

El Parkinson: ¿una muerte en vida?

Parkinson's disease: a living death?

Guillermo Nicolás Dib Ashur Esper¹

Psicología / Reflexiones
sobre la práctica profesional

Citar: Dib Ashur Esper, G. N.
(2025). El Parkinson: ¿una
muerte en vida? *Intersticios*, 4,
pp. 133-143.

Recibido: agosto /2025
Aceptado: noviembre /2025

Resumen

El presente trabajo aborda el caso clínico de un paciente recientemente diagnosticado con enfermedad de Parkinson, atendido en el Servicio de Salud Mental del Hospital Dr. Joaquín Castellanos, en la provincia de Salta, Argentina, en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Atención Primaria de la Salud (RIAPS). A partir de la metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), se propone una reflexión clínica y epistemológica sobre las implicancias subjetivas y sociales del diagnóstico, articulando el discurso del paciente con la literatura científica y la práctica interdisciplinaria. El caso presenta la vivencia del Parkinson como una “muerte en vida”, expresión que condensa la pérdida del cuerpo sano y activo, el sentimiento de inutilidad y la emergencia de un estado depresivo con ideación suicida. La revisión bibliográfica destaca la elevada comorbilidad entre Parkinson y depresión, vinculada tanto a alteraciones neurobiológicas como a factores psicosociales. Desde el campo psicológico, la intervención se orienta a acompañar la elaboración simbólica del duelo por el cuerpo perdido y a promover la resignificación del nuevo cuerpo impuesto por la enfermedad. Finalmente, se reflexiona críticamente sobre las limitaciones del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990) y se plantea la necesidad de un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud (Organización Panamericana de la Salud —OPS—, 2024), que impulse intervenciones desde la complejidad, la interdisciplina y el respeto por la singularidad del sujeto.

Palabras clave: Parkinson – depresión - interdisciplina.

¹ Universidad Católica de Salta (UCASAL).

Abstract

This paper addresses the clinical case of a patient recently diagnosed with Parkinson's disease, treated at the Mental Health Service of Dr. Joaquín Castellanos Hospital, in the province of Salta, Argentina; within the framework of the Interdisciplinary Residency in Primary Health Care (RIAPS). Using the Problem-Based Learning (PBL) methodology, the study proposes a clinical and epistemological reflection on the subjective and social implications of the diagnosis, articulating the patient's discourse with scientific literature and interdisciplinary practice. The case presents the experience of Parkinson's as a "living death," an expression that encapsulates the loss of a healthy and active body, the feeling of uselessness, and the emergence of a depressive state with suicidal ideation. The literature review highlights the high comorbidity between Parkinson's disease and depression, related both to neurobiological alterations and psychosocial factors. From a psychological standpoint, the intervention focuses on accompanying the symbolic elaboration of mourning for the lost body and fostering the resignification of the new body imposed by the illness. Finally, the paper critically reflects on the limitations of the hegemonic medical model (Menéndez, 1990) and advocates a shift toward the social determinants of health perspective (Pan American Health Organization —PAHO—, 2024), which promotes interventions grounded in complexity, interdisciplinarity, and respect for the subject's singularity.

Keywords: Parkinson's disease – depression - interdisciplinarity

Introducción

El presente escrito propone abordar la temática del Parkinson articulando las nociones de la ciencia en la comprensión de un caso que se presenta en el consultorio del Sector de Salud Mental del Hospital Dr. Joaquín Castellanos, en la localidad de General Güemes, provincia de Salta, Argentina, en el ejercicio de mi práctica clínica.

Esta práctica se desarrolla en el marco de la Residencia Interdisciplinaria con orientación en la Atención Primaria de la Salud (RIAPS), de la que formo parte actualmente. Esta fue creada en el año 2019, y funciona desde entonces en el Hospital Dr. Joaquín Castellanos como base. La propuesta de RIAPS localiza la interdisciplina como eje transversal a toda práctica, con el propósito de un ejercicio integral, integrado y continuado que tome por guía a la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

Los profesionales que integran la residencia son licenciados y licenciadas en Nutrición, en Psicología, en Obstetricia, en Medicina y en Trabajo Social. Cada disciplina

presenta dos vacantes anuales a cubrir, y una vez que ingresan los profesionales se dividen en dos equipos interdisciplinarios de trabajo que deben desempeñarse en el primer nivel de atención, en un área asignada del departamento General Güemes.

Particularmente, el rol profesional del psicólogo residente se operativiza de la siguiente manera: por un lado, forma parte del equipo interdisciplinario asignado, en el que planifica y ejecuta actividades de promoción de salud, interviene en casos clínicos y diseña una investigación, de acuerdo con el programa interdisciplinario. Por otro lado, el psicólogo realiza asistencia psicológica en consultorio en el hospital base y en centros/ puestos sanitarios, planifica y ejecuta actividades de promoción de salud mental, y realiza formaciones y supervisiones de la práctica con la instructora de psicología, rol que actualmente ejerce la licenciada Soledad Giménez. Asimismo, realiza guardias activas tanto en el nosocomio base como en los lugares de rotación.

Dentro de este espacio disciplinar de formación de Psicología, se propone la realización del aprendizaje basado en el problema (ABP) como una de las metodologías de aprendizaje cuyo objetivo radica en poder repensar la práctica a partir de un evento de salud que genere incertidumbre, duda o problema para el profesional. En el desarrollo del ABP se detallan las siguientes partes: viñeta clínica, preguntas, enunciación de la problemática, búsqueda bibliográfica, abordaje clínico posible, y reflexiones.

Viñeta clínica

Se trata de un paciente de 45 años, de sexo masculino, a quien denominaré L. Llega a la consulta por sugerencia del trabajador social, quien refiere “lo vi con mucha bronca, es como que está frustrado y no puede avanzar”.

L. vive en barrio Primero de Mayo de General Güemes, con su esposa y el menor de sus hijos, que tiene 22 años. Tiene tres hijos más que han formado su familia y ya no viven con él. Es la primera vez que asiste a una consulta psicológica. Acerca del motivo de consulta, refiere: “en pandemia me agarró un ACV², un preinfarto estando dormido, y cuando fui al médico me diagnosticaron Parkinson; me tiembla el brazo y la pierna izquierda y desde entonces estoy muy mal, angustiado, y por eso vine a verlo”. Con este panorama inicial, a continuación se presentan recortes de sus dichos, relevantes para el desarrollo del presente trabajo:

1. Primera entrevista

“Es vergonzoso para mí, es un cambio total en mi vida (...) ya no puedo trabajar, hasta me siento discapacitado (...) lo único que me mantiene vivo es la palabra de Dios, que leo todos los días”.

² Accidente cerebrovascular.

2. Segunda entrevista

“Antes solo trabajaba, y ahora estoy dolorido todo el tiempo, no puedo hacerlo y parece que eso hace que mi dolor sea cada vez peor”, **“me siento muerto en vida**, yo soy una persona que estuvo siempre activa y ahora no puedo hacer las cosas”.

3. Tercera entrevista

“Así, muerto en vida me siento, no puedo aceptarlo, es una cosa de locos, de la noche a la mañana y tenés esta enfermedad”, “no tenía ganas hoy de venir a verlo, le confieso, últimamente me encierro y no salgo; pero bueno, no sé por qué acá sí vine, es lo único que hago”. “Estoy muy mal, le dije a mi esposa que quiero quitarme la vida, y ella me dijo ¿Me vas a dejar sola? Y solo por eso no lo hice (...) antes tuve un estado depresivo cuando era joven, no me bañaba, no me cambiaba, no le hallaba ningún sentido a la vida, pero después la conocí a ella —“la esposa— y se me pasó”.

4. Cuarta entrevista

“Ahora de grande hablé con mi madre y me tranquilizó, capaz eso, ¿no? ¿Puede tranquilizarme hablar?”, “mi mamá sí quería tenernos y mi papá, por orgulloso, no dejó que ella nos tenga (...) yo hubiera hecho todo lo contrario, buscar que los chicos estén bien es lo primero”, “guardarme toda esa bronca me hizo daño, creo que eso me estoy dando cuenta acá”.

“A mi esposa no puedo decirle nada, porque ella me retruquea [sic] y me dice: ‘si querés comé, confórmate con lo que hay’; y no es por eso, pero son respuestas ignorantes las que me da, pero yo estando así no puedo opinar nada”.

“Cuando yo estaba bien había horarios, ahora comimos a las 14:30, antes de venir acá, retarde; pero como le digo, yo no puedo hacer nada así que no me dejan opinar”.

Preguntas orientadoras

¿En qué consiste el Parkinson? ¿Qué implicancias tiene este diagnóstico? ¿Existe alguna alteración psicológica asociada al Parkinson? ¿Qué cambios biopsicosociales ocasiona el diagnóstico de Parkinson? ¿Qué lugar tiene la enfermedad en este paciente? ¿Cómo influyen sus relaciones en el desarrollo de la enfermedad? ¿Cuál es el abordaje posible en este caso?

Enunciación de la problemática

El paciente llega a la consulta por una sugerencia del licenciado en Trabajo Social; hace propia dicha sugerencia y toma iniciativa: asiste a la consulta con psicología. El diagnóstico de Parkinson genera en él un quiebre subjetivo; es decir, hay un antes y un

después en su vida a partir de dicho diagnóstico. Con el diagnóstico se encuentran condensadas una serie de cuestiones que despliega en las consultas: el malestar general acompañado del dolor, la vergüenza que le imposibilita salir a la calle, el sentirse “muerto en vida” asociado a la posición subjetiva de invalidez que ocupa actualmente.

De todos los enunciados transcritos de las entrevistas, destaco el significativo “muerto en vida”, que condensa una serie de supuestos subjetivos que determinan su posición frente al otro, encarnando su fantasma.

Ahora bien, en su discurso pone de manifiesto aspectos psicológicos a los que se debe prestar atención: la frustración, la bronca, el estado depresivo (en su juventud, pero también en la actualidad), la ideación suicida (en su juventud, pero también en la actualidad). Cabe la pregunta ¿qué relación existe entre todo ello y el diagnóstico de Parkinson?

Búsqueda bibliográfica

Parkinson: concepto y características

Chávez-León y otros (2013) sostienen:

La enfermedad de Parkinson es una abiotrofia, es decir, una enfermedad neurológica degenerativa y progresiva debida a la pérdida de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra del mesencéfalo, cuya etiología es desconocida (idiopática). Las manifestaciones características de esta enfermedad consisten en la tríada motora de temblor en reposo, rigidez y enlentecimiento de los movimientos (bradiquinesia) o incapacidad de iniciar los mismos (acinesia), además de las alteraciones en la postura y la marcha que se presentan frecuentemente en etapas tardías, aunque algunos pacientes pueden debutar con problemas en el caminar. El diagnóstico de la enfermedad se hace con la presencia de dos de estos síntomas y la respuesta a la administración de Ldopa o a alguno de los agonistas dopaminérgicos. Aunque todavía no se ha descubierto un tratamiento curativo, existen terapias que mejoran la sintomatología motora más importante.

El Parkinson entonces se constituye en una enfermedad que se diagnostica por la presencia de síntomas. En el caso de L., se evidencian los síntomas característicos mencionados: el temblor, la rigidez y el enlentecimiento: “Me da vergüenza salir a la calle, porque así de la nada tiemblo, mi brazo izquierdo y mi pierna tiemblan y la gente me va a mirar”, “demoro tres veces lo que demoraba antes en cortar una verdura, eso es lo que me frustra y no quiero hacerlo”.

Es pertinente destacar que, de acuerdo con los autores, los temblores son más frecuentes en la primera fase de la enfermedad, posterior a su diagnóstico, y que, a su vez, es

esperable que empiecen por las extremidades del cuerpo. De acuerdo con Chávez y otros (2013), los síntomas al principio se manifiestan de un solo lado del cuerpo y gradualmente progresan al lado contrario, coexistiendo los síntomas motores con acinesia (hipoquinesia y bradiquinesia), aumento del tono muscular (rigidez) y temblor.

Comenta L.: “Lo que más me tiembla es el brazo y la pierna izquierda, no lo puedo controlar”. Actualmente, el lado izquierdo es el que se encuentra tomado por la enfermedad, por lo que puede inferirse que es el momento inicial del Parkinson.

Parkinson y depresión

Rodríguez-Carrillo et al. (2019) exponen:

La enfermedad de Parkinson (EP) se asocia frecuentemente con síntomas depresivos o aun con trastorno depresivo mayor. Los mecanismos subyacentes de la depresión en la enfermedad de Parkinson no se conocen en detalle, pero cambios en la estructura cerebral, niveles de neurotransmisores e inflamación, así como señalización celular se han implicado en ello. Sin embargo, factores psicosociales e inclusive el dolor también pueden tener relación con esta.

Los autores plantean que tanto en la depresión como en el Parkinson existe una alteración y de las estructuras y de los circuitos cerebrales. “En la EP hay alteraciones en diversos sistemas de neuro-transmisión, como el dopaminérgico y las vías serotoninérgicas y noradrenérgicas, probablemente vinculados a rasgos neuroconductuales específicos y que pueden contribuir a la alta aparición de depresión en la EP” (RodríguezCarrillo e Ibarra, 2019).

La presencia de un cuadro psicopatológico como la depresión está fuertemente asociada al diagnóstico de Parkinson. “La depresión es la alteración neuropsiquiátrica más frecuente, presente hasta en el 60 % de los pacientes con EP, y afecta de manera significativa su calidad de vida” (RodríguezCarrillo e Ibarra, 2019). Así también, los autores remarcen la aparición de este cuadro en el inicio de la enfermedad de Parkinson.

Otro punto de interés que plantean los autores es la presencia de síntomas depresivos en personas que *a posteriori* padecen Parkinson.

Estudios previos han concluido que entre el 4 y el 60 % de los pacientes presentan síntomas depresivos y hasta el 26 % tomaban antidepresivos. La depresión es uno de los factores más importantes que afectan la calidad de vida en esta enfermedad. (Rodríguez-Carrillo e Ibarra, 2019)

Esta información es sumamente relevante para el caso de L. Se sabe por sus dichos que, anteriormente en su juventud atravesó cuadros depresivos y tuvo ideaciones suicidas. Actualmente también experimentó estas ideaciones y se encuentra en un estado

de angustia del que pareciera no encontrar la salida. ¿Se encuentra L. atravesando un cuadro depresivo? ¿Cómo se articulan en L. sus episodios depresivos con la enfermedad de Parkinson? ¿El cuadro depresivo fue previo al diagnóstico y se intensificó con este, o es consecuencia del diagnóstico de Parkinson?

Abordaje clínico

La búsqueda bibliográfica sirve para comprender la incidencia del Parkinson en el diagnóstico psicopatológico de la depresión. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s. f.) , la depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Con esta definición, y guiados por el discurso del paciente, podría inferirse que se trata de un cuadro depresivo. Ahora bien, el Parkinson, como se ha visto, afecta las estructuras y circuitos cerebrales de dopamina y serotonina, que son neurotransmisores que tienen una importante participación en las emociones, la afectividad, la sensación de placer, el descanso, entre otras. Es más, desde el punto de vista médico, la baja segregación o recaptación de serotonina es la causante de la depresión.

Con toda la información recabada, y entendiendo la afección en los circuitos serotoninérgicos y dopaminérgicos, quizás sea recomendable la consulta con psiquiatría para que, en conjunto con neurología, aborden farmacológicamente no solo el Parkinson, sino también el cuadro de depresión.

Ahora bien, ¿cuál es el horizonte del dispositivo psicológico en el caso de L.?

Oleastro et al. (2011) expresan:

Constituye parte del rol de la psicología contener psicológica y emocionalmente a los pacientes que deben enfrentarse con un cuerpo que ya no responde como antes, que tiene otros tiempos para desarrollar ciertas actividades o que obliga a reacomodarlas de acuerdo a las nuevas circunstancias. En este sentido es necesario que los acompañemos para que realicen un proceso de elaboración simbólica y de resignificación de este nuevo cuerpo propuesto por la enfermedad.

La pérdida de un cuerpo que ya no existe y la elaboración simbólica de un nuevo cuerpo que propone la enfermedad: esta pareciera ser la fórmula que condensa el trabajo del psicólogo en los pacientes con Parkinson. En palabras de L.: “Estoy muerto en vida”. Algo pareciera haber muerto, ese cuerpo sano anterior murió, ya no existe más y no existirá más.

Ese L. anterior a la enfermedad, con ese cuerpo sano que podía trabajar incansablemente, murió. “Muerto en vida”, expresa; porque claro, murió el cuerpo, pero no la persona.

Exponen Oleastro et al. (2011):

De acuerdo a las particularidades de cada situación se requiere atender a los aspectos de inhibición y ansiedad social para que no afecten los vínculos ni generen la retracción de los pacientes al ámbito privado de su hogar, ya que es característica la progresiva pérdida de autonomía, aislamiento social y depresión.

Lo que L. manifiesta como “vergüenza” es la inhibición que aquí rescatan los autores. La retracción en el ámbito privado es la imposibilidad de L. para opinar y hacerse oír como antes en las disposiciones hogareñas (cocina, limpieza, etc.). Esto genera una pérdida de autonomía progresiva que se evidencia en la imposibilidad de trabajar que el paciente siente actualmente, y en la depresión manifiesta.

Entonces, el trabajo en el consultorio de psicología debe poder brindar una escucha que le permita a L. aceptar la pérdida y elaborarla; debido a que el duelo es una reacción frente a la pérdida de algo/alguien que se ama, en la que, como dijo Freud (1915) en *Duelo y melancolía*, “vemos que la libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonar los objetos perdidos, aunque el sustituto ya esté aguardando. Eso, entonces, es el duelo”.

El paciente manifestó solamente salir de su casa para acudir a la sesión (tercera sesión) y, por lo tanto, algo del dispositivo lo atrajo. Sin embargo, se advierte que no puede aceptar la enfermedad, aún se encuentra aferrado a eso que él era; entonces, en primera instancia es abrir el dispositivo y poner a trabajar esa pérdida.

Además, se pretende la simbolización de su nuevo cuerpo, que implica aceptar, por un lado, para poder visualizar *lo posible* que ofrece, y a partir de allí decidir cómo actuar para mejorar su calidad de vida.

Muerto en vida, expresa L. como el significante que lo ha marcado de acuerdo con mi lectura. Paradójico, condensado y absoluto. Interrogar allí, cuestionar esa respuesta en vistas de la aceptación de esa muerte para que emerja un nacimiento (un sujeto) es el horizonte próximo que tengo para ofrecerle a L.

Reflexiones finales

Un primer punto de análisis que destaco es la importancia de la supervisión. En el abordaje de este caso, la elaboración del ABP me permitió poder conocer la condición de L. con todas sus afecciones neurológicas (estructurales y químicas). Esto fue de suma relevancia para el abordaje en el consultorio, ya que el Parkinson repercute de manera

directa en la vida del paciente. Por consiguiente, considero oportuna la sugerencia del trabajador social y pongo en marcha el dispositivo psicológico. Cabe destacar entonces el accionar de los otros profesionales intervinientes, que identificaron la importancia de poner a trabajar la subjetividad del paciente.

Empiezo a intervenir en el caso, con el despliegue del dispositivo psicológico, haciendo foco en los aspectos relevantes clínicamente: el cuerpo perdido, la elaboración del duelo, la disminución de la autonomía, la frustración y la bronca de L., entre otros aspectos. Con el dispositivo en marcha, advierto que el abordaje psicológico es necesario pero que no es suficiente para realizar un abordaje integral. Sucede entonces el darme cuenta de que durante todo ese tiempo estuve estudiando el caso bajo la lógica del modelo médico hegemónico (MMH) descrito por Menéndez (1990):

Las principales características del MMH son las siguientes: biologismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica.

El MMH es una lógica de abordaje. En este caso, a expensas de mi consciencia, realicé una psicologización de la problemática de L. En un primer momento, no estuve atento a los aspectos médicos, y estudiando para realizar el ABP encontré en mi práctica las características de un modelo al que yo mismo realizaba críticas. La supervisión con la instructora me permitió profundizar mis conocimientos para amplificar mi lectura del caso. En una segunda instancia, propuse un abordaje individual contemplando únicamente los aspectos psicógenos de la situación de L., y solo cuando hice pasar por otros las coordenadas del caso, me di cuenta de las limitaciones disciplinares del abordaje que había estado planteando.

La reflexión apunta, entonces, al paso necesario que debo hacer en dos dimensiones complementarias: por un lado, el viraje de una lectura bajo la lógica del MMH al modelo de determinantes sociales, lo que a su vez permitiría el viraje de un abordaje disciplinario-psicológico de las situaciones de salud a una mirada interdisciplinaria de estas, por el otro.

De acuerdo con la OPS (s. f.), los determinantes sociales (DSS) son “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que determinan las condiciones de vida”. En el caso de L., se puede observar que sus vínculos personales son un sostén y un recurso que le permite atravesar acompañado la situación de quiebre en su vida. A su vez, precisa reinventarse, y en este punto se advierte cómo las posibilidades reales de trabajo se encuentran disminuidas para

él debido al Parkinson. Es decir, el entramado institucional y social es el que debe poder ofrecer oportunidades para que el paciente construya un nuevo proyecto de vida. Esta lectura responde al modelo de DSS, en donde el foco se corre de lo individual y “disfuncional” solamente, y se empieza a pensar de una manera más amplia, que permita garantizar el mayor nivel de salud posible de L. Allí entonces, ante la complejidad manifiesta, es donde se precisa un abordaje también complejo, interdisciplinario e intersectorial.

Ahora bien, visualizar lo anterior fue un obstáculo para mí en un primer momento, debido a la posición desde la que analizaba la situación. Plantea Stolkiner (2005): “Las instituciones universitarias tienden a organizarse disciplinariamente y configurar un campo y un discurso”. Correrme de esa mirada es el desafío que tengo por delante, porque las situaciones presentan una complejidad que así lo requieren. Implica aceptar los límites de la profesión y del ejercicio que llevo a cabo, y que la intervención sea guiada por la situación singular de cada sujeto. Como plantea Stolkiner (2005), “un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación reduce el mismo” (p. 8).

Ese movimiento que deseo hacer requiere de un trabajo constante e intencional de mi parte, porque implica abandonar una forma de pensar (psicologizada, hegemónica, lineal), para dar lugar a una nueva mirada (compleja, interdisciplinar, amplia). El desafío se encuentra en poder integrar la práctica clínica de psicología con otras disciplinas y prácticas, teniendo siempre por horizonte la calidad de vida del sujeto que consulta.

Referencias bibliográficas

Chávez-León, E., Ontiveros-Uribe, M. P., y Carrillo-Ruiz, J. D. (2013). *La enfermedad de Parkinson: neurología para psiquiatras*. Salud Mental.

Menéndez E. L. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Casa Chata-Ciesas.

Rodríguez-Carrillo, J. C., e Ibarra, M. (2019). *Depresión y otros trastornos afectivos en la enfermedad de Parkinson*. Acta Neurológica Colombiana.

Oleastro, R. M., Piciucchi, M. V., Bacigalupe, M. D. L. Á., y Pujol, S. (2011). Intervención de la psicología en el taller de Parkinson. *Actas III Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología* (La Plata).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s. f.). *Determinantes sociales en salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. *Actas IX Jornadas Nacionales de Salud Mental: Salud Mental y Mundialización, estrategias posibles en la Argentina de hoy*.

Guillermo Nicolás
Dib Ashur Esper

Perfil académico y profesional: Licenciado en Psicología por la Universidad Católica de Salta (UCASAL), residente en la Residencia Interdisciplinaria en Atención Primaria de la Salud (RIAPS) del Hospital Dr. Joaquín Castellanos, en la provincia de Salta, Argentina; con experiencia en atención clínica, promoción de la salud mental y abordajes interdisciplinarios. Su desempeño profesional incluye el compromiso con la salud mental, la pasión por los procesos subjetivos singulares y el interés en el diseño y aplicación de estrategias para intervenciones integrales en el primer nivel de atención.
guilleriaps@gmail.com

