, crisis política, fuga de capitales, corralito, cacerolazos, saqueos, una treintena de muertos en pleno centro, un presidente, otro, otro más, medio país bajo la línea de pobreza, inseguridad, incertidumbre.

Muchas de las características que suelen compartir las situaciones estresantes, pueden llegar a relacionarse con los sucesos que fueron teniendo lugar en el período analizado-cambio o novedad en la situación estimular, factores temporales, probabilidad de que ocurra el acontecimiento, incertidumbre, ambigüedad-. Anteriormente, se intentó integrar dichas características a ciertos aspectos registrados en las historias clínicas seleccionadas para el análisis cualitativo.

Analizando el aumento general de consultas registrado en el Hospital Francés, si bien se observa comparativamente un aumento en la cantidad total de casos (n) en el 2001 con respecto al 1999, el mismo sería coherente con el aumento general de consultas progresivas que tuvo lugar en el país.

Por otro lado, no deben dejar de considerarse una serie de variables perturbadoras que pueden haber influido para ello. Las mismas atañen directamente a las mejoras del servicio, como ser, aumento de médicos en planta ofrecidos, mayor difusión y propaganda del Hospital, aumento del número de afiliados a la obra social del Hospital-.

En cuanto la hipótesis planteada de que los trastornos de ansiedad en el Servicio de Psiquiatría del Hospital aumentan debido a la crisis del 2001 acontecida en el país, se observa que no se produce dicho aumento, figurando incluso un descenso de 7,77%. A su vez se produce paralelamente un aumento similar en los casos comórbidos de ansiedad y depresión de 6,12 %.

Las variaciones no deberían de entenderse aisladas. Deberían plantearse más bien en el contexto de crisis progresiva y continua del país, que se agrava desde 1999 al 2002. En dicho período, la crisis global del 2001-económica, político y social- resultó, según muchas lecturas, un punto de quiebre determinante, el cual repercutió lógicamente también en el estado anímico de la población.

El aumento en los casos que presentan conjuntamente ansiedad y depresión, podrían llegar a relacionarse con variables que atañen a la crisis, pero se debe tener en cuenta que no puede establecerse una relación fehaciente con los elementos presentes y aquí planteados.

Asimismo, una posible explicación del aumento del porcentaje en cuadros comórbidos de Ansiedad y Depresión, radica en que los cuadros ansiosos sostenidos en el tiempo suelen cursar con sintomatología o cuadros depresivos.

Observando los Trastornos Ansiosos, resulta llamativo el marcado descenso del porcentaje correspondiente al Trastorno de Ansiedad Generalizada-TAG-, en un 22,35 %. En un contexto ansiógeno y disparador de múltiples preocupaciones, se ha mencionado una probable lectura en la cual el TAG se convertía en un cuadro preponderante.

A su vez, se registra un ascenso en la categoría de Trastorno y Ataque de Pánico, de 19,25%, un cuadro patológico que se produce debido a una crisis aguda de ansiedad. Ante determinados momentos del período analizado, en los momentos de más tensión, puede que el sujeto ansioso haya respondido con este tipo de respuesta más aguda antes que desarrollar una respuesta ansiosa de tipo crónico.

Por otra parte, en los últimos años ha crecido mucho la información con respecto a este trastorno, llegándose incluso al sobrediagnostico. La mayor difusión, probablemente haya incidido en el aumento de consultas de dicho trastorno.

En el año 2002, se registra el Trastorno por Estrés post Traumático-5,26%-, el cual no aparece en el año 1999 por no haber sido tenido en cuenta en la investigación tomada como referencia. Sin embargo, el porcentaje correspondiente al 2002 no parece ser significativo. Tal trastorno puede relacionarse a priori con los fuertes episodios estresantes que se vivieron en el país, no obstante no se registran historias con este cuadro que hagan mención directa a la crisis.

