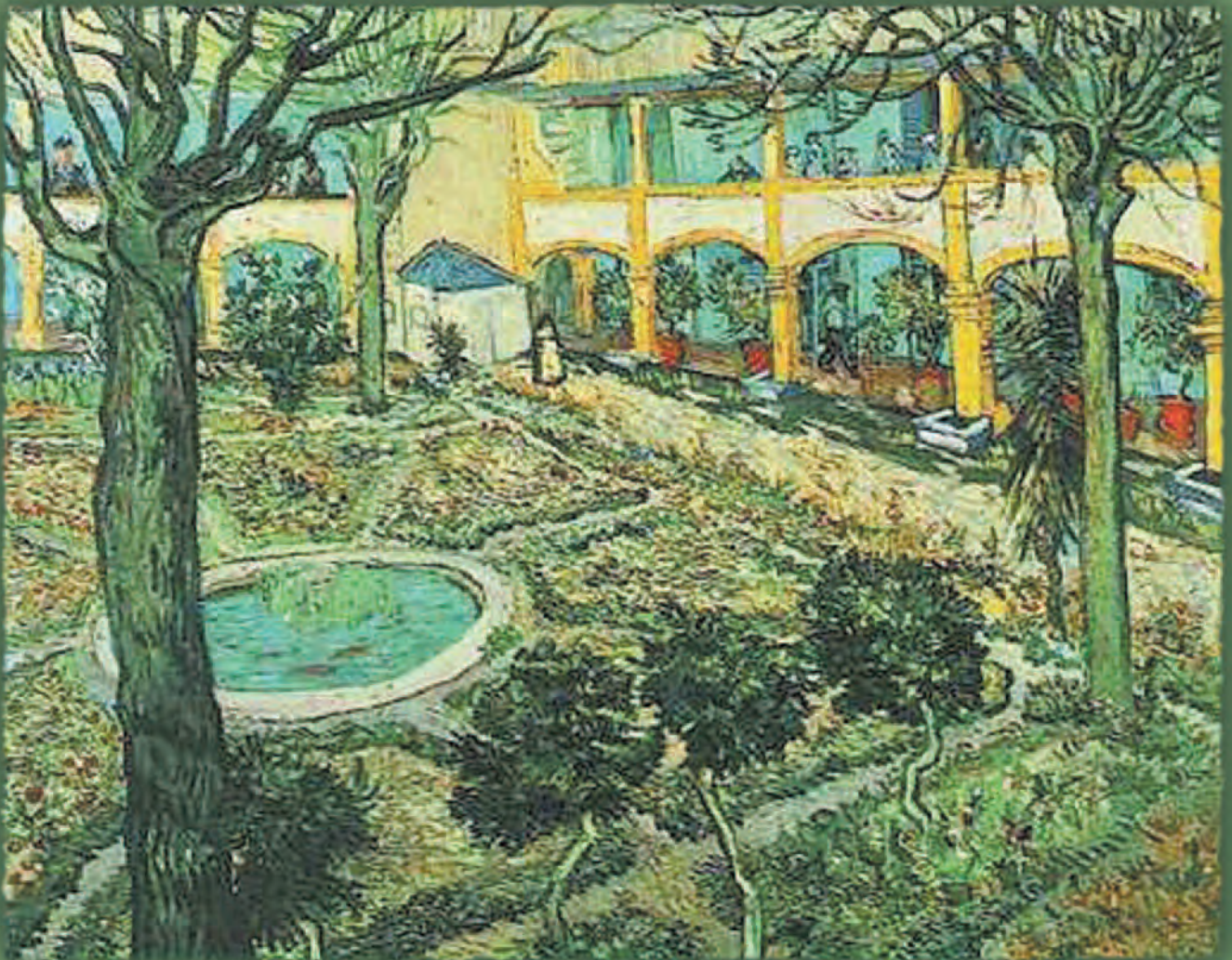




CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL
PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 2 Nº 5 Junio de 2006
DISTRIBUCION GRATUITA



/ Estudio sobre el trastorno de ansiedad fóbico generado por computadoras y herramientas de tecnología digital (tecnofobia), en sujetos adultos cordobeses
/ Equivalentes adictivos en niños pre-escolares / 'Escrito en el cuerpo'. A propósito de los 'cortes en los adolescentes' / La subjetividad: Variable fundamental en el tratamiento antiretroviral / Aportaciones de la investigación básica al estudio de la participación de los neuroesteroides en la depresión / Encrucijadas Actuales: Deporte y Salud Mental



AASM

Asociación Argentina
de Salud Mental

COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande
 VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman
 SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli
 SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin
 TESORERO: Lic. Belen Baudron
 SECRETARIO DE ACTAS: Dr. Nestor Saborido
 SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano
 SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán
 SECRETARIA DE RELACIONES INTERINSTITUCIONALES: Lic. Silvia Raggi
 SECRETARIO DE PRENSA: M. T. Ruben Gallardo
 SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Dr. Carlos Marachlian
 SECRETARIO DE CULTURA: Lic. Dario Galante
 SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Dr. Ariel Falcoff
 VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez,
 Beatriz Kennel
 COMISION REVISORA DE CUENTAS:
 TITULARES: Dr. Horacio Rodriguez O'Connor, Lic. Rosa Daniel
 SUPLENTE: Lic. Irma Zurita

MIEMBROS FUNDADORES

Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos, Calabrese Alberto E., Bertrán Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa, Marachlian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena, Calonico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron, Maria Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal Hector, Castellano Teresa, Contreras Estela, Diaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario, Domínguez Irma Teresa, Aguerre Ercilia, Falcolff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario, Garcia M^a Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan Demian, Naddeo Silvana Edith, Nisembaun Adriana, Olivera Patricia Beatriz, Pontiggia Susana, Rodriguez O'Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo Bruno, Saucedo Rose Mary, Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene Raul, Villa Nora, Zirulnik Jorge

MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

Dr. Samuel Basz, Dr. Pedro Boschan, Dr. Juan Carrega,
 Lic. Jorge Chamorro, Dr. Carlos Coquet, Dr. Horacio Etchegoyen,
 Lic. Osvaldo Delgado, Dr. Enio Linares, Dra. Andrea Lopez Mato,
 Dr. Gabriel Lombardi, Dr. Roberto Mazzuca, Dr. Roger Montenegro,
 Lic. Sara Slapak, Dr. Ricardo Soriano, Dr. Jaime Yospe

COMISIONES DIRECTIVAS DE LOS CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: DR. JUAN CARLOS FANTIN

SALUD MENTAL DE LA MUJER

PRESIDENTE: MARIA DE LAS MERCEDES BACCARO

PREVENCION EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARIO PUENTES

PSICOFARMACOLOGIA Y PSIQUIATRIA

PRESIDENTE: DIEGO ROBATTO

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: FABIO CELNIKIER

PSICOSOMATICA

PRESIDENTE: CLARA VICCHI

PSICOANALISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

ADICCIONES

PRESIDENTE: SUSANA CALERO

ANTROPOLOGIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARTURO SMUD

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: RENE UGARTE

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: GRACIELA FERNANDEZ CABANILLAS

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

TERAPIA FAMILIAR: ENFOQUE COGNITIVO SISTEMICO

PRESIDENTE: LILIANA CHAZENBALK

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INES MARQUIS

URGENCIAS EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RICARDO MAURICIO DIAZ

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA MONETA

PSICOONCOLOGIA

PRESIDENTE: INES BOUSO

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOULLAT

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

PSICOPROFILAXIS CLINICA Y QUIRURGICA

PRESIDENTE: IRMA ZURITA

ESTRES Y TRAUMA

PRESIDENTE: ROBERTO SIVAK

EDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RICARDO IACUB

PSICOGERONTOLOGIA

PRESIDENTE: MARIA DELIA CAMINO

PSICONEUROINMUÑOENDOCRINOLOGIA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

PSICOANALISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

NEUROPSIQUIATRIA

PRESIDENTE: SERGIO GUILLERMO CZERWONKO

NEUROPSICOLOGIA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

CLINICA Y PSICOPATOLOGIA

PRESIDENTE: HECTOR FISCHER

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

CONTENIDO

6

Luque, Leticia Elizabeth
Estudio sobre el trastorno de ansiedad fóbico generado por computadoras y herramientas de tecnología digital (tecnofobia), en sujetos adultos cordobeses

14

Dra. Diana Cherniser Righetti
Lic. María L. García Colado
Equivalentes adictivos en niños pre-escolares

16

Dra. Liliana Verónica Moneta
'Escrito en el cuerpo'. A propósito de los 'cortes en los adolescentes'

18

Liliana López
La subjetividad: Variable fundamental en el tratamiento antiretroviral

21

Juan Francisco Rodríguez-Landa
Carlos M. Contreras
Aportaciones de la investigación básica al estudio de la participación de los neuroesteroides en la depresión

24

Marcia Onzari, Marcela Volpi,
Ricardo Groisman, Romina Plataroti,
Rafael Groisman
Encrucijadas Actuales: Deporte y Salud Mental

Imagen de tapa:
Hospital de Arles
(patio).
Vincent Van Gogh



Director:

Eduardo Grande

Director Asociado:

Carlos Marachlian

COMITE EDITORIAL

Pablo Fridman
Juan Carlos Fantín
Alberto Trimboli
Silvia Raggi
Gustavo Bertran
Dario Galante

COMITE CIENTIFICO

Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschan

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material. Ayacucho 234 (1025) Ciudad de Buenos Aires - Argentina Teléfono: (54 11) 4952-8930

 **diseño**
carlos de pasquale
4697-4934



SISTEMAS EN SALUD

ESPECIALIZACIÓN Y ENTRENAMIENTO CLÍNICO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A GRANDES POBLACIONES

El Objetivo del curso es formar profesionales idóneos para la atención de la enfermedad mental, que puedan responder a los requerimientos actuales con seriedad conceptual y prácticas específicas.

Coordinación General:
Lic. Mónica Códega
Dra. María Ferigo

Coordinación Área Niños: Lic. Jorge Marincioni
Docentes especializados en cada una de las materias

Curso Trimestral - Inicio 7 de agosto
Días Lunes 20 hs. - Duración 2 horas
Se entregará bibliografía pertinente
Vacantes Limitadas - Actividad Arancelada
Descuentos a Grupos e Instituciones y Becas

Dirigido a profesionales y estudiantes avanzados del

área de la salud

Perspectiva histórica.

Salud y enfermedad hoy.

Políticas de Salud Mental.

Organización de prestaciones.

Los Centros de Salud Mental.

Interdisciplina.

Sistema de Salud Mental y sus abusos.

Bases conceptuales del funcionamiento mental.

Psicopatología y psicodiagnóstico,

diagnóstico psiquiátrico y

psicofarmacología,

diagnóstico DSM IV,

el diagnóstico para el

psicoanálisis.

Clínica en instituciones de salud.

Clínica en neurosis. Admisión.

Tratamiento. Criterios de alta.

Clínica en psicosis.

Hospital de Día. Medicación.

Internación.

Trastornos actuales y equipos

especiales de atención,

medicación (adicción, bipolaridad,

pánico, depresión, anorexia)

La infancia.

Cuerpo y desarrollo psicomotor.

Niños neuróticos. Niños psicóticos.

Admisión, tratamiento y medicación.

Evaluación final y programación de

pasantías por los diferentes

equipos del Centro

de Salud Mental durante 2007.

La programación de pasantía se

efectuará según el resultado de

las evaluaciones y las

preferencias de los alumnos.

Se entregará Certificado

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Librería Paidós o

Centro Privado de Salud Mental

(Sánchez de Bustamante 1623 - Cap. Fed.

4827-5121 o info@cpsmsalud.com.ar)

AUSPICIADO POR



AASM



Estudio sobre el trastorno de ansiedad fóbico generado por computadoras y herramientas de tecnología digital (tecnofobia), en sujetos adultos cordobeses*

Luque, Leticia Elizabeth

INTRODUCCIÓN:

El avance de la tecnología informática ha transformado la cotidianeidad humana; pueden señalarse aspectos positivos surgidos del mismo, sin embargo, también tiene al menos un aspecto negativo: el ritmo vertiginoso de cambio de la tecnología exige re-aprendizajes de códigos y la consecuente adaptación permanentes, generando conflictos y trastornos en personas que no logran responder de manera adecuada a esta demanda del medio. Las “tecnofobias” son tan reales como el aumento de la productividad laboral debida a las nuevas tecnologías (1); la esperada disminución o extinción de la ansiedad ocasionada por las mismas no se produjo cuando las computadoras se convirtieron en parte de la vida actual, si no, por el contrario, ocasionaron un aumento (2, 3, 4, 5). En distintos estudios se reseñan las limitaciones de la vida cotidiana personal y laboral de los sujetos que sufren algún trastorno de ansiedad provocado por las computadoras, así como los disturbios o conflictos que ocasionan estas personas en los lugares de trabajo (2, 4, 5, 6).

El DSM-IV (7) y CIE-10 (8) describen distintos trastornos de ansiedad, entre los cuales encontramos: trastorno de angustia, fobia específica, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad no especificado. Dada las características generales del trastorno que se analiza en esta investigación, nos circunscribiremos a las fobias exclusivamente, o a los trastornos de ansiedad fóbicos. Se define “fobia” como el miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específica que provoca en el sujeto la necesidad imperiosa de evitar dicho objeto, actividad o situación, a los cuales se denomina estímulos fóbicos. Los indicadores fundamentales que se deben tener en cuenta al momento de evaluar la existencia de fobias, son: a) existencia de miedo desproporcionado en relación con el carácter amenazante de la situación; b) no existe una explicación lógica del fenómeno (carácter irracional), y hay conciencia de esta irracionalidad; c) miedo, ansiedad y disgusto sobrepasan el posible control voluntario de la situación; d) el miedo conduce a la evitación de la situación temida; e) como consecuencia, se producen malestar o sufrimiento, escape, aprehensión e incomodidad. Entre los

*

Este trabajo obtuvo el primer premio en el I Congreso Argentino de Salud Mental que se realizó en Buenos Aires del 16 al 18 de marzo de 2006.

trastornos de ansiedad fóbicos se encuentran las “fobias específicas” y “fobias sociales”. Cuando la causa u origen del miedo es un objeto identificado (por ej. las computadoras), estamos en presencia de una fobia específica (F40.2). Cuando hay ansiedad generada por una situación determinada, en la cual el sujeto queda expuesto a la mirada de los demás (por ej. utilizar computadoras en el trabajo), el trastorno es una fobia social (F40.1). En ambos casos el individuo experimenta un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando se encuentra en presencia de objetos o situaciones sociales específicos, o bien cuando se anticipa su aparición. En presencia del estímulo fóbico aparece de forma inmediata una respuesta de ansiedad; el nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo fóbico, y del grado en que la huida se ve limitada. La evitación o ansiedad de anticipación interfieren con las actividades cotidianas del individuo, trabajo, relaciones; y esto provoca un malestar evidente.

Si bien la mayor parte de la literatura señala que la tecnofobia debería tratarse como una fobia específica, recientemente Thorpe y Brosnan (9) sugirieron que los sujetos tecnofóbicos presentan cogniciones distintas a las que tiene un aracnofóbico (fobia específica), y que las mismas se asemejan más a las que poseen los fóbicos sociales. Debido a que los manuales de diagnóstico psiquiátrico señalan que es preciso diferenciar ambos trastornos fóbicos entre sí, y no teniendo certeza sobre la categoría de inclusión de la tecnofobia, indagamos en primer lugar síntomas característicos y variables relacionadas, y luego intentar determinar ante qué tipo de trastorno de ansiedad nos encontramos. Ahora bien, para discutir al respecto es necesario que en primer lugar se caracterice el trastorno en cuestión: cuando los estímulos fobógenos o fóbicos provienen de la tecnología digital o de las computadoras específicamente, y los indicadores señalados para las fobias se presentan en contingencia con situaciones o actividades referidas a aquellas, se producen comportamientos de aversión y rechazo a las herramientas de tecnología digital, lo que denominamos tecnofobia.

Numerosos estudios han examinado un fenómeno conocido como fobia a las computadoras, ciberfobia, aversión a las computadoras, ansiedad hacia las computadoras, miedo ante las computadoras, tecnoestrés, tecnofobia, computer-stress, entre otros. Aunque en distintos grados, todos hacen referencia a reacciones negativas ocasionadas por la tecnología o computadoras. Por su precisión, utilizaremos la denominación “tecnofobia” o “fobia a las computadoras”, refiriéndonos a la ansiedad ante, y la consecuente aversión a, las computadoras y las herramientas que incorporan tecnología digital. Esta ansiedad se manifiesta de muchas formas; hay temor a dañar la computadora o destruir información vital; los tecnofóbicos se sienten torpes, temen parecer estúpidos, catalogan las computadoras

como más inteligentes que ellos; se sienten abrumados por los avances de la tecnología, no sintiéndose además capaces de aprender a utilizarlas. Se ha intentado establecer un perfil del sujeto tecnófobo (12,13,14), no habiéndose logrado el objetivo. Variables como edad, sexo, raza, nivel educativo, ocupación, número de cursos de computadoras realizados, uso de Internet – entre otras – han sido estudiadas con resultados dispares; esto también ha ocurrido en los intentos de establecer posibles asociaciones con otras fobias y trastornos de ansiedad (fobia al cálculo, las matemáticas, los exámenes) (4,11,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24, 25,26). Se han indagado además variables de naturaleza psicológica y social; se ha advertido que existe una resistencia hacia la tecnología que se manifiesta como “ansiedad existencial” (27, 28), y se ha indagado la relación entre el trastorno y los rasgos de personalidad (29).

