

## **DE LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA, LA EXCLUSIÓN Y LA AFECTIVIDAD. DE LA INVESTIGACIÓN PSICO-SOCIAL A LA CLÍNICA DE LA AFECTIVIDAD.**

José González Cosimini

Psicólogo Clínico, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.  
Servicio Psicológico de Intervención en Crisis. <http://jgcosimini.blogspot.es>  
[jgcosimini@montevideo.com.uy](mailto:jgcosimini@montevideo.com.uy)

### **RESUMEN:**

El presente artículo pretende dar cuenta de una experiencia de investigación: el proceso de exclusión psicosocial como precursor de los trastornos afectivos. La misma está enmarcada dentro del trabajo que desarrollan en la comunidad egresados y estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Uruguay), siendo su ejecución financiada por aportes propios, de los beneficiarios y de la sociedad civil.

El interés por investigar esta temática surge a partir de la experiencia que nuestro equipo desarrolla - desde tiempo atrás - en la asistencia psicológica a poblaciones en condiciones de riesgo económico y psico-social en el área urbana de la ciudad de Montevideo, Uruguay.

En este escenario,, se producen fenómenos psico-sociales de desplazamiento de la población fuera de los límites de la contención social; las consecuencias de este proceso son consideradas aquí articuladas con sus manifestaciones psíquicas.

Así los trastornos de la afectividad y más específicamente las crisis emocionales, la depresión y las urgencias psicológicas aparecen como maneras de manifestarse el malestar por la exclusión.

La presente experiencia comienza a ejecutarse en agosto de 2005 y en el diseño del modelo terapéutico de intervención y asistencia en crisis hemos delimitado tres grandes ejes que organizan nuestro pensamiento y accionar: la exclusión como fenómeno psico-social, los trastornos afectivos y la asistencia psicológica en crisis.

### **De las características socio-demográficas**

Uruguay tiene una población de 2 millones 955.000 habitantes (48.7% hombres, 51.3% mujeres). El 46% de la población se localiza en la capital del país, Montevideo, el 38% en el interior urbano, mientras que sólo el 16% habita las zonas rurales. La estructura macrocéfala del país en términos de la distribución demográfica, se corresponde con la estructura centralizada de los recursos económicos, servicios y ofertas socioculturales, lo que le otorga fuertes características de país urbano. La tasa anual de crecimiento vegetativo es de 6.7 por mil, siendo la tasa bruta de natalidad de 17.08 y la tasa de mortalidad de 10.3. La mortalidad se ubicaba en 20 por mil en 1993. La tasa global de fecundidad es de 2.3 mientras que la tasa neta de reproducción es de 1.1.. La estructura de los hogares es predominantemente nuclear, con un promedio de 3.3 personas por hogar.

Sin embargo, los indicadores globales encubren condiciones deficitarias de la reproducción biológica y social del país. Se puede afirmar que la natalidad en Uruguay se ha convertido en variable de control de las oportunidades sociales, dando lugar a un nuevo sistema de estratificación con base a los roles reproducidos. Así, aquellos sectores sociales que compiten por lugares de protagonismo o integración social exitosa demoran o inhiben su reproducción, mientras que los hogares que se hacen cargo mayoritariamente de dicha reproducción, se asocian a indicadores negativos:

- casi la mitad de la sociedad uruguaya se reproduce en condiciones de insatisfacción de sus necesidades (43% de los niños nace en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, NI);
- el índice de natalidad de las mujeres con bajo nivel educativo (primaria completa o incompleta) duplica el índice de natalidad de las mujeres con mayor nivel de instrucción;
- un alto porcentaje de esos niños son hijos de madres adolescentes;
- a su vez, la probabilidad de encontrar madres adolescentes es mayor en los hogares con jefatura femenina y con inestabilidad de la pareja progenitora de la joven madre.