En cuanto a los Trastornos Depresivos, se produce en el 2002 un descenso del cuadro Distimia, de 11,07%, mientras que el Trastorno Depresivo Mayor registra un aumento de 6,05%. Lo mismo puede llegar a explicarse por los criterios de tiempo diagnóstico que cumplen dichas patologías en su clasificación, siendo tal vez más probable que las consultas depresivas hayan sido motivadas ante estresores específicos del momento. Asimismo, tales especulaciones no encuentran posibilidad de evaluarse con el material presentado.

El aumento registrado de 4,43 % en la categoría Depresión- cuadro, síndrome o trastorno depresivo, trastorno de ánimo, depresión recurrente, crónica- depresión

reactiva, depresión atípica, depresión melancólica-, refieren a las diferentes formas clasificatorias en las cuales los profesionales fueron diagnosticando a las consultas de pacientes depresivos. Hemos expuesto algunas historias clínicas que hacen mención a la crisis del 2001 y a sus distintos elementos.

Con respecto a las características de los pacientes consultantes, apreciamos que el género consultante es en su gran mayoría femenino- se aprecia en 1999 una diferencia del sexo Femenino por sobre el Masculino de 39,08 %; en el 2002 la diferencia se mantiene en 38,52 %- Si bien las prevalencias de los trastornos ansiosos y depresivos corresponden en su mayoría al género femenino, se debe considerar a su vez que en general son las mujeres las que más se caracterizan por realizar consultas médicas en comparación a los hombres.

El grupo de mayor consulta en ambos años corresponde a la franja de 51 a 60 años.

Repasando lo analizado, evaluar si aumentaron o no los trastornos ansiosos a partir de la muestra tomada resulta dificultoso. Se debe considerar a su vez que el número de consultas se encuentra limitado por el factor humano, lo cual escapa a ser evaluado en esta investigación, así como las variables perturbadoras anteriormente mencionadas.

Si bien los porcentajes de los trastornos ansiosos no aumentan, sí parece confirmarse que determinados cuadros ansiosos se vieron agravados por la crisis. Lo mismo pudo ser observado en determinadas historias clínicas revisadas de pacientes con sintomatología previa.

6.1 ANEXOS

Historias Clínicas

A) N. N

Motivo de Consulta: Derivado de la guardia del hospital x ansiedad.

Descripción: Presenta síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. El 26 de diciembre tras los hechos políticos y sociales que ocurrieron en el país tuvo una crisis de ansiedad aguda que fue tratada en la guardia con benzodiazepinas y fue derivado aquí a este servicio.

Diagnósticos: Provisorio: TAG

Definitivo:

B) N.N

Motivo de Consulta: Refiere que los cambios permanentes y la faltas de normativas de la política económica, favorecen la persistencia del trastorno de ansiedad.

Tratamiento: Medicación: Paroxetina 20 mg día.

Diagnósticos: Provisorio: TAG

Definitivo:

C) N.N

Motivo de Consulta: Paciente con angustia secundaria problemas de angustia y fobias secundaria.

Antecedentes de la Enfermedad Actual: Descripción: a partir del corralito.

Historia Personal: Descripción: Cuenta una historia con consultas recientes a clínicos-Dr. N.N-medicada con paroxetina y clonazepán con buenos resultados.

Historia Psiquiátrica: Anterior: a los 17 años accidente y robo, sufre un efecto de bloque con fobias

Familiar: s-p

Historia del Desarrollo Personal y Social: Descripción: vive con los padres juntos. Hijo único, padre comerciante atiende un negocio.

Diagnósticos: Provisorio: TOC, Pánico angustia. Trastorno por pánico.

Definitivo:

Plan inicial de tratamiento: Medicación: Aropax 20 1, rivotril2.

D) N.N

Motivo de Consulta: Estoy muy angustiada y con muchos temores; por la situación que se está viviendo y por situaciones familiares -problemas de salud de su madre, una hermana, su esposo, etc-

Hay problemas en la casa con el esposo y sus tres hijos 26, 24, 22.

