

Estudio Epidemiológico de las Historias Clínicas de la Unidad Académica Asistencial. Realizado a través de los indicadores basados en la Historia Clínica de la UAA, sobre diagnóstico y entrevistas psicológicas, en relación a sus vínculos con el contexto bio-socio-cultural.

Fischer H., Rowensztein R., Negreira I., Caramelo P., Corío T., Colodro G. D., Gómez M. L., Izquierdo P.

RESUMEN

El presente estudio en Salud Mental, consistió en obtener datos de Historias Clínicas de la Unidad Académica Asistencial, recolectados de la entrevista de admisión y la técnica estandarizada Bender. Es un estudio descriptivo. Objetivo: describir indicadores y correlacionar por sexo y edad específicos de la población que consulta a la institución. La recolección de datos fue realizada en los años 2014/15. Resultados de 282 Historias Clínicas: Bender 62,81% Orden Normal. 56,06% Sec. Ordenada. 52% Rincón Izq. Sup. 89,45% Choque Neg. 47,98% Uso Espacio. 48,24 Uso Margen. 65,06%, Repaso Neg. 57% Aumento Disminución. de Tamaño, Neg. 40,91% Dificultad en Cierre. Motivo de Consulta: Hombre 91, Mujer 191. Sin Dificultad. Vínculos. H 71,43%. M 54,45%. Con Demanda H 36%, M 51%. Sin Dificultad. Grupo Fam. Iario H 71%. Desempleado H 21,98%, M 10,99%. Empleado H38, 46%, M 48,17%. Educación Secundaria Inc. H 25,28%, Universitario Inc. M 25,66%. Mayor consulta por edad en la Mujer entre 30/44 años, presentaron moderada dificultad en los vínculos. Diferencias por sexo en indicadores Consulta y Sociodemográficos.

ABSTRACT

The present study in Mental Health consisted of obtaining data from Clinical Histories of the Academic Care Unit, collected from the admission interview and the Bender standardized technique. It is a descriptive study. Objective: to describe indicators and correlate by sex and age specific to the population that consults the institution. Data collection was performed in the years 2014/15. Results of 282 Clinical Histories: Bender 62.81% Normal Order. 56.06% Sec. Sec. 52% Corner Left Top 89.45% Shock Neg. 47.98% Use Space. 48.24% Use Margin. 65.06%, Review Neg. 57% Increase Decrease of Size, Neg. 40.91% Difficulty in Closure. Reason for Consultation: Man 91, Woman 191. No Difficulty. Links. H 71.43%. M 54.45%. With Demand H 36%, M 51%. Without difficulty. Fam.Iario Group H 71%. Unemployed H 21.98%, M 10.99%. Employed H38, 46%, M 48.17%. Secondary Education Inc. H 25.28%, University Inc. M 25.66%. Greater consultation by age in women

between 30/44 years, presented moderate difficulty in the links. Differences by sex in Query and Sociodemographic indicators.

PALABRAS CLAVE

Epidemiología, Indicadores, Bender, Historias Clínicas UAA.

KEY WORDS

Epidemiology, Indicators, Bender, Clinical Stories UAA.

CONTEXTO

La dirección en esta investigación, está centrada en el estudio de Historias Clínicas de la Unidad Académica Asistencial, ámbito de atención psicoterapéutica, de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica perteneciente a la Universidad J. F. Kennedy, quien es la que la financia.

La Salud Mental es un área de conocimiento reciente, su abordaje está difundido desde diferentes ángulos. El estudio de la psique, la delimitación del contexto en que se encuentra, instrumentos de medición que evalúan segmentos que conforman la complejidad subjetiva, el Opd-2, SCL-90-R, HAMD 21, GHQ-12, WMH-CIDI. DASS – 21, DTS, PDM, son instrumentos modernos. Estudiada en los últimos años por la Organización Mundial de Salud, WHO 2016. Entre los años 1990 y 2013 aumenta la presencia de depresión o ansiedad, un 50%, de 416 millones a 615 millones en la población mundial. Las investigaciones mayoritarias se encuentran en el campo del DSM.

El contexto actual experimenta un cambio desde pocas décadas atrás, en que los padecimientos subjetivos marchan en consonancia con la dinámica social. Los cambios vinculares en las diversas instituciones que conforman el entramado relacional se dan en las rupturas familiares, grupos vulnerables por la falta de contención. Entre ellos el abandono parental, las familias ensambladas, violencia generacional, brechas profundas dadas por la evolución de la técnica. Se agrega la preponderancia de la virtualidad modificando lazos sociales o atravesando valores inscriptos desde la modernidad.

INTRODUCCIÓN

“El psicoanálisis no puede asimilarse a la física contemporánea. Esta comparación, basada en la vulgarización de la ciencia, se invoca a menudo. En mi opinión, el psicoanálisis no es una ciencia ni una rama de la hermenéutica: es una práctica basada en el pensamiento clínico, que da origen a hipótesis teóricas. Recordemos la definición que dio de él Freud en 1922 para un artículo sobre elementos naturales como así también culturales. Es el puente entre la naturaleza y la cultura. El humanismo no puede hacer ningún aporte en este punto. Freud “La ilusión del "terreno común" y el pluralismo mítico” André Green (2005).

En los últimos decenios el psicoanálisis revela la presencia de diversas lecturas acerca de la generación de síntomas por parte de un mundo en crisis. Laurent (2012). Las soluciones globales al dolor de vivir Freud (1936), reaparecen en el contexto actual. El abordaje y objeto de conocimiento de la Salud Mental son escasos. La depresión y la ansiedad incrementadas, los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, aumenta la presencia de depresión o ansiedad, un 50%, reiteramos que

de 416 millones pasa a 615 millones de personas. Alrededor de un 10% de la población mundial está afectada, y los trastornos mentales de un 30%, se constituyen en una carga mundial de enfermedad no mortal. La OMS calcula que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se encuentra afectada por la depresión y la ansiedad. Organización Mundial de la Salud WHO (2016).

El proyecto español “Una Hoja de Ruta para la Investigación en Salud Mental en Europa”, es un estudio sobre el estado del conocimiento actual de la investigación europea sobre el bienestar en el área de salud mental, identificó un total de 4.423 publicaciones. El número de publicaciones fue en aumento durante el periodo de tiempo analizado enero de 2007 y septiembre de 2014, Francia y Holanda presentaron el mayor factor de impacto medio en cinco años, por otro lado el número de publicaciones por habitante fue más elevado en los países nórdicos, Irlanda y Holanda.