Para confirmar la reproducción biológica como uno de los círculos de pobreza, es relevante considerar que mientras el 41% de los hogares con NI en Montevideo tiene por lo menos 1 niño de entre 1 y 5 años de edad, solamente el 16% de los hogares con NOS cuenta en su núcleo con niños de esa edad. Por lo tanto, las unidades familiares con niños pequeños se convierten en doblemente vulnerables, por la pobreza en que viven y por el peso de una mayor carga reproductiva. Por otra parte, si se considera como indicador la línea de pobreza ajustada (LPG) en vez del NBI, están en situación de pobreza el 10% de los hogares de Montevideo y el 19.4% de los hogares del interior urbano, lo que implica 623.400 personas en esta condición. Según este indicador el 27.7% de los menores de Montevideo 14 años y el 47.2% en el interior urbano son pobres. (Fuente: Alicia Melgar, en base a la Encuesta Nacional de Hogares). El envejecimiento de la población se produce como resultado de la baja tasa de natalidad ya mencionada y del incremento de la esperanza de vida ubicada en 72.4 años.

A las variables mencionadas, debe agregarse el impacto de emigración internacional. Se estima que ha emigrado aproximadamente el 15% de la población del país, siendo su composición selectiva: población joven, predominantemente masculina y de buen nivel de calificación. En resumen, es posible afirmar que el temprano proceso de transición demográfica de la sociedad uruguaya en el marco de la región no se correspondió con el proceso de modernización estructural y económica, generándose así fuertes contrastes entre las expectativas de integración sistémica y el bloqueo de esa posibilidad.

### **De las intenciones.**

En base a lo anterior, en los últimos decenios en nuestro país el modelo neoliberal generó una ruptura en lo social, económico y político que estableció profundas transformaciones en las significaciones y los imaginarios colectivos. Como consecuencia se produjo un profundo cambio en el universo que de alguna manera garante y sostiene el funcionamiento regular del colectivo social.

## DE LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA, LA EXCLUSIÓN Y LA AFECTIVIDAD. DE LA INVESTIGACIÓN PSICO-SOCIAL A LA CLÍNICA DE LA AFECTIVIDAD.

Dentro de este escenario, intentamos describir los fenómenos psicosociales que se producen en relación con el desplazamiento del sujeto fuera de los límites de la contención social; las consecuencias de este proceso - comúnmente analizadas en lo que respecta a la exclusión social - son consideradas aquí articuladas con las manifestaciones psíquicas de la población.

Intentamos analizar y ver a los trastornos de la afectividad y más específicamente las crisis emocionales, la depresión y las urgencias psicológicas como una de las maneras actuales de manifestarse el malestar por la exclusión.

Para concluir con la exposición de un modelo terapéutico de intervención y asistencia en crisis que intenta un mejor manejo clínico de los trastornos afectivos en el marco de la exclusión psicosocial.

### **De la subjetividad contemporánea.**

Un recorrido por la cotidianeidad de los sectores sociales urbanos en Uruguay nos muestra el proceso de construcción de la subjetividad contemporánea.

Subjetividad centrada en una cultura del miedo, sentimiento dominante generado por ataques reales o fantasías de pérdidas. Miedo a ser asaltado, temor a la pérdida del trabajo o los bienes, temor a la pérdida de la posición económica.

La población vive en una cultura del miedo: zonas a las que se evita de noche o de día, desconfianza, alerta permanente en espera del ataque, miedo al miedo.

En el marco de una reducción creciente del mundo de los vínculos sociales se pone en juego la estrategia de la soledad y del encierro, donde cada vez más son los objetos los que producen placer y cada vez menos la relación con los semejantes.

El aislamiento promovido desde el miedo insta a hacerlo todo desde casa - o desde el espacio virtual - sin moverse de casa. Sin riesgos, encerrados y seguros.

En el imaginario de la violencia y la vida amenazada, no hay espacio librado de la amenaza delictiva. Y eso se traduce en rejas en casas, en negocios, en guardias armados, en barrios amurallados.

Así - en un proceso que abarcó las últimas décadas - la exclusión se expresó en la reducción creciente por parte del estado de su función social (salud, educación, seguridad, etc.) y la creciente desocupación laboral - con su correlato - el aislamiento social y familiar.

En tanto que, se instituye la exclusión social que presenta - para el sujeto - la convicción cada vez más precisa de que no hay vuelta atrás.

A diferencia de la pobreza que tiempo atrás sostenía el imaginario del progreso y del ascenso social, los excluidos de hoy saben que tienen poca chance de salir de su situación.

Consideramos que estos ejes de la cotidianeidad urbana reestructuran profundamente nuestra subjetividad y con ello nuestras expectativas psicosociales. Pronto surgirá - con la aparición de nuevas ideas, conceptos y nociones un nuevo imaginario - que ocupará su lugar en nuestro psiquismo.