Reúne todos los criterios de TAG. "Soy excesivamente responsable, puntual en extremo".

Miedos a las enfermedades, a lo que le pueda pasar a los chicos cuando salen de noche.

Historia Personal: Descripción: Cuenta una historia con consultas recientes a clínicos -Dr. N.N- medicada con paroxetina y clonazepán con buenos resultados.

Siente que su esposo no la acompaña demasiado y que se evade sin ayudar a sus hijos.

Su esposo ha sido operado de la próstata y tiene una impotencia que ya lleva un año. "No me molesta la situación sino que no busca alguna solución".

Diagnósticos: Provisorio: TAG

Definitivo:

E) N.N

Motivo de Consulta: Tuve dos ataques de pánico en febrero de este año, la consulté en Honorio Pueyrredón y estoy medicado, con Aropax 10 mg día, y no fue necesario que tenga que tomar medicación extra. Concurro por la sugerencia suya de realizar psicoterapia, que es mi inquietud actual.

Antecedentes de la Enfermedad Actual: Refiere que reconoce que siempre sufrió como ahogos, en lugares cerrados, tener necesidad de espacios abiertos y luz, EL tenía que

llevar a su hija a M y previo a un cacerolazo, estuvo mirando TV la represión con lo que se puso más tenso , y en la mañana siguiente, viajan, con su esposa y su hija , la dejan el la casa de las amigas y se instalan en un hotel, esa noche no puede dormir, se siente ahogado, sale a la calle, ala mañana siguiente emprende el regreso. Cuando llega BS AS, sentía que no cabía dentro de mí, me ahogaba y no podía más, mi esposa llama al médico, Me realizan examen, me prescribe un sedante -que no toma- , se alejó a un lugar fresco y pudo así dormir.

Historia Médica: colecistectomía, a los 49. Cicatriz abdominal por quemadura a los 2 años de edad. No refiere otros antecedentes clínicos de importancia.

Historia del Desarrollo Personal y Social: Descripción: Nació en capital federal, en 1950, hijo de NN-73- siempre tiene algo, pero son cosas menores, es muy alegre, y NN-42- Cáncer tiroideo. Tiene una hermana que padeció la enfermedad tiroidea y fue tratada a tiempo, NN -49-. Se casó por primera vez, con NN ; fallecida hace 4 años , era adicta ese fue el motivo de la separación, de esta unión nació NN -29- , y se casa en NN -51- , tienen una hija NN -17-.

Estudios primarios, sin dificultad, comienza a trabajar a los 13 años, Técnico en radio y televisión. Actualmente está fascinado por la computación.

Diagnósticos: Provisorio: Eje I Trastorno de pánico

Eje IV deudas.

F) N. N

Motivo de Consulta: Derivado por equipo de psiquiatría infantil.

Antecedentes de la Enfermedad Actual: Descripción: su hija esta en tratamiento en este servicio por un cuadro de tipo ansioso reactivo. El paciente reconoce influir

negativamente en el cuadro de su hija ya que se encuentra en forma permanente preocupado de manera exagerada por la situación difícil económica y laboral actual. Ansioso y deprimido de por lo menos 6 meses de evolución. Personalidad obsesiva.

Diagnósticos: Provisorio: Trastorno mixto ansioso depresivo + distimia.

Personalidad obsesiva depresiva.

Definitivo:

Plan inicial de tratamiento: Medicación: Aropax 10 mg diarios.

G) N. N

Motivo de Consulta: Paciente con angustia secundaria a estrés por situación actual.

Historia del Desarrollo Personal y Social: Descripción: casada.

2 Hijas. NN 16, NN 12

Trabajo de peluquera.

Marido vendedor. de zapatillas. pero es lic. en administración.
secundario completa.

Clase media con ciertos problemas.

Formulación del Caso: Sin datos registrados.

Tratamiento: Sin datos registrados.