En los primeros estudios se señalaba que el fenómeno estaba asociado a la edad (adultos más ansiosos que jóvenes porque no conocían ni usaban computadoras), suponiendo además que desaparecería con la popularización de las computadoras. Actualmente sabemos que la interacción forzada con estas herramientas, más que disminuir la ansiedad, la refuerza negativamente (5,10). En la búsqueda de explicaciones del fenómeno, se ha sugerido considerar el tipo y la cantidad de las experiencias subjetivas con computadoras (16,30), las áreas en las cuales a los sujetos les gusta usar computadoras (31), la calidad de las experiencias iniciales que los sujetos tienen frente a las computadoras (3,5,19,32), o la actitud del instructor (5,6,16). Otro aspecto a considerar es la percepción que cada sujeto tiene de su propio desempeño en el uso de las computadoras, es decir, la influencia de la autoeficacia – confianza en su habilidad para controlar los pensamientos, sentimientos y acciones, y sobre los resultados que esto produce – (24,33,34,35,36,37,38,39). Además es necesario analizar el sistema de creencias y cogniciones generales, ya que la actitud puede incidir sobre el uso de computadoras y la intención de hacerlo o evitarlo, en los niveles de experiencia y su calidad, afectar la motivación individual y la performance general, el consumo de tecnología, entre otras variables (3,25,32,40,41). Como correlato aparece la aversión a las computadoras, sentimiento general de evitación basado en distintos factores; si la ansiedad se combina con poca confianza, baja motivación, y/o actitud negativa, los individuos se esfuerzan por evitar las interacciones con computadoras (42,43,44,45).

Por último, el constructo analizado se comportaría de manera diferente en función del contexto cultural. Hay culturas que valoran la tecnología, integran la misma en el sistema de educación formal, y promocionan la utilización de tecnologías; en contraste, en otros países falta una clara identificación política o cultural con la tecnología, hay poca o ninguna exposición educacional a la tecnología, y esto lleva al miedo, la confusión, y al

sentimiento de aislamiento en relación a la tecnología (10,46); también se explican las diferencias por aspectos sociales-legales, prioridades económicas, infraestructura básica, lenguaje-literatura, y recursos informáticos (47). Estudios orientales señalan que factores lingüísticos y afectivos determinan que tantos sujetos se sientan incómodos en el uso de computadoras e Internet, relacionados además con recursos económicos, género, edad, ocupación, raza, región geográfica, acceso a redes, entre otros factores (48,24).

Suponemos que el impacto de esta variable no ha sido debidamente considerado y parece haber obstaculizado el establecimiento de criterios diagnósticos generalizables a toda población, debido a que los instrumentos que se utilizan no son válidos para todas las culturas; suponemos que la definición de criterios "locales" haría posible la búsqueda de acciones terapéuticas específicas y efectivas. Por lo señalado, el objetivo general es describir los factores que condicionan el uso de las herramientas digitales en sujetos adultos con nivel educativo medio-superior, en Córdoba-Argentina, a fin de elaborar criterios diagnósticos locales que permitan la detección y prevención del trastorno en estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS:

En primer lugar se efectuó una revisión teórica sobre la temática en estudio, a fin conocer los factores con posible incidencia en el trastorno estudiado reportados en la literatura científica. Para llevar a cabo la recolección de datos, se aplicó la versión actual del instrumento desarrollado por el autor, denominado "Escala argentina para diagnóstico de tecnofobia" (EADT), elaborado en base a escalas extranjeras y modificado en función de los resultados obtenidos. Los reactivos de la EADT han sido redactados según el vocabulario y realidad social de nuestra población; se refieren a ansiedad, conocimientos, autoeficacia, uso de nuevos desarrollos tecnológicos, aspectos existenciales y experiencias, valoración de impacto social y laboral, tendencias de acción. Su administración incluye la indagación de aspectos como sexo, edad, nivel académico alcanzado, auto-calificación de conocimiento informático, uso de Internet, horas de uso diario de computadora, posesión de una computadora en el hogar, y ocupación. La versión actual consta de 67 reactivos; formato de escala actitudinal tipo Lickert, donde 1 corresponde a "totalmente de acuerdo" y 5 a "totalmente en desacuerdo". Los ítems 26 y 43 son utilizados para indagar la coherencia en las respuestas del sujeto; el ítem 39 ha sido incluido para evaluar si el trastorno es una fobia específica o una fobia social. Para la última versión, se indagó la consistencia interna con una muestra de 295 sujetos; el alfa de Cronbach para la escala total es $\alpha = .67$, confirmando que el constructo es multidimensional, con valores que van de $\alpha = .94$ para el factor Ansiedad

a $\alpha = .65$ para el factor Impacto Social. En función del análisis factorial, los reactivos se han agrupado en: Ansiedad, Aversión, Autoeficacia, percepción del Impacto Social, Valoración experiencial, y Actitudes.

Para la presente investigación se aplicó la EADT a una muestra final de 675 sujetos, de Córdoba-Argentina, de ambos sexos, 18-79 años, alumnos universitarios (grado, postgrado y extensión), de instituciones educativas superiores públicas y privadas. Se efectuaron procedimientos estadísticos correspondientes al supuesto de que la muestra no sigue la distribución normal (según por la Prueba Kolmogorov-Smirnov para una muestra). Por razones de espacio presentamos resultados parciales.

RESULTADOS:

En la muestra estudiada, el 60.4% de los sujetos es de sexo femenino. Las edades varían de 18 a 79 años, con una media de 28.19 ($et = .485$, $ds = 12.6$). El 63% solo estudia, el 73.6% cursa estudios de grado y el 77.5% cursa sus estudios en la universidad pública. Las carreras cursadas se han agrupado por áreas de formación; destacamos que las Ciencias Sociales representan un



**ATENEA
CLINICA DE DIA**

**CENTRO DE SALUD MENTAL
HOSPITAL DE DIA
CONSULTORIOS EXTERNOS**

Directora

Lic. ELSA BROMBERG

TALLER DE ESCRITURA
TALLER DE DIBUJO Y MODELADO
PRACTICA DEL RELATO
MUSICOTERAPIA
EXPRESION CORPORAL
CONSULTORIOS EXTERNOS
NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS

**URGENCIAS PSIQUIATRICAS
E INTERNACION DOMICILIARIA**

Plestina (ex Rawson) 1021 Tel: 4861-6008 / 4867-0170

Radiollamada:

4527-9000 / 5288-9000 / 46783550

ATENEA Cod. 8512

21.8%, mientras que un 11.7%, estudia Informática o afines. En cuanto a la autoevaluación del nivel de conocimientos de informática, el 49.5% indica que sus conocimientos son buenos, y 25.5% afirma que estos son regulares-malos. El 75.9% de los sujetos indica que posee computadora en su casa. El 34.1% señala que no usa o usa menos de una hora diaria computadoras para trabajar o estudiar. Si bien el 91.9% afirma usar Internet, la mayoría se conecta menos de una hora diaria (52.7%). El servicio de correo electrónico es utilizado por el 91.3% y el de chat, por el 68.9%.

Si bien los niveles de ansiedad son bajos en un 58.4% de la muestra, existe un 12.1% que presenta niveles altos, esperables para un trastorno fóbico. El 8.1% alcanza niveles altos de aversión (ej: mejor hacer las cosas con las manos que con computadoras). Solo el 7.3% evalúa que ha sido bajo el impacto de las tecnologías digitales a nivel sociocultural en nuestro país, de manera que la mayor parte acuerda con afirmaciones como "las computadoras están quitando empleo a las personas". En sentido contrario, solo el 3.1% de los sujetos hace una valoración existencial negativa de su relación con las computadoras, rechazando afirmaciones del tipo "me gusta usar computadoras". El 6.2% posee muy bajos niveles de autoeficacia referidas al uso de las nuevas tecnologías. Las actitudes negativas, en los tres aspectos evaluados (afectivo, connotativo, cognitivo), solo se presentan en un 3.6% de la muestra. Se incluyen gráficos que ilustran el comportamiento de estos seis factores en la muestra estudiada (Figs.1-6).

En búsqueda de un posible perfil, los factores que integran la EADT han sido correlacionados con distintas variables sociodemográficas. Las variables edad, ocupación y estudios en curso no se asocian directamente con ninguno de los factores evaluados. En cambio, para las variables sexo, poseer una computadora, uso diario de computadoras para trabajar o estudiar, área de formación y nivel de conocimientos de informática, los estadísticos nos permiten suponer que tienen asociación con los distintos factores analizados, con excepción del Impacto sociocultural. Sin embargo, al anali-

zar la fuerza de las asociaciones, encontramos que los valores son débiles para el factor Valoración de experiencias, y moderados para el resto de las variables (tablas 1 y 2).

A fin de proveer evidencia empírica sobre la validez de la EADT, se han calculado las diferencias de media para distintas variables, en relación a los factores de tecnofobia, mediante la prueba Kruskal-Wallis; los datos permiten rechazar – en la mayor parte de los casos – la hipótesis nula. Se observa que hay no diferencias entre varones y mujeres (sexo), quienes poseen y no una computadora en su casa, y según las cantidades de horas de uso diario de las computadoras para trabajar o estudiar solo en relación al factor "Impacto Social". Hay diferencias entre los sujetos según el nivel de conocimientos de informática que posean, las áreas de formación y los grupos etarios a los cuales pertenezcan, en relación a todos los factores de tecnofobia. En base a resultados reportados por distintos autores (y no convergentes entre sí) se han calculado las diferencias de media para los grupos extremos de edades (menos 21 y más 55 años), para sujetos que pertenecen a áreas de formación disímiles (Ciencias Sociales e Informática-tecnologías), para quienes no usan la computadora para trabajar o estudiar y quienes lo hacen más de 9 horas diarias, y entre quienes cursan carreras de grado y de postgrado. Los datos indican que: no hay diferencias de medias entre los grupos de edades extremos en ninguno de los factores de tecnofobia, y tampoco entre sujetos que cursan carreras de grado y de postgrado. Sí hay diferencias entre quienes tienen formación en Ciencias Sociales y en Informática-tecnologías digitales, en todos los factores de tecnofobia, de la misma forma en que hay diferencias entre quienes no usan las computadoras y quienes lo hacen más de 9 horas diarias para trabajar y/o estudiar.

Dada la relevancia que muestra el "nivel de conocimientos" (o habilidad informática autoasignada por los sujetos) se recategorizó la variable en "muchos", "conocimientos moderados" y "pocos conocimientos"; la comparación de grupos extremos indica que las diferencias son significativas, salvo para el factor "Impacto Social" (ver tabla 3).

Todos los resultados han sido confirmados con las pruebas W (Wilcoxon-Mann-Whitney) y J (Jonckheere-Tersptra), debido a sus implicancias.

El ítem 39 (prefiero usar computadoras cuando hay alguien cerca que puede ayudarme a resolver cualquier problema que se presente) correlaciona fuerte y directamente con los niveles de ansiedad ($r = .92$, e.t.a. = .014, $p = .000$), y aversión ($r = .88$, e.t.a. = .026, $p = .000$), e inversamente con autoeficacia ($r = -.78$, e.t.a. = .034, $p = .000$), y actitudes ($r = -.67$, e.t.a. = .040, $p = .000$).

Se han generado baremos para todos los factores, mediante transformación no lineal de las puntuaciones brutas a puntuaciones T (Terman), con $k=10$ y $m=50$.

Asociación
Escuela Argentina
de Psicoterapia
para Graduados

**XXV JORNADAS DE NIÑOS
Y ADOLESCENTES**

**PROBLEMAS ACTUALES EN LA CLÍNICA
CON NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Sábado 1º de julio de 2006 • 9 a 16 hs.

Panel inaugural:
Dra. María Teresa Cena · Dr. Luis Kancyper · Lic. Ada Rosmaryn

Arancel: socios y alumnos \$25 / no socios \$30
Informes e inscripción: Julián Alvarez 1933 Capital Federal | 4865.2050 | 4862.7767
info@aeapg.org.ar | www.aeapg.org.ar

DISCUSIÓN:

En base a la literatura científica afirmamos que la tecnofobia existe, que es un trastorno de ansiedad fóbica, que es un fenómeno multifactorial, y que requiere de diagnóstico específico según el contexto sociocultural. Siguiendo los criterios diagnósticos internacionales, señalamos que la EADT será aplicable para confirmar tecnofobia cuando el sujeto vea limitada su vida personal, relacional, académica y/o laboral a raíz de conflictos generados por herramientas de tecnología digital. Estas últimas serán consideradas el objeto fóbico, frente al cual se producen reacciones físicas propias de los trastornos de ansiedad, si el miedo ocasionado pueda considerarse irracional y desproporcionado para el riesgo real, habiendo además conciencia de esto en el sujeto.

Si bien no hay asociaciones directas y fuertes entre las variables demográficas analizadas y los factores de tecnofobia, confirmando que no hay un perfil característico del tecnofóbico, es preciso atender a los resultados ya que la interacción de aquellas puede contribuir a la explicación de la presencia de este trastorno en nuestro contexto. Por otro lado, la no correlación de estas variables con la percepción del Impacto Social es un buen indicador de que el fenómeno tiene implicancias culturales, y que no se relaciona exclusivamente con algunas características específicas de los sujetos (edad, sexo, educación, etc).

Los resultados con el reactivo especial (item 39) nos permiten suponer que estamos frente a una fobia específica; esto implica que el sujeto buscará activamente que otra persona lo ayude o realice la tarea por él cuando debe interactuar forzosamente o enfrentarse a una computadora. Sin embargo, no debe realizarse un tratamiento lineal de la información; consideramos que, en primer lugar debe atenderse a la información que provee este reactivo, y relacionarlo con otros indicadores; luego, un diagnóstico preciso incluirá una batería diagnóstica que permita excluir otros trastornos de ansiedad, particularmente fobia social, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno adaptativo con ansiedad, y trastorno de personalidad con evitación. En la valoración multiaxial contribuirá el instrumento desarrollado localmente (EADT) y deberán utilizarse los siguientes criterios para diagnosticar la presencia de tecnofobia.

La EADT permite detectar si existen niveles de ansiedad que puedan ser limitantes del desempeño del sujeto. Si bien un $T > 56$ en la subescala "Ansiedad" es considerado un monto elevado de ansiedad (a), solo supondremos tecnofobia si va acompañado de un índice bajo de autoeficacia (b) ($T < 44$), y presenta altos niveles de aversión (c) ($T > 56$). Estos índices deberán estar acompañados también de actitudes negativas ($T < 45$) y/o valoración existencial negativa ($T < 43$) (d). Los tres primeros indicadores configuran el núcleo de la tecnofobia y el criterio d contribuye en la toma de decisiones sobre la intervención terapéutica que conviene realizar.

En función de los resultados, afirmamos que la percepción del impacto social generado por las tecnologías y computadoras no sería indicador de tecnofobia; sin embargo, puede ser evaluado como el factor desencadenante de la misma cuando se presentan tanto actitudes como valoración existencial negativas.

Dadas las características del trastorno y el objeto fóbico, proponemos que sea considerada una fobia específica del subtipo situacional, equivalente a fobias a los aviones, ascensores, y similares.

