



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 2 Nº 6 Septiembre de 2006
DISTRIBUCION GRATUITA



/ Diabetes Mellitus Tipo 2 y Sintomatología Depresiva Pacientes Puertorriqueños / Filosofía y Psicoanálisis: Freud, Lacan, Heidegger / La acción analítica en pacientes seropositivos no es una clínica psicoanalítica especializada / Psicofarmacología en estrés postraumático: una puesta al día / Sobre la metáfora paterna / Diálogos sociales con enfoque apreciativo, una nueva metodología para la promoción de la salud



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 Héctor, 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

PRESIDENTES DE 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: *LIC. BEATRIZ GARDEY (EN FORMA INTERINA)*

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*

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGIA

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*

DEPORTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *DR. RAFAEL GROISMAN*

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: *SILVIA KLEIBAN*

PSICOEDUCACION EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *GUILLERMO FERNANDEZ A'ADAM*

CONTENIDO

5

*José R. Rodríguez-Gómez
Rosa J. Rodríguez-Benítez*
Diabetes Mellitus Tipo 2 y
Síntomatología Depresiva Pacientes
Puertorriqueños

8

Juan Carlos Fantin
Filosofía y Psicoanálisis:
Freud, Lacan, Heidegger

10

Carlos Gustavo Motta
La acción analítica en pacientes
seropositivos no es una clínica
psicoanalítica especializada

14

*Roberto E. Sivak
Pablo Díaz Tolosa*
Psicofarmacología en estrés
postraumático: una puesta al día

23

Beatriz Schlieper
Sobre la metáfora paterna

27

Mónica L. Barbosa D.
Diálogos sociales con enfoque
apreciativo, una nueva metodología
para la promoción de la salud.

Imagen de tapa:

*Visions of the Daughters
of Albion, William Blake
(1793)*

*Las visiones de las
Hijas de Albión.*



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



Curso de Postgrado

Actualización Teórico Práctica Estrés Trauma e Intervención en Desastres

Director: Dr. Roberto Sivak

Organiza Capítulo de Estrés y Trauma de la Asociación Argentina de Salud Mental - IETBA Instituto Estrés Trauma Buenos Aires

Auspician Asociación Médica Argentina, Asociación Psiquiatras Argentinos, Departamento Salud Mental y Neurociencias Universidad Maimónides y Sección Intervención en Desastres Asociación Mundial de Psiquiatría

Duración Octubre a Diciembre 2006 de 8.30 a 12.00 hs. (Módulos mensuales - Frecuencia semanal)

Docentes invitados Prof. Héctor Basile, Prof. Carlos Collazo, Dr. Pablo Díaz Tolosa, Dr. Eduardo Grande, Prof. Néstor Koldobsky, Prof. Hugo Lande, Dr. Daniel Mosca, Prof. Jaime Smolovich, Prof. Gustavo Tafet, TO. Marcela Torreiro, TO. Valeria Berengauz, MT Andrea Bernardini, MT Vanina Colombo, Lic. Carlos Ghigliazza, Lic. Clara Horikawa, Lic. Ana Maria Huertas, Lic. Jorge Libman, Lic. Angela Ponce

Temario Trauma psíquico- Abanico clínico-Entrevistas preliminares-Diagnostico diferencial- Psicofarmacología. Trauma psíquico en el campo médico-violencia laboral, de género, familiar, Indicadores periciales de daño psíquico. Estrés agudo, crónico y estrés postraumático. Burn out, mobbing, Intervenciones psicológicas, psiquiátricas, ocupacionales, musicoterapéuticas y psicopedagógicas. Violencia urbana. Resiliencia.