Diagnósticos: Provisorio: Sin datos registrados.

Definitivo:

Plan inicial de tratamiento: Medicación: efexor 37,5

rivotril 2 1/4 1/2.

Se incluye en el protocolo de efexor autorizado.

H) N. N

Motivo de Consulta: Paciente derivada por la Dra. NN, hace años que esta haciendo psicoterapia, pero actualmente la situación del país la desborda, tienen una empresa familiar de transporte y nadie paga, depresión, no tiene fuerza de levantarse, hipersensible.

Antecedentes de la Enfermedad Actual: Descripción: Hace tiempo que se hace terapia con una psicóloga en forma particular, por diversos conflictos que ha ido superando.

Diagnósticos: Provisorio: Sin datos registrados.

Definitivo:

Plan Inicial de tratamiento: Medicación: Aropax 20 mg 1 por día, Rivotril 0,5 mg, Complegel Novo im diario

D) N. N

Motivo de Consulta: Paciente concurre con su hija pues tienen el mismo problema, el día 24 de este mes se van a radicaren el exterior por la situación actual de la Argentina, desempleo inseguridad, esto les provoca angustia, depresión por dejar amistades, parte de sus historias, lugares conocidos, etc.

Descripción: servicio.

Historia Psiquiátrica: Anterior: Episodios depresivos.

Familiar: Hermana mayor depresiva.

Historia Médica: No antecedentes clínico-quirúrgicos de significación.

Historia del Desarrollo Personal y Social: Descripción: Refiere una larga historia de situaciones conflictivas familiares en las que siente que su esposo no la ayuda-por ejemplo hijo del medio, que desestabiliza toda la familia-.

Diagnósticos: Provisorio: I TAG

Definitivo:

Plan Inicial de tratamiento: Medicación: Aropax 20 (1 0 0 0) Rivotril 0.5 (1 0 0 1)

Psicoterapia: Se indica-con Lic. NN-

7. DATOS BIBLIOGRAFICOS

- Alonso J. y Caballero R. (2001). Opinión. La rebelión de la gente común. *Revista Noticias*: 25-31.
- American Psychiatric Association DSMI TR (2003); *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson S.A.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw. Hill. Volumen 1 y 2.
- Brieger P. (2001, Diciembre). *Testimonio de la pueblada*. Comisión por la verdad. Recuperado de <http://www.20diciembre.org.ar/>
- Bulacio, J. M.; Vieyra, M. C. (2003, Noviembre). *Estrés y Vida Cotidiana* (1). Recuperado de www.intramed.net .
- Bulacio, J.M (2004). *Ansiedad, Estrés, Práctica y Clínica, Un enfoque moderno, humanista e integral*. Buenos Aires: Akadia.
- Cardoso R. (2001, Diciembre). *Actualidad política*. Recuperado de <http://www.terra.com.ar/canales/politica/32/32598.html>
- Cía A. (2002). *La Ansiedad y sus Trastornos*. Buenos Aires: Polemos.
- Casablanca R.; Hirsh H. (2002, Mayo). *Argentina 2001-2003: Stress, Trauma y Resiliencia*. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo79-3.htm>