Para la tecnofobia, el tratamiento adecuado debe incluir un programa de reducción de ansiedad, mediante las técnicas de exposición controlada, siendo básico el rol de quien guía el re-aprendizaje. Consideramos que es preciso iniciar la intervención terapéutica con un modelo operante que permita mostrar que el uso de las computadoras no tiene consecuencias negativas, para lograr que el sujeto acceda a usar computadoras, y luego efectuar la desensibilización con actividades que sean de su agrado, recordando siempre que el tratamiento debe adecuarse a la persona que efectúa una demanda concreta y padece un trastorno específico.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Baker (1996). *Technology Allows Cowardice to Rise to New Heights University of South Florida, verano de 1996*
<http://www.cas.usf.edu/lis/lis5937/sum96.html>
- 2) Bergman, L.G. & Fors, U. (2005). *Computer-aided DSM-IV-diagnostics – acceptance, use and perceived usefulness in relation to...* *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 5(1), 171-177.
- 3) Gos, M.W. (1996) *Computer Anxiety and Computer Experience: A New Look at an Old Relationship, The Clearinghouse*, 6, 69(5). 271-277. [version on-line]
- 4) Ramos Veiga Neto, A. (1999) *Atitudes de consumidores frente a novas tecnologias. Dissertação de Maestria, PUC-Campinas, Brasil.*
- 5) Rosen, L., & Weil, M. (1998). *TechnoStress: Coping with Technology*. Washington: Amazon [Traducción G.Astori, Córdoba]
- 6) Morgan, A. (1998). *Computer Anxiety: A Survey of Computer Training, Experience, Anxiety, and Administrative Support Among Teachers. Investigación realizada en el Westmoore High School (Oklahoma, USA).*
Recuperado de <http://oas.ucok.edu/OJAS/97/T97/AMORG.htm>
- 7) American Psychological Association. (1995). *DSM IV*. Washington: Masson.
- 8) Organización Mundial de la Salud. (1992) *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. ICD-10 (CIE-10), International Classification of Diseases, 10° rev.*
- 9) Thorpe, S.J. & Brosnan, M.J. (2005). *Does computer anxiety reach levels which conform to DSM IV criteria for specific phobia?* *Computers in Human Behavior, on-line*, 01/05, <http://www.sciencedirect.com/science/journal/07475632>
- 10) Chua, S.L (1999[2003]). *A Review on studies of Computer Anxiety in the 1990's. Originalmente publicado en Computers in human behavior*, 15, 609-623.
- 11) Rosen, L. & Maguire, P. (1990). *Myths and realities of computerphobia: a meta-analysis. Anxiety Research*, 3, 175-191. [version on-line]

- 12) Gardner, E. P., Young, P., & Ruth, S. R. (1989). Evolution of attitudes toward computers: A retrospective view. *Behaviour and Information Technology*, 8 (2), 89-98. [version on-line]
- 13) Heinssen, R.K. Jr., Glass, C.R. & Knight, L.A. (1997). Assessing computer anxiety: Development and validation of the computer anxiety rating scale. *Computers in Human Behavior* 3, 49-59. [version on-line]
- 14) Rosen, L., Weil, M. & Wugalter, S.E. (1990). The etiology of computerphobia. *Computers in Human Behavior*, 6, 361-379. [version on-line]
- 15) Desai, M. & Richards, Th. (1998). Computer Anxiety. A meta-Analysis. *Journal of Information Systems Education FALL/WINTER 1998*
- 16) Alix, A. (2002). Computer Anxiety. Recuperado 08/04, <http://web.utk.edu/~alix>
- 17) Broos, A. (2005). Gender and Information and Communication Technologies Anxiety: male self-assurance and female hesitation. *Cyberpsychology & Behavior*, 8 (1), 21-31. [abstract on-line]
- 18) Butchko, L. (2000). Computer Experience and Anxiety: Older versus Younger Workers. Poster Indiana University Undergraduate Research Conference, Kokomo, Indiana (USA), 2000. [Disponible on-line]
- 19) Deloughry, T.J. (1993) 2 Researchers Say "Technophobia May Afflict Millions of Students", *The Chronicle of Higher Education* (28), A25-A26
- 20) Dyck, J., & Smither, J. (1994). "Age differences in computer anxiety: the role of computer experience, gender and education." *Journal of Educational Computing Research*, 10, 239-248. [version on-line]
- 21) Gilroy, F. & Desai, H. (1986). Computer Anxiety: Sex, Age, and Race. *International Journal Man-Machine Studies*, 25, 711-719. [version on-line]
- 22) King, J., Bond, T. & Blandford, S. (2002). An investigation of computer anxiety by gender and grade. *Computers in Human Behavior*, 18(1), 2002, 69-84.
- 23) Laguna, K. & Babcock, R. L. (1997). Computer anxiety in young and older adults: Implications for human-computer interactions in older populations. *Computers in Human Behavior*, 13 (3), 317-326.
- 24) Park, H.W. (2001[2002]) Digital Divide in Korea: Closing and Widening Divide in 1990s. Paper presentado en International association for media and communication research, Austin, Texas, USA. Recuperado en junio de 2005 de http://communication.utexas.edu/college/digital_divide_symposium/papers/park.doc
- 25) Walters, J.E. & Necessary, J.R. (1996) An attitudinal comparison toward computers between underclassmen and graduating seniors. *Education*, sum1996.
- 26) Zhang, Y. (2002). Comparison of Internet Attitudes between Industrial Employees and College Students. *Cyberpsychology & Behavior*, 5 (2), 143-149. [abstract on-line]
- 27) Worthington, V & Henry, A (1998): Computer anxiety: A Technical or an Existential Problem? Recuperado en 10/03 en <http://ott.educ.msu.edu/tec/R&D/> SITE-98/site98wh.htm
- 28) Worthington, V & Zhao, Y (2002): Existential Computer Anxiety and Changes in Computer Tecnology: What Past Research on Computer Anxiety Has Missed. Recuperado en octubre del 2003 en <http://www.msu.edu/~worthy14/anxiety.html>
- 29) Brown, H.; Deng, L., Poole, M., & Forducey, P. (2005). Towards a Sociability Theory of Computer Anxiety:... 38th Hawaii International Conference on System Sciences - 2005. Recuperado en junio de 2005, de <http://csdl.computer.org/comp/proceedings/hicss/2005/2268/06/22680151a.pdf>
- 30) Smith, B., Caputi, P. & Rawstorne, P. (2004). The development of a measure of subjective computer experience. *Computers in Human Behavior*, on-line, 05/04 en <http://www.sciencedirect.com/science/journal/07475632>
- 31) Shashaani, L. (1994[1995]). Gender differences in mathematics experience and attitude, and their relation to Computer Attitude. *Educational Psychology*, 35(3) (mayo-junio 1995), 32-38. [version on-line]
- 32) Speier, C., Morris, M.G., & Briggs, G.M. (1997). Attitudes Toward Computers: The Impact of Performance. Disponible online y recuperado en julio de 2004, de <http://hsb.baylor.edu/ramsover/acis/papers/sspeier.htm>
- 33) Arkkelin, D (2003) Putting Prometheus' Feet to the Fire: Student Evaluations of Prometheus.... Recuperado en septiembre del 2003 en www.valpo.edu/homelfaculty/darkkeli/papers/ syllabus03.htm
- 34) Karsten, R & Roth, R. (1998). Computer Self - Efficacy: A Practical Indicator of Student Computer Competency in Introductory IS Courses. Recuperado en el año 2003 de: <http://www.inform.un/articles-vol1/v1n3p61-68.pdf>
- 35) Lee, Ch-Y. (2003). Validation of Self-efficacy Scale. Paper recuperado en agosto de 2003, de http://pegasus.cc.ucf.edu/~coreylee/projects/self_efficacy_scale.htm
- 36) McInerney, V., McInerney, D., & Roche, L. (1994). Definitely not just another computer anxiety instrument...15^o Conferencia Anual de Investigación sobre Stress y Ansiedad, Madrid.
- 37) Beckers, JJ. & Schmidt, HG (2001). The structure of computer anxiety: a six-factor model. *Computers in Human Behavior*, 17 (1), 35-49
- 38) Brosnan, M.J (1998). The impact of computer anxiety and self-efficacy upon performance. *Journal of computer assisted learning*, 14(3), [version on-line]
- 39) Wilfong, J. (2004). Computer anxiety and anger: the impact of computer use, computer experience and self-efficacy beliefs. *Computers in Human Behavior*, online desde 9/04/04, <http://www.sciencedirect.com/science/journal/07475632>
- 40) Necessary, J.R. & Parish, T.H. (1996) The Relationship between Computer Usage and Computer-Related Attitudes and Behaviors, *Education*, Spring 1996, 116(3), 384-387. [version on-line]
- 41) Pope-Davis, D. B. & Twing, J. S. (1991). The effects of age, gender, and experience on measures of attitude regarding computers. *Computers in Human Behavior*, 7, 333-339.
- 42) Bohlin, R. M. (1999). The relationship of students' affect and behavior to computer performance. Annual Conference of the Association for Educational Communications and Technology, Houston, TX (USA).
- 43) Kernan, M. C. & Howard, G. S. (1990). Computer anxiety and computer attitudes: An investigation of construct and predictive validity issues. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 681-690. [version on-line]
- 44) Lambert, M. (1991) Effects of computer use during coursework on computer aversion. *Computers in Human Behavior*, 7, 333-339. [version on-line]
- 45) McIlroy, D., Sadler, C., & Boojawon, N. (2005). Computer phobia and computer self-efficacy: their association with undergraduates' use of university computer facilities. *Computers in Human Behavior*, on-line, 01/05, <http://www.sciencedirect.com/science/journal/07475632>
- 46) Weil, M. & Rosen, L (1995). A Study of Technological Sophistication and Technophobia in University Students From 23 Countries. *Computers in Human Behavior*, 11 (1), 95 - 133
- 47) Foulger, D. (2001[2002]) Seven Bridges Over the Global Digital Divide. Presentado en el IAMCR & ICA Symposium on Digital Divide, Noviembre, 2001. Austin, Texas, USA. Recuperado en julio de 2005 de http://communication.utexas.edu/college/digital_divide_symposium/papers/foulger.doc
- 48) Kaigo, M. & Sasaki, T. (2001). Cognitive and affective factors of new information and communication technology usage and the digital divide in Japan. Paper presentado en International association for media and communication research, Austin, Texas, USA. http://communication.utexas.edu/college/digital_divide_symposium/papers/kaigosasaki.pdf

ANEXOS:
Tabla 1: Asociaciones entre variables ordinales y factores de tecnofobia (a)

		GAMMA	ERROR TÍP.	T APROX(B)	SIG. APROX.
Nivel de conocim.	Ansiedad	-,744	,031	-17,349	,000
	Aversión	-,598	,040	-12,291	,000
	Autoeficacia	,767	,031	18,621	,000
	Actitudes	,745	,034	16,863	,000
	Valoración existencial	,683	,042	12,929	,000
	Impacto Social	-,131	,066	-1,973	,048
Uso diario p/ trabajar- estudiar	Ansiedad	,410	,049	7,901	,000
	Aversión	,458	,045	9,407	,000
	Autoeficacia	-,482	,046	-9,596	,000
	Actitudes	-,462	,049	-8,712	,000
	Valoración existencial	-,301	,055	-5,271	,000
	Impacto Social	,121	,063	1,912	,056

(a) Solo se incluyen las variables que mostraron estar asociadas

(b) Los niveles de significación son iguales para ambos estadísticos

Tabla 2: Asociaciones entre variables nominales y factores de tecnofobia (a)

		_2	gl	Sig.asin.bil	Coef.cont (b)
Sexo	Ansiedad	37,122	2	,000	,235
	Aversión	38,606	2	,000	,239
	Autoeficacia	34,117	2	,000	,225
	Actitudes	25,431	2	,000	,194
	Valoración existencial	16,649	2	,000	,157
	Impacto Social	5,401	2	,667	-
Poseer una computadora	Ansiedad	32,988	2	,000	,221
	Aversión	45,911	2	,000	,261
	Autoeficacia	53,818	2	,000	,282
	Actitudes	29,666	2	,000	,210
	Valoración existencial	25,760	2	,000	,195
	Impacto Social	1,861	2	,394	-
Área de formación	Ansiedad	93,393	16	,000	,349
	Aversión	97,817	16	,000	,356
	Autoeficacia	84,716	16	,000	,334
	Actitudes	60,052	16	,000	,286
	Valoración existencial	47,649	16	,000	,257
	Impacto Social	25,247	16	,666	-

(a) Solo se incluyen las variables que mostraron estar asociadas

(b) Los niveles de significación son iguales para ambos estadísticos

Tabla 3: Resumen de la Prueba Kruskal-Wallis para Edad y Nivel de conocimientos (a)

		Estadist. Contraste	gl	Sig. asin
Edad (N = 675)	Ansiedad	49,541	5	,000
	Aversión	53,485	5	,000
	Autoeficacia	63,069	5	,000
	Actitudes	31,095	5	,000
	Valoración existencial	24,064	5	,000
	Impacto Social	43,038	5	,000
Edad: Menores de 21 –Mayores de 55 años (N=245)	Ansiedad	0,248	1	,619
	Aversión	0,891	1	,345
	Autoeficacia	2,042	1	,153
	Actitudes	0,063	1	,802
	Valoración existencial	1,293	1	,255
	Impacto Social	0,097	1	,755
Nivel de conocimientos de informática (N = 675)	Ansiedad	252,313	4	,000
	Aversión	158,290	4	,000
	Autoeficacia	268,868	4	,000
	Actitudes	239,288	4	,000
	Valoración existencial	160,138	4	,000
	Impacto Social	18,585	4	,001
Nivel de conocimientos: Muchos conoc. – Pocos conoc (N=341)	Ansiedad	182,674	1	,000
	Aversión	134,226	1	,000
	Autoeficacia	190,914	1	,000
	Actitudes	186,718	1	,000
	Valoración existencial	132,844	1	,000
	Impacto Social	4,957	1	,026

(a) Estos resultados ejemplifican los cálculos de diferencias de medias realizados

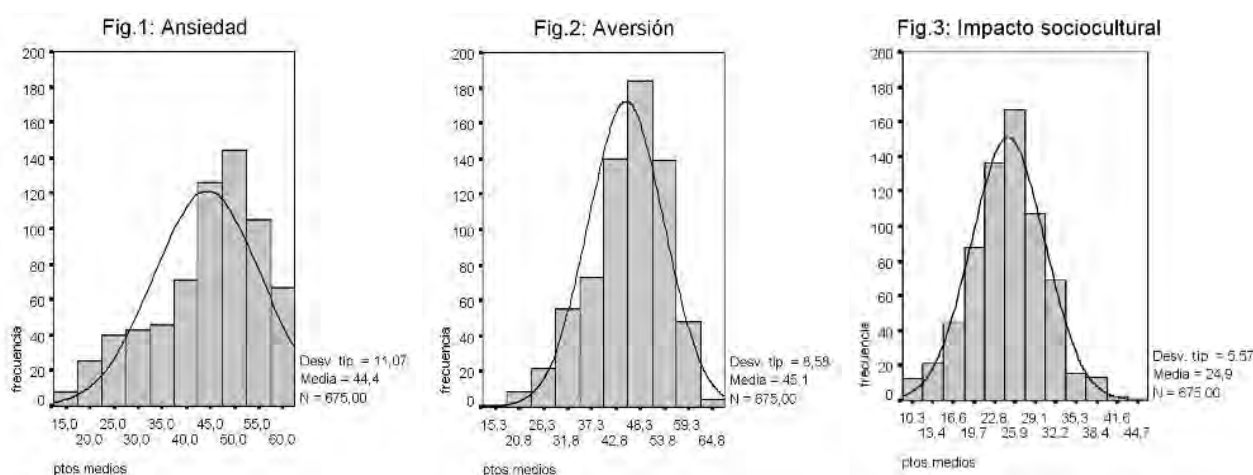


Fig.4: Valoración de experiencia

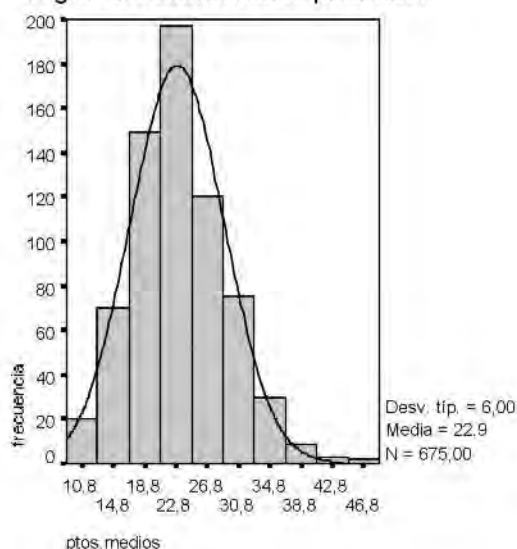


Fig.5: Factores actitudinales

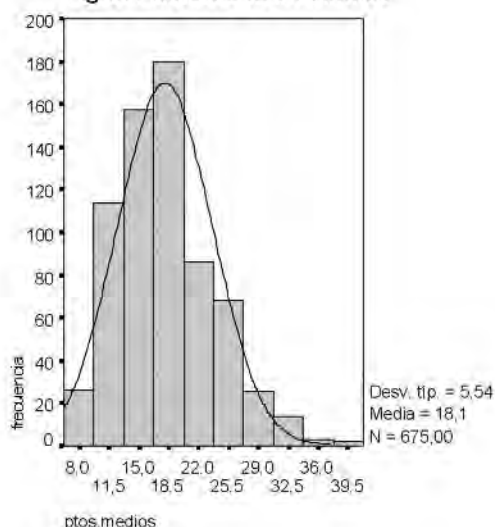
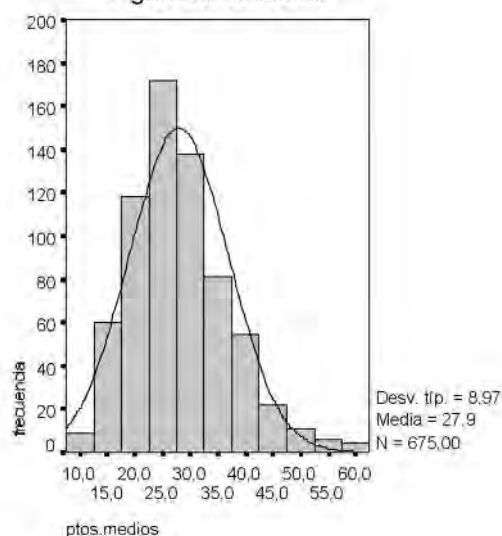


Fig.6: Autoeficacia



AASM

Asociación Argentina
de Salud Mental

Ayacucho 234
Ciudad de Buenos Aires
Tel.: 4952-8930
www.aasm.org.ar
administración@org.ar

Fundación Etiem

SEMINARIOS Y PASANTÍAS

- “Los escritos técnicos de Freud”, Carlos Gustavo Motta
- “Teoría y práctica del psicoanálisis”, Daniela Pisante
- “Clínica de la psicosis”, Beatriz Schlieper
- “Síntomas contemporáneos y la dirección de la cura en la época actual”, Carlos Gustavo Motta
- “El fenómeno de pánico”, Raquel Vargas
- “Clínica de las toxicomanías”, Yanina Mazzoni
- “El rechazo del saber. Psicoanálisis y psicopedagogía”, Marta Ramo

Guatemala 5070 • Tel 4774-2389
fundacion@etiem.com.ar - www.etiem.com.ar

Dra. Diana Cherniser
Righetti *

Lic. María L.
García Colado**

* APDeBA
**Hospital Elizalde- AASM

Equivalentes adictivos en niños pre-escolares

Observamos en un muestreo superior a 15 casos, en población pre-escolar, que niños que consultaban por variada sintomatología, tenían algunos elementos en común: presentaban: PICA (F.98.3) y o RINODACTILOMANIA (F.98.8), introduciendo elementos en su nariz u oídos, o ingiriéndolos por vía oral. Coincidentemente, los progenitores presentaban alcoholismo o adicción a drogas.- Usaremos la observación psicoanalítica sobre cuatro casos vistos, a modo de ejemplo:

CASO 1:

Llamaremos al paciente Nahuel, de 5 años de edad, derivado de Violencia Familiar. Motivo de Consulta: "pega a madre y hermana". Padres separados, madre con comportamientos masoquistas. Padre "psicópata" (diagnosticado así por el perito forense), violento, alcohólico, adicto a cocaína, marihuana y con sexualidad promiscua; tiene amigos "con sida".

La hermana de 6 años, tiene bajo rendimiento escolar, aislamiento, pica de pequeña, infección urinaria y conductas hipersexualizadas entre los hermanos. Los



E.M.D.R. DESENSIBILIZACION Y REPROCESAMIENTO POR EL MOVIMIENTO OCULAR

Nuevo y poderoso método de psicoterapia, desarrollado en los EE.UU. por la Dra. Francine Shapiro (Mental Research Institute, Palo Alto, CA)

EMDR puede ser usado dentro de los diferentes abordajes terapéuticos, o como un tratamiento en sí mismo.

De elección para Estrés Post-Traumático y Trastornos de Ansiedad.

Entrenamiento para Profesionales de la Salud Mental

PARTE I: 18,19 y 20 de Agosto de 2006

PARTE II: 22, 23 y 24 de Septiembre de 2006

Entrenadores Internacionales del EMDR Institute desde 1996

Dr. Pablo Solvey

Dra. Raquel C. Ferrazzano de Solvey

Informes e inscripción: Federico Lacroze 1820 – 7° "B" – Capital

Tel/Fax: (54 11) 4775-1690/1691

prsolvey@sion.com

www.terapiasdeavanzada.org

síntomas de Nahuel son: trastorno conductual, hiperkinesia, sobrepeso, trastorno psicossomático, colecho con hermana, enuresis, coprolalia y masturbación compulsiva. Identificación con figura paterna. En hora de juego, con plastilina marrón dice a terapeuta: “gusanitos blancos se te meten por la nariz, te dejan los ojos rojos y te convertís en un robot”, perfecta alusión a una o varias líneas de cocaína.-

CASO 2:

Llamaremos a la paciente Natalia de 4 años. Motivo de Consulta: “come goma-pluma, chupa cordones y la hermana de dos, empieza a hacer lo mismo, come hasta arena...” Hay violencia familiar. Madre “borracha y prostituta” al decir del esposo. Padre “vago y chorro” al decir de su esposa, adicto a marihuana y cocaína, y tuvo dos intentos de suicidio. Viven con abuelos maternos que agraden al padre. El abuelo es alcohólico y la abuela se queja: “una boca más para mantener”. La hermana de dos años, tiene pica y anorexia selectiva. Los síntomas de Natalia son: pica, anorexia selectiva, trastorno conductual, enuresis y encopresis. Vivieron un tiempo con abuela paterna que toma calmantes, los abuelos paternos están separados por violencia familiar.-

CASO 3:

Llamaremos a la paciente Agustina de 3 años y medio. Motivo de Consulta: “introduce elementos en nariz y oídos, tizas, bolitas de papel...” Los padres están separados por violencia familiar. Padre alcohólico, adicto a marihuana y cocaína. Madre con obesidad, fue abusada por su hermano “esquizofrénico”, actualmente adicto, preso y “con sida”. Los síntomas de la paciente son: pica, tomó pastillas de Emotival, su primer intoxicación. La segunda fue con detergente, y la tercera con óxido de zinc, justamente “un polvito blanco” al decir materno. Presenta onicofagia, insomnio, colecho y enuresis nocturna.-

CASO 4:

Llamaremos al paciente Hernán de 5 años. Motivo de Consulta: “pega a pares y roba”. Hay violencia familiar. Padre violento, adicto a cocaína y alcoholismo, tratado en CENARESO. Madre con conductas de sometimiento. Los hermanos: la de 13 años, presenta tricotilomanía, y el de 11 años, hurguea la nariz y “come los mocos”, antes presentó pica: “comía hormigas, tierra...” Los síntomas de Hernán son: “mete objetos en nariz”, pica (come goma-pluma, chupa hilos, y en una sesión intenta hacerlo en actino comunicativo). Sobreinformado en lo que le acontece a la familia.-

Como interrogante y a modo de Conclusión: Cuando la adicción de los progenitores, era sólo oral, los niños realizaban conductas de pica, y cuando era por vía nasal, se metían diferentes elementos en sus fosas nasa-

les, preferentemente “blancos”, y cuando la adicción era mixta, presentaban ambos síntomas. Por lo cual, se puso en evidencia una coincidencia significativa de PICA o RINODACTILOMANIA, en estos pacientes con progenitores que presentaban sintomatología adictiva. La identificación es un proceso normal y estructurante del desarrollo del Sujeto. Los mecanismos de la “Identificación Primaria” son primitivos, su esencia es imaginaria, se apoya en la díada madre-hijo, asienta en el Yo, es psicológica, coincide con el Yo Ideal. La Identificación Secundaria pertenece a la tríada madre-padre-hijo, es predominantemente simbólica, aunque siempre contenga elementos “imaginarios”, coincide con el Ideal del Yo, asienta en el Superyo y son efecto de la elaboración y sepultamiento del Complejo de Edipo. Estos niños dan muestras de su necesidad imperiosa de comunicar situaciones incomprensibles para ellos (las conductas vistas en sus padres, durante la ingesta o aspiración, y sus consecuencias), que no pueden ser digeridas, elaboradas o metabolizadas por estos niños. En los casos de hijos de padres adictos, encontramos lo que llamaremos “equivalentes adictivos”. Es sobre estos hallazgos que queremos intercambiar con otros analistas. Creemos que estos “equivalentes adictivos” son una suerte de “acting out comunicativo” destinado presuntivamente a alguna clase de repetición transgeneracional si no fuera como proponemos, tomado a tiempo como un elemento comunicativo que necesita urgente despliegue para su elaboración. Creemos que las conductas incomprensibles del adicto, funciona como un elemento traumatogénico muy difícil de ser elaborado en soledad por el niño a través de sus juegos. Toda conducta de los adultos que fuera transgresiva, funciona como elemento traumatogénico, por el mero hecho de no estar legalizada por el consenso. El niño con dichos equivalentes, encuentra un punto de contacto con el progenitor y además es el punto que le sirve para comunicar algo de lo que le ocurre. El factor traumatogénico es la transgresión del progenitor y con los “equivalentes adictivos”, el niño busca comprender lo que no entiende.

Nuestra tarea es difundir que además del tratamiento de los pacientes adictos, se observe a los hijos de éstos, y que se tenga en cuenta su comunicación. La situación debe ser abierta, discutida, para evitar que quede fetichizada en esos equivalentes y ulteriores identificaciones. La comunicación apunta a la Prevención Primaria en el tema adicciones de consecuencias graves.-

Bibliografía:

Freud, Sigmund, “Obras Completas” Editorial Biblioteca Nueva. 3ra. Edición. Madrid.

‘Escrito en el cuerpo’. A propósito de los ‘cortes en los adolescentes’

Dra. Liliana Verónica Moneta

*Médica.
Especialista en Psiquiatría y
Psicología Médica.
Especialista en Psiquiatría y
Psicología Pediátrica.
Presidente del Capítulo de Salud
Mental Infante Juvenil
A.A.S.M.
Secretaria General del Capítulo
de Psiquiatría Infante Juvenil
de APSA.
Admisora de Salud Mental
Infante Juvenil de la Obra
Social Luis Pasteur.
lvmoneta@speedy.com.ar
lvmoneta@lexa.com.ar.*

Mi pregunta surge desde la práctica clínica cotidiana; en relación a lo que pareciera ser una ‘epidemia; con visos de transformarse en ‘pandemia’.

Esta alusión irónica (porque remite a la terminología médica; y lo médico entre en relación directa con ‘lo corporal’) alude a la demanda actual de los ‘adolescentes que se cortan’. Y no resulta en vano ironizar sobre esto; ya que en la ironía misma subyace un trasfondo agresivo; y es precisamente esa ‘agresión’ lo que parecería estar en juego predominantemente en el ‘corte’. Sentimiento o afecto que no puede ser puesto en circulación mediante la palabra.

¿Qué es lo que lleva a los adolescentes a cortarse?

¿Se trata de una moda?

¿Es un llamado (grito) desesperado de atención?

¿Es una forma de pertenencia a un determinado grupo o tribu, con el cual se identifican, a falta de referentes válidos consistentes?

¿Es la puesta en juego del cuerpo; allí donde no alcanzan las palabras; o en su acepción más grave; allí donde el valor del discurso ha caído en descrédito?

Es muy fácil caer en un reduccionismo de la clínica psiquiátrica. Clasificar según los síntomas; y que estos se adecuen a un manual de clasificaciones diagnósticas. Por momentos esto parecería calmar nuestra ‘incertidumbre’ diagnóstica o más bien, el ‘horror’ que nos produce ver esos ‘cuerpos cortados’ que nos están hablando... ¿Pero de qué? ¿Qué nos quieren hacer entender? A mi entender (planeándolo como uno de los objetivos terapéuticos); creo que hay que mantener una actitud expectante (activa) para poder así ir trazando un camino. Un camino con proyección a futuro; allí donde ‘no existe un futuro’. Digo bien: no es un futuro incierto. ‘No existe’, o al menos así lo parece.

Porque si no nos paralizamos. Si no nos asustamos e indicamos inmediatamente una internación; se puede generar un ‘espacio’. Un ‘espacio de confianza’ donde ‘el corte’ comience a hablar.

Propongo aquí un ‘maternizaje’; con una ‘madre lo suficientemente buena’; que propicie un ‘medio ambiente facilitador’. Tratando de meterse en ‘su mundo’ logrando un período de simbiosis; re-editando la diada madre-bebé; para luego trazar un camino de separación-individuación no patológica. Esto en los casos pre-edípicos. Mientras que en aquellos casos en que se vislumbra que ha habido una pasaje edípico; tratar de elaborar la castración. Ya que en esos casos el ‘corte’ representa lo real sin recubrimiento simbólico. Existiría una imaginización con la ‘profundidad del corte’: “quien se corta más”; surgiendo como mecanismo: la ‘desmentida’.

Si logramos llegar a esto el ‘corte’ comienza a hablar. Nos va a hablar de cosas ‘de las que no se hablan’; de las que está prohibido mencionar por convención.

¿Convención? Si. Socialmente, tradicionalmente y familiarmente: “De eso no se habla”; y por supuesto, como de ‘eso no se habla’; surge en su lugar el ‘pasaje al acto’. Con características más primitivas, y por ende de mayor gravedad en cuanto a la urgencia que suelen suscitar. Urgencia en que nos sitúa a nosotros como terapeutas, que si caemos en ‘el engaño’; nos lleva a ‘actuar’ en consecuencia. Y eso es precisamente lo que debemos evitar: ‘actuar’. Porque para actuar ‘lo que no se nomina’; ya están ellos.

¿Qué es de lo que no se habla? “De historias de amor, locura y muerte’ (parafraseando a Horacio Quiroga).

Lo ‘hablan’ desde sus escritos; desde las letras de las canciones de sus bandas fa-

voritas (idealizadas hasta el punto de 'lo místico'); desde su fotologs; desde las páginas oficiales de cada banda. En fin, apelan a múltiples recursos, donde no media 'lo hablado'; sino un interlocutor con el cual se especularizan, que les devuelve lo que ellos quieren o necesitan escuchar. Estos actuarían como 'precursores o mediadores del objeto externo'; tratando de evitar los riesgos que presupone la 'inter-subjetividad' que son: 'la pérdida de los límites y el equilibrio narcisista'. Estos objetos actuarían como 'fetiches', obturando la falta y afirmando la completud narcisista. Funcionando el adolescente con la desmentida; que admite y a la vez re-niega la castración.

Significativamente parecerían encontrarse en un 'estado crepuscular' (como de confusión o semi-inconsciencia) en relación a lo exterior, y paradójicamente parecen regirse con el inconsciente; aquello a lo que las personas con una estructura neurótica tratan de eludir constantemente.

Es así, como bien ha sido expresado por el psicoanálisis: "las resistencias son del analista; y no del paciente". Reina el principio del placer; un placer que está entremezclado con un displacer. Como en una relación sadomasoquista con 'uno mismo'.

Es en estos casos donde encontramos como mecanismo psíquico a la 'desestima'; ya que la parte del Yo que sostiene el juicio de realidad resulta desorganizada o abolida. Solo se mantiene el Yo-placer; como una estructura arrogante y narcisista que es proyectada fuera del Yo, volviéndose el Yo a la vez en su víctima.

¿Estaríamos hablando de un 'narcisismo patológico'? Sin embargo por sobre todo se me plantea el siguiente interrogante: ¿Estamos hablando de patología consolidada o, en su defecto de cómo 'ser adolescente' en estos tiempos que atravesamos de la pos-modernidad?

A modo de reflexión final: ... En tiempo antaños había mayor 'claridad'. Eran tiempos de optimismo, de pensar positivamente. Se pensaba en un proyecto a futuro, porque creíamos y sabíamos (porque así nos lo demostraba lo que nos circundaba), que había un futuro.

Eran tiempos de estabilidad en lo político, económico, familiar, cultural, religioso y social. Nuestras identificaciones se realizaban sobre esa base: 'iluminada'; 'clara' y 'estable'.

Actualmente, en los tiempos que corren se presentan con mayor 'oscuridad'. Son tiempos de pesimismo; de pensar en negativo. No existe una proyección a futuro

en cuanto a lo afectivo familiar; académico y laboral. No existen referentes identificatorios válidos; consistentes; bien delimitados en el ambiente que rodea a los adolescentes (mediato y/o inmediato).

Se perdió la 'ilusión de estabilidad' en los diferentes ámbitos. Reina la confusión, la incertidumbre. Se denigran ciertos principios, otrora fundantes y sustentadores de cierta estructura. Surge la 'crisis', una 'crisis' que tiende a cronificarse.

Son tiempos de 'oscuridad'; y la 'oscuridad', ¿no es un elemento que produce temor en las poblaciones más jóvenes (y en las más primitivas)?

¿Como afrontar lo que es temido?; cuando se comprueba que quizá: '...no venga mamá a calmar esos temores que se suscitan durante la noche...'

No es tal vez que identificándose con esa oscuridad se haga frente a lo que más se teme; que por otro lado causa hostilidad, cuando se torna insostenible por su duración prolongada en demasía.

La puerta queda abierta para empezar a conjeturar y tratar de establecer una significación a lo que les sucede a los adolescentes actuales.

Mi apreciación personal desde el trabajo clínico con ellos, es que se debe apelar a una multiplicidad de disciplinas; ya que es imposible sustentar como 'única verdad', la del psicoanálisis; y tratar de enriquecerse con las visiones que nos brindan: la historia; epistemología; antropología y sociología; para así poder enfocar al joven como un sujeto inmerso en un contexto determinado socio-históricamente; para así poder arribar a al tratamiento más adecuado a implementar.

Bibliografía

- 1- American Psychiatric Association. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Editorial Masson. 1995
- 2- Freud; Sigmund. "Obras Completas". Editorial Amorrortu. Años 1978-1985.
- 3- Dra. Moneta; Liliana Verónica. "Escrito en el cuerpo. A propósito de los 'cortes' en los adolescentes". Del libro 'Encrucijadas Actuales en Salud Mental'. Compiladores: Lic Trómboli; Dr. Fantín; Lic. Raggi; Dr. Fridman. Año 2006.
- 4- Dra. Quiroga; Susana. "Adolescencia: ¿crecimiento o autodestrucción? JVE Ediciones. Colección Psiqué. Año 2001.
- 5- Winnicott; Donald Wood. "Escritos de Pediatría y Psicoanálisis". Editorial Paidós. Año 1999.
- 6- Winnicott; Donald Wood. "Realidad y Juego". Editorial Gedisa. Año 1986.
- 7- Winnicott; Donald Wood. "El Proceso de Maduración en el Niño". Editorial Laia. Año 1979.

Para publicitar en esta revista comunicarse con
Anabella Romano (Representante Comercial)
Tel 4432-1746 / 15-4436-2154

La subjetividad: Variable fundamental en el tratamiento antiretroviral

Liliana López

El sida no es sólo una enfermedad producida por un virus, es también una construcción producida por los discursos que la determinan. No implica sólo virus, linfocitos, infecciones oportunistas, cronicidad, muerte... implica también sexo, prejuicio, discriminación, drogas, temor, estigma. La aparición del sida tuvo un impacto subjetivo, social y cultural múltiple no sólo por su virulencia sobre el soma sino por el peso de los significados simbólicos que comporta.

Hay un cuerpo infectado por un virus, un cuerpo, sustancia viviente, que está bien vivo y es a la vez producto de un discurso. La clínica con estos pacientes nos enseñó que minimizar o desconocer cualquiera de estos niveles trae sus problemas. Porque no es lo de menos que un paciente tenga un CD4 de 2 ó 3 dígitos o que su carga viral sea alta o indetectable y porque por otro lado la manera singular en que cada sujeto significa la infección y la anuda a su historia, incide en la evolución de la misma.

El cuerpo que la ciencia considera uno y trata de ordenar y que se desordena, está tejido, entramado en tres desde el punto de vista psíquico. Entendido esto en tres registros, imaginario: otorga unidad, superficie; simbólico: recortado por el lenguaje y real: hecho de los agujeros pulsionales que persisten pese al esfuerzo de unidad corporal de la imagen (del yo). El soma, cuerpo biológico, sustancia viviente, base material sobre la que se asienta lo real de la vida, se alcanza como forma por la vía de lo imaginario. En tanto el lenguaje desde el lugar del Otro impacta la sustancia viviente opera una transformación que no hace desaparecer aquella opacidad donde las palabras tropiezan. Esa opacidad, oscuridad fragmentaria, informe, real caótico e inaprensible de la biología – del que tenemos una radical ignorancia – está ahí, ni la eficacia imaginaria, ni siquiera la eficacia simbólica nos protegerán por completo.

Las afecciones somáticas evocan ese caos, el retorno de esa informidad de un modo material en la carne, en la sangre, en el semen...

De esa fragmentación testimonian los pacientes cuando tiene que ir a ver a distintos especialistas, infectólogo, dermatólogo, oftalmólogo, reumatólogo, ginecólogo, etc. También allí se entiende la necesidad y la importancia del vínculo fuerte con uno de ellos, con el médico tratante de manera singular y sostenida en el tiempo. El diagnóstico de seropositividad habla de la materialidad de un cuerpo atacado por un virus que genera modificaciones en el sistema inmunológico y que requerirá controles y cuidados, por ej. la realización de un tratamiento antiretroviral de alta eficacia.

Ese cuerpo no es sólo biológico sino el cuerpo libidinizado en el que el desamparo y la indefensión originaria lo han ubicado en la dependencia de un otro para la satisfacción de sus necesidades, abriendo a partir de ello el circuito demanda-deseo y la constitución de la subjetividad.

El dato del diagnóstico de seropositividad como variable extrínseca se conjuga con una realidad subjetiva que moviliza la representación del cuerpo. El anoticiamiento de la seropositividad causa una ruptura, una brecha en el saber que conmueve, sacude la organización imaginaria, simbólica y real de cualquier sujeto.

El quiebre de un cierto equilibrio subjetivo modifica los lazos sociales y amorosos. Un dato –irreversible hasta ahora– entra en su vida, la modifica y escande irremediamente: la presencia de un virus y consecuentemente la presencia inevitable de estudios y tratamientos, el deambular por los hospitales, la secuencia de medicamentos, el impacto sobre otros y fundamentalmente la manera en que cada sujeto logra subjetivar la infección. Algo en el sujeto se transforma pasando a ser portador de un virus transmisible, de un elemento de discriminación social, de un virtual deterioro físico y de una eventual muerte por alguna dolencia resultante del colapso del sistema inmunológico. Esto afecta drásticamente las circunstancias del sujeto, pero no se traduce en una transformación de su organización psíquica previa. Es esta organización previa la que aloja un nuevo hecho que es la seropositividad y la reacción frente a ella está determinada por la estructura previa del sujeto. El impacto y la vacilación fantasmática consecuente construyen con elementos conscientes e inconscientes la posición subjetiva frente a la enfermedad que incidirá luego en la adherencia al tratamiento.

Si un psicoanalista ofrece su presencia será para que el sujeto se posicione frente al real con que tiene que verse. No se trata del retorno de lo trágico, sino de que alguien pueda, frente a una serie de perspectivas, orientarse de otro modo que con el sentimiento de no disponer de ninguna libertad, de estar privado de toda iniciativa. En realidad un enfermo de sida o de cualquier otra enfermedad no sabe más acerca de su muerte que cualquier otro ser hablante. El real alojado en el cuerpo la torna más avizable, instalando una incertidumbre profunda, la de saber que nada sabemos de lo que nos espera. Incertidumbre común a toda la humanidad pero generalmente no presente en la conciencia.

El diagnóstico de la infección toma para cada sujeto una significación particular que permitirá leer sus apuestas, cómo se juega en cada uno la tensión paradójica entre el no saber cuándo puede enfermar y el saber que sí puede contagiarse. La presentificación de un límite puede conducir a detener cualquier proyecto futuro e incluso cuestionar la necesidad de tratamiento alguno, pero tal presentificación puede operar también despertando el sujeto y extremando las posibilidades que su deseo pueda abrirle.

La inclusión de drogas en el tratamiento de la infección en 1996 fue sin duda revolucionaria y dio origen a una modificación de las posibilidades de vivir con HIV, ya que la existencia de estos recursos alteró la ecuación sida=muerte. Sin embargo la significación de ese cambio no puede ser generalizada, no sólo por el hecho concreto, político y económico de que no todos tienen acceso a esos recursos, sino porque el impacto a nivel subjetivo es singular y depende no sólo de esa realidad fáctica/material sino de la realidad psíquica de cada sujeto, esto es de su deseo inconsciente y de las fanta-

sías con él relacionadas, lo que para cada sujeto adquiere en su psiquismo valor de realidad, de verdad. Luego de dos décadas de epidemia en algunos pacientes las angustias y los temores vinculados a la muerte inminente persisten y se reactivan por ejemplo cuando algún examen de laboratorio (CD4 o carga viral) tiene resultado desfavorable o no experimenta el progreso esperado. Si bien la aparición de la terapia combinada en 1996 mejoró de modo significativo la calidad de vida, la toma de la medicación exige mucha rigurosidad en los horarios y presenta gran variedad de efectos adversos que pueden llevar al abandono del tratamiento. Las drogas producen efectos indeseados y es el cuerpo el que evidencia la capacidad de tolerar y responder al tratamiento. En algunos casos la dificultad de tolerancia orgánica a la medicación en un momento inicial puede ser superada, en otros no. Los obstáculos en la tolerancia a las drogas no pasan sólo por su toxicidad reconocida sino también por cuestiones subjetivas. Según cómo haya sido subjetivada la seropositividad a veces la vivencia que tienen los pacientes ante el malestar es la de que el tratamiento los “descompone”, les “hace mal”, es amenazante, peligroso y no puede ser tolerado como no puede ser elaborada la situación de enfermedad. En ocasiones la fantasía de cobayo puede impedir el acceso a un tratamiento o bien su prosecución.

UN FRAGMENTO CLÍNICO:

Una paciente asintomática dice “Ayer estuve en el hospital, fui a ver a la Dra. X. y me indicó otro CD4... Estoy confundida y llena de bronca: no hay reactivos en el Htal., me dijeron que debía ser por el cambio de autoridades, que mientras tanto para el análisis fuera a otro lado, pero no tengo plata... no voy a ir más a ese Hospital pensé en ir a otro y empezar todo de nuevo; pero... ¿no estaré haciendo una macana? Me dijo que no sólo el CD4, también la carga viral y como puedo saber yo si eso está bien, como puedo evaluar lo que es más conveniente, yo no soy médica. Intervengo:” Pero la Dra. X. sí, ¿qué sucede?”. La paciente: “No sé, me parece que me pasó algo, que no sé qué fue, que deje de confiar de golpe”. “¿Qué golpe?”, le pregunto. “Según como den los resultados del CD4 y la carga viral me dijo que empezara a tomar medicación... De acuerdo a las últimas investigaciones están probando cocteles en pacientes que tienen determinadas características. Pero me siento un conejito de Indias, están experimentando (se angustia mucho), también sé que es la única opción, pero me resulta muy difícil tomar la decisión... Además los efectos colaterales (enumera una larga lista), le pedí a la médica que me dijera estadísticamente qué cosas me iba a producir y no puede hacerlo... pero si sigo así, el problema van a ser los efectos que tenga en mi cabeza... tengo miedo de que el remedio sea peor que la enfermedad”. Retomo esto: que

efectivamente para ella el remedio era peor que la enfermedad ya que había relatado todos los efectos secundarios y no mencionó ninguna acción terapéutica. Respondió entonces que el remedio era peor que la enfermedad porque al tomar las pastillas todos los días y cada día iba a tener presente la enfermedad y le resultaba insoportable tanto como quedar sujeta a la investigación y a la experimentación.

Otros pacientes realizan interrupciones regulares del tratamiento por su cuenta, por ej.: un paciente varón de 34 años que rigurosamente tomó su medicación por largo tiempo, dejó de hacerlo los días domingo porque era el día "libre" según sus palabras "libertad y vacaciones de la medicación y de la enfermedad" y con un factor agregado: sin comunicarle nada de esto al infectólogo, ¿Cómo incluir este dato fundamental en la relación con su médico?.

El conocimiento médico es una interpretación "objetiva" del cuerpo o de los síntomas del enfermo pero para el paciente, el cuerpo no es simplemente un objeto físico o un estado fisiológico. Comprender la enfermedad es partir de que está necesariamente contenida en una experiencia. Es a través de representaciones e impresiones producidas por el malestar físico y/o psíquico que los individuos se constituyen en enfermos, con lo cual la enfermedad deviene no sólo un hecho sino una significación. Las estadísticas no dan cuenta de la enorme variabilidad de singulares posiciones subjetivas, ni de lo constitucional diferente de cada organismo, ni de la existencia de contención familiar y social, de contar o no con un proyecto de vida, ni de la estigmatización o aceptación social que pueda tener un sujeto como tal. Son diversos factores que pueden pluri-determinar una evolución singular.

La falta de participación activa, la puesta a disposición y entrega pasiva del cuerpo desubjetivizado puede obstaculizar el tratamiento. Los pacientes llamados naïves, no pueden ser considerados naïves/ingenuos. La apuesta ha de ser a la autonomía y la responsabilidad de las personas, el avasallamiento subjetivo conduce a lo peor.

La ciencia deja de lado lo que se refiere a las posiciones subjetivas del médico y del enfermo. Lo que les queda de subjetividad son sólo unos jirones y esos jirones son siempre sospechosos: en el paciente hacen intervenir

sentimientos del orden del pudor; el miedo, la angustia, que pueden llevarlo a rechazar los análisis y los tratamientos médicos; en el médico perjudican la necesaria objetividad para el diagnóstico y para que en las decisiones a adoptar cuenten sólo los imperativos terapéuticos. El fenómeno de Burn-out testimonia de esto en los profesionales: el sufrimiento en el equipo de salud. La ciencia ocupada en la enfermedad no contempla en su verdadera dimensión al sujeto que sufre. El sufrimiento remite al sujeto que lo experimenta y a lo que constituye su fantasma, esto es a su propia historia y al discurso que puede sostener sobre su historia y su enfermedad. ¿Cómo recuperar algo de la subjetividad, de ese sufrimiento –clave en la demanda del enfermo– que tantas veces retorna en expresiones corporales que escapan al dominio de la medida, la estadística, la cuantificación y se muestran imposibles de auscultar, monitorear y radiografiar?

Los diferentes aspectos que configuran la situación de vivir con HIV/Sida se imbrican y plurideterminan constituyendo la complejidad que caracteriza a la problemática. Las dificultades en la adherencia surgen muchas veces como expresión de una resistencia (psíquica) en la elaboración de la situación, en ocasiones puesta en el cuerpo.

Los puntos particulares a partir de los cuales una persona habla de su seropositividad proveen claves que permiten situar la posición subjetiva que lo caracteriza en la enfermedad. Leer esas apuestas y volver a ponerle de algún modo esas claves a disposición tal vez le permitan orientarse de otro modo, desenvolverse un poco mejor.

Para finalizar diremos que las drogas antiretrovirales de alta eficacia han cambiado la marcha de la enfermedad. Entre los mayores desafíos hoy: la potencia, la resistencia (viral), la toxicidad y los efectos secundarios son aún materia de intensa investigación para poder triunfar sobre las limitaciones actuales de los fármacos disponibles, junto a estas variables nos parece necesario considerar que la adherencia no es un problema de disciplina sino una cuestión inherente al tratamiento antiretroviral que depende fuertemente de factores subjetivos y también de la relación médico-paciente. Este eje es central y concierne tanto a la singularidad de cada persona infectada como a la marcha de la epidemia.

Bibliografía:

- Freud, S. *Pulsiones y sus destinos. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva.*
- Lacan, J. *Seminario II. El yo en la Teoría de Freud. Ed. Paidós.*
- Clavreul, J. *El orden médico. Ed. Argot.*
- *Revista Actualizaciones en SIDA N° 47 y 48.*
- *Revista Infosida N°3. Coordinación SIDA (G.C.B.A.).*
- López, L. *¿Se puede prevenir el sida? Ed. Biblioteca Nueva.*

Aportaciones de la investigación básica al estudio de la participación de los neuroesteroides en la depresión

Juan Francisco Rodríguez-Landa *
Carlos M. Contreras **

RESUMEN

El periodo premenstrual, el postparto y el climaterio se caracterizan por bajas concentraciones de hormonas esteroideas, lo cual repercute en el estado de ánimo con manifestaciones que incluyen irritabilidad, ansiedad y depresión. En contraste, el reemplazo hormonal mejora el estado de ánimo de la mujer. Con el empleo de modelos experimentales de depresión en la rata se ha encontrado que durante la fase de proestro-estro del ciclo estral, la gestación o cuando se administra progesterona o sus metabolitos, es decir, cuando existen concentraciones elevadas de estas hormonas los sujetos son menos susceptibles a desarrollar desesperanza. En paralelo, ocurre un incremento de la actividad neuronal del núcleo septal lateral, de manera semejante al efecto producido por los antidepressivos clínicamente eficaces. La progesterona y sus metabolitos neuroactivos modulan el estado de ánimo a través de acciones sobre el receptor GABAA localizados en estructuras cerebrales involucradas en la fisiopatología de la depresión, además, estas hormonas interactúan con sistemas de neurotransmisión modulando el estado de ánimo, lo que abre el espacio hacia la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas para el manejo de la depresión. Palabras clave: Antidepressivos, depresión, modelos animales, neuroesteroides.

INTRODUCCIÓN

La importancia clínica de los neurosteroides fue reconocida desde los años 70's[14], sin embargo, el estudio de sus implicaciones en enfermedades como la ansiedad y la depresión surgió la última década del siglo pasado[9]. Las hormonas esteroideas son compuestos lipofílicos que se sintetizan en las gónadas y las glándulas adrenales a partir del colesterol. Los neurosteroides se sintetizan en el sistema nervioso central a partir del estero[2]; mientras que los esteroides neuroactivos son esteroides que, independientemente de su origen, atraviesan la barrera hematoencefálica y modifican la actividad neuronal mediante acciones sobre el receptor GABAA[1]. Los neurosteroides y los esteroides neuroactivos participan de una forma solo parcialmente conocida en la fisiopatología de la depresión[24]. Por lo que, resulta atractivo su estudio desde el punto de vista neuroquímico, neurofisiológico y conductual con la finalidad de entender el papel que juegan en la modulación del estado de ánimo.

*Doctor en Psicología
(Neurociencias de la conducta)
Investigador del Laboratorio de Neurofarmacología, Instituto de Neuroetología. Catedrático de la Facultad de Química Farmacéutica Biológica y del postgrado en Neuroetología, Universidad Veracruzana. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-México).
Xalapa, Veracruz, México.

** Médico y Doctor en Ciencias fisiológicas
Investigador del Laboratorio de Neurofarmacología, Instituto de Neuroetología y del Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM. Catedráticos de la Facultad de Química Farmacéutica Biológica y de los postgrados en Neuroetología e Investigación Clínica, Universidad Veracruzana. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores (SNI-México).
Xalapa, Veracruz, México.

NEUROESTEROIDES Y DEPRESIÓN

Las mujeres en el periodo premenstrual, el postparto y el climaterio sufren una mayor incidencia de irritabilidad, ansiedad y depresión, lo cual se ha relacionado con el descenso de las concentraciones plasmáticas de hormonas esteroideas como el estradiol, la progesterona y la alopregnanolona[9,24]. La depresión postparto ocurre en aquellas mujeres que tuvieron niveles anormalmente elevados de progesterona durante la gestación, representando tal vez, un posible síndrome de abstinencia a dicha hormona[13]. En algunas mujeres con depresión postparto existe una correlación negativa entre la severidad de la depresión y los niveles circulantes de hormonas esteroideas, es decir, entre menor es la concentración de progesterona y alopregnanolona plasmática, mayor es el puntaje en la Escala de Depresión de Hamilton[17]. En contraparte, la administración oral de progesterona en mujeres con síndrome premenstrual desminuye los síntomas de ansiedad y depresión[8], al restaurar las concentraciones circulantes de la alopregnanolona[11]. En pacientes con depresión mayor también se han encontrado concentraciones disminuidas de alopregnanolona en el líquido cefalorraquídeo[23], mientras que los pacientes deprimidos tratados con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como la fluoxetina y la fluvoxamina mejoran su estado de ánimo, en paralelo a la restauración de las concentraciones plasmáticas de alopregnanolona[23]. Los datos antes señalados muestran una relación entre las concentraciones de hormonas esteroideas y el estado emocional del individuo.

EFFECTO DE NEUROESTEROIDES EN LA PRUEBA DE NADO FORZADO

En apoyo a las observaciones clínicas, la investigación básica ha puesto en evidencia que las hembras son las que mejor responden a los antidepresivos con respecto a los machos, lo cual podría estar relacionado con la

presencia de progesterona y otras hormonas en la fase de proestro-estro del ciclo estral[4]. En efecto, en la prueba de nado forzado, un modelo experimental de depresión[18], las ratas en esa fase del ciclo estral o en los días 14-16 de gestación cuando incrementan las concentraciones plasmáticas de progesterona y sus metabolitos, incrementan su motivación para escapar de la situación de apremio a la que son enfrentadas; un efecto semejante al producido por los antidepresivos clínicamente eficaces[5]. Por otro lado, la administración intraperitoneal de progesterona o alopregnanolona en la rata y el ratón también incrementan la motivación del animal por escapar a una situación estresante, al igual que los antidepresivos clorimipramina y fluoxetina[15,16], efecto que es bloqueado por antagonistas del receptor GABAA. Estos datos señalan que las concentraciones elevadas de neuroesteroides, en condiciones fisiológicas normales o por administración exógena, ejercen un efecto tipo antidepresivo a nivel experimental, lo cual reproduce los datos encontrados en el ser humano. A pesar de que las acciones de las hormonas esteroideas no son del todo conocidas, existen evidencias de que sus acciones se establecen sobre receptores localizados en estructuras cerebrales involucradas en la fisiopatología de la depresión y en las que los antidepresivos ejercen algunas de sus acciones.

ACCIÓN DE LOS NEUROESTEROIDES EN ESTRUCTURAS CEREBRALES INVOLUCRADAS EN LA DEPRESIÓN

En la fisiopatología de la depresión participan estructuras límbicas como el septum lateral y el hipocampo dorsal, entre otras estructuras cerebrales[7,22], en las que las hormonas esteroideas ejercen algunas de sus acciones. Por ejemplo, en ratas en la fase de proestro-estro las concentraciones extracelulares de alopregnanolona incrementan en el hipocampo dorsal[12], mientras que las neuronas del septum lateral incrementan su tasa de disparo, lo cual se relaciona con el aumento de la motivación del animal en la prueba de nado forzado[5]. Más aún, la dosis de alopregnanolona que ejerce un efecto antidepresivo a nivel experimental, incrementa también la tasa de disparo neuronal del septum lateral[20], de manera semejante al antidepresivo fluoxetina[6]. Lo anterior sugiere una relación entre el incremento de la tasa de disparo neuronal del septum lateral y el efecto antidepresivo a nivel experimental. Por otro lado, la aplicación in situ de progesterona o alopregnanolona en el septum lateral o el hipocampo dorsal, pero no en el septum fimbrial, de la rata también ejerce un efecto tipo antidepresivo en la prueba de nado forzado, que es bloqueado por antagonistas del receptor GABAA[10,19]. Nuestros datos confirman que el septum lateral y el hipocampo dorsal participan en el efecto antidepresivo de progesterona y alopreg-



Presidente : Lic. Jorge Brener

CURSO REGULAR SUPERIOR De FORMACION EN PSICOSOMATICA

Frecuencia: Semanal - Martes de 13 a 15 horas.

Inicio: Junio 2006

CURSO INTENSIVO De FORMACION EN PSICOSOMATICA

Frecuencia: Mensual - Segundo Sábado de c/mes de 9 a 15 horas

Inicio: Agosto 2006

-Ambos cursos son de 9 meses de duración-

Consultar en secretaría: 4775-1673. Av. Córdoba 4580- Capital Federal
E-mail: ipba@fibertel.com.ar
Http.: www.elsigma.com/ipba

nanolona, como ya se ha identificado para los antidepresivos clínicamente eficaces[5].

LA APORTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA

Los datos obtenidos en animales de experimentación permiten formular hipótesis que ayudan a entender las alteraciones que subyacen a una determinada patología, así como de los mecanismos por los cuales diversas sustancias ejercen sus efectos terapéuticos. Las alteraciones en el estado de ánimo de la mujer durante el periodo premenstrual o el postparto sugieren un posible síndrome de abstinencia a la progesterona o sus metabolitos. En estudios recientes, encontramos que la suspensión brusca de progesterona en ratas induce estados de ansiedad en la prueba de enterramiento defensivo y de depresión en la prueba de nado forzado, mientras que la reducción gradual de esta hormona ejerce un efecto ansiolítico y antidepresivo[21]; este último efecto se reproduce también en la mujer al usar un esquema de reducción gradual con clormadinona, un derivado sintético de progesterona, cinco días antes de la menstruación[3].

En el caso particular del estudio del papel que juegan los neuroesteroides en la depresión, se ha encontrado que interactúan con sistemas de neurotransmisión que modulan el estado de ánimo, lo que abre el espacio hacia la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas. Sin embargo, a pesar de los avances en el entendimiento de la modulación del estado de ánimo por los neuroesteroides y de que se están desarrollando estudios adicionales con la idea de generar una nueva clase de antidepresivos, el camino aun es largo.

RECONOCIMIENTO

El presente trabajo se realizó con apoyos otorgados, al primer autor, por de la Secretaria de Educación Pública (SEP-México) a través del PROMEP. Registro del Proyecto: UVE-PTC-155, PROMEP/103.5/05/1955.

Bibliografía

1. Baulieu EE, Robel P, Schumacher (2001). Neurosteroids: beginning of the story. In: Biggio G, Purdy RH (eds) *Neurosteroids and brain function*. USA: Academic Press, pp. 2-26.
2. Baulieu EE, Robel P, Schumacher M (1999). Neurosteroids: from definition and biochemistry to physiopathologic function. In: Baulieu EE, Robel P, Schumacher M (eds) *Neurosteroids: a new regulatory function in the nervous system*. New Jersey: Humana Press, pp 1-25.
3. Contreras CM, Azamar-Arizmendi G, Saavedra M, Hernández-Lozano M (2006). A five-day gradual reduction regimen of clormadinone reduces several symptoms of premenstrual dysphoric disorder: A pilot study. *Arch Med Res*, Submitted.
4. Contreras CM, Lara-Morales H, Molina-Hernández M, Saavedra M, Arrellín-Rosas G (1995). An early lesion of the lateral septal nuclei produces changes in the forced swim test depending on gender. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiat* 19:1277-1284.
5. Contreras CM, Molina M, Saavedra M, Martínez-Mota L (2000). Lateral septal neuronal firing increases during proestrous-estrous in the rat. *Physiol Behav* 68:279-284.
6. Contreras CM, Rodríguez-Landa JF, Gutiérrez-García AG, Bernal-Morales B (2001). The lowest effective dose of fluoxetine in the forced swim test significantly affects the firing rate of lateral septal neurons in the rat. *J Psychopharmacol* 15:231-236.
7. Contreras CM, Saavedra M, Rodríguez-Landa JF, Bernal-Morales B, Gutiérrez-García AG (2002). Neuroquímica de la emoción y la motivación. En: Hernández-González M (ed) *Motivación Animal y Humana*. México D.F: El Manual Moderno, pp 39-64.
8. Dennerstein L, Spencer-Gadner C, Gotts G, Brown JB, Smith MA, Burrows GD (1985). Progesterone and the premenstrual syndrome: a double blind crossover trial. *Br Med J* 290:1617-1621.
9. Dubrovsky BO (2005). Steroids, neuroactive steroids and neurosteroids in psychopathology. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiat* 29:169-192.
10. Estrada-Camarena E, CM Contreras, M Saavedra, I Luna-Baltazar, C López-Rubalcava (2002). The lateral septal nuclei (LSN) participate in the antidepressant-like actions of progesterone. *Behav Brain Res* 134:175-183.
11. Freeman EW, Purdy RH, Coutifari C, Rickels K, Paul SM (1993). Anxiolytic metabolites of progesterone: correlations with mood and performance measures following oral progesterone administration to healthy females volunteers. *Neuroendocrinology*, 58:478- 484.
12. Frye CA, Walf AA (2002). Changes in progesterone metabolites in the hippocampus can modulate open field and forced swim test behavior of proestrous rats. *Horm Behav* 41:306-315.
13. Harris B, Lovett L, Mewcombe RG, Read GF, Walker R, Rias-Fahmy D (1994). Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *Br Med J* 308:949-953.
14. Holzbauer M (1976). Physiological aspects of steroids with anaesthetic properties. *Med Biol* 54:227-242.
15. Khisti RT, Chopde CT, Jain SP (2000). Antidepressant-like effect of the neurosteroid 3(-hydroxy-5(-pregnan-20-one in mice forced swim test. *Pharmacol Biochem Behav* 67:137-143.
16. Martínez-Mota L, Contreras CM, Saavedra M (1999). Progesterone reduces immobility in rats forced to swim. *Arch Med Res* 30:286-289.
17. Nappi RE, Petraglia F, Luisa P, Polatti F, Farina C, Genazzani AR (2001). Serum allopregnanolone in women with postpartum "blues". *Obstet Gynecol* 97:77-80.
18. Porsolt RD, Lenégre A (1992). Behavioral model of depression. In: *Experimental approaches to anxiety and depression*. Elliot JM, Heal DJ, Malsden CA (eds) New York: John Wiley & Sons Ltd, pp 73-85.
19. Rodríguez-Landa JF, Contreras CM, Bautista-Martínez FE, Saavedra M, Bernal-Morales B, Lozano-Hernández R (2005). Antidepressant-like effect of a microinjection of allopregnanolone in the dorsal hippocampus and lateral septal nucleus in the rat: involvement of GABA_A receptor. *Behav Pharmacol* 16(Suppl 1):S45.
20. Rodríguez-Landa JF, Contreras CM, Bernal-Morales B, Gutiérrez-García AG, Saavedra M (2006). Allopregnanolone reduces immobility in forced swimming test and increases firing rate of lateral septal neurons through actions on GABA_A receptor in the rat. *J Psychopharmacol*, In press.
21. Saavedra M, Contreras CM, Azamar-Arizmendi G, Hernández-Lozano M (2006). Differential progesterone effects on defensive burying and forced swimming tests depending upon a gradual decrease or an abrupt suppression schedules. *Pharmacol Biochem Behav*, In press.
22. Sheehan TP, Chambers RA, Russell DS (2004). Regulation of affect by the lateral septum: implications for neuropsychiatry. *Brain Res Rev* 46:71-117.
23. Uzunov V, Sheline Y, Davis JM, Rasmusson A, Uzunov DP, Costa A, Guidotti A (1998). Increase in the cerebrospinal fluid content of neurosteroids in patients with unipolar major depression who are receiving fluoxetine or fluvoxamine. *Proc Natl Acad Sci USA* 95:3239-3244.
24. van Broekhoven F, Verkes RJ (2003). Neurosteroids in depression: a review. *Psychopharmacology (Berl)* 165:97-110.

Marcia Onzari,
Marcela Volpi,
Ricardo Groisman,
Romina Plataroti,
Rafael Groisman

Encrucijadas Actuales: Deporte y Salud Mental

Los autores son Integrantes
del Capítulo "Deporte y
Salud Mental" de la AASM

Podríamos pensar la relación entre dos campos tan diversos como el deporte y la salud mental como la intersección de dos conjuntos, cada uno de los cuales es a la vez, heterogéneo. Con el término deporte aludimos muchas veces a situaciones tan diferentes como el deporte recreativo, la aplicación del ejercicio en la promoción de la salud y el deporte de alto rendimiento practicado por los atletas de elite. Por otra parte, bajo el rótulo "salud mental" agrupamos disciplinas tan diversas como la neurociencia, distintas escuelas de psicoterapia y técnicas complementarias, por mencionar sólo algunas. En nuestro capítulo estudiamos varias de las posibles articulaciones que pueden establecerse entre estos dos conjuntos, pero en este artículo por razones de espacio dejaremos de lado tanto los aportes que pueden hacerse a este tema desde el estudio del funcionamiento cerebral, como los determinantes y repercusiones sociales del deporte, y con la intención de comenzar a plantear algunas cuestiones, sólo nos referiremos a

1. La inclusión del ejercicio en los programas de promoción de la salud.
2. Algunos conceptos de la psicología del deporte aplicada al alto rendimiento.

Destacaremos también la relación entre la nutrición y los dos puntos precedentes.

El término "encrucijadas", en su doble acepción de cruce y acechanza, nos permite pensar la relación entre el deporte y la salud mental tanto con una connotación positiva de complementariedad y enriquecimiento mutuo como con una connotación negativa que remite a los posibles efectos perjudiciales de esta interacción.

1. La actividad física es aceptada y considerada desde hace tiempo como un recurso terapéutico de primera línea en la prevención y tratamiento de patologías como hipertensión arterial, diabetes y obesidad. A estas indicaciones ya clásicas, últimamente se ha agregado la aplicación de la actividad física en el abordaje del stress y algunos cuadros depresivos. Por otra parte, gracias al interés despertado por las patologías ligadas al envejecimiento, hoy se sabe también que el ejercicio no extenuante retrasa el mencionado proceso. Sin embargo existen dificultades para que el paciente lleve a cabo esta indicación, ya sea por cuestiones inherentes a sí mismo (apego a hábitos sedentarios), a su medio ambiente (conflictos familiares o laborales) como por una inadecuada prescripción médica. En relación a esto último citamos dos ejemplos:

a) A pesar de ser conocidos y demostrados científicamente los beneficios del ejercicio en el tratamiento de la enfermedad coronaria, en una encuesta reciente, sólo el 28% de los pacientes coronarios recibió consejo médico para desarrollar actividad física, y por otro lado, sólo a 4 de cada 10 de éstos pacientes se les proporcionó ayuda a la hora de establecer un programa de ejercicio 10.

b) En Gran Bretaña, y en el ámbito de la práctica de los médicos clínicos generalistas, un trabajo revela que sólo el 5% de los pacientes depresivos reciben la indicación de ejercicio, mientras que al 92% les son indicados antidepressivos 15. De esta manera, los profesionales estarían desoyendo el consejo "deporte y no píldoras" que, propuesto por la Oficina de Salud inglesa, buscaba mejorar la eficacia del tratamiento de cuadros depresivos leves y moderados.

Si bien se puede pensar que la subprescripción de ejercicio se debe a múltiples motivos, entre ellos falta de información, creencia por parte del profesional de que el paciente no cumpliría la indicación o razones vinculadas al marketing y/o económicas, podría ocurrir también que profesionales de la salud sedentarios no pensarán en el ejercicio en el momento en que podría ser adecuado prescribirlo.

Por otra parte el equipo de salud, buscando conseguir mejores resultados de adherencia, ha intentado comprender un poco más el perfil de personalidad de sus pacientes. Así por ejemplo, se han aplicado al estudio de la obesidad conceptos tales como "vicisitudes de la pulsión oral", "baja tolerancia a la frustración", o "dependencia y



congreso 2007

II Congreso Argentino de Salud Mental

Buenos Aires, Marzo de 2007

- 2^{da}. **ENCUENTRO INTERAMERICANO DE SALUD MENTAL**
- 2^{da}. **REUNION RIOPLATENSE DE PSICOANALISIS**
- 2^{da}. **ENCUENTRO DE EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL**
- 6^{ta}. **CONFERENCIA ARGENTINA DE MUSICOTERAPIA CLINICA**
- 2^{da}. **SIMPOSIO ARGENTINO DE TOXICOMANIAS Y CONDUCTAS ADICTIVAS**
- 2^{da}. **JORNADA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA, PSICOFARMACOLOGIA Y SALUD MENTAL**

Comisión Directiva

PRESIDENTE:
Dr. Eduardo Grande

VICEPRESIDENTE:
Dr. Pablo Fridman

SECRETARIO GENERAL:
Lic. Alberto Trimboli

SECRETARIO CENTRICO:
Dr. Juan Carlos Fantin

SECRETARIO DE ACTAS:
Dr. Nestor Saborido

SECRETARIO DE ETICA:
Dr. Ricardo Soriano

SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES:
Lic. Gustavo Bertrán

SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES:
Lic. Silvia Raggi

SECRETARIO DE PRENSA:
Lic. M. T. Ruben Gallardo

SECRETARIO DE PUBLICACIONES:
Dr. Carlos Marachlian

SECRETARIO DE CULTURA:
Dr. Roberto Bilotta

SECRETARIO DE BIBLIOTECA:
Lic. Dario Galante

TESORERO:
Lic. Maria Belén Baudron

VOCAL TITULARES:
Dra. Susana Calero,
Lic. Irma Domínguez

COMISION REVISORA DE CUENTAS:

TITULARES:
Dr. Horacio Rodríguez O'Connor,
Dr. Ariel Falcoff

SUPLENTE:
Lic. Rosa Daniel

INFORMES E INSCRIPCION: AASM Ayacucho 234. Ciudad de Buenos Aires
Tel: 4952-8930 / www.aasm.org.ar / administracion@aasm.org.ar

adhiera: DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Realización y comercialización Integral

GRUPO UNO
SERVICIOS CORPORATIVOS

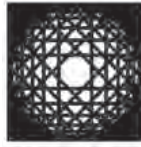
www.gu-producciones.com
info@gu-producciones.com

adhesión:

ELEA
SALUD MENTAL
SERVICIOS PROFESIONALES

Neurotrox **CR**

Neurotrox
permite ver la vida
sin depresión, ni ansiedad



A.D.E.I.P.

**X CONGRESO NACIONAL DE PSICODIAGNOSTICO
XVII JORNADAS NACIONALES DE ADEIP**

"Crisis. Mutaciones - Rupturas - Posibilidades"

**Sede: Paseo de la Plaza, Corrientes 1660, Ciudad Autónoma de Bs. As.
5, 6 y 7 de octubre de 2006**

Conferencistas invitados

Lic. Silvia Rivera, epistemóloga.

Conferencia: Ciencia y valores: los límites de la objetividad científica.

Dra. Patrizia Deitinger: especialista italiana en burn out y stress

Conferencia: Stress de origen laboral y mobbing: intervenciones preventivas y metodología diagnóstica.

Simposium central

Transformaciones en el Psicológico

Lic. Néilda Alvarez, Ps. Helena Lunazzi, Ps. Fernando Silberstein

ACTIVIDADES PRE-CONGRESO

Aulas Magnas de la Facultad de Psicología y la Facultad de Ciencias Económicas Universidad del Salvador: Marcelo T. de Alvear 1312.

Día 4 de Octubre de 2006 de 9:00 a 13:00 Hs.

Lic. Beatriz Mercado: "Alcance Diagnóstico del WAIS III"

Lic. Silvia Castella: "La práctica del Psicológico en el Daño Psíquico"

Día 4 de Octubre de 2006 de 14:00 a 18:00 Hs.

Mgter. Marta Diaz de Dragota: "Evaluación Psicológica para portar armas y licencias de conducir."

Dra. Renata Frank de Verthelyi: "Publicar con éxito en el área de Evaluación Psicológica"

SECRETARIA E INFORMES:

SANTA FE 1752 - 2° B Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Martes y Jueves de 18 a 21 hs. TE: 011-4811-2122

congresoadeip06@yahoo.com.ar



**Fundación para la Mujer y los Trastornos
del Comportamiento Alimentario**

**Un nuevo espacio de encuentro, con
renovado diseño y más categorías de
información.**

www.fumtadip.org.ar

Sede Central Salguero 3056 2° "A" (C1425DO)

Buenos Aires, Argentina Tel/Fax: (11) 4801 5533 / 4807 7048

REGICE N°: 021547 ONG N°: 383 fumtadip@fumtadip.org.ar

adicción". Existe ya en la sociedad una toma de conciencia bastante generalizada respecto de la necesidad del tratamiento de la obesidad, a partir de que prestigiosos estudios mostraron la correlación que tiene el sobrepeso/ obesidad con el mayor riesgo de morbilidad. Sin embargo parece menos conocido que también existen importantes trabajos que demuestran el alto riesgo que tienen de enfermar o morir los individuos sedentarios con peso normal o bajo 17. Más aún, las personas con sobrepeso y/ o obesidad que realizan actividad física en forma regular y modifican sus hábitos alimentarios enferman y mueren menos que los hombres y mujeres con peso dentro de los valores considerados como normal sin entrenamiento y con malos hábitos alimentarios.8 El riesgo de padecer infarto de miocardio disminuye mas del 60% en las personas activas versus las sedentarias.11 Sin embargo, son cada vez más las horas dedicadas a mirar televisión llegando en algunos países a 42 horas semanales, tiempo que es restado a la actividad física.

Pensamos que los integrantes de los equipos de salud mental estamos más acostumbrados a prestar atención a los síntomas "ruidosos" como compulsiones o pasajes al acto, como los que pueden verse en la obesidad y más recientemente en la "adicción" a la computadora. Quizás debamos ocuparnos también de los silenciosos procesos mentales que podrían estar determinando la conducta de las personas sedentarias.

Tanto la Asociación Americana del Corazón como el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Deporte recomiendan una actividad física moderada no menor a media hora diaria o una hora 4 veces a la semana. Dichas instituciones sostienen que esta actividad debe ser acorde con la edad del paciente, favorecer la adherencia y crear un hábito. 12 En este punto pensamos que en ocasiones, y con la intención de promover el cumplimiento de la indicación de actividad física, los profesionales del equipo de salud "empujan" a personas que durante toda su vida han mantenido un estilo de vida sedentario, a realizar un cambio para el que podrían no estar psíquicamente preparados. Este trabajo de adaptación a una nueva situación, que muchas veces acompaña a la toma de conciencia de una condición patológica (enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad), debería ser contenido y orientado cuidadosamente.

2. Las primeras hipótesis con las que se comenzó trabajando en el campo de la psicología del deporte sostenían que existía una estrecha correlación entre el perfil de personalidad y una determinada elección deportiva (clase de deporte, puesto de juego, etc.); y viceversa, eran inferidas variables de personalidad a partir del análisis del gesto deportivo (Nachón, Nascimbene, 1998). Esta perspectiva constituía una extrapolación del modelo clínico al ámbito del deporte. El acento en la indagación de la personalidad fue luego decreciendo a la par que era profundizado el énfasis en el estudio de las variables ambientales. En los tardíos años setenta y comienzos de los ochenta se agrega la consideración de la importancia de los factores cognitivos del atleta y su performance, destacándose la intervención de estructuras y procesos de pensamiento, toma de

decisiones (decision-making), resolución de problemas (problem-solving), y su interacción con las emociones. Actualmente, el paradigma interaccional o constructivista constituye el enfoque más estudiado y generalizado en el cual existe una mayor plausibilidad de operacionalización (transformación de constructos teóricos en unidades empíricas mensurables y transmisibles) de las variables psicodeportivas, así como de los procedimientos y resultados de la Psicología del Deporte. 12

Las técnicas psicológicas creadas por el psicólogo especializado son beneficiosas si se hacen proyectos posibles y adecuados a las posibilidades del atleta. Estas estrategias serán llevadas a cabo de forma integrada junto con el entrenador, el equipo médico con todos los especialistas y con el deportista. Es para esto necesario hacer un plan de trabajo que se adaptará a todas las demandas y situaciones que surjan. En este caso es fundamental que el entrenador comprenda que lo ayudará trabajar con un psicólogo especializado en deportes ya que sus tareas se complementan; pueden ser "intervenciones indirectas" a partir del asesoramiento por parte del psicólogo al entrenador, fisioterapeuta, médicos, padres, directivos y todas las personas relevantes en el entorno del deportista que, sumado a la "intervención directa" con el deportista permita alcanzar el estado psicológico óptimo necesario.

Los puntos más importantes a trabajar son: motivación, confianza, concentración, control de presiones y entrenamiento mental.

Lo primero que hay que tener en cuenta desde que se comienza a trabajar con el deportista a partir de la primera entrevista es la motivación y por ende la autoconfianza. La psicología de la motivación se interesa por la cuestión del origen, dirección y persistencia de la conducta. Cabe marcar la diferencia entre motivo y motivación 2.

Los motivos, que se definen como las razones para hacer algo, son características relativamente estables que inducen a una persona a iniciar determinadas actividades. Se vuelven activas bajo circunstancias específicas o se realizan en la conducta.

La motivación se relaciona con el estado del organismo al que se considera responsable de la realización de una determinada actividad en un punto preciso del tiempo 16. Tal estado del organismo es una combinación de factores personales (internos) y de situación (externos). Cuando los motivos son realizados se habla de motivación. Esta última depende en gran parte del establecimiento de objetivos. Los objetivos mantienen a cada deportista dedicado a aquello que se propuso. Estos guían al deportista y deben ser lo suficientemente altos para motivar, aunque no deben ir más allá de la realidad, o sea deben ser realizables. El compromiso del deportista se verá modificado si se le pide al mismo que acepte el objetivo pidiéndole su participación en el establecimiento del mismo, en el entrenamiento, en la selección de los incentivos y las recompensas. Gran parte de la actividad humana se realiza por el placer que supone o por el interés que su ejecución conlleva. La propia actividad constituye el premio y es también objetivo en sí mismo y no un medio para un fin específico. Esto es lo que se debería lograr con los deportistas ya que las conductas intrínsecamente motivadas son

aquellas que una persona acomete para sentirse competente, autodeterminante y cuyo valor radica en la propia conducta. La motivación intrínseca es una forma positiva de que el deportista esté motivado, ya que los sentimientos de aptitud y el interés persisten en él. Si solo está extrínsecamente motivado el interés desaparece con el premio. Un reforzamiento externo creciente llevará a una persona a percibir su conducta como sometida al control del reforzamiento y ello determina a su vez una disminución en la motivación intrínseca.

El papel motivador que tiene la percepción de uno mismo actúa como agente capaz de llevar a término determinadas acciones. Se utilizan técnicas cognitivas 3 para lograr una reestructuración cognitiva, ya que éstas proporcionan procedimientos específicos para identificar y modificar el paradigma personal del deportista: identificación y monitoreo de pensamientos automáticos disfuncionales, reconocimiento de la conexión entre pensamientos, emociones y conductas, evaluación de la razonabilidad de los pensamientos automáticos, sustitución de las inferencias automáticas disfuncionales por interpretaciones más razonables e identificación y modificación de los supuestos disfuncionales implícitos. Cuando el atleta descubre la construcción de su realidad se motiva para centrarse en los acontecimientos reales y en los significados que les atribuye, pudiendo éstos adquirir un significado nuevo concordante con la realidad y abierto al tipo de satisfacciones y objetivos que persigue. Este trabajo se complementa con otras técnicas, entre ellas, el uso de la imaginación, mediante técnicas de visualización, que se realizan siempre después de una sesión de relajación y enseñanza de respiración diafragmática.

Pensamos que el atleta no es un paciente 9, y la tarea del psicólogo deportivo consiste en ayudarlo a mejorar destrezas, habilidades y superar obstáculos desarrollando capacidades que el deportista utilizará en los momentos en que lo valore necesario. La enseñanza de las habilidades psicológicas necesarias para que el atleta pueda enfrentarse a las situaciones de competición deportiva con mayores recursos hace que el psicólogo del deporte sea al mismo tiempo un educador.

A pesar del sostén y orientación que el equipo profesional les provee, muchas veces los atletas se ven presionados a exceder sus límites. Los desórdenes alimentarios y las conductas patológicas para mantener o reducir el peso serían un ejemplo actual de esta extralimitación. La prevalencia de patologías alimentarias es mayor en mujeres deportistas que en las no deportistas, siendo más susceptibles las que compiten en deportes donde la magreza o un peso corporal específico son un factor determinante del rendimiento, en comparación con atletas que compiten en deportes donde el peso no es tan importante.

Las investigaciones sugieren que aproximadamente un tercio de las atletas mujeres luchan con conductas patológicas para controlar su peso 4,7; si bien el deporte no es la "causa" de estos trastornos puede ser parte integral de la patogénesis y contribuir a perpetuarlos.4 Sin embargo, entre las deportistas que practican disciplinas deportivas en las cuales el peso es considerado un factor poco importante, también existen desórdenes alimentarios.

Un trabajo de investigación realizado en Argentina corrobora estos datos. Fueron evaluadas 270 mujeres deportistas de 11 a 24 años, con el objetivo de determinar síntomas de trastornos alimentarios y los factores que podrían predisponer a ellos. Los resultados fueron que el 31 % de la población estudiada sufría síntomas de anorexia, el 4,4% síntomas de bulimia, el 31% estaba insatisfecha con su imagen corporal y un 21% tenía conductas perfeccionistas, siendo en todos los casos más prevalentes en el rango de 15 a 18 años. No se comprobaron diferencias significativas de síntomas de anorexia en el grupo que practicaban deportes de mayor riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (atletismo, gimnasia artística, danza, etc.) con respecto a las que practicaban deportes considerados de menor riesgo de padecer trastornos alimentarios (hockey, voley, etc.), concluyendo que ambos grupos eran de riesgo. Sin embargo si fueron significativamente diferentes los dos grupos respecto a la bulimia, el 91,6% se encontraban en el grupo considerado de no-riesgo. En esta investigación se pudieron corroborar como factores predisponentes o precipitantes de patologías alimentarias; el motivo de elección estético del deporte, el nivel de exigencia personal, los cambios de peso corporal mayores al 5% y las presiones para mantener un bajo peso1.

Pensamos que las problemáticas de las patologías vinculadas al sedentarismo por un lado y el stress generado por el alto rendimiento por el otro, requieren abordajes específicos a través de diferentes disciplinas incluídas en el campo de la salud mental, cada una con su propio cuerpo de conocimientos. Sin embargo, consideramos que no debemos olvidar que todo este conjunto de variaciones se presentan en personas, cada una de ellas con una historia singular, con una significación estrechamente ligada a las experiencias de cada sujeto. Podemos por ejemplo, pensar la obesidad sin incluir la dimensión de los vínculos tempranos de ese determinado paciente? Del mismo modo, se puede estudiar la formación de un atleta, su apogeo y retiro, aisladamente del interjuego identificadorio y posibles conflictos con su familia, entrenadores y compañeros de equipo?

Las raíces del concepto de Psicología del Deporte descansan en la Grecia Clásica y en las culturas asiáticas. En ellas no sólo era conocida la interdependencia mente-cuerpo puesta en acto en el gesto deportivo, sino que la misma era enfatizada como tópica central en el sentido de dos

orientaciones, que a posteriori devendrían basales para esta disciplina de las Ciencias del Deporte: el desarrollo integral de la persona y su rendimiento atlético. (Nachon, C.; Nascimbene, F. 1998). Ulteriores investigaciones nos permitirán seguir realizando aportes -desde una perspectiva interdisciplinaria y pluralista- a la compleja encrucijada entre el Deporte y la Salud Mental.

Bibliografía

- 1 Aufran, F. Burguel, F. Navarro, E. Onzari, M. Paz, J. Estimación de prevalencia de síntomas de desórdenes alimentarios en deportistas y la influencia de algunos factores predisponentes para contribuir al desarrollo de los mismos en mujeres de 11-24 años. Selección. Revista Iberoamericana de Medicina del Deporte N° 1 Vol. 6.1998
- 2 Barberá Heredia Ester "Modelos explicativos en Psicología de la motivación" Revista electrónica de Motivación y Emoción volumen 5 número 10.
- 3 Beck, Aaron; Rush, A.; Shaw, Brian F; Emery, Gary "Terapia Cognitiva de la Depresión" Editorial Descleé de Brouwer.
- 4 Brownell K., Rodin J. Prevalence of Eating Disorders in Athletes. In: Brownell K., Rodin J, Wilmore J. Eating, Body Weight and Performance in Athletes: Disorders of Modern Society. Philadelphia, PA: Lea & Febiger, 1992
- 5 Chopak J, Taylor - Nicholson M. Do female college Athletes Develop Eating Disorders as a Result of the Athletic environment? In: Black d, ed: Eating Disorders among Athletes, Reston, VA: American Association of Health, Physical Education, and Dance; 87-96, 1991
- 6 Esper, R. Vilariño, J. La placa Aterosclerótica Vulnerable. Laboratorio Bago. Pág. 115. 2000
- 7 Garner g, Rosen L Eating Disorders among Athletes: Research and Recommendations. J Appl. Sport Sci. Res.;5(2): 100-107, 1991
- 8 Gaesser, G. Delgadez y pérdida de peso: es beneficioso o perjudicial para la longevidad? Proceedings; Resúmenes del Simposio Internacional en Ciencias Aplicadas al Deporte. Biosystem Pág4-16 1999.
- 9 González Carballido, Luis Gustavo "Una aproximación práctica a la psicología del deporte" Efdportes.com.
- 10 Kriskovich Juré, Jorge O. CONAREC (Consejo argentino de residentes de cardiología). Noviembre de 2003
- 11 Lee, I. Paffenbarger, R. Do physical activity and physical fitness avert premature mortality. Excer. Sport Sci. Rev. 24: 135-171. 1996
- 12 Nachon, C.; Nascimbene, F. (2001). Introducción a la Psicología del Deporte. EUdeBA (Centro Cultural Ricardo Rojas).Bs.As.
- 13 Roffé; Fenili; Giscafré "Mi hijo el Campeón. Las presiones de los padres y el entorno" Lugar Editorial.
- 14 Sundgot- Borgen, Eating Disorders among Female Athletes, Physiand and Sport Medicine 2: 89-95, 1987
- 15 The Observer, UK News, 27 de Marzo de 2005.
- 16 Weinberg Robert; Gould Daniel "Comprensión de la Motivación" Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico Cap. 4 Editorial Ariel Psicología
- 17 Williams, M. Nutrición para la Salud, la Condición Física y el Deporte. Editorial Paidotribo.2002



moebius
difusión psi

MOEBIUS DIFUSIÓN se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con la salud mental y la cultura en general: congresos, jornadas, cursos, reuniones, presentación de libros y cualquier otra información que pueda interesar a la comunidad psi. Contamos con la lista mas grande de e-mails de profesionales e instituciones psi Argentinas y del Mundo. Si desea difundir un evento o actividad psi, contáctese con nosotros a:

info@moebiusdifusion.com

I Congreso Argentino de Salud Mental



En el acto de apertura del I Congreso Argentino de Salud Mental se realizó el día 16 de marzo de 2006 a las 8.30 hs. y la mesa estaba integrada por el Dr. Pablo Fridman, la Lic. Silvia Raggi, el Lic. Alberto Trimboli, el Dr. Roger Montenegro y el Dr. Pablo Berretoni

Entre el 16 y 18 de marzo de 2006 se realizó en Buenos Aires el I Congreso Argentino de Salud Mental organizado por la AASM (Asociación Argentina de Salud Mental). Además de contar con el auspicio de la World Federation For Mental Health (WFMH) y la adhesión de la Dirección General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, el evento contó con el auspicio de 89 organizaciones e instituciones científicas de la Argentina y del exterior.

Durante los tres días que duró el congreso se expusieron más de 800 trabajos seleccionados, no solo de nuestro país, sino también de Brasil, Perú, Colombia, Venezuela, Bolivia, Cuba, Uruguay, Paraguay, España, Bélgica, Suiza, Panamá, Puerto Rico, México y Estados Unidos.

Asimismo, contamos con casi 2000 inscriptos provenientes de variados puntos del planeta, cantidad inédita para un primer congreso. Esto nos anima a seguir trabajando en la misma línea, poniendo nuestro empeño en el deseo de realizar eventos que coloquen el nivel científico y académico en un claro primer lugar de prioridades, algo que parece obvio pero en la actualidad muchas veces es dejado de lado. Para ello, es necesario soportar las tensiones de las diferencias en un campo tan amplio como es el de la salud mental y propiciar un debate científico que consideramos, comenzó a partir de la fundación de la AASM y se consolidó a partir de este congreso.

Nos sentimos orgullosos de haber reunido todas las profesiones que forman el área de salud mental. Creemos que la participación de profesionales de otras asociaciones y sociedades científicas, como sucedió en este congreso, solo puede tomarse como enriquecedoras de nuestro proyecto y no como antagónica.

La respuesta obtenida en esta convocatoria nos llena de orgullo y nos pone de manifiesto que el mensaje fue claro.

Agradecemos la valiosa colaboración de los laboratorios Elea, Bagó, Roche, Abbott, Baliarda, Souberian Chobet, Gador y Rafo, a las editoriales Paidós, Del Cífrado, Akadia y Salerno, a Moebius Difusión Psi y a la Universidad John F. Kennedy por su generosa participación.

Dentro del marco del congreso se han entregado diferentes premios y menciones en las diferentes categorías a saber:

TRABAJOS CON OPCIÓN A PREMIO:

Se presentaron 25 trabajos en sobre cerrado, con seudónimo, con opción a ser premiados. Todos tuvieron un nivel excelente. Los premiados fueron los siguientes:

1° Premio: "Estudio sobre el trastorno de ansiedad fóbico generado por computadora y herramientas de tecnología digital (tecnofobia, en sujetos adultos cordobeses)"

Leticia Elizabeth Luque - Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba

2° Premio: "Triangulación ciencia, sujeto y economía de mercado"
Elena O. Vasine

3° Premio: "Acerca de nuestras prácticas en situaciones límites"
Alicia Beatriz Iacuzzi - Asociación Psicoanalítica Argentina (APA)

1° Mención: "Una aproximación a la historia de las infancias: la infancia leída en clave tiempo"
Betty Korsunsky - Asociación Psicoanalítica de Bs. As. (APdeBA)
Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados (AEAPG)

2° Mención: "La huella de nuestros actuales miedos sexuales: HIV / SIDA"
Carlos Gustavo Motta - Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)
Centro de Estudios Superiores en Psicoanálisis y Psiquiatría



También estaban presentes el Dr. Néstor Saborido, el Dr. Eduardo Grande y el Dr. Juan Carlos Fantin. Uno de los oradores fue el Dr. Pablo Berretoni, Director General de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

MENCIÓN PARA POSTERS

Se presentaron 45 posters provenientes de Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, México, Estados Unidos, España y Puerto Rico. El jurado otorgó los siguientes premios y menciones:

- 1° Premio:** *"Influencia de las visitas sobre los puntaje de depresión de mujeres reclusas"*
Frank Pulido-Criollo, Juan Francisco Rodríguez-Landa
(Universidad Veracruzana, Instituto de Neuroetología, Laboratorio de Neurofarmacología - Veracruz / México)
- 2° Premio:** *"Propiedades psicométricas de la versión española del Perceived Stress Questionnaire en una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de Buenos Aires"*
Sònia Lahoz i Ubach, María Forns i Santacana - (Universidad de Barcelona - España)
- 3° Premio:** *"La inserción del psicólogo en la atención de embarazos de alto riesgo"*
María Renée Alessia, Paula Suaya - (Hospital Penna - Bs. As. / Argentina)
- 1° Mención:** *"Autismo, Emoción y Cognición: un dispositivo terapéutico para analizar y reconstruir las relaciones intersubjetivas entre el niño y sus padres y generar un reposicionamiento simbólico que potencie la salida del autismo en niños pequeños"*
Liliana N. Kaufmann - (Bs. As. / Argentina)
- 2° Mención:** *"Subjetividad infancia y práctica social"*
Elda N. Fornari, Griselda B. Santos, Catalina D. Saragossi, María E. Pizzo, Gonzalo Clerici, Karina Krauth - (Bs. As. / Argentina)
- 3° Mención:** *"Percepción de la gravedad de un estresor causado por el uso de drogas y uso diferencial de las estrategias de afrontamiento en adolescentes"*
Ángela María Trujillo Cano, María Forns i Santacana, Carlos Andrés Trujillo Valencia - (Universidad de Barcelona - España)

MENCIONES PARA COMUNICACIONES LIBRES, MESAS REDONDAS Y TALLERES.

- MESA REDONDA** *"Psicoprofilaxis quirúrgica: la construcción de un espacio interdisciplinario"* - PRESIDENTA: Irma Zurita- SECRETARIA: Patricia Oliveira- DISERTANTES: María del Carmen Mucci, Osvaldo Salhé, Silvina Pantaleone (Buenos Aires)
- MESA REDONDA** *"Unidad abierta de psiquiatría un nuevo y eficaz modelo asistencial"* - PRESIDENTE: José Hernández Martínez - DISERTANTES: José Hernández Martínez (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca - Universidad de Murcia - España) - Francisco Toledo Romero (Universidad de Murcia - España) - Mateo Campillo Agustí (Hospital Morales Meseguer de Murcia - España) - Ignacio Hernández Álvarez (Hospital del Perpetuo Socorro de Albacete - España)
- MESA REDONDA** *"El Abordaje Plurimodal en Musicoterapia"* - PRESIDENTE: Diego Schapira - DISERTANTES: Diego Schapira, Mayra Hugo, Karina Ferrari (Programa ADIM, Asistencia, Desarrollo e Investigación en Musicoterapia - Bs. As. / Argentina)
- COMUNICACIÓN LIBRE:** *"La joven homosexual de Freud: transferencia y pasaje al acto"* Pablo Diego Muñoz (Universidad de Buenos Aires - Bs. As. / Argentina)
- COMUNICACIÓN LIBRE:** *"El sueño como elaboración de lo inconsciente"* Iván Samaniego (Centro Médico Vista Alegre- Panamá)

MESA REDONDA *"Abordajes en Salud Mental en escenarios complejos. Experiencia en New Orleans (huracán Katrina)"* PRESIDENTE: Claudia Gómez Prieto - DISERTANTES: Claudia Gómez Prieto, Susana Chames, Mirta Holgado (SAPSED, Sociedad Argentina de Psicología en Emergencias y Desastres - Bs. As. / Argentina)

MESA REDONDA *"Equivalentes de la angustia en la época (marcas subjetivas de lo social y cultural)"* PRESIDENTE: María Cecilia Gasbarro - DISERTANTES: Marta Toppelberg, Liliana Cazenave, Leonor Feller (Bs. As. / Argentina)

COMUNICACIÓN LIBRE: *"Os centros de apoio Psicossocial: um modelo de assistência pública em saúde mental em expansão no Estado de Alagoas - Brasil"* Adélia Augusta Souto de Oliveira, Damáris Gusmão, Juliana Almeida Bastos (Universidad Federal de Halagaos - Maceio / Brasil)

CONFERENCIA *"Delirio re-presentación y psicosis"*
José Antonio Lara Peinado (UNIVA, Universidad del Valle de Atemajac - Puerto Vallarta - México)

MESA REDONDA *"Juegos en la oscuridad"*
PRESIDENTE: Liliana Verónica Moneta
"Escrito en el cuerpo". A propósito de 'los cortes' en los adolescentes.
Liliana Verónica Moneta
"Marca que marca la exclusión". Acerca de los tatuajes.
Marilú García Colado
"El doctor pide ayuda"
Rosa María Giachero
"Tribulaciones, lamento y ocaso". Acerca de las tribus urbanas.
Carmen Susana Macri

MESA REDONDA *"Taller de creatividad del Hospital de Día de adicciones (Hospital Álvarez)"*
PRESIDENTE: María Julia Cebolla Laceras
SECRETARIA: Nancy Peñalosa
"Diario de dos miradas"
Carolina Fernández Saldaña, Elisa Soto Gutiérrez
"La mirada materna en las adicciones"
María Julia Cebolla Lasheras
"La adolescencia y las adicciones"
Nancy Peñalosa, Fernanda Cohen Bale
(Hospital Alvarez - (Bs. As. / Argentina / España)

TALLER *"Taller de Creación Actoral: Borges en el Sur"*
(Actividad teatral con Adultos Mayores)
DIRECCIÓN: Zulema Caldas (Grupo del Centro Municipal de Salud N° 12) Marta Méndez - COORDINACIÓN: Noemi González
(Capítulo de Psicogerontología de la AASM - Bs. As. / Argentina)

*Dentro del marco del congreso
se realizó la
GALERÍA DE ARTE ELEA,
donde expusieron sus obras
los artistas plásticos
GESILDE BONACCI y
OSCAR DANTE GUASTAVINO*



Alberto Trimboli, Jorge Beckerman,
Juan Carlos Fantin, Eduardo Grande,
Roberto Mazzuca, Pablo Fridman,
Gustavo Bertran, Silvia Raggi,
Néstor Saborido, María Belén Baudron,
Olga Sánchez, Héctor Ferrari y
Leonardo Peskin

Homenaje a Sigmund Freud a 150 años de su nacimiento.

Organizada por la Asociación Argentina de Salud Mental y la División Salud Mental del Hospital Alvarez, el lunes 8 de mayo de 2006, se realizó en el Aula Magna del Hospital Alvarez de Buenos Aires, una jornada en homenaje a Sigmund Freud a 150 años de su nacimiento.

Con la coordinación de Pablo Fridman (Hospital Alvarez y AASM), la mesa la integraron Héctor Ferrari (APdeBA), Roberto Mazzuca (EOL), Leonardo Peskin (APA) y Jorge Bekerman (Comunidad Russell).

La jornada abrió con la exhibición de un video familiar del creador del Psicoanálisis donde se lo veía en escenas junto a familiares y amigos, otro en diferentes actividades científicas, y finalmente, un reportaje radial efectuado a Freud por la BBC de Londres unos meses antes de su muerte.

Luego de las palabras de apertura efectuadas por el Presidente de la AASM, los disertantes repasaron la vida y obra de Freud, uno de los mas grandes pensadores del ultimo siglo.

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN DE ARTICULOS

- Los trabajos deberán ser enviados al director de la Revista Conexiones, Dr. Eduardo Grande.
- El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de rechazar los originales que no considere apropiados o cuando no cumplan con los requisitos mínimos.
- Los trabajos serán evaluados por el comité científico de la revista.
- Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente a otra publicación. Si fue publicado anteriormente, y el artículo sea considerado de sumo interés, el autor deberá presentar la autorización del editor que lo haya publicado con anterioridad.
- Se presentará el trabajo original acompañado de tres copias (texto, gráficos e ilustraciones si las hubiere) en diskette o CD, aclarando el formato de los mismos.
- Deberá tener una extensión total de entre 4 y 7 páginas con letra arial N° 14.
- Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución a la que pertenecen, localidad y país. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.

Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.

- Resumen del trabajo y palabras clave en castellano y en inglés y no excederá las 200 palabras.
- Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: Bibliografía de Revistas: Apellidos e iniciales de todos los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, primera página y año. Bibliografía de Libros: Apellidos e iniciales de todos los autores, título del libro en su idioma original, páginas, editorial, ciudad y año, en este orden.
- Las publicaciones presentadas para que sea considerada su publicación que no cumplan con los requisitos explicitados anteriormente serán remitidos al autor responsable para su modificación.

Laboratorio
ELEA
DIVISION
NEUROPSIQUIATRIA

EPAMIN[®]
FENITOINA SODICA

Un clásico irremplazable
Bajo lic. Parke-Davis


lamirax[®]
LAMOTRIGINA

Un paso adelante en la terapia
antiepiléptica y los trastornos
bipolares

PAROXETINA
Neurotrox[®]

Permite ver la vida
sin depresión ni ansiedad


PriKap[®]
Levodopa 250 Carbidopa 25

El Goal Standard en
el tratamiento preciso de
la enfermedad de Parkinson

RISPERIDONA
ResteleA[®]

Reinserta al paciente
en la vida cotidiana

neutop[®]
TOPIRAMATO

Eficacia y seguridad en epilepsia,
trastornos bipolares
y tratamiento de la migraña


OLDINOT[®]
Donepecilo clorhidrato

Le dice NO a la vejez
con deterioro cognitivo y funcional