### **El nuevo imaginario.**

Consideremos la dirección que toma la nueva subjetividad, analizando el proceso de exclusión psicosocial mediante lo que ha perdido consistencia en la actualidad y que formó parte del imaginario en el pasado:

El neoliberalismo imperante en los últimos decenios redujo a una mínima e insuficiente expresión al aparato del Estado como garante de políticas sociales que procuran mitigar las carencias de los sectores de menores recursos. Esto implicó la desaparición de las instancias de apelación, de los espacios de acuerdos que protejan a los más débiles, el aniquilamiento de las instancias reguladoras que moderan los excesos del sistema.

En el pasado, varias generaciones sostuvieron el rol y la posibilidad de ascenso social en el trabajo y

## DE LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA, LA EXCLUSIÓN Y LA AFECTIVIDAD. DE LA INVESTIGACIÓN PSICO-SOCIAL A LA CLÍNICA DE LA AFECTIVIDAD.

el estudio convirtiéndolos en fuertes soportes de la subjetividad. Hoy, el desempleo y la inestabilidad laboral, la falta de expectativas intelectuales y los cambios en los perfiles formativos que requiere el mercado, le reducen o quitan el valor que antaño tuvieron.

El modelo demuele esperanzas y con ellas la motivación, y la posibilidad de sostener un proyecto común, mediante la depreciación de la política, el corrimiento de los centros de decisión, el desprestigio de los liderazgos tradicionales. El pensamiento hegemónico globalizado rechaza lo comunitario, como proveedor de identidad, por convertirse en una traba para el desarrollo del modelo neoliberal.

Así, la caída de los imaginarios obliga a una reestructuración profunda de la subjetividad contemporánea, al desgarrarse el tejido de significación que construye y sostienen el psiquismo. Nuevas ideas, conceptos y nociones irán ocupando su lugar en la nueva subjetividad: mayor valoración de lo privado frente a lo público, creciente importancia de los bienes de consumo como satisfactores emocionales, tendencia a la deprivación emocional y a la reducción de los vínculos, ausencia creciente de participación en proyectos colectivos.

En torno a estos ejes se irán configurando los imaginarios del sujeto de la globalización y con ellos el proceso de exclusión psicosocial.

### **Los trastornos afectivos, malestar contemporáneo.**

Pretendemos considerar aquí articuladas las consecuencias de este proceso con las manifestaciones psíquicas de la población; afirmamos que los profundos cambios en el imaginario y su correlato la reestructuración de la subjetividad contemporánea están influyendo de manera directa en el psiquismo de la población, sea cual sea su situación social o económica.

Sostenemos que en el contexto socio-histórico de un modelo hoy aparentemente sin oponentes y que promete un progreso y modernidad sin límites - donde existe un desarrollo tecnológico impresionante que se incrementa día a día - los trastornos emocionales, las urgencias psicológicas y los intentos de auto eliminación son una manera actual de manifestar ese rechazo a la exclusión.

Es imposible pensar que todo esto no tenga fundamentales significaciones en la subjetividad contemporánea y determine en muy alto grado deseos, sentido de realidad, ideal de yo, valores del superyo, fantasías, vínculos con los otros y consigo mismo y también consecuencias en la estructuración psíquica. Así, desde nuestra experiencia clínica encontramos que los trastornos emocionales serán la primera respuesta psicológica del sujeto a la ruptura y cambios en el imaginario generadores de la exclusión social.

A partir de ello, existen diversas y complejas demandas que reflejan éstos padecimientos vinculados a preocupaciones y problemáticas prevalentes de nuestra realidad socio-económica-cultural, situaciones de riesgo psicoafectivo, con temáticas tales como violencia familiar y social, maltrato infantil, consumo de sustancias psicoactivas, fragilidad en los vínculos, incertidumbre y desconcierto, desocupación, emigración, marginación, fragmentación social, consecuencias de la violencia extrema, etc., etc.

Esta situación jaquea nuestras estrategias terapéuticas, y nos desafían a pensar en otras más acordes a dichas demandas perentorias; ello nos habla de la necesidad de una flexibilidad clínica en el abordaje de la diversidad de situaciones clínicas, que incluya la posibilidad de evaluar resultados también en función de dicha realidad.