- Cibeira F. (2000, Julio). *Discusión en el gobierno por el estilo de De la Rúa. El peligro de no delegar*. Página 12/web. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/2000/00-07/00-07-28/pag05.htm>
- Cortesi, S. (2004, Enero).Salud. *Buenafuente.com*. Recuperado de http://www.buenafuente.com/article_view.asp?CodigoArticulo=13139 .
- El Cronista (2002, Octubre). Revista Médicos. *Actualidad*. Recuperado de <http://www.revistamedicos.com.ar/noticias/cronista161002.htm> .
- Elustondo G. (2004, Abril). Estrés: el legado de la crisis. *Clarín.com*. Recuperado de <http://www.clarin.com/suplementos/zona/2004/04/18/z-03215.htm>
- Esquivel P.A. (2001, Diciembre). *La pueblada frente a las políticas de ajuste*. Comisión por la verdad. Recuperado de <http://www.20diciembre.org.ar/>
- Farré M.; Pedemonte D.; Teijeiro Á. (2002). *Medios de comunicación y protesta social*. Buenos Aires: La Cirugía.
- Ficarra (2005, Febrero). *Marketing del Momento*. Revista Universo Económico.
- Godio J. (2002). *Argentina: en la crisis está la solución*. Buenos Aires: Biblos.
- Greenberg, P. E.; Sisitsky, T.; Kessler, R. C.; Finkelstein, S. N.; Berndt, E. R.; Davidson, J. R. T.; Ballenger, J. C.; Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. New York: *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Instituto de Ciencias Cognitivas Aplicadas (2005). Introducción a los Trastornos de Ansiedad, un enfoque integral. *Programa de Capacitación virtual*.

- Jorge J. E (2002, Enero). *La crisis de la dirigencia. El fracaso de una generación*. Cambio cultural. Recuperado de <http://www.cambiocultural.com.ar/actualidad/dirigencia.htm#encuestasb> .
- Kaplan, H.; Sadock, B. Y Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Panamericana, 7ª edición.
- Kielholz P.; Adams C. (1991). *Estados de Angustia y Ansiedad*. Barcelona: Espaxs.
- Labrador, F.; Crespo, M. (1993). *Estrés, trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.
- Lamberto O. (2003). *Los cien peores días. El fin de la convertibilidad*. Buenos Aires: Biblos.
- Lázarus, A.; Folkman, S. (1985). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- Lindemann C. (1996). *Handbook of the Treatment of the Anxiety Disorders*. New Jersey: Jason Aronson.
- Loíacono F.L. (2001, Agosto). Crónica de la crisis de un país HIPER. de la Hiper-inflación a la Hiper-recesión. *Al final.com*. Recuperado de <http://www.alfinal.com/Economia/crisisargentina.shtml> .
- Mariani (2001, Octubre). Instituto del Mundo del Trabajo. Revista Pistas N° 5. Recuperado de <http://www.mundodeltrabajo.org.ar/Pistas/p005/marianioct01.htm>
- Márquez López Mato A.; Boullosa O.; Cetkovich Bakmas M. (2002). *Psiconeuroinmunoendocrinología*. Buenos Aires: Polemos.

- Márquez López Mato A.; Boulosa O.; Márquez C. (1997). *Psiquiatría Neoclásica*. Buenos Aires: Ananké.
- P.L. (2002, Junio). El negocio de inflar la psicosis. Sociedad. *Página/12 Web*. Recuperado de <http://www.pagina12web.com.ar/diario/sociedad/3-36315.html> .
- Palomino H. (2004, Septiembre). *Argentina: Argentina hoy, los movimientos sociales*. Herramienta. Revista de debate y crítica marxista. Recuperado de <http://www.herramienta.com.ar/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=282> .
- Rice, D. P.; Miller, L. S. (1993). The economic burden of affective disorders. In R. M. Scheffler, L. F. Rossiter, *Advances in Health Economics and Health Services Research*. Greenwich: JAI Press.
- Rouvier R. (2003). *Crisis y Estado Anímico de la Población*. Fundación Antea. Informe Especial. Buenos Aires: Corregidor.
- Shapira V. (2001, Diciembre). Ansiedad, el principal tema de consulta. Ciencia/Salud. *La Nación line*. Recuperado de http://www.ppba.com.ar/articulos/lanacion_ansiedad.htm .
- Vindel C.; Tobal M. (1994). *Psicología, Medicina y Salud*. Murcia: Compobell.
- Wikipedia Enciclopedia (2005, Mayo). *Economía*. Recuperado de <http://es.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9ficit> .
- Yates W. (2004, Agosto). Anxiety Disorders. *Emedicine*. Recuperado de <http://www.emedicine.com/med/topic152.htm> .