Al controlar por PIB, los países más productivos fueron los países nórdicos y Holanda. Los países del Este de Europa producen escasa investigación, teniendo en cuenta los niveles de recursos disponibles. La investigación en personas mayores estuvo infrarrepresentada.

Mireta, M; Cabello, M; Marchenad, C; Mellor-Marsáa, B; Félix Caballero, F; Obradors-Tarragó, C; Haro Josep, M. (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5 Vázquez Arévalo; R López Aguilar; Ocampo Téllez-Girón M; Mancilla-Díaz J.M. (2015) México. Vázquez, G. H. (2014). Los trastornos de ansiedad de mayor frecuencia en mujeres; la prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad presentado alguna vez en la vida en mujeres fue del 18.5% y en hombres de 9.5%. Tortella-Feliua (2016).

Estudios de pacientes adictos internados. Zwielewski, G; Bub, Theo F (2014). El ámbito de la atención médica primaria se interroga sobre la morbilidad en patología mental a través de un cuestionario GHQ-28 de Goldberg Álvarez, E. Crespo M. D. (2017).

Diversos instrumentos son convergentes en estudios epidemiológicos, el Opd-2, su contenido conceptual no difiere significativamente con las categorías del Pdm o la evaluación del funcionamiento de la personalidad del DSM-5. Cierpka (2011), Berardi (2012), De la Parra, Gómez G Barris, D (2016). En sujetos longevos la presencia de ideación suicida. Lindner R; Foerster R; von Renteln-Kruse W (2014).

El estudio de estrategias de afrontamiento en el Trastorno de Ansiedad. La noción de Conductas de Búsqueda de Seguridad (CBS). Rinaldi, Bruno y Rodríguez Biglieri, (2011). En relación a las políticas públicas en Salud Mental titulado Gobernanza y salud mental: Díaz-Castro, L; Arredondo, A Pelcastre-Villafuerte BE; Hufty, M (2017). Al mismo tiempo López Jaramillo (2015) refiere que el panorama actual de la investigación en salud en Colombia, y en especial en el campo de la salud mental, presenta falencias, en tanto la

Salud Mental no se constituye como un tópico a considerar para los distintos organismos públicos y privados financiadores de la investigación.

En los conflictos de grupos, la investigación utiliza el algoritmo de Liberman, denominando esta área de trabajo clínico como Pasos para una psicopatología relacional Linares JL, Soriano JA (2013). Los trastornos de la alimentación se ubican en las modalidades psicopatológicas actuales. Dakanalis, A; Carrà, G; Timko, Alix C.; Volpato, C; Pla-Sanjuanelo, J; Zanetti, M. Assunta; Clerici, M; Riva, G. (2015).

Desde el psicoanálisis la diferencia no está tanto en los conceptos como en la forma de elaborarlos metodológicamente, esto es, de definirlos operacionalmente para poder evaluar su validez y confiabilidad. Indicadores: -Modificaciones del funcionamiento del yo -Tolerancia a los mensajes del inconsciente -Reconocer su fuente pulsional -Distensión de los lazos con objetos primitivos -Nuevos intereses. Categorías posibles de deducir en los indicadores del motivo de consulta.

Bernardi Ricardo (2012) André Green: pensamiento clínico y complejidad. Cuestiones pendientes. Revista uruguaya de Psicoanálisis (en línea) (114): 139-153 | 139 issn 1688 - 7247 issn 1688 - 7247 | (2012) Revista uruguaya de Psicoanálisis.

En el Opd-2, los criterios que propone en el eje que evalúa el nivel de integración de la estructura psíquica (eje IV) se basan en la capacidad del paciente para: Percibirse a sí mismo y a los demás, regular sus impulsos, afectos y autoestima, desarrollar la comunicación con objetos internos y externos y utilizar los procesos mentales para simbolizar lo que ocurre en su cuerpo, mente y relaciones, forma de manejar los vínculos internos y externos.

En el año 2018 se presenta en Argentina un estudio en Salud Mental, aludiendo a la presencia de trastornos de Ansiedad, la designación diagnóstica, el instrumento de uso mundial CIDI. Financiado por el Ministerio de Salud a través de un convenio con el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica OMS/Universidad de Harvard.

OBJETIVOS

Considerar como objeto de estudio la Salud Mental, supone la ubicación de su condición intrínseca y su vinculación al contexto socio-económico-cultural en el terreno de la heterogeneidad en las formas de presentación de padecimiento subjetivo que ponen en cuestión la validez transcultural de los constructos nosológicos actuales, el DSM III, IV y V. Los objetivos trazados en este estudio consisten en utilizar un instrumento de probada confiabilidad y validez, el test de Bender e indicadores del motivo de consulta y sociodemográficos.

Objetivo General

Investigar las historias clínicas de la Unidad Académica Asistencial con el fin de describir la incidencia de patologías psíquicas que se presentan en la población atendida en forma ambulatoria entre los años 2013/14/15.

Objetivos específicos de la Unidad Académica Asistencial

- Especificar la conceptualización psicoanalítica.
- Estudiar los indicadores de las técnicas psicodiagnósticas, las condiciones de padecimiento y malestar entre la población atendida en forma ambulatoria en la Unidad Académica Asistencial.
- Triangulación de datos.
- Triangulación de temas para validar la información.

METODOLOGÍA

Metodología descriptiva y triangulación. Los estudios descriptivos son la base de los programas de vigilancia epidemiológica, demográfica y en salud pública de cada país.

Estrategias descriptivas

Los datos que se recolectan se encuentran en las HC de la UAA. Diagnóstico DSMIV.

La manera de obtenerlos seleccionando las Historias que se hallan completas incluye el análisis e indicadores validados de la técnica brindada por el Test de Bender.

Los datos sobre motivo de consulta y afectividad.

Datos demográficos, nacionalidad, sexo y edad.

La medición que se obtendrá de los datos específicos de la historia clínica, difiere de otros estudios epidemiológicos que se realizan directamente a los sujetos.

La Población o Universo en estudio consiste en unidades de análisis sobre las que se medirán las variables, es decir las Historias Clínicas. Al ser la Unidad Académica

Asistencial una entidad abierta a la comunidad que brinda tratamiento gratuito, la población consultante resulta heterogénea, ya sea en cuanto a edades, procedencia, problemáticas o realidades socioeconómicas. Al no realizar dicho establecimiento publicidad, los pacientes acuden debido a recomendaciones, tanto de los profesionales, de los alumnos que estudian en la Universidad Kennedy y de otros consultantes, por lo que la población varía desde estudiantes universitarios hasta gente sin obra social ni posibilidades de abonar un tratamiento de forma particular.

En cuanto a la muestra seleccionada, se trabaja con todas las historias clínicas de los consultantes que tienen más de 18 años, seleccionadas entre los años 2013 y 2015. Cabe remarcar que se excluyen de la misma la población de niños, adolescentes hasta 18 años de edad y consultantes relacionados a la orientación vocacional.

De la unidad de análisis, con sus múltiples dimensiones, se seleccionan para este informe, datos que surgen de los instrumentos de medición del test de Bender, de semiología y diagnóstico. La recolección de datos para la presente investigación es llevada a cabo por licenciados en psicología y por estudiantes avanzados de dicha carrera. Los datos son extraídos de las Historias Clínicas de la Unidad Académica Asistencial, las que constan de:

- Entrevista de Admisión semi-dirigida, donde se recaba información sobre factores socio-económicos, descripción semiológica detallada, evaluación psicodinámica, impresión diagnóstica, indicaciones y pronóstico;
- Batería de test como parte del proceso de psicodiagnóstico, relevando indicadores de técnicas de exploración (Test Gestáltico Viso-Motor de Lauretta Bender y Semiología) y del Informe de Psicodiagnóstico.

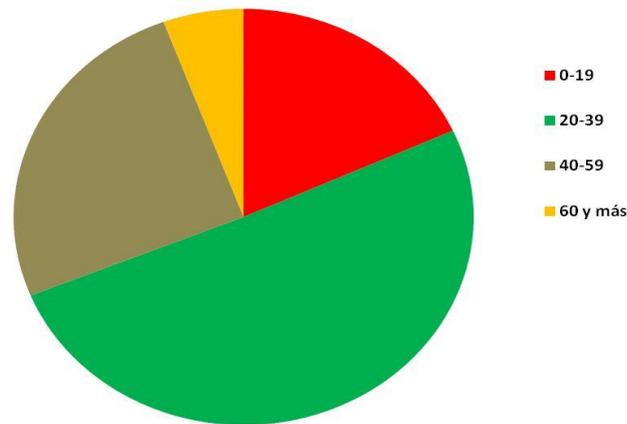
Las ventajas de la triangulación son mayor validez de los resultados, productividad en el análisis y recolección de datos cercanía del investigador al objeto de estudio. La integración de métodos incrementa las garantías de la investigación interdisciplinaria, comprensión e interpretación. Aproximación al entendimiento de la realidad en los procesos dinámicos. Es preciso considerar el error que se presentaría en la triangulación

A •Consiste en usar un segundo método para demostrar la idoneidad del primero como prueba de veracidad; B •El principio de mutua confirmación, se conoce como argumentación circular; C •Presuponer idénticos significados en los resultados obtenidos; D •Presuponer que las fortalezas de un método pueden suplir las debilidades del otro.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Grafico 1: Consultas por Edad.

Consulta por Edad
muestra=1149



Se verifica la diferencia sustantiva en la edad de consulta
De 20 a 39 años

Fuente: Elaboracion propia.

La mitad de consultas a la Unidad Académica Asistencial se concentran entre los 20 y 39 años.

DIAGNÓSTICO: Trastorno de Ansiedad 61%. SEMIOLOGÍA: Ansiedad M 44.40% Juicio Conservado M 77.80%

Resultados indicadores del Test de Bender en gráficos y tablas están constituidos por 198 Historias Clínicas, incluidas en los datos, socioeconómicos, semiología y motivo de consulta.

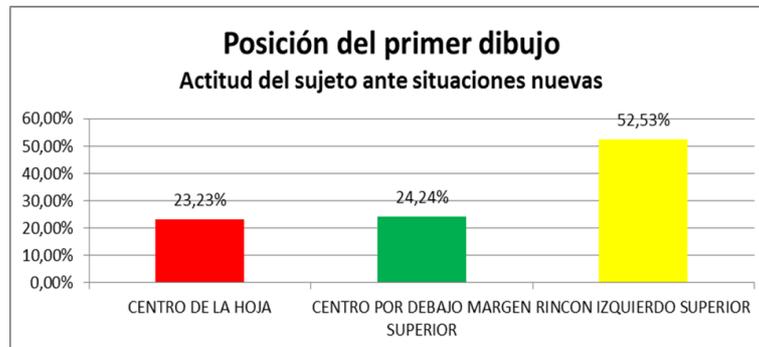
Grafico 2: Posición general de los dibujos.



Fuente: Elaboracion propia.

La posición general de los dibujos representa la base de estructuración psíquica y mundo externo. El 62,81% ordena los dibujos de manera adecuada indicando la regulación psíquica con mecanismos defensivos adecuados, el 14,07% ubica los dibujos alrededor de la figura A.

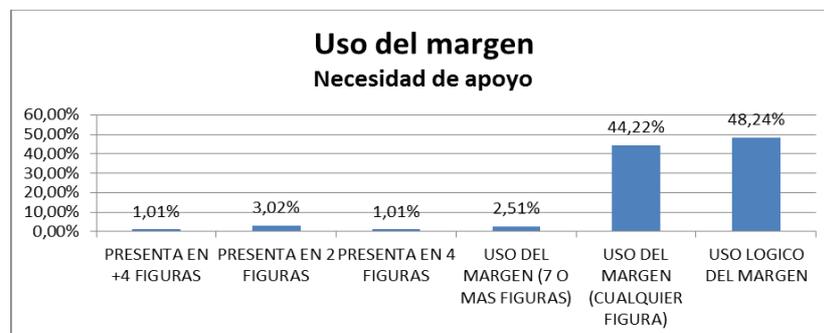
Grafico 3: Posición del primer dibujo.



Fuente: Elaboracion propia.

Posición respecto de su medioambiente el 52% en el rincón izquierdo implica una posición adecuada del sujeto y el mundo entendiendo los vínculos próximos y el movimiento en lo social cercano y anónimo. El resto 24,24% centro indica una organización, afectada en forma mínima la relación con el entorno. En último término el 23,23% ubica en el centro de la hoja indicando egocentrismo, narcisismo, inmaduro infantil. Se registra un incremento leve de la patología psíquica.

Grafico 4: Uso del margen.



Fuente: Elaboracion propia.

Uso lógico del margen 48,24%. Refiere un modo lógico de acción, relacionado a modos independientes del funcionamiento subjetivo. Utiliza en forma azarosa el valor del 44,22%.

Secuencia

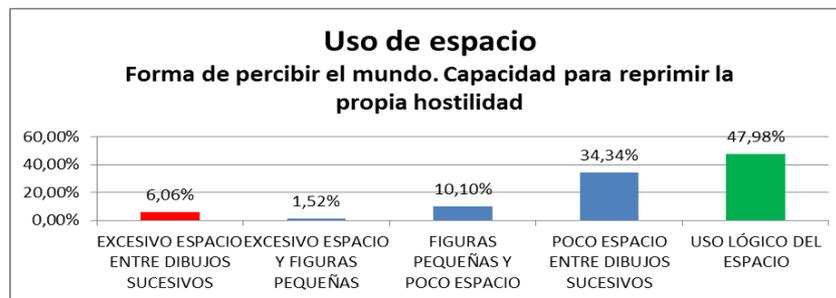
El 56,06% realiza una secuencia ordenada. Le sigue 18,70% en una secuencia irregular. El 17,17% utilizando un método fijo. La ansiedad es el factor central que dirige el indicador Secuencia, y el 7,07% se encuentra imposibilitado de usar sus recursos yocicos bajo la

influencia de la ansiedad. Rincón Izquierdo Superior 52% indica cómo se emplaza en su medioambiente el 52% en el rincón izquierdo indica una posición adecuada del sujeto y el mundo desde los vínculos próximos y el movimiento en lo social cercano y anónimo, el 24,24% centro debajo del margen superior indica una organización y relación con el entorno mínima. En último término el 23,23% ubica en el centro de la hoja indicando egocentrismo, narcisismo.

Choque

No presenta 89,45%. El 9,5% se presenta en solo 2 figuras y el resto 89,45% no evidencia este fallo.

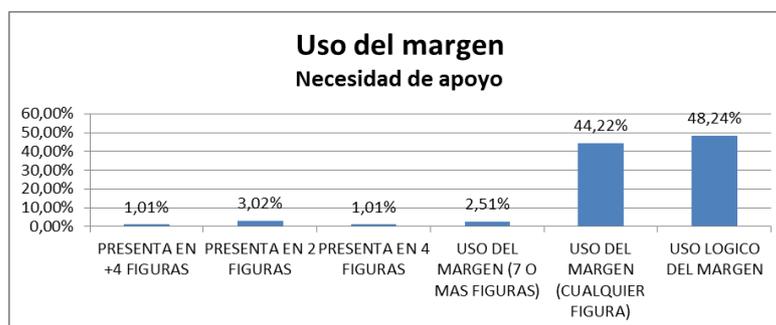
Grafico 5: Uso del espacio.



Fuente: Elaboracion propia.

Uso Lógico Del Espacio 47,98%, indica manejo de la impulsividad, angustia señal, predominio representacional de la pulsión, funcionamiento de la censura y la represión. Solo el 6,06% se asocia a métodos agresivos de adaptación y escasa tolerancia a la frustración, falta de límites de impulsos. El 10,10% figuras pequeñas y poco espacio significan aislamiento, timidez.

Grafico 6: Uso lógico del margen.



Fuente: Elaboracion propia.

48,24%. Refiere un modo lógico de acción, relacionado a modos independientes del funcionamiento subjetivo. Utiliza en forma azarosa el valor del 44,22%. Se relaciona con los modos independientes de funcionamiento subjetivo.

Aumento general del tamaño se encuentra en la normalidad en un 63,82%. Mínimo % de los otros valores.

La disminución general del tamaño (inhibición)

Predomina en 63,82% de la actividad normal y le sigue levemente afectada en 20,60%. Freud (1925) diferencia el síntoma de la inhibición, es un fenómeno psíquico presente en las funciones del yo.

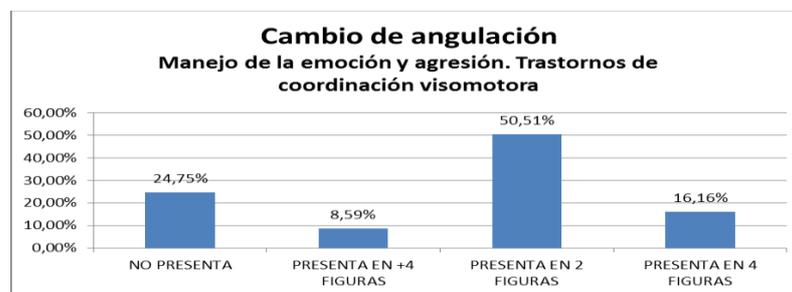
Curva

El 69,85% de sujetos que presenta una leve dificultad en el manejo de la emoción y el 26,13% que no presenta dificultad. Es un indicador importante que evidencia la capacidad representacional, la función superyoica y el manejo del yo en el control de la impulsividad.

Repaso

El 65,06% no presenta repaso, tachaduras, borraduras y enmiendas sin ansiedad patológica. Le sigue en dos figuras 26,26%.

Grafico 7: Cambio de angulación.



Fuente: Elaboracion propia.

El 50,51% presenta distorsión de angulo en 2 figuras, le sigue no presenta el 24,75%, la agresividad se encuentra en su mayoría en el plano representacional, simbolizada y ansiedad acotada.

El cruzamiento

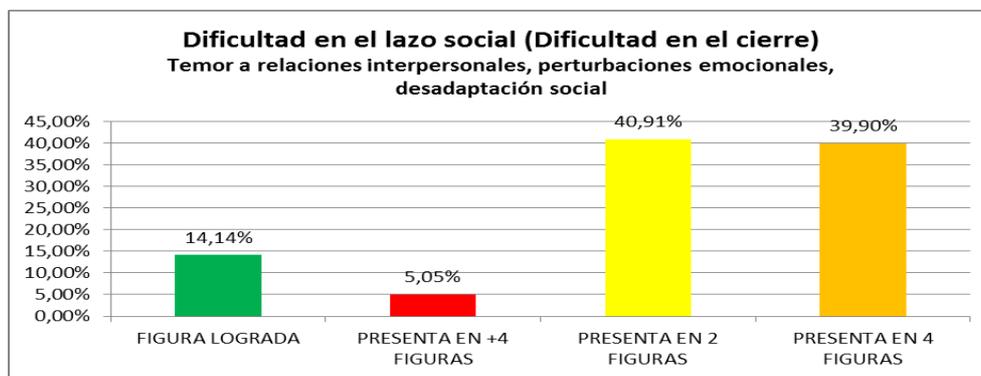
Divide en extremos la patología y la normalidad. No presenta 77,78% y en dos figuras 20,20% relegando el resto a un valor sin significatividad. Implica disturbio importante del yo, si bien no presenta una cifra significativa el resto, 20% se relaciona con la parálisis

y bloqueo de su capacidad de decidir, asociada a los fenómenos depresivos o de duelo de difícil elaboración.

Aumento disminución de tamaño

No presenta 57%. El 57% no presenta la modificación del tamaño, el 28% lo presenta en dos figuras, el 6,03% en cuatro figuras y el 8,04% en más de cuatro figuras. Si bien un poco más de la mitad no presenta problemas si el resto pone al descubierto una actitud compensatoria para controlar la ansiedad utilizando mecanismos de defensa como la negación, formación reactiva, o bien para no mostrarse agresivo; puede ser que posea gran ambición o grandes aspiraciones que harán colisión con poca tolerancia a la frustración y poco control de impulsos.

Grafico 8: Dificultad en el cierre. Dificultad en el lazo social.



Fuente: Elaboracion propia.

Dificultad en el cierre la dif. en más de 4 Figuras 39,91%. El 14% no presenta dificultad, el 40,91% se encuentra en dos figuras, muy cerca 39,90% aparece en 4 figuras y solo el 5,05% en más de cuatro figuras. Las dificultades en la relación intersubjetiva es mayoría con el término "lazo", se relaciona con la palabra alemana utilizada por Freud (1915) Verbindung que se traduce por enlace. Los datos comprueban la ausencia de patología grave, el uso de mecanismos defensivos no patológicos. Al mismo tiempo presencia de ansiedad frente a un yo con dificultades para resolver. Un motivo de búsqueda de atención psicoterapéutica.

Indicador

Motivos de Consulta. Registrados en H.C. Hombre 91 casos, Mujer 191 casos. Total 282. Años 2013/2014.

Diagnostico DSMIV

Trastorno de Ansiedad 61%.

Ansiedad

MUJER 44.40%, HOMBRE 48.30%.

Mecanismo Defensivo SUBLIMACIÓN

MUJER 75% HOMBRE 25%.

Mecanismo Defensivo REPRESIÓN

MUJER 70% HOMBRE 30%.

Mecanismo Defensivo FORMACIÓN REACTIVA

MUJER 43,75% HOMBRE 56,25%.

Problemas centrados en el propio sujeto por sexo Hombre 72%, Mujer 87%, por edad 15-29 años 82% y 30-44 años 83%

Los datos por sexo presentan la concurrencia de demanda propia, y centrado el motivo en el propio sujeto, dos fenómenos fundamentales de patologías leves y de buen pronóstico terapéutico.

Dificultades Vinculares con el Grupo Familiar por Edad y Sexo

Dificultades vinculares por edad porcentajes mayores:

Entre los 15-29 años, familia primaria 10,99. Sin motivo 60.44%. (91 casos). Entre los 30-44 años, con los hijos 9,43%. Sin Motivo 62,27%. (106 casos). Entre los 45-59 años, con los hijos 11,43%. Sin Motivo 60,00% (70 casos). Entre los 60-74 años, con la madre 23,07%. Con los hijos 15,38%. Sin motivo 38,46% (13 casos). Entre los 65-84 años, con los hijos 50.00%. Sin motivo 50.00% (2 casos).

Por sexo sin motivo Hombre 71% Mujer 54%. Familia primaria Hombre 3,29% Mujer 9,95%. Hijos Hombre 4,49% Mujer 8,90%.

Valores más altos

- Motivo de consulta: Demanda propia Hombre 36%, Mujer 51%.
- Dificultades grupo familiar primario: No presenta Hombre 71%, Mujer 54%.

Forma de Derivación

Mayores porcentajes por Edad. Demanda Propia: 15-29, 47% y 30-44 52,83%, 60-74 46,15%. Familiares: 15-29,16,48%. Amigos: 45-59,14,28%. Medica: 60-74, 15,38%. Profesionales: 45-59, 18,57%. Cada franja etaria posee diferente forma de derivacion.

ANGULO COLECTIVO SOCIAL: Datos Socioeconómicos que Implican Tiempo Y Espacio.

Indicador Socioeconómico. Hombre 91 casos, Mujer 191 casos.

Actividad Laboral: Empleado Hombre 38,46%, Mujer 48,17%. Desempleado Hombre 21,98%, Mujer 10,99%. Educación: Secundario incompleto Hombre 25,28%, Universitario Incompleto Mujer 25,66%. Nacionalidad: Argentina Hombre 91%, Mujer 84%. Lugar de Residencia: CABA Hombre 49,45%, Mujer 47,12%

Nacionalidad: Argentina H 91% M 84%. Lugar de Residencia: CABA H 49,45% M 47,12%. Educación: Secundario incompleto H 25,28%, Universitario Incompleto M 25,66%. Actividad Laboral: Empleado H 38,46% M 48,17%, Desempleado H 21,98% M 10,99%.

Discusión

Metodológicamente se diferencia esta investigación en la triangulación y la correlación por lo tanto las conclusiones dan una base para confirmar indicadores propuestos en esta investigación de la mano de indicadores validados en el Bender internacional. Las condiciones presentes en la complejidad del psiquismo se evidencian en la transferencia presente en los actos de consulta en Salud. Específicamente en Salud Mental, la consulta en la Unidad Académica Asistencial situada en una Universidad, cuya atención y supervisión está a cargo de profesionales docentes formados en posgrados. No interfieren de manera significativa al modo de las instituciones hospitalarias y obras sociales. La epidemiología psiquiátrica utiliza métodos de medición de trastornos mentales, de forma de encuesta auto-administrada, en las que estudia, trastornos de la emoción, la cognición y la conducta. El instrumento, la entrevista diagnóstica internacional compuesta denominada CIDI, Composite International Diagnostic Interview. En su formato computarizado, CAPI, Computer Assisted Personal Interviewing.

Algunos estudios epidemiológicos de tipo comunitario sobre los trastornos psiquiátricos que se han publicado desde los años ochenta arrojan luz sobre la magnitud de la carga. En ellos se calcularon las tasas de prevalencia de algunos trastornos mentales específicos en diversos países del continente americano mediante el uso de instrumentos de entrevista estructurados o semiestructurados ligados a los criterios diagnósticos actuales. Entre ellos figuran la Exploración del Estado Actual (Present State Examination, PSE), el Instrumento de Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule, DIS) y la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI). En el primer estudio de prevalencia efectuado en América Latina y el Caribe se utilizó el PSE. El advenimiento de criterios explícitos para el diagnóstico de las enfermedades mentales, tales como los pertenecientes a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS y al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV), ha mejorado la fiabilidad y validez de los diagnósticos psiquiátricos. Los estudios epidemiológicos realizados en Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y Puerto Rico establecieron tasas de prevalencia basadas en esos sistemas de diagnóstico.

El OPD se centra en determinar los conflictos centrales en la subjetividad para orientar abordajes psicoterapéuticos. En cambio, este estudio se propone describir y correlacionar aspectos diversos de la subjetividad. Para administrar el OPD se realiza un entrenamiento intensivo de OPD a los sujetos para administrarlo, existen otras dos condiciones que influyen en el nivel de confiabilidad del OPD: la inclusión del OPD dentro de la rutina clínica (de programas asistenciales) y la experiencia clínica previa del evaluador. Toman en consideración la experiencia clínica dado que posee un valor contratransferencial significativo e inevitablemente la transferencia del paciente. En una investigación amplia del grupo de trabajo OPD con un total de 269 pacientes de 6 clínicas psicósomáticas (en total 7 estudios) se establecieron valores de confiabilidad para los ejes de I a IV. Una diferencia con el estudio que instrumenta CIDI es que se realiza en forma personal y domiciliaria mencionando que el 78% respondió. La veracidad de respuestas es cuestionable. Otras diferencias para administrar la herramienta tomaron el objetivo de validar el instrumento en dos ejes, el número de casos para tomar esta muestra y la encuesta CESIM tienen el margen entre el cual se encuentra este estudio de 282 casos en que coinciden todos los datos, Bender, Semiología, Mecanismos Defensivos, nivel Socioeconómico. Una diferencia central es que el objetivo no es validar un instrumento sino realizar un estudio epidemiológico como en Avellaneda en 2012.

Desde el punto de vista transferencial institucional y singular se fundamenta la validez de los datos obtenidos, por la forma de acceder a la búsqueda de atención psicoterapéutica a la UAA. El OPD considera esta categoría conceptual a la hora de implementar este instrumento. Diferenciamos en este punto un factor que favorece la relación transferencial y en ese sentido la validez de lo producido por parte del sujeto en estudio. La utilización del Bender y sus indicadores se encuentra en un período de tiempo de entrevista prolongado en el lapso de varios encuentros entre el sujeto y el profesional. Se trata de la sincronía y la diacronía.

En estudios que aplican instrumentos, ya mencionados, se señala la diferencia en términos de: utilización del instrumento en el objetivo de validación en uno y epidemiológico en otro. En ambos se menciona que el personal que toma los datos debe prepararse. Se diferencia de la UAA. Los profesionales que toman la admisión y el psicodiagnóstico poseen experiencia clínica y son docentes en Universidad, así como consideran el debate entre hermenéutica e interpretación.

CONCLUSIONES

La triangulación conceptual, permite confirmar la relación entre mecanismos defensivos, los recursos psíquicos, la actividad laboral, el nivel de educación, sujetos que nacieron las formas culturales locales.

Los resultados de motivo de consulta comprueban una mayoría que no presenta dificultades con el grupo primario, en el hombre un 71% y en la mujer un 54%, una diferencia del 17%, en los problemas centrados en el propio sujeto el 72% en el hombre y 87% en la mujer, que a su vez consulta por demanda propia, 51% respecto del hombre en un 36% la diferencia es 17% más en la mujer. En relación a la homosexualidad un 4% de los pacientes hombres son homosexuales.

A pesar de las diferencias se evidencia en ambos sexos, una importante normalidad en las modificaciones del funcionamiento del yo que lo lleva a centrar en el propio sujeto la consulta, evidenciando que se encuentra la tolerancia a los mensajes del inconsciente y el reconocimiento de su fuente pulsional. Por otro lado, se ha producido la necesaria distensión de los lazos con objetos primitivos evidenciando nuevos intereses en los datos de sublimación y alcance de educación y trabajo sobre todo mayoritariamente en mujeres. Un fenómeno iniciado a lo largo del siglo pasado a partir de las conquistas y reivindicaciones de la mujer en torno a los derechos de ciudadanía en occidente. Esto implica la estructuración del psiquismo en que sustrae energía por la vía de la identificación de objetos conservados o resignados cuya investidura parte de las exigencias del ello, siendo el proyecto identificatorio de la diferencia sexual marcadamente heterosexual. Se relaciona directamente con el indicador de los vínculos primarios de la tabla.

En relación a la migración hacia la Argentina registrada en los últimos años el 84% de mujeres son extranjeras respecto de 91% de hombres argentinos que consultan, al mismo tiempo se mantiene una diferencia de 49% de hombres que viven en la Ciudad de Buenos Aires respecto de 47% de mujeres. Es llamativa la diferencia en educación, trabajo y desempleo, 25,28% de los hombres que consultan posee secundario incompleto y 25,66% de mujeres posee nivel universitario incompleto, 21,98% de hombres está desempleado y 10,99% de mujeres no tiene trabajo. Es decir, el mayor nivel de estudio, mayor empleo y menor desempleo está en la mujer. Es un registro mencionado en medios de comunicación diversos y constantes. El lugar de la mujer en los tiempos que corren, consulta por demanda propia, posee más nivel educativo, más mujeres trabajan, no obstante, poseen dificultades con los vínculos familiares en mayor medida que el

hombre. Dos lecturas posibles están vinculadas a los hijos por lo tanto a la familia y el hombre difiere en ambos ámbitos.

En cuanto a mecanismos defensivos más sublimación, menos renegación, menos formación reactiva que el hombre.

Más angustia en la mujer. Más ansiedad en el hombre.

En ambos sexos no se presenta patología orgánica.

Se destaca la diferencia subjetiva, (Edipo Femenino), derivación, problemas egodistónicos, mecanismos defensivos adecuados la diferencia en educación y trabajo (fenómeno social) con signo positivo en la mujer y signo moderadamente negativo en el hombre. La ausencia de problemas vinculares en el hombre puede ser por superación (exogamia) o por alejamiento (evitación de lugar paterno).

No se encuentran migrantes que agregarían nuevas categorías e indicadores a medir. La muestra en ese punto permite realizar inferencias, interpretaciones e hipótesis futuras.

Distinguiendo la interpretación de la hermenéutica cualitativa, por el método de correlación y triangulación posibilita la interpretación en el terreno de las recurrencias significativas ampliando datos sin cerrar signos.

Se establece correlación entre:

La triangulación conceptual, permite confirmar la relación entre mecanismos defensivos los recursos psíquicos, la actividad laboral, el nivel de educación, lugar de nacimiento que denota formas culturales determinadas.

Mayoría consulta edad de 20-39.

Admitidos en el año 2014 entre 20-39.

Demanda es propia o sea el propio sujeto es 20-39.

Los problemas están centrados en el sí mismo (propio individuo) 20-39.

Problemas centrados en la pareja 20-39.

Consulta Mayoría mujeres.

En la consulta la mujer presenta Egodistonía y el hombre Egosintonía.

En la mujer más educación universitaria incompleta y trabajo.

Los instrumentos de medición mundiales, eluden las condiciones complejas de la subjetividad y la heterogeneidad cultural dependiente de factores psíquicos, recursos

simbólicos culturales y económicos. Las formas de designación hermenéutica (Gadamer, 1970) soslayan la heterogeneidad discursiva (Hubermas, 1967). La población que compone esta investigación es: Mayoría argentinos características culturales específicas, las Weltanschauung, las cosmovisiones o concepciones del mundo, siendo aún diversas poseen rasgos propios, vivienda en CABA, educación alta, trastorno de ansiedad, consulta centrada en propia persona, problemas de hijos y pareja, sin situación traumática presente, manejo plástico de los recursos psíquicos, agresividad acotada en términos estables mediante el mecanismo de la represión manteniendo la escisión intersistémica del aparato psíquico, sublimación, defensas yoicas no tan marcadas, inhibiciones en los vínculos leves. Los datos del Bender comprueban la ausencia de patología grave, el uso de mecanismos defensivos no patológicos, presencia de ansiedad frente a un yo con dificultades para resolver. Precisamente es el motivo de búsqueda de atención psicoterapéutica.

BILBIOGRAFIA

- [1] Antúnez, Z. y Vinet, E.V (2012, diciembre). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica* 2012. 30 (3) 49-55. Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: <http://DX.DOI.ORG/10.4067/S0718-48082012000300005>.
- [2] Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (s.f.). *Epidemiología en Salud Mental y Adicciones* – Recuperado el 20 de noviembre de 2015 de: http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-04-24_epidemiologia-en-smya.pdf.
- [3] Assoun, P. L. (2008). *La transferencia*. Buenos Aires: Nueva Misión.
- [4] Augsburger, A.C. (2002). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología de la salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Recuperado el 14 de abril de 2015, del sitio web de los cuadernos médicos sociales de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 81, 61-75:
http://psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/augsburger_de_la_epidemiologia_psiq-uiatrica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf.
- [5] Augsburger, A.C. (2004, mayo-agosto). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedad*, 16 (2) 71-80. Recuperado el 14 de abril de 2015 de: <http://scielo.br/pdf/psoc/v16n2/a09v16n2.pdf>.
- [6] Bender L. (1955). *Test gestáltico visomotor (B.G) Usos y aplicaciones clínicas*. Buenos Aires: Paidós.
- [7] Bernardi R (2010) DSM-5, OPD-2 y PDM Convergencias y divergencias entre los nuevos

- sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Rev. Psiquiatría Urug*; 74(2):179-205
Recuperado 26/11/2016 en:
http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/10_bernardi.pdf.
- [8] Bernardi, R. (2012). André Green: pensamiento clínico y complejidad. Cuestiones pendientes. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 114, 139-153. Recuperado el 21 de mayo de 2015 de:
<http://apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211411.pdf>.
- [9] Bernardi R. (2010) SM-5, OPD-2 y PDM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos, psiquiátrico y psicoanalítico. *Rev. Psiquiatr Urug* 201074(2):179-205. Recuperado 20 de noviembre de 2016 en:
http://www.spu.org.uy/revista/dic2010/10_bernardi.pdf.
- [10] Bordieu, P. y Wacquant, L. J. D. (1996). *Respuestas, para una antropología reflexiva*. México: Grijalbo.
- [11] Breilh, J. (2009). *Epidemiología crítica*. 3ª reimpresión. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- [12] Buenos Aires (ciudad) Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2015). Recuperado el 21 de Mayo de 2015 de: <http://buenosaires.gob.ar/areas/salud/>.
- [13] Cierpka, M, Stasch, M., Grande, T., Schauenburg, H., de la Parra, G., Rost, R. y miembros del Grupo de Trabajo OPD. (2010, Febrero). La evaluación de primeras entrevistas psicoterapéuticas mediante el sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD-2). *Revista electrónica de Psicoterapia*, 4 (1) 221-235. Recuperado el 31 de Mayo de 2015 de: http://psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V4N1_2010/13_M-Cierpka_Evaluaci%C2%A2n-Primeras-Entrevistas-OPD2_2010_CeIR_V4N1.pdf.
- [14] Cierpka M, Stasch M, Reiner W. Dahlbender y el grupo de trabajo OPD1 (2006) El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. Recuperado el 20/11/2016 en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v44n2/art04.pdf>.
- [15] Facultad de Ciencias de la Salud. Triangulación en la Investigación Científica. Recuperado el 7 de diciembre de 2016 en:
www.fcs.uner.edu.ar/.../Triangulacion%20en%20Investigacion.doc.
- [16] Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1978). *Tratado de psiquiatría* (8a ed.). Barcelona: Ed. Masson.
- [17] Ferrari, H. (2006) *Manual Diagnóstico Psicodinámico PDM*, en Vertex, *Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XVII (69) 356-60.

- [18] Fischer, H. (1997). *Conceptos Fundamentales de Psicopatología III*. Buenos Aires: CEA.
- [19] Freud, S. (2006). Sobre la dinámica de la transferencia, En J. Strachey (ed.), y J. L. Etcheverry (Trad.). *Sigmund Freud Obras Completas vol. XII*. Buenos Aires: Amorrortu, (Trabajo original publicado en 1912).
- [20] Freud, S. (2006). Duelo y melancolía. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry (Trad.). *Sigmund Freud Obras Completas (Vol. XIV, pp. 237-255)* Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1917).
- [21] Freud, S. (2004). Inhibición, síntoma y angustia. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry (Trad.). *Sigmund Freud Obras Completas (Vol. XX, pp. 71-161)* Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1925).
- [22] Freud, S. (2006). El porvenir de una ilusión. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry (Trad.). *Sigmund Freud Obras Completas (Vol. XXI, pp. 5-55)* Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1927).
- [23] Freud, S. (2006). El malestar en la cultura. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry (Trad.). *Sigmund Freud Obras Completas (Vol. XXI, pp. 65-140)* Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1929).
- [24] Freud, S. (2006). Angustia y vida pulsional. En J. Strachey (Ed.) y J.L. Etcheverry (Trad.). *Sigmund Freud 32ª Conferencia Obras Completas (Vol. XXII, pp. 75-103)* Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1933).
- [25] Gay, M.C. (2007). *Nuevas aportaciones clínicas al test de Bender*. Buenos Aires: C.E.A.
- [26] Gerlero, S., Augsburger, A.C., Duarte, M.P., Escalante, M.A., y Ianowski, M.V. (2010, marzo) Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 1 (2) 25-29. Recuperado de: <http://saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen2/diagnostico-evaluativo.pdf>.
- [27] Green, A. (2001). *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada*. Buenos Aires. Ed Amorrortu.
- [28] Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2004). *Programa de investigación y vigilancia en Salud Mental*. Recuperado el 14 de abril de 2015 de: http://buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/archivos/descripcion_pivesam.pdf.
- [29] Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2011). *Encuesta nacional de epidemiología*. Recuperado el 14 de abril de 2015 de: <http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>.

- [30] Lamovsky L (2002) Consecuencias De La Adversidad En El Lazo Social. Recuperado 10 de junio 2016 en: http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_175.pdf.
- [31] Lucioni, I. (2000, 16 de noviembre). La sociedad en el crepúsculo del superyo. *Diario Página 12*. Recuperado el 06 de Mayo de 2015 de: <http://www.pagina12.com.ar/2000/suple/psico/00-11/00-11-16/psico01.html>.
- [32] Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV (1995). (4a. ed.). Barcelona: Masson.
- [33] Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia. Grupo De Trabajo Opd Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (Opd-2) Recuperado el 20 de noviembre de 2016 en: file:///C:/Downloads/OPD%20%20Diagnostico_psicodinamico_operaci.pdf.
- [34] Organización Panamericana de la Salud. Argentina. PAHO/WHO (2015). Recuperado el 21 de Mayo de 2015 de: <http://www.new.paho.org/arg/>.
- [35] Paternina Caicedo, A. (2010, octubre) Introducción Básica a la Investigación Epidemiológica. *Revista Ciencias Biomédicas*, 1, (2), 246–253. Recuperado el 28 de noviembre de 2015 de: http://www.revista.spotmediav.com/pdf/1-2/15_INVESTIGACION_EPIDEMIOLOGICA.pdf.
- [36] Perales A., Sogi C (2012) Epidemiología Psiquiátrica en Rotondo H. *Manual de Psiquiatría (Capítulo 9)*. Recuperado 1 de noviembre de 2015 de: <http://espanol.free-ebooks.net/ebook/Manual-de-Psiquiatria-Rodondo-Humberto>.
- [37] Salona M. (2009) *Estudios De Historia Moderna Y Contemporánea De México*/Issn 0185-2620, n. 37, enero-junio recuperado el 3 de diciembre de 2013 en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ehmcm/n37/n37a4.pdf>.
- [38] Romero.R. (1981) Hacia la Construcción de una Teoría de la Interpretación: En Torno al Debate Habermas-Gadamer. Recuperado el 17/12/2016 en <file:///C:/Users/Lita/Downloads/Dialnet-HaciaLaConstruccionDeUnaTeoriaDeLaInterpretacion-273593.pdf>.
- [39] Siquier de Ocampo, M., Arzeno, M., Grassano, E. y col. (1987). *Las Técnicas Proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- [40] Sneiderman S (2011) Consideraciones Acerca De La Confiabilidad Y Validez En Las Técnicas Proyectivas. *Subjetividad Y Procesos vol.15. n2 Cognitivos Versión On-Line* Issn 1852-7310. Recuperado 27/11/2016 en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185273102011000200005.

- [41] Stolkiner, A. Ardila Gómez (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las Prácticas: Consideraciones desde el Pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas. *Vertex – Revista Argentina de Psiquiatría* (en prensa). Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf.
- [42] Urribarri, F. (2012). Recordando a André Green: su Recorrido Personal, su Itinerario Intelectual. *Revista Electrónica de la Facultad de Psicología-UBA*. Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=56:recordando-a-andre-green-su-recorrido-personal-su-itinerario-intelectual&catid=10:vigencia&Itemid=1.
- [43] Who Aims. (2014) Sistema De Salud Mental De Chile. Segundo Informe. Recuperado El 29 De Noviembre De 2016 En: File:///D:/Investigacion%202016/Informe%20final/Nueva%20carpeta/Who_Aims_Report_Chile.Pdf.
- [44] Wigg, C.M.D., Filgueiras, A., Gomes, M. (2014). *The relationship between sleep quality, depression, and anxiety in patients with epilepsy and suicidal ideation*. Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&format=standard.pft&indexSearch=EX&exprSearch=F04.586&lang=p&base=LILACS>.
- [45] World Federation for Mental Health (Federación Mundial para la Salud Mental. (s.f). *Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*. Recuperado el 21 de mayo de 2015 de: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/12/SPANISH-WMHD09.pdf>.