### **Del modelo de intervención terapéutica:**

El Grupo de Trabajo Clínico en asistencia en crisis, urgencias psicológicas y patologías prevalentes implica un trabajo colectivo en comunidad clínica que se instala en agosto del 2005 y alienta el análisis y supervisión sistemática de los resultados de nuestras prácticas asistenciales a la luz de las consideraciones que anteceden.

La razón de esta iniciativa se basa en los siguientes puntos:

- Los limitados espacios clínicos para la asistencia de pacientes en situación crítica, en urgencias psicológicas y demás patologías prevalentes;
- Los obstáculos existentes en la comunicación interdisciplinaria;
- La existencia de nuevos paradigmas que interrogan las bases de nuestra práctica.

Objetivos del Grupo de Trabajo:

- Capacitarnos profesionalmente dentro de un dispositivo que permita procesar la práctica y reconceptualizar la teoría sobre cuestiones de alta complejidad como los son las intervenciones psicológicas de urgencias y otros problemas de la asistencia, que tanto preocupan a la clínica actual.
- Establecer un espacio de intercambio y reflexión para profundizar nuestra formación generando el dispositivo para la realización, conceptualización y comunicación de nuestras prácticas.
- Construir un nuevo dispositivo asistencial – el Servicio de Intervención en Crisis - rompiendo con el aislamiento de la consulta, en el marco de un diálogo, compartiendo obstáculos, alcances y limitaciones, abriendo nuevos interrogantes sobre los paradigmas que han orientado nuestra práctica hasta hoy.

### **El Servicio de Intervención en Crisis: un punto de partida.**

El Servicio de Intervención en Crisis y Urgencias Psicológicas, comienza en agosto de 2005 y se constituye en un espacio solidario dedicado a la atención clínica, prevención e investigación en salud mental, dentro del área metropolitana de la ciudad de Montevideo.

La consigna fundante es contribuir al cuestionamiento de los discursos tradicionales y proponer puntos de vistas alternativos en los modelos de abordajes al servicio de los consultantes.

Sin parámetros referenciales previos en nuestro contexto histórico-profesional – la tarea implica - romper la costumbre y la tradición, escapar a la influencia monopolizadora de los modelos aprendidos y responder abriendo las puertas de los consultorios, en el lugar y a la hora en que la crisis hace su estallido.

### **Objetivos asistenciales:**

El objetivo general es generar una contención de la situación de descompensación en el asistido a fin de recuperar la capacidad de enfrentamiento a la situación crítica, aumentando el potencial de supervivencia, proporcionando apoyo, reduciendo la mortalidad y proporcionando enlace a recursos de ayuda.

Las intervenciones son desde y en el lenguaje, a partir del cual se intenta un punto de ruptura en el círculo generador de enfermedad o malestar; el dispositivo pretende un punto de articulación posibilitador de oportunidades de cambio en el asistido ya sea reforzando o promoviendo procesos psicoterapéuticos.

### **Composición y dispositivo operativo.**

El Servicio de Intervención en Crisis es una iniciativa gratuita y un claro ejemplo de como un grupo de profesionales de la salud - integrados como equipo - puede organizarse solidariamente y brindar asistencia psicológica de urgencia a las personas que lo requieran.

## DE LAS CONDICIONES MATERIALES DE VIDA, LA EXCLUSIÓN Y LA AFECTIVIDAD. DE LA INVESTIGACIÓN PSICO-SOCIAL A LA CLÍNICA DE LA AFECTIVIDAD.

Psicólogos y acompañantes terapéuticos, coordinados, realizan guardias pasivas de 24 hs. los 365 días del año. El sistema funciona de una manera simple y práctico. Los consultantes solicitan el servicio gratuito a través del número telefonía móvil **094 558177** y el de base **409 6235**.

El Servicio brinda supervisión al profesional interviniente y una amplia gama de especialistas y consultores para hacer frente a posibles eventualidades. La solidaridad es aquí de doble vía, pues a la ya mencionada de acercar una posibilidad asistencial a sectores de la población que la tienen muy dificultada, se suma el brindar a los integrantes del Servicio la oportunidad de realizar una practica terapéutica en un clima de contención y supervisión de la tarea.