Cupo limitado - Se otorgan certificados oficiales

Otorga puntaje para recertificación Asociación Médica Argentina CRAMA

Lugar de realización Auditorio de Asociación Argentina Agentes Propaganda Médica - Avellaneda 2144 Buenos Aires

Inscripción e informes ietba@yahoo.com.ar / Cel. 15 5060 0610 / www.ietba.com.ar
administración@aasm.org.ar / 4952-8930 /www.aasm.org.ar

Diabetes Mellitus Tipo 2 y Sintomatología Depresiva Pacientes Puertorriqueños

José R. Rodríguez-Gómez*
Rosa J. Rodríguez-Benítez **

INTRODUCCIÓN

Puerto Rico es una isla caribeña, donde la prevalencia de Diabetes mellitus se ha identificado como desproporcionalmente alta al ser comparada con otras condiciones metabólicas en la isla (CDC, 2004; Pérez, Pérez, & Suárez, 2001). Recientemente se ha identificado la Diabetes como la tercera causa de mortalidad en Puerto Rico, esto sin contar el que exacerbe la co-morbilidad de otras patologías (i.e depresión) (Departamento de Salud Puerto Rico, Reporte Anual Estadísticas Vitales, 1999-2001; Rodríguez, Rodríguez & Dávila, 2005). El Centro de Diabetes para Puerto Rico (CDPR) entidad creada por el gobierno de Puerto Rico para reducir la prevalencia, mortalidad y morbilidad de diabetes en la isla, y la Universidad Carlos Albizu, se han dado a la tarea de investigar las características socio-demográficas y clínicas asociadas al desarrollo de sintomatología depresiva en pacientes diabéticos con problemas de síntomas depresivos.

EL ENLACE ENTRE LA DIABETES Y LA DEPRESIÓN:

Varias fuentes de evidencia científica sugieren que la depresión influye en el metabolismo de la glucosa y en el riesgo de diabetes (Musselman et al., 2003). La prevalencia de depresiones clínicas significativas es doblemente alta en los individuos con diabetes que en aquellos que no tienen diabetes (Anderson et al., 2001). Investigaciones han demostrado que la depresión esta asociada con el pobre control glucémico en pacientes con diabetes Tipo 1 o 2, y que los síntomas depresivos estaban asociados con un aumento en la incidencia de diabetes (Carnethon, 2003; Golden, 2004).

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

- Examinar y determinar si la sintomatología depresiva, según medido por el "Center for Epidemiological Studies Depresión Scale" (CES-D), esta asociada con la información de la salud de los pacientes, necesidades, conocimiento y comprensión de la condición de Diabetes Tipo 2 (i.e., manejo de la patología, tipo y medicamentos utilizados y patrones de ejercicios y nutricionales) en el CDPR.

MÉTODO

Se desarrolló y validó un cuestionario sociodemográfico y de información de Salud que incluía el CES-D (escala de sintomatología depresiva). Se exploró cuales variables estaban asociadas (estadígrafos y correlaciones) con sintomatología depresiva en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del CDPR, durante 6 meses.

RESULTADOS

Veintisiete cuestionarios fueron analizados. El análisis socio-demográfico re-

* MD, MPH, PhD, FAAETS.
Medico y Sociólogo. Fellow de la
American Academy Expert in
Traumatic Stress. Es catedrático
en la Universidad Carlos Albizu
y Director de Investigación del
CDPR.

** MPH, MS, PhD.
Epidemióloga y Psicóloga.
Asistente de Investigación del
Centro de Diabetes para Puerto
Rico (CDPR) y estudiante
doctoral del Programa PhD.
Clínico de la Universidad Carlos
Albizu, San Juan Puerto Rico.

sultó en lo siguiente: Distribución de género: 74% son femeninos y 26% son masculinos. Categorías de edad: 62-72 años (37%), 51-61 años (33.3%), 40-50 años (18.5%), y 29-39 años (3.7%). Estado civil: Casado (55.6%), soltero (18.5%), divorciado (14.8%), y viudo (11.1%). Ocupación: Ama de casa (44.4%), Retirado (11.1%), Incapacitado (11.1%), y otros (33.4%). Nivel de educación: cuarto año (30%), de sexto a noveno grado (18.5%), universidad/ no graduado (20%), y Bachillerato (15%). Del total de la muestra, 84.6% tienen un familiar con diabetes y 52% y un 32% tienen un conocimiento regular o pobre sobre la diabetes respectivamente. En adición 74% nunca recibieron educación sobre la diabetes.

Actitudes reportadas relacionadas a la diabetes y las puntuaciones de CES-D

La Escala de Actitudes hacia la Diabetes del CDP (EAD-CDP) tiene un excelente índice de validez del contenido (Alfa Crombach = .98).

Tabla 1

ACTITUDES RELACIONADAS A LAS PUNTUACIONES CES-D

ITEM (RANGO DE RESPUESTA = MUY DE ACUERDO/ DE ACUERDO)	POR CIENTO (%)
“LA DIABETES AFECTA CASI TODOS LOS ASPECTOS DE LA VIDA DE UNA PERSONA CON DICHA ENFERMEDAD.”	70
“EL CONTROL PERMANENTE DE LA DIABETES LA CONVIERTE EN UNA DURA EXPERIENCIA.”	74
“PARA LA PERSONA CON DIABETES CONTROLAR SU ENFERMEDAD ES FRUSTRANTE.”	66.6
“LA PERSONA CON DIABETES PUEDE LLEVAR UNA VIDA NORMAL.”	81
“LAS DECISIONES IMPORTANTES DEL CONTROL DIARIO DE LA DIABETES DEBERÍAN SER TOMADAS POR LA PERSONA QUE PADECE LA ENFERMEDAD.”	70
“LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD DEBERÍAN PROPORCIONAR INFORMACIÓN A LAS PERSONAS CON DIABETES SOBRE LAS ALTERNATIVAS QUE OFRECEN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN.”	89
“LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD QUE TRATAN PERSONAS CON DIABETES DEBEN SER ADIESTRADOS EN LA TAREA DE COMUNICACIÓN.”	85
“LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD DEBERÍAN CONOCER COMO EL CUIDADO DIARIO DE LA DIABETES AFECTA LA VIDA DE QUIENES LA PADECEN.”	78
“ES IMPORTANTE QUE LOS EDUCADORES DE PERSONAS CON DIABETES TENGAN CONOCIMIENTOS PARA ORIENTARLAS EN EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD.”	85

RESULTADOS DE CES-D REPORTADOS

La traducción al español del CES-D fue utilizada. Una puntuación de 16 o mayor es considerada “depresivo”. En la muestra: 56.56% son “depresivos” y un 44.44% son “no depresivos”. Estas categorías constituyen sintomatología depresiva y no un diagnóstico clínico.

ANÁLISIS DE REGRESIÓN JERÁRQUICA

Un análisis de regresión jerárquica con múltiples grupos fue realizada (Ver Tabla 2). Cuatro grupos fueron creados: la primera incluyó información socio-demográfica (21 variables), la segunda incluyó actitudes de los pacientes diabéticos (17 variables), la tercera tomó en consideración el conocimiento/ comprensión de los pacientes (14 variables), y la cuarta y último grupo, incluyó información sobre la salud del paciente (31 variables). La ecuación de regresión utilizada predice un 100% de la variable criterio (puntuación total CES-D) en el mejor modelo optimizado/fijo de acuerdo con el modelo de la ecuación matemática identificada a un intervalo de confianza del 95%.

Las mejores variables predictivas en la ecuación son: “religión”, “estado civil”, “educación”, “familiares con diabetes”, “tiempo con la condición/ diagnóstico de diabetes”, “género”, y “mi esposa me ayuda con la condición de diabetes”. Utilizando las variables anteriores, estas explican el 34% de las puntuaciones de CES-D en nuestra muestra. Reconocemos que existe una limitación en la muestra (n = 27) que puede afectar nuestros resultados, especialmente con la ecuación predictiva. Sin embargo, nos da una visión general sobre las variables predictivas que son relevantes para el control de la sintomatología depresiva en los pacientes con DMT2.

Tabla 1

Conglomerado	R	R ²	_R
Paso 1 Socio-demográfico	.719*	.517	.517
Paso 2 Actitudes	.773*	.597	.072
Paso 3 Conocimiento/ Comprensión	.902*	.814	.202
Paso 4 Información de Salud	1.00*	1.00	1.00

Nota: El conglomerado de las variables utilizadas deben ser solicitadas a Dr. José Rodríguez, vía correo electrónico: jrrodz@coqui.net * $p < .05$.

Controlando por edad y género, se encuentra una asociación negativa, fuerte y significativa entre los pacientes que "quieren recibir educación en diabetes" y pacientes que "reciben educación en diabetes" ($r = -1.00$, $p = .000$). En adición, se encontró una asociación negativa, fuerte y significativa entre "las complicaciones por diabetes" y "problemas oftalmológicos" con "educación en diabetes" ($r = -1.00$, $p = .000$). Además, hay una asociación alta, negativa y significativa con reactivos de actitudes tales como "control glucémico estricto y continuar disfrutando la vida" con pacientes que "reciben educación sobre dietas y ejercicios" ($r = -1.00$, $p = .000$). La puntuación CES-D tiene una asociación negativa, fuerte y significativa con "recibir educación sobre la diabetes y/o estrés" ($r = -.98$, $p = 0.23$); también hay una asociación negativa y significativa con "recibir educación para los problemas de azúcar alta en sangre" ($r = -.98$, $p = 0.22$).

Una prueba t fue realizada para verificar las diferencias estadísticas entre los géneros, no se encontró diferencias significativas. Sin embargo, para la edad, la Prue-

ba t fue significativa para el intervalo de 29 a 50 años en pacientes que "reciben educación sobre las complicaciones de diabetes" y "recibir educación para los problemas de azúcar alta en sangre" ($t(25) = 331.07$, $p = .000$).

CONCLUSIONES

El conocimiento que tienen los sujetos diabéticos sobre su condición tiende a ser un factor protector para disminuir la sintomatología depresiva. Es vital desarrollar programas de educación para prevenir futuras complicaciones y mejorar la prognosis general de estos pacientes.

Bibliografía

Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001; 27, 1069-1078.

Carnethon, M.R., Kinder, L.S., Fair, J.M., Stafford, R.S. & Fortmann, S.P. Symptoms of depression as a risk factor for incident diabetes: findings from the National Health and Nutrition Examination Epidemiologic Follow-up Study, 1971-1992. *American Journal Epidemiology*, 2003; 158, 416-423.

CDC. Preventive Care Practices Among Adults with Diabetes-Puerto Rico, 2000-2002. *MMRW*. 2004; 53 (44), 1047-1050.

Golden, S.H., Williams J.E., Ford D.E., Yeh H-C, Sanford, C.P., Nieto, F.J. & Brancati, F.L. Depressive symptoms and the risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27, 429-435.

Musselman, D.L., Betan, E., Larsen, H. & Phillips, L.S. Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology and treatment. *Biol. Psychiatry*. 2003; 54, 317-329.

Pérez, R., Pérez, C.M. & Suárez, E.L. Trends in Diabetes Mellitus Mortality in Puerto Rico: 1980-1997. *PRHSJ*. 2001; 20(1), 19-24.

Puerto Rico Health Department: Office of Health Statistics. Puerto Rico Annual Report for Vital Statistics. (1999-2001). San Juan, Puerto Rico.

Rodríguez, J., Rodríguez, R.J. & Dávila, M (2005). 9th European Congress, Spain



**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**

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

**Radiollamada:
4527-9000 / 5288-9000 / 46783550
ATENEA Cod. 8512**

Filosofía y Psicoanálisis: Freud, Lacan, Heidegger

Juan Carlos Fantin

Psicoanalista. Psiquiatra.
Secretario Científico
Docente UBA.

RELACIÓN ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LA FILOSOFÍA

Mucho se ha hablado de cuál puede ser la relación entre la filosofía y el psicoanálisis; y si bien no siempre se llega a igual conclusión, lo cierto es que el pensamiento de Freud, sobre todo la orientación que Lacan le imprime al descubrimiento freudiano, propone siempre algún tipo de discusión esclarecedora con la filosofía del Ser, inaugurada por Heidegger.

Para el caso presente, lo que fundamenta que nos aboquemos a un nuevo encuentro, es la creencia en que, la abierta interpelación que ambos producen en el pensamiento dominante de la modernidad, nos provee de recursos discursivos para pensar la época actual, en lo que atañe a la posición del ser humano y su padecer, su pathos.

En 1935, en un curso que luego fue publicado como "Introducción a la metafísica", el filósofo de Friburgo emite frases de marcado tono profético, con un meditado tinte fuertemente literario, tratándose de un texto filosófico; dice en aquella ocasión: "Cuando el más apartado rincón del globo haya sido técnicamente conquistado y económicamente explotado; cuando un suceso cualquiera sea rápidamente accesible en un lugar cualquiera y en un tiempo cualquiera; cuando se puedan "experimentar", simultáneamente el atentado a un rey, en Francia, y un concierto sinfónico en Tokio; cuando el tiempo sólo sea rapidez, instantaneidad y simultaneidad, mientras que lo temporal, entendido como acontecer histórico, haya desaparecido de la existencia de todos los pueblos; cuando el boxeador rija como el gran hombre de una nación; cuando en número de millones triunfen las masas reunidas en asambleas populares –entonces, justamente entonces, volverán a atravesar todo este aquelarre, como fantasmas, las preguntas: ¿para qué? -¿hacia dónde?- ¿y después qué?"

Estas palabras no hacían más que continuar el pensar puesto en camino en 1917 (o antes) a propósito de la publicación de Ser y Tiempo.

Hoy nos encontramos casi en el 'extremo de tensión' que denunciaba Heidegger; donde, frente a la mayor 'enajenación' del dasein o del serhablante, pueden volver a oírse las preguntas esenciales, que valen también para el sujeto y su atolladero neurótico.

Pero es el mismo psicoanálisis que enfrentado a una emergencia de lo real en las 'patologías actuales, o enfrentado a otras formas terapéuticas, o no, de concebir el sujeto, la técnica y la temporalidad, debe recuperar su verdad más originaria, a fin de mostrar su para qué, su hacia dónde y su después qué.

Es en este punto donde la osada propuesta de Heidegger produce un eco en la propuesta psicoanalítica. Podríamos preguntarnos, como lo hace Carpio siguiendo al filósofo alemán, si los que viviendo en esta época en la que "tenemos urgencias históricas muy concretas, peligros y problemas que nos acosan tenazmente en todos los órdenes: sociales, económicos políticos [...] y deseando vernos libres de fantasmas abstractos, desembarazados de cualquier "más allá" más o menos fantástico" podemos ocuparnos del Ser, o del orden simbólico, ¿no es acaso impertinente, agregamos, frente a propuestas que abordan al sujeto con su materialidad e inmediatez?

La respuesta que da Heidegger, y nos parece vale también para la experiencia freudiana, es que más aún se hace necesario ocuparnos del Ser; o, con Lacan, del Sujeto preso en la trama, que deslumbrado por el brillo de la enorme mul-

tipicidad de objetos técnicos que capturan su deseo, queda a merced de un goce mortífero que somete los cuerpos.

Heidegger aventuraba, un pensar que, por fuera de los planteos imaginarios que fascinan a los sujetos, le muestre al Dasein, su enajenación en el mismo modo de tratar a los objetos que tiene la época en la cual está inmerso. ("La pregunta por la técnica").

Pero ¿cómo 'responde' el Dasein a un mecanismo del que no es siquiera consciente?, pues bien la respuesta (responsabilidad) comienza a desplegarse, en principio, en el 'inconsciente' freudiano.

Freud inaugura un tipo de relación que hace posible una emergencia de la verdad, en el sentido originario que el pensador de Friburgo rescata del acervo griego, a fin de mostrar a los sujetos su escisión: captura y determinación imaginaria, por un lado; y, por otro lado, la relación a un saber inconsciente.

Esto es lo que expresa Lacan cuando sostiene que el discurso analítico, pone la 'verdad' en el lugar del agente; si bien, nos dice también que el psicoanálisis llena una página que toda filosofía deja en blanco. Pero ¿por qué el psicoanálisis va más allá del texto filosófico –completándolo?, porque se trata de una práctica que no se desentiende de la relación entre el goce y la verdad del sujeto.

Dónde tal vez se exprese mejor esta relación en la obra lacaniana, que a su vez permite una interpelación del planteo heideggeriano, es en esas estructuras de lugares y términos que Lacan denominó discursos; donde hay un lugar de la verdad, y donde, lo que delimita la posición del analista, es poner en el lugar del agente el objeto causa del deseo (objeto "a"), así como en el lugar de la verdad un saber inconsciente.

Es necesario aclarar más lo que se quiere decir.

En primer lugar, la noción de verdad que utiliza la ciencia es la verdad como 'coincidencia' entre lo que se enuncia y aquel ente del cual se enuncia; verdad que supone un sujeto observador –que enuncia sin dependencia al enunciado mismo- y un ente que se coloca ante sus ojos –objeto- visible, ya pasible de ser visto. Pues bien, ésta es ya para Heidegger una noción derivada o secundaria de la verdad; en tanto el sujeto como tal, el ser hombre no requiere de ningún proyecto científico para existir. Por el contrario, si requiere que haya algún tipo de acontecimiento, de alguna forma de ser nominado, para ser en un mundo –histórico- determinado, donde los entes –que se hallan independientemente del observador, se le tornen objetos; es decir, pasibles de ser utilizados, estudiados, investigados (como lo hace el sujeto científico) etc.

Esta forma de la verdad en que se descubre el ser, ligada intrínsecamente al ser-hablante, es la verdad originaria, verdad que des-vela, verdad como desocultamiento. No tiene ninguna correspondencia, puesto que la correspondencia es una consecuencia de las formas imaginario-simbólicas que ella misma instaure sobre lo real del ente.

En cuanto al discurso Lacan nos dice que lo funda el

lenguaje; y lo llama "esa especie de estructura" y luego "aquello por lo cual, por simple efecto del lenguaje, se precipite el lazo social". Habla de lazo social como lo que es 'instaurado' por el discurso; el discurso se ordena de modo tal que 'precipita' un lazo social; si bien habla del discurso del analista, por algunas referencias y por extensión, podría considerarse de los cuatro discursos paradigmáticos que delimitó.

El sujeto, escindido tal como lo entiende el psicoanálisis (por ser sujeto de enunciación y de enunciado), es principalmente quien toma posición, relacionándose, en esta especie de estructura que son los discursos. El sujeto se coloca así en posición respecto del significante –tanto del significante maestro S1, como de la serie significante (S2)-; pero además, se coloca en relación con el objeto "a", el objeto causa del deseo con el cual se articula en su fantasma, así queda introducido el goce, en la posición subjetiva y la relación de todo sujeto con los objetos.

A partir de esto, cualquier posibilidad de lazo social, se conforma sobre la particular posición interrelacionada de estos cuatro términos (S /, S1, S2... y "a").

Si retornamos al planteo de Heidegger en la pregunta por la técnica, El sujeto se halla determinado por un significante amo o maestro (la esencia de la época) y por una serie significante derivada que da significación a la realidad (el modo particular de descubrir y tratar con lo ente); pero está también el goce, representado por el "a", cuarto término que sostiene la posición enajenada, que el filósofo no asume.

Es en este punto, tanto para la época como para los sujetos, cuando surge el discurso analítico, discurso que pone en el lugar del agente el mismo objeto de goce, en las antípodas del discurso del amo; y coloca justamente en el lugar de la verdad S2, es decir la cadena significante que expresa el saber inconsciente; y apunta al S/ en el lugar del otro, denotando al S su escisión, colocando en el lugar de la producción al S1, un significante maestro a ser producido.

Consideramos que "Producir" está usado aquí en el sentido que Heidegger descubre como la esencia en la técnica antigua, como un conducir desde y hacia el ser mismo de la cosa).

PENSAR LA ÉPOCA.

La época actual, donde la racionalidad tecno-científica posee, como destacaba Lacan, una afinidad esencial con el capitalismo, genera una variación en esas posiciones y términos del discurso del amo, que Lacan denomina "el discurso capitalista". En esencia, como dice Alemán, se trata de que el agente repudia la determinación que recibe del lugar de la verdad para pasar a dirigirla.

El sujeto entronizado rechaza la castración, liberando al goce de todo impedimento. La hiperproducción de objetos van así a un intento tan compulsivo como efi-

mero, de colmar la falta, rechazada, del objeto causa del deseo; capturando al sujeto en una reverberación mortífera. Lacan completa así con la experiencia freudiana, lo que al Dasein faltaba de su relación a lo real del goce. La plusvalía para el capitalista, plus de goce para todos.

Frente a la interpelación, en relación al “malestar” – en el sentido freudiano-, que se genera en el lazo social, la respuesta de la época es una pregunta: “por qué no”, por qué no habría de hacer esto o aquello, de comprarlo, de robarlo, de apropiarme, o de lacerar o destruir una cultura toda, si necesito tal objeto (por ejemplo, petróleo o agua o soja).

Mas esta pregunta, no funciona como tal; sino que, por el contrario, anula la posibilidad de todo “preguntar originario” – en el sentido heideggeriano-, en la cual el sujeto se implique esencialmente, es decir sea responsable, por las consecuencias de su acto.

La pregunta está sólo ligada al cálculo de plus-valía o plus-de-goce.

¿Qué hacer entonces?, la propuesta de Heidegger es la de un pensar no metafísico, un pensar donde el propio camino del pensar sea más importante que la meta, y donde la técnica se comprenda como un pro-ducere, un producir, un acompañar-conduciendo a cada cosa según su propio ser, para que llegue a desvelarse; y no un pro-vo-car es decir, disponer de la cosa como un objeto

de stock de mercaderías para un proyecto de cálculo, que va camino a ser cálculo de puras ganancias. A este provocar, que es el modo que asume ‘la esencia técnica de la época’, Heidegger le opondrá la Serenidad: decir sí y no a la técnica, servirse de ella sin devenir un siervo. Consecuente con esto, la propuesta de todo psicoanálisis que conserve la originalidad freudiana –este es su actual desafío- de ser un revulsivo de todo sistema imaginario anquilosado y sintomático, es generar un discurso que proponga al sujeto otro modo de posicionarse frente al significante y al goce.

Según Lacan, en palabras de Jorge Alemán (“Cuestiones antifilosóficas en Jacques Lacan”), “se trata de desentrañar lo que en la plusvalía implica el plus de goce como causa del deseo”; esta aseveración, vale tanto para pensar un hacer con la época actual, como con el paciente frente al analista.

Frente al goce, se trata también del sí y no heideggeriano (concordando con Pablo Fridman, en su artículo “Actualidad del psicoanálisis”); la experiencia del goce es parte de nuestra inserción en la cultura, de posicionarnos en un discurso que precipite un lazo social, pero no debe llevarnos, por ello, a la mortificación del cuerpo (signo tan presente en la vida cotidiana de nuestras sociedades actuales: depresiones vacías, adicciones, anorexias, violencia vincular inmotivada).

¿Qué surge como necesario para que esta posición, frente al desencadenamiento del goce que promueve el Amo moderno, nos permita un hacer liberador, