



## La 'Vivencia de Incertidumbre'. Un aporte clínico para el abordaje de eventos cardiovasculares en crisis sociales y económicas contemporáneas

Andrea Altman<sup>a,b</sup> \* y Moty Benyakar<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Grupo de investigación sobre Lo Disruptivo para el Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador (USAL), Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup> Red Iberoamericana de Ecobioética para la Educación, la Ciencia y la Tecnología. Cátedra UNESCO de Bioética. Haifa, Israel

### PALABRAS CLAVE

Lo incierto; Vivencia de incertidumbre; Enfermedades coronarias; Lo disruptivo; Crisis socio-económicas; Argentina.

**Resumen** La inestabilidad de las crisis sociales y económicas contemporáneas, enfrentan a médicos, psicólogos y psiquiatras a fenómenos sintomatológicos, psíquicos y somáticos, que requieren nuevos abordajes terapéuticos. Entre 1999 y 2002 en la Argentina, el desempleo, quiebres económicos y la falta de perspectiva laboral, causaron ira, desazón y desconcierto, con manifestaciones de cefaleas, abulia y anhedonia. Se produjo un aumento de enfermedades cardiovasculares y de mortalidad. Los primeros profesionales consultados fueron médicos clínicos, cardiólogos y gastroenterólogos. Actualmente, en varios países de la Eurozona se replican estos fenómenos disruptivos, preponderando 'Lo Incierto', más que lo predecible. Basados en datos epidemiológicos, articulados con observaciones clínicas y con nuestra experiencia psicoterapéutica, postulamos que el impacto disruptivo de 'Lo Incierto', que produce 'Vivencia de Incertidumbre', es un factor central en el desarrollo de dichas afecciones. Diferenciamos estos procesos del estrés que, hasta la actualidad, es considerado el factor de riesgo psíquico primordial de las afecciones cardiovasculares.

Postulamos que las sintomatologías emergentes en situaciones disruptivas de crisis son: el estrés como tensión y sobreexigencia, produciendo ansiedad, y aquella que pertenece al orden de 'Lo Incierto', causando angustia y coartando todo tipo de acción o decisión. Estas vertientes pueden emerger independientes o combinadas. En estas situaciones, sugerimos que, sumado al abordaje terapéutico clásico de sedación y uso de ansiolíticos, se considere estimular la motivación a la acción, para enfrentar problemáticas caóticas, con base en las capacidades del individuo y las alternativas que el medio le posibilita reconsiderando, si fueran necesario, el uso de antidepresivos.

\*Autor para correspondencia: Peña 2167 5º Piso (1126) Buenos Aires Argentina Tel: +54 911 44710319  
Correo electrónico: altmanandrea@yahoo.com.ar (A. Altman).

**KEYWORDS**

The uncertain;  
Experience of  
uncertainty;  
Cardiovascular  
diseases; Disruption;  
Socioeconomic crises;  
Argentina.

## The 'Experience of Uncertainty'. A clinical contribution to the treatment of cardiovascular events in contemporary social and economic crises

**Abstract** The instability resulting from contemporary social and economic crises confronts physicians, psychologists and psychiatrists with special symptomatic phenomena, psychical and somatic, which require new therapeutic approaches. In Argentina, between 1999 and 2002, unemployment, economic failure and a lack of job prospects provoked anger, unease and disorientation, accompanied by headaches, abulia and anhedonia. This caused a rise in cardiovascular disease and mortality. Clinical physicians, cardiologists and gastroenterologists are the first to be consulted. These disruptive phenomena are currently playing themselves out again within various Eurozone countries, where there is a greater measure of 'The Uncertain' than predictability. Based on epidemiological data, combined with clinical observations and our psychotherapeutic experience, we propose that the disruptive impact of 'The Uncertain', which leads to the 'Experience of Uncertainty', is central in the development of such pathologies. We distinguish these processes from the 'stress', that has been and continues being as the main psychic risk of cardiovascular diseases. We suggest that the symptomatology that emerges from disruptive situations is: the stress as tension with excessive demand producing anxiety, and the 'Experience of Uncertainty', inspiring anguish and restricting all possibility of action or decisiveness. These sides may emerge independently or combined. In such situations, we suggest to add to the classical therapeutic approach, involving sedation and the use of anxiolytics, a protocol that includes the stimulation of actions to face the chaotic problems, according to the individual capacity and the environmental alternatives and, if it will be necessary, to reconsider the use of antidepressants.

1405-9940 © 2014 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

## Introducción

La situación de inestabilidad y crisis sociales y económicas de nuestro tiempo, lleva al área de la medicina, la psicología y la psiquiatría a enfrentarse con fenómenos nuevos, tanto en la detección de la sintomatología, como en los tratamientos clínicos.

Se ha demostrado que, en la Argentina, en época de la crisis económica entre 1999 y 2002, han aumentado las enfermedades cardiovasculares en general, y también la mortalidad provocada por estas enfermedades<sup>1,2</sup>.

Dichas investigaciones cuestionan si el factor nocivo es realmente la caída del producto bruto interno (PBI), o existirían otros tipos de factores. Se tiende a postular como uno de los desencadenantes de dichas enfermedades somáticas a los factores psicosociales, en una forma inespecífica, general y difusa. Por otro lado, están aquellos que especifican, atribuyendo al estrés el factor psíquico desencadenante de dichos desórdenes.

En este trabajo, con base en los datos epidemiológicos mencionados, articulados con las observaciones de campo y la experiencia psicoterapéutica, postulamos que el interjuego entre el impacto de 'Lo Incierto' y la 'Vivencia de Incertidumbre', es un factor central en el desarrollo de los procesos psíquicos patológicos que emergen en situaciones de crisis sociales y económicas. Diferenciamos la dinámica, la clínica y el abordaje de la 'Vivencia de Incertidumbre' con la 'Vivencia de Estrés'.

Entendemos que esta diferenciación es de suma importancia, tanto para médicos clínicos y cardiólogos, como así también para psiquiatras y psicoterapeutas.

## La crisis en la Argentina y en el mundo actual

La crisis económica que se fue gestando en la recesión más prolongada de la historia Argentina se inició a mediados de 1998.

A partir del año 2001 se dieron fenómenos especiales como el 'corralito'. Se llamó 'corralito' a la restricción de la libre disposición de dinero en efectivo de plazos fijos, cuentas corrientes y cajas de ahorros, impuesta por el gobierno en el mes de diciembre de 2001. Éste se prolongó por casi un año, hasta el 2 de diciembre de 2002, cuando se anunció oficialmente la liberación de los depósitos retenidos. El término 'corralito' trascendió a todos los países de habla castellana incorporando este nuevo sentido.

El objetivo que se perseguía con estas restricciones era evitar la salida de dinero del circuito bancario, intentando evitar así una ola de pánico y el colapso del sistema. Paradójicamente, esta decisión produjo lo que se quería evitar, impactando en la población en forma negativa de diferentes modos.

En ese mismo periodo cambiaron 5 presidentes en un mes, se incrementó la pobreza y la desocupación. En base a los datos de Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, hubo un derrumbe del PBI más allá del 10%.

En esa época las personas no sabían qué hacer con su dinero, los mercados estaban inestables y en permanentes cambios.

Hoy esa situación se está replicando en diferentes países del mundo, especialmente en Europa, creándose situaciones que provocan desconcierto, ira, falta de capacidad de tomar decisiones coherentes y sostenidas.

El director general de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Juan Somavia, en el informe Tendencias Mundiales del Empleo 2012, consignó que en el mundo 1.100 millones de seres humanos, sin tener ningún tipo de discapacidad, están desempleados o en la pobreza, es decir, una de cada 3 personas<sup>3</sup>.

El último registro de desocupación de la Eurozona indica que Europa crea 2 desocupados por minuto. En total hay 18 millones de personas buscando trabajo en los 17 países del bloque, y se calcula que un aumento del 3% de la tasa de desempleo conllevaría más de 10.000 muertes<sup>4</sup>.

En España se llegó, en julio de 2012, a una tasa de desocupación del 25,1%. La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) precisa que debido a la tendencia negativa que aguarda al empleo en España, la mortalidad aumentará entre 1.500 y 4.000 personas al año<sup>5</sup>.

El informe destaca que el desempleo conlleva “un riesgo muy importante” para la salud, tanto física como mental, ya que incrementa la mortalidad.

En Grecia, en la actualidad, la tasa de suicidios se ha triplicado y ha pasado, en sólo 3 años, de ser la más baja a la más alta de Europa. Los psicólogos reportan que los motivos de consultas están vinculados a ideas de quitarse la vida, y casi siempre citan como causa las deudas, la falta de trabajo y el miedo al despido<sup>6</sup>.

Este fenómeno es uno de los tantos que deben ser abordados desde el ‘Paradigma de la Complejidad’, tomando en cuenta los fenómenos que surgen como producto de la interacción entre diferentes áreas. Entendemos que debemos analizar en forma minuciosa la interacción de lo específico de las crisis, las características de las reacciones psíquicas y sus impactos en lo somático, en este caso las afecciones cardiovasculares<sup>7</sup>.

Este abordaje desde el ‘Paradigma de la Complejidad’, postulado por Edgar Morin, es de suma importancia para no dejar los datos solo a modo de informe, sino para realizar un diagnóstico y abordaje clínico adecuado.

No sólo para la economía estas crisis se transformaron en un fenómeno desestabilizador, sino que el impacto negativo tuvo sus manifestaciones en el área de la salud<sup>8,9</sup>.

La Argentina se ha transformado no solo en un involuntario laboratorio, en el ámbito económico, sino en un modelo de crisis que ha antecedido a la europea.

A nuestro entender, la crisis económica para la Argentina tuvo la dimensión de una epidemia. Con base en lo que actualmente sucede en Europa, nos animaríamos a decir que, este fenómeno se estaría transformando en una pandemia.

## Los aportes de las investigaciones epidemiológicas cardiovasculares

Basado en los datos del Registro Multicéntrico Internacional Global de Eventos Coronarios Agudos (GRACE), Gurfinkel, et. al, analizan la relación entre la situación económica-financiera y los eventos cardiovasculares. Comparan el periodo de crisis (abril de 1999 hasta diciembre 2002) con el periodo posterior a la crisis (enero de 2003 hasta septiembre 2004). Cada periodo se definió de acuerdo a la evolución del Producto Bruto Interno (PBI). Se investigaron las características demográficas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la morbilidad y la mortalidad.

Se analizaron datos de 3.220 pacientes, 2.246 (69,8%) pacientes en el periodo de crisis y 974 (30,2%) posterior a la crisis.

Las conclusiones sugieren que la crisis económica-financiera podría haber tenido un impacto significativo en la mortalidad cardiovascular durante la hospitalización, y una mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares (tabla 1 y fig. 1)<sup>1</sup>.

En ese trabajo se cuestiona si es el impacto de la disminución del PBI es el que funcionó como factor patógeno, o existirían otros factores que debieran ser considerados.

En comunicaciones personales Gurfinkel estimuló a nuestro equipo de investigación a indagar en forma más minuciosa los factores psíquicos que podrían estar relacionados a eventos cardiovasculares, en situaciones de crisis sociales y económico-financieras. Propuso diferenciarlo de los impactos de desastres naturales y catástrofes, temas que ya han sido investigados por nuestro equipo<sup>10,11</sup>.

Sosa Liprandi et al., afirman en su publicación del 2012 que “la estrecha relación temporal entre el aumento relativo de la mortalidad cardiovascular y el descenso del PBI, permitiría considerar a las crisis económico-financieras como un nuevo factor de riesgo psicosocial”<sup>2</sup>.

Alves de Lima et al. da un paso más en la especificación de los factores psicosociales desencadenantes de la enfermedad cardiovascular al manifestar que “las crisis económicas no están ajenas a las crisis en lo emocional, que son capaces de gatillar o provocar problemas cardiovasculares”.

Continúa diciendo que “en líneas generales la especificidad del contexto jerarquiza el valor de las ‘circunstancias/situación’ en relación a los ‘atributos, rasgos, emociones’ de la persona. No significa que los rasgos de las personas sean necesariamente estables, sino más bien son dependientes del contexto y la situación”<sup>12</sup>.

**Tabla 1** Eventos cardiovasculares y mortalidad entre 1999 y 2004 en Argentina, en base al estudio GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events)

Evento	Crisis 1999-2002	Post Crisis 2003-2004	p
Infarto de miocardio (%)	6,9	2,9	< 0,0001
Insuficiencia cardiaca (%)	16,6	11,0	< 0,0001
Mortalidad (%)	6,2	5,0	(IC: 0.87-1.7)

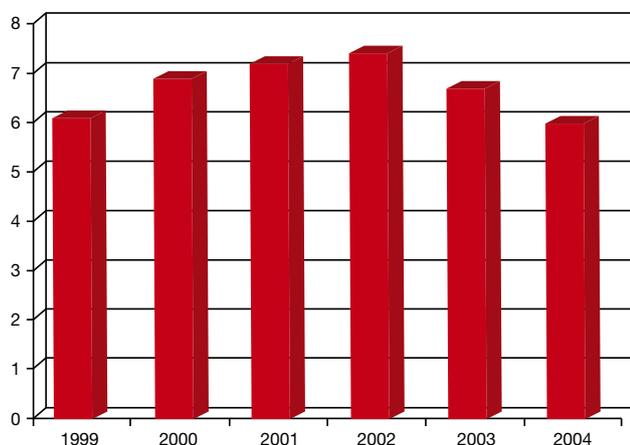


Tabla 1 Análisis de mortalidad entre 1999 y 2004 en Argentina<sup>1</sup>.

A estas 3 investigaciones se las podría ver como complementarias. Gurfinkel et al. proponen analizar si realmente es el PBI el que funciona como factor patógeno. Sosa Liprandi et al. manifiestan que el descenso del PBI impacta en lo psicosocial. Alves del Lima et al. se refieren a la interacción entre los factores económicos y los emocionales. Nosotros postulamos que, sumado al impacto del PBI, existen factores psíquicos inherentes a entornos disruptivos caóticos que ponen en juego procesos psíquicos que funcionan como factores de riesgo de las enfermedades somáticas, y en especial las cardiovasculares. Estos procesos se remiten al interjuego entre 'Lo Incierto' y la 'Vivencia de Incertidumbre'.

## Los aportes en el área de Salud Mental

Hablar en términos de 'factores psicosociales', como lo realizan algunas investigaciones sobre enfermedades cardiovasculares, es demasiado general para un abordaje clínico específico. Por esta razón, nos interesa ahondar en las cualidades de los entornos sociales y de las reacciones psíquicas.

El estrés y la depresión son generalmente las cualidades psíquicas centrales incluidas dentro de los factores llamados psicosociales<sup>13</sup>.

Podríamos diferenciar los impactos del entorno dividiéndolos en individuales y masivos. Dentro de este último grupo, se podría considerar como ejemplos a las guerras y atentados terroristas.

Hoy en día, es claro que estos eventos causan secuelas que el DSM IV clasifica como 'Estrés Post Traumático' y nosotros denominamos 'Impactos Disruptivos'<sup>14</sup>.

Es evidente que la sintomatología emergente en estos casos de crisis económicas, que también son masivas, no tienen las mismas cualidades del Estrés Post Traumático.

Tanto en guerras, como en crisis económicas y sociales, es importante diferenciar no sólo la sintomatología emergente, sino también las cualidades de los estresores.

Desde los años 60 hasta la actualidad el estrés ha sido considerado como el factor princeps de las enfermedades psicosomáticas relacionadas con las afecciones cardiovasculares<sup>15</sup>.

El estrés fue propuesto por Selye en 1950 como una reacción fisiológica por una sobreexigencia de actividad física. Más tarde, se extrapoló este concepto al campo de la salud mental, tomando a los diferentes factores del medio ambiente, o del entorno, que producen reacciones que elevan el nivel de adrenalina y cortisol, del mismo modo que lo realiza la actividad física sobreexigida.

Numerosos capítulos en textos de cardiología abocados a los factores psicológicos, se refieren casi exclusivamente al estrés como factor detonante de los desórdenes cardiovasculares.

Pareciera ser que los mecanismos psíquicos que tenemos los humanos son un poco más complejos. El espectro de la problemática es más amplio que el descrito hasta ahora.

Para abordar esta complejidad, ante todo, debemos ser precisos con los términos que describen cada fenómeno. El estrés es uno de los conceptos que se prestan a confusión ya que se lo ha utilizado como base para diferentes abordajes, a saber:

1. El estrés como el desencadenante externo, estrés laboral, de la vida cotidiana, etc.<sup>16</sup>.
2. El estrés como producto de cualidades de personalidad: tipo A y tipo B<sup>17</sup>.
3. La depresión como una consecuencia del estrés<sup>18</sup>.
4. Especificar las cualidades psíquicas del estrés, al modo que lo hizo Jenkins, al proponer a la hostilidad como factor estresor<sup>19</sup>.
5. Y por último, los estudios que utilizan sin diferenciar el término estrés, tanto para los estresores como para su reacción psíquica<sup>18</sup>.

De este modo, notamos que, en muchos casos, al hacer uso del concepto 'estrés' no se diferencia entre las cualidades de lo fáctico del entorno, lo psíquico, y lo somático.

De allí surge la pregunta si el estrés es un factor fáctico dañino, como lo sería por ejemplo la presión laboral, o si el estrés es la reacción psíquica que produce la presión laboral.

El uso del concepto estrés en forma vaga e indiscriminada nos llevaría a la siguiente frase tautológica: *'el estrés de la vida laboral produce un estrés psíquico que causa un estrés somático que estresa al individuo'*.

Para no caer en la tautología mencionada, siguiendo a Selye podríamos decir que el estresor es la sobreexigencia, como sería la vida laboral, que provoca un fenómeno psíquico, al que nosotros llamamos 'Vivencia de Estrés'.

Cabe destacar que, en forma general, el estrés es una defensa natural del organismo ante las adversidades. Pero si nos remitimos al proceso psíquico interno, podríamos decir que 'La Vivencia de Estrés' puede ser displacentera y dolorosa, convirtiéndose en 'Distrés', o placentera, agradable y motivante, convirtiéndose en 'Eustrés'<sup>20, 21</sup>.

De manera que, tanto el distrés como el eustrés son respuestas producidas por un estresor que exige del psiquismo, o del organismo, una reacción adaptativa relacionada con la acción, activando, de este modo, el sistema nervioso autónomo, fundamentalmente la rama simpática, y el sistema neuro-endócrino, mediante la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. La percepción de amenaza puede llevar a respuestas desadaptativas, caracterizadas por la activación excesiva y descontrolada de ambos sistemas, transformándose en distrés.

Hoy en día, por los diferentes desarrollos sociales, tecnológicos y económicos, podemos diferenciar otro tipo de amenazas. Amenazas que no tienen que ver, en forma directa, con la sobreexigencia, como el caso de los estresores, sino con lo difuso, lo imperceptible, lo que no se puede vaticinar, y que desestabiliza al psiquismo, y no nos permite establecer una acción que emerja de nuestra propia subjetividad.

A ese fenómeno, anteriormente, lo denominábamos 'La Incertidumbre'. A partir de nuestras recientes investigaciones, podemos diferenciar a 'Lo Incierto' (al remitirnos a lo fáctico) de la 'Vivencia de Incertidumbre' (al referirnos a lo psíquico).

Definimos a 'Lo Incierto' como un fenómeno fáctico, es decir, un observable del entorno, basado en los hechos o limitado a ellos. Es un fenómeno caracterizado por la falta de parámetros que posibiliten la predicción y/o intención de una acción coherente, sostenida y sustentable.

Por otro lado, definimos a la 'Vivencia de Incertidumbre' como la reacción subjetiva del individuo ante 'Lo Incierto'.

'Lo Incierto' es un factor predominante en la actualidad. En cada una de las áreas, laboral, social, familiar, económica, es más preponderante 'Lo Incierto' que lo predecible<sup>22</sup>.

Por este motivo, sumado al estrés con su sobrecarga, postulamos que en épocas de crisis sociales y económicas contemporáneas, no es sólo la amenaza y la sobreexigencia caracterizada por los estresores lo que se transforma en patológico, sino el impacto producido por la falta de parámetros, y la imposibilidad de tomar decisiones coherentes y sostenidas, producto de dicho desconcierto. Por ello, ponemos énfasis en diferenciar los factores 'Estresantes', de los componentes de 'Lo Incierto'.

En nuestra experiencia clínica, observamos que la tendencia de afrontamiento ante los estresores es más de *Fight* (lucha) y *Flight* (huida), mientras que en 'Lo Incierto' es de *Freezing* (congelamiento o paralización).

## Del estrés a la 'Ansiedad por Disrupción'

En los mismos años que Gurfinkel investigó los fenómenos de la crisis económica financiera y sus impactos en las enfermedades coronarias, en forma paralela, también en la Argentina, Benyakar y Collazo, con su equipo de investigación, analizaron los factores psíquicos que intervinieron en esas épocas de crisis. Postularon un cuadro sintomatológico de orden psicósomático<sup>23</sup>.

Durante los años de crisis (2000-2002) hubo un aumento considerable de desórdenes gastrointestinales, cefaleas, tensiones psíquicas, desmotivación, abulia y otros factores más.

Paradójicamente, fueron los médicos clínicos, los gastroenterólogos y cardiólogos, los más requeridos por diferentes tipos de dolencias, tanto psíquicas como somáticas, quedando los psicólogos y psiquiatras casi al margen de las consultas por estos síntomas.

Analizando clínicamente a sus pacientes, Benyakar y Collazo llegaban a la conclusión que estos desórdenes eran producto de una falta de posibilidad para poder tomar decisiones o realizar cualquier acción coherente o proyecto a futuro.

En la época de la crisis, observaron una marcada diferenciación con aquellos pacientes que manifestaban ansiedad

por causas psíquicas o estrés, tanto sea de orden laboral, social o familiar.

Por ello, propusieron a la Asociación Mundial de Psiquiatría en el año 2002 el 'Síndrome de Ansiedad por Disrupción', ya que estas manifestaciones no pertenecían ni al orden del estrés, ni a la ansiedad, caracterizadas hasta ese momento<sup>24,25</sup>.

Al definir el 'Síndrome de Ansiedad por Disrupción', estipularon que la ansiedad emerge como consecuencia de los impactos del entorno y no como un proceso patológico intrapsíquico.

Con los avances producidos por nuestro equipo de investigación podemos afirmar que en el Síndrome de Ansiedad por Disrupción el afecto emergente no pertenece al orden de la ansiedad, sino al de la angustia.

Nos cuestionamos si resulta adecuado hacer explícita esta distinción entre ansiedad y angustia, puesto que en la literatura científica norteamericana, a diferencia de la europea (especialmente en España) no se distingue entre Ansiedad y Angustia. Esta situación conlleva un gran obstáculo de comunicación entre ambos universos científicos. A pesar de ello, optamos por enfatizar la diferencia, ya que esto nos permite una mayor amplitud y especificidad en los abordajes clínicos<sup>26</sup>.

Al realizar esta diferenciación, podremos decir que en las crisis económicas y sociales se verán más fenómenos que pertenecen al orden de la angustia que de la ansiedad<sup>27</sup>.

La distinción entre angustia y ansiedad llevará a evaluar la especificidad de los tratamientos. Del mismo modo que hoy en día se están investigando las respuestas a las estrategias terapéuticas de los desórdenes de ansiedad, habría que realizar la misma labor respecto a los desórdenes en los que emerge la angustia<sup>28</sup>.

Los estresores llevan a la acción y provocan sobreexigencia. Estos tenderán a gestar en el individuo acciones para el logro de metas, potenciando la sobreexigencia para realizarlas, provocando ansiedad. Por otro lado, lo 'Incierto', cuando emerge en grandes montos o con cualidades inabarcables, paraliza, llevando a la emergencia de la angustia.

Lo 'Incierto' y la 'Vivencia de Incertidumbre' son fenómenos inherentes a la existencia humana. Podríamos decir que al igual que existe un circuito neuroendocrino que pertenece al orden del estrés, hoy los avances científicos se acercan cada vez más a detectar sistemas neurofisiológicos, que nosotros entendemos, que pertenecen al orden de 'Lo Incierto' y a la 'Vivencia de Incertidumbre'.

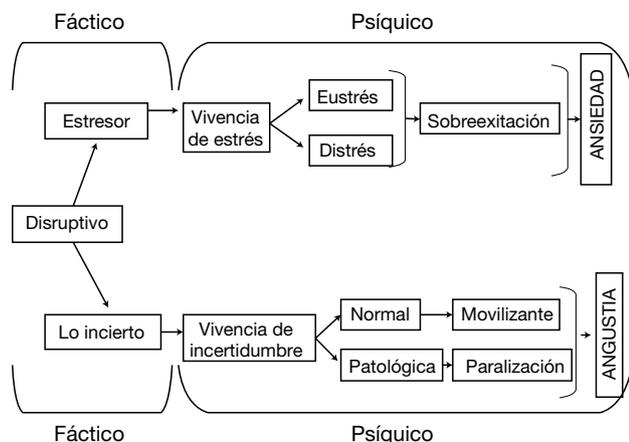
La 'Vivencia de Incertidumbre' conlleva un afecto angustiante y una representación de caos y desconcierto.

Cuando 'Lo Incierto' emerge en forma masiva, o con cualidades desconcertantes, puede transformar a la 'Vivencia de Incertidumbre' en patológica, generando que la angustia vital, de nuestra propia existencia, se transforme en angustia patológica<sup>29</sup>.

Por medio del esquema expuesto en la fig.2, pretendemos presentar el correlato de los diferentes procesos relacionados a la 'Vivencia de Estrés' y la 'Vivencia de Incertidumbre'.

## Los factores constitutivos relacionados con la 'Vivencia de Incertidumbre'

Tanto en los experimentos con animales como con humanos, las investigaciones avanzan cada vez más, respecto a los



**Figura 2** Correlación entre diferentes factores de la “Vivencia de Estrés” y la “Vivencia de Incertidumbre”.

componentes neurofisiológicos relacionados a ‘Lo Incierto’ y a la ‘Vivencia de Incertidumbre’.

En experimentos con ratas se demostró que, al darles estímulos no predecibles, se las podía llevar a un estado de *freezing*, o parálisis. El psicólogo Martín Seligman, de la Universidad de Pensilvania, realiza experimentos con perros, suministrándoles estímulos eléctricos displacenteros permanentes, induciéndolos a que dejen de reaccionar, o tomar cualquier tipo de iniciativa, o decisión. Extrapolando esto a lo humano, nomino a estos fenómenos como: ‘Desamparo o Indefensión Aprendida’, síndrome que emerge ante ‘Lo Incierto’, inhibiendo la toma de decisiones y derivando en el fatalismo, que parece indicar al sujeto: “nada puedo hacer para afrontar ‘Lo Incierto’”<sup>30</sup>.

La escuela de Parma liderada por Rizzolatti da cuenta de la existencia de neuronas espejo que tienen la capacidad de predictibilidad, no solamente de acciones sino también de intenciones.

Tal cual como lo establece Iacoboni, el avance de los descubrimientos de las neuronas espejo abre nuevas perspectivas al entendimiento de la empatía, posibilitando predecir lo que están viviendo los otros<sup>31</sup>.

Estos datos darían cuenta que tanto los animales más desarrollados, como así también el hombre, están muñidos de sistemas neurofisiológicos para enfrentar ‘Lo Incierto’<sup>32</sup>.

Sumadas a las investigaciones neurofisiológicas y conductuales, son varias las teorías filosóficas (como las de Morin y Badiou, entre otros) que postulan a ‘La Incertidumbre’ como constitutiva e inherente al ser humano<sup>33,34</sup>.

Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, postula al desarrollo de la cultura estable, con valores sólidos, como uno de los factores que preservan la sanidad humana. Basada en estos conceptos, Piera Aulagnier manifiesta que existe un componente que llamó el ‘Proyecto Identificador’, siendo éste un entramado básico entre el desarrollo personal y el medio social<sup>35</sup>.

Parecería ser que el hombre necesita de las manifestaciones de certidumbres del entorno para disminuir los efectos de las ‘Vivencias de Incertidumbre’ que le son propias. Es por tal motivo que, como lo hemos manifestado anteriormente, cuando los montos y las cualidades de ‘Lo Incierto’

del entorno se tornan inabordables, esto transformará a la ‘Vivencia de Incertidumbre’ en patológica, perteneciente al orden de la angustia y la depresión.

### Especificidad de las manifestaciones clínicas de la ‘Vivencia de incertidumbre’

Alguien podría pensar que la ‘Vivencia de Incertidumbre patológica’ es otro modo de hablar de la depresión ya conocida. Quien postule esto, aducirá que también en la depresión reactiva hay una causalidad externa de factores fácticos del entorno y una reacción psíquica marcada. Nosotros entendemos que la diferencia entre la depresión reactiva con la anhedonia, de la ‘Vivencia de Incertidumbre patológica’, es que esta última, no emerge con una sintomatología clara como la depresión reactiva, ni un proceso psíquico patológico detectable en primera instancia. La ‘Vivencia de Incertidumbre’ tiene cualidades que no siempre son detectadas como patológicas, ni por el propio individuo, ni por los profesionales actuantes.

La tendencia a la somatización, con afecciones somáticas manifiestas o sin ellas, como las expuestas en diferentes investigaciones en la época del ‘corralito’, dan cuenta que la dinámica psíquica en estas situaciones es silenciosa y puede ser muy nociva psíquica y somáticamente.

Los pacientes comienzan por no poder resolver sus propios problemas, por una desazón ante el desempleo, deudas, falta de posibilidad de reintegrarse a la vida activa en forma coherente y sostenida. Esto aflora no por su incapacidad física o psíquica sino porque lo difuso, incoherente y novedoso del entorno no les posibilita desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas.

En ese lapso entre el impacto de ‘Lo Incierto’ y la manifestación de una enfermedad manifiesta (que podría ser una depresión reactiva, entre otras) es donde emerge la ‘Vivencia de Incertidumbre’.

Taragano, en la época del corralito, presentó una investigación realizada en el Cemic. Durante la observación de 478 ahorristas, durante 31 meses, concluyó que en la época de crisis el riesgo de daño cardíaco o cerebrovascular era nueve veces mayor en los que habían sufrido gran ansiedad y no habían aceptado ayuda psicoterapéutica<sup>36</sup>.

Tomando estos datos surgen las siguientes preguntas:

1. La sintomatología que estos pacientes desarrollaron en la época de crisis ¿es del orden de la ansiedad, de la angustia, o ambas?
2. En lugar de postular que los afectados no aceptaron tratamientos psicoterapéuticos, ¿podríamos pensar que en muchos de los casos, los pacientes no detectaron la necesidad de tratamiento?
3. Esta falta de posibilidad de detectar la necesidad de tratamiento, ¿era sólo de los pacientes o también de los profesionales de la salud?

A nuestro entender, se pone en evidencia que el malestar emergente ante ‘Lo Incierto’, en un principio, no presenta sintomatología psíquica detectable, a pesar que se puedan gestar procesos psíquicos y somáticos sumamente perniciosos.

Hay quienes presentarían interrogante el de ¿por qué es necesario realizar intervenciones si todavía no hay manifestaciones patológicas?

El cuestionar o negar la necesidad de abordar estos procesos nocivos por el hecho que carezcan de expresiones sintomáticas manifiestas, sería similar a negar la necesidad de detección de un cáncer antes que tenga cualquier tipo de manifestación sintomática. Sabido es por los médicos, que en muchos casos este tipo de procesos silenciosos son más malignos que aquellas infecciones o heridas que se presenta en forma manifiesta.

### La 'Vivencia de incertidumbre' en un nuevo abordaje terapéutico

Pareciera paradójico que una distinción tan afinada del orden de los procesos psíquicos esté centralizada en el ámbito de los médicos generales y especialistas, tales como cardiólogos, gastroenterólogos, etc.

Como ya lo hemos manifestado, son ellos los que tienen un primer contacto con este tipo de pacientes quienes desarrollan procesos psíquicos que, potencialmente, pueden transformarse en serias enfermedades psiquiátricas y somáticas.

En situaciones de crisis, generalmente los médicos tendemos a actuar con nuestros pacientes, con base en las modalidades aprendidas y consensuadas hasta el momento.

Así sucede con respecto al abordaje y tratamiento de situaciones de crisis sociales y económicas. Como manifestamos anteriormente, el estrés era el concepto princeps que en base a él, se desarrollaron protocolos terapéuticos. Por lo general se continúa indicando a los pacientes que deben bajar las tensiones y sobreexigencias, haciendo meditación, yoga y medicándolos con ansiolíticos. Hoy entendemos que cuando lo patógeno es 'Lo incierto', como en casos de crisis sociales y económicas, el abordaje terapéutico debe estar basado también en un protocolo que postule una nueva perspectiva. En lugar de calmar a los pacientes buscando el camino de la sedación, debiéramos estimularlos a afrontar 'Lo Incierto', a que puedan desarrollar estrategias para tomar decisiones, a pesar que el medio no se los facilite. Incentivarlos a la acción, a la búsqueda de alternativas, encaminándolos a un tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico acorde a esta visión o abordaje. En el caso que sea necesario medicar, se sugiere hacerlo con antidepresivos y utilizar ansiolíticos sólo en casos especiales.

Desde el punto de vista de los profesionales de la salud mental, es importante sostener la relación con los médicos generales y especialistas, y en este tipo de casos es crucial, dado que como lo hemos visto, son ellos quienes podrían detectar una posible enfermedad o afección emergente.

El paciente que comienza a desarrollar 'Vivencias de Incertidumbre patológicas', acudirá a la consulta del médico, por diferentes tipos de manifestaciones somáticas difusas y no siempre abordables clínicamente. Debemos tener en cuenta que nos enfrentamos a una singular situación dentro del ámbito clínico, en la cual estamos ante un paciente que no presenta síntomas definidos, sino que 'tiene problemas' para los cuales no le encuentra solución. Esto que los pacientes viven como 'problemas', por sus cualidades y el modo en que repercute los lleva a no poder actuar ni decidir, transformándose en precursores de futuros procesos patológicos. Estos pueden ser malignos, desde afecciones cardiovasculares hasta la muerte, como fuera descrito en las investigaciones antes mencionadas<sup>1,2</sup>.

Por estos motivos, aconsejamos a los médicos:

1. Tener en cuenta que en épocas de crisis sociales y económicas se incrementa el número de pacientes que acudirá a la consulta.
2. Tener en consideración si el paciente refiere diferencias entre su capacidad y posibilidad de afrontamiento, a partir de la crisis.
3. Detectar si el tipo de problemática o queja en la cual está inmerso es del orden de la incertidumbre, diferenciándola de la ansiedad, producto de la sobreexigencia. Esto se puede realizar, utilizando preguntas sencillas o con instrumentos que actualmente se encuentran en desarrollo, como la escala que hemos denominado 'Escala de Incertidumbre'. En dicha escala, el paciente establece gráficamente, del 1 al 10, en qué nivel de incertidumbre se encontraba antes de la crisis y, en un segundo momento, se le solicita puntualizar en qué punto se encuentra actualmente respecto a su posibilidad de realizar cualquier tipo de decisión (fig. 2).
4. Aconsejamos no apresurarse a recetar ansiolíticos, ya que en muchos casos menoscaban la capacidad de acción. Por ello proponemos evaluar la prescripción de antidepresivos, en el caso que fuera necesario.
5. Participar a psicoterapeutas, psicólogos y psiquiatras en el tratamiento. Sugerimos que en estos casos no se realicen sólo derivaciones, sino que el tratamiento tenga características coparticipativas.
6. Proponemos que en la formación de médicos clínicos, cardiólogos y otros especialistas, se los capacite para la detección de situaciones en que 'Lo Incierto' predomina, y en donde la 'Vivencia de Incertidumbre' se hace presente. Esto posibilitaría realizar abordajes preventivo-terapéuticos, con las cualidades antes mencionadas.

### Conclusiones y propuestas para el futuro

Los impactos de las crisis sociales y económicas provocan afecciones y enfermedades psíquicas y somáticas, aumentando el rango de la mortalidad. En la actualidad frente al

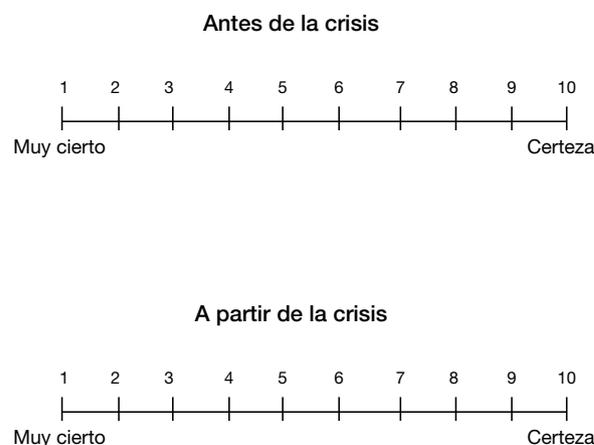


Figura 2 Escala de 'Vivencia de Incertidumbre'.

aumento vertiginoso de estas, notamos que emergen manifestaciones psíquicas que no sólo pertenecen a la égida del estrés y la ansiedad, sino a la 'Vivencia de Incertidumbre' con cualidades de la angustia.

Los impactos cardiovasculares o somáticos en general pueden emerger por factores psíquicos que no siempre llegan a transformarse en enfermedades psiquiátricas manifiestas, siendo las afecciones somáticas las primeras expresiones de los impactos de 'Lo Incierto'.

El médico clínico y los especialistas generalmente son los primeros que están en contacto con dichas dolencias y enfermedades.

Referirnos en forma difusa e inespecífica a los fenómenos psicosociales como factores de riesgo desencadenantes no es suficiente para un abordaje clínico adecuado. Debemos ahondar en las características de los procesos psíquicos en juego, especialmente diferenciándolos entre las manifestaciones de ansiedad y de angustia.

La sintomatología que hemos detectado en este tipo de situaciones de crisis tiene 2 vertientes: aquellas características del estrés, como tensión y sobreexigencias, y las que pertenecen al orden de 'Lo Incierto', que coartan todo tipo de acción o decisión. En algunos casos, estas vertientes pueden estar claramente divididas, y en otros pueden emerger en cuadros combinados.

Del mismo modo que se estableció la dinámica de los 'Estresores' sus impactos y el abordaje terapéutico de la 'Vivencia de Estrés', deberíamos tomar en cuenta las especificidades de 'Lo Incierto' y de la 'Vivencia de Incertidumbre'. 'Lo Incierto' de las crisis sociales y económicas generan síntomas específicos de desconcierto, sensación de caos, falta de capacidad de decisión, falta de motivación, impaciencia, irritabilidad síntomas físicos como dolores precordiales, cefaleas, malestares estomacales, generalmente sin correlato fisiológico. Junto a ello, y paradójicamente, pueden desarrollar enfermedades somáticas, como las cardiovasculares sin manifestaciones de sintomatología psíquica.

Muchos de estos síntomas se podrían categorizar dentro de los procesos patológicos de la depresión.

Si bien sabemos que muchas de estas manifestaciones corresponden a circuitos relacionados con la depresión, entendemos que por ser producto de los impactos del entorno, emergen como 'Vivencias de Incertidumbre', sin que se desarrollen enfermedades o desórdenes psiquiátricos.

Proponemos tener en cuenta las cualidades y las características fácticas de las crisis y de los entornos disruptivos, como así también lo específico de los procesos psíquicos. Esto posibilitará un diagnóstico más preciso y un abordaje clínico más adecuado.

Sugerimos no apresurarse a actuar solo en base a las recomendaciones clásicas para el tratamiento de dolencias producto de estresores, proponiéndoles a los pacientes, reposo, relajación, bajar el ritmo de actividades etc. En estos casos, de situaciones de crisis en que 'Lo Incierto' es lo que predomina, sugerimos en lugar de prescribir la relajación, considerar un abordaje terapéutico que motive a la acción, toma de decisiones y la búsqueda de alternativas posibles. Es importante que estas líneas de acción se realicen en forma articulada con psicoterapeutas (psicólogos y psiquiatras). En el caso que se requiera tratamientos psicofarmacológicos, sugerimos discernir si se trata de impactos producidos por estresores, en los cuales se

prescriben ansiolíticos, de los fenómenos en que 'Lo Incierto' sea lo dominante, en los cuales conviene evaluar los tratamientos con antidepresivos.

Nuestra expectativa es que estas propuestas, que emergen de la investigación clínica, puedan abrir paso a futuras investigaciones epidemiológicas, clínicas, psicodinámicas y neurofisiológicas, que posibiliten diferenciar entre las cualidades de los fenómenos pertenecientes al orden de 'Lo Incierto' y las 'Vivencias de Incertidumbre', cualificando y cuantificándolos.

## Financiamiento

La *International Society on Thrombosis and Hemostasis* ha financiado la participación de la Lic. Andrea Altman en el Curso Educacional ISTH-INC Ignacio Chávez.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

## Agradecimientos

La presente publicación pretende ser un homenaje al Prof. Enrique Gurfinkel (Kike), quien con su curiosidad y rigurosidad científica, idoneidad clínica y calidez humana, nos ha legado un mensaje de vida.

## Bibliografía

- Gurfinkel EP, Bozovich GE, Dabbous O, et al. Socio economic crisis and mortality. Epidemiological testimony of the financial collapse of Argentina. *Thromb J*. 2005;(3)22:1-10.
- Sosa Liprandi MI, Racki M, Khoury M, et al. Crisis económico-financieras en la Argentina: ¿un nuevo factor de riesgo de mortalidad cardiovascular? *Rev Argent Cardiol*. 2012;80:137-144.
- RT. Mil millones de desempleados en el mundo. 2012. <http://actualidad.rt.com/economia/view/38255-Mil-millones-de-desempleados-en-mundo>
- Clarín. Europa crea dos desocupados por minuto. 2012. [http://www.clarin.com/mundo/Europa-crea-desocupados-minuto\\_0\\_765523604.html](http://www.clarin.com/mundo/Europa-crea-desocupados-minuto_0_765523604.html)
- RT. Corazones en paro: el desempleo en Europa, una cuestión de vida o muerte. 2012. <http://actualidad.rt.com/sociedad/view/39828-Corazones-en-paro-desempleo-en-Europa,-una-cuesti%C3%B3n-de-vida-o-muerte>
- Economou M, Madianos M, Theleritis C, et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet*. 2011;378:1459.
- Paiva Cabrera A.J. Edgar Morin y el pensamiento de la complejidad. *Revista Ciencias de la Educación*. Valencia 2004;1:239-253.
- Dorling D. Unemployment and health. *BMJ*. 2009;338:1091-1092.
- González-Zobl G, Grau M, Muñoz MA, et al. Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1045-1053.
- Benyakar M. Salud mental y desastres. Nuevos desafíos. *Neurol Neurocir. Psiquiat*. 2002;35:3-25.
- Benyakar M, Collazo C. Salud mental en desastres. Problemáticas, paradojas y perspectivas clínicas. Marchant N, Monchablon Espinoza A. *Tratado de psiquiatría*. Tomo I. Buenos Aires. Ed Grupo Guía. 2005, p. 323-346.

12. Alves de Lima A. Problemas de siempre, ejemplos de ayer. *Rev Argent Cardiol. Blogs de invitados de la RAC*. 2012. <http://revistaargentinadecardiologia.wordpress.com/category/alberto-alves-de-lima/>
13. Frasure-Smith N, Lespérance F, Gravel G, et al. Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. 2000;101:1919-1924.
14. Benyakar M. Entornos Disruptivos. *Lo Disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires. Biblos. 2003. p. 67-84.
15. Armario P, Hernández del Rey R, Martín-Baranera M. Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:23-29.
16. Los 3 síntomas más frecuentes del estrés laboral. *La Gaceta. El Diario digital de SanLuis*. [http://lagaceta-digital.com.ar/tempor/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4314:los-3-sintomas-mas-frecuentes-del-estrés-laboral&catid=35:informes&Itemid=55](http://lagaceta-digital.com.ar/tempor/index.php?option=com_content&view=article&id=4314:los-3-sintomas-mas-frecuentes-del-estrés-laboral&catid=35:informes&Itemid=55)
17. Friedman M, Ulmer D. *Treating type a behavior - and your heart*. New York. Knopf. 1984.
18. Consecuencias de estrés. <http://remedios.innatia.com/c-remedios-sintomas-estres/a-consecuencias-de-estres.html>
19. Jenkins CD, Stanton BA, Savageau JA, et al. Coronary artery bypass surgery. Physical, psychological, social and economic outcomes six months later. *JAMA*. 1983;250:782-788.
20. Selye H. The evolution of the stress concept. *American Scientist*. 1974; 61. p. 692-699.
21. Moscoso MS. El estrés crónico y la medición psicométrica del distrés emocional percibido en medicina y psicología clínica de la salud. *Liber*. 2011;17:67-76.
22. Benyakar M. Acerca de las incertidumbres en el mundo actual. *Índice. DAIA Centro de Estudios Sociales*. 2006;36:37-49.
23. Benyakar M, Collazo C, De Rosa E. Ansiedad por Disrupción. *Interpsiquis*. 2002. <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/5584/>
24. Benyakar M, Collazo C, Tafet G. El Síndrome de Ansiedad por Disrupción. *Acta psiquiát psicol Am lat*. 2005;51:232-236.
25. Benyakar M. Síndrome de Ansiedad por Disrupción (SAD): un nuevo modo de sufrir. *Lo Disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires. Biblos. 2003. p. 85-97.
26. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev. Mal-Estar Subj*. 2003;3.
27. Benyakar M, Lezica A. Lo traumático. El campo de lo traumático. 'Clínica y paradoja. Tomo I. El proceso traumático'. Buenos Aires. Biblos. 2005. p. 63-105.
28. Doehrmann O, Ghosh SS, Polli FE, et al. Predicting treatment response in social anxiety disorder from functional magnetic resonance imaging. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:87-97.
29. López Ibor JJ. Depressive Aequivalente. In Hippus, H. Selbach, H. (Eds): *Das depressive Syndrom*. Int. Symp. Berlín. 1968, p. 403.
30. Seligman MEP. *Indefensión*. Madrid. 5º Ed. Debate. 1991.
31. Iacoboni M. Superespejos y conexiones cerebrales. *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Buenos Aires. Katz Editores. 2009. p. 181-98.
32. Rizzolatti G, Camarda R, Fogassi L, et al. Functional organization of inferior area 6 in the macaque monkey. II. Area F5 and the control of distal movements. *Exp Brain Res*. 1988;71:491-507.
33. Morin E. *Enfrentar las incertidumbres. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Paris. UNESCO. 1999. p. 39-46.
34. Badiou A. *El Acontecimiento: historia y ultra-uno. El ser y el acontecimiento*. Buenos Aires. Bordes Manantial. 1999. p. 195-215.
35. Freud S. *El porvenir de una ilusión (1927)*. *Obras Completas Vol. XXI. El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura, y otras obras (1927-1931)*. Buenos Aires. Amorrortu editores. 1980. p. 5-56.
36. Taragano F. Ansiedad por disrupción. Una realidad clínica. *Gador*. p. 3. [http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/Gador\\_-\\_Ansiedad\\_x\\_disrupcion.pdf](http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/Gador_-_Ansiedad_x_disrupcion.pdf)