### **Descripción de la tarea y modalidad de intervención.**

El trabajo clínico se realiza generalmente en consultorio o donde se encuentra el consultante quien puede estar solo o con el grupo familiar. Se impone siempre un diagnóstico de situación no de estructura. Por eso, desde un modelo que piensa en puentes que posibiliten el inicio de un tratamiento psicoterapéutico o la continuidad de uno ya iniciado, se opera sobre desesperanza y el malestar para promover un cambio, un cuestionamiento.

Intervenimos desde un modelo que no se somete a este pensamiento simplificante; un modelo que maneja categorías pero que no se ve manejado por ellas. Un espacio que conceptualiza el caos, el desorden de la crisis, como información compleja más que como ausencia de orden.

Será un modelo que no sobrevalora la palabra ya que ésta no es el único instrumento posible. Confundir esto es confundir necesario con suficiente. A veces la contención de una internación o de una medicación en un consultante son indicaciones pertinentes.

Operamos desde un modelo sensible a lo contextual, ya que el contexto, el entorno, es decisivo en la evolución de una crisis como proveedor o no de interlocutores válidos. El consultante se presenta inseparable de su red, la crisis pone en evidencia, más que nunca, la dependencia de otros, dependencia que aumenta en la medida que el estilo psicopatológico es más severo; en el cual el terapeuta no se excluye como observador, porque forma parte de las redes y opera dentro de ellas.

Asistimos desde un modelo en el que la variable tiempo se destaca. Ayudar lo antes posible porque cuánto más rápida sea la intervención, más se reducirá la posibilidad del daño y cuánto más se demore, más crecerá el daño. Decimos que crisis es riesgo y oportunidad, pero habrá oportunidad si podemos sortear el riesgo.

### **Los niveles de intervención.**

Se configuran dos niveles o modalidades de intervención psicológica:

- De primer orden, operando en el marco de una intervención psico-social.
- De segundo orden que opera desde la terapia en crisis propiamente dicha.

El objetivo principal operando en el marco de una intervención psico-social es restablecer la capacidad de enfrentamiento inmediato a la situación crítica a través de algunas estrategias a tener en cuenta: hacer contacto psicológico, examinar la dimensión del problema, examinar las soluciones posibles, ayudar a tomar una acción concreta y el seguimiento.

Al operar en zona de crisis hay ciertas cosas que el consultante no hace, no porque no quiere sino porque no puede. El equipo deberá aquí hacer por el consultante, deberá contener el derrumbe inicial y permiten la instalación terapéutica. La intervención de primer orden culmina cuando logra construir el espacio terapéutico y /o profesional que tendrá a su cargo la intervención de segundo orden o terapia de crisis propiamente dicha.

### **Consideraciones finales.**

Del análisis del primer cuatrimestre de funcionamiento del Servicio se puede concluir que los motivos de consulta que sobresalen son:

- Trastornos adictivos, sobreingesta de psicofármacos, insomnio, fallecimiento de un ser querido, crisis de pánico, violencia familiar, conflictos vinculares (de pareja, de familia), amenaza e intentos de suicidio que oscilan entre un 20% y un 25% de las consultas.
- Los solicitantes del servicio son: los propios consultantes, personas del entorno del consultante (familiares, amigos, vecinos), médicos de los servicios de Urgencias Médicas con los que trabajamos, derivantes institucionales y de interconsulta.

En este momento nos proponemos una investigación de campo con un doble objetivo:

- la construcción de indicadores terapéuticos generalizables ante las situaciones de crisis, urgencias psicológicas y patologías prevalentes, que nos permita profundizar en los aspectos relativos a vínculos, sociedad y familia.
- elaborar estrategias de prevención y terapéuticas que posibiliten la resolución de los trastornos y el manejo clínico de los factores de riesgo, así como la convalidación de un modelo terapéutico.

Cumplida esta etapa esperamos haber obtenido saberes que nos permita desarrollar conocimientos para elaborar estrategias de prevención y terapéuticas que nos posibiliten la resolución de la asistencia en crisis y urgencias psicológicas y el manejo clínico de los factores de riesgo, así como la convalidación de un modelo terapéutico que pueden suponer un buen abordaje para prevenir estos problemas.

### **Bibliografía:**

Pichon Riviere. E., El proceso grupal. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1977, vol. I.

Stanton y otros, Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Ed. Gedisa, 1988.

American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

Rico Alvaro, Acosta Yamandú, Filosofía Latinoamericana, Globalización y Democracia. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación - Nordan Comunidad, Montevideo, 2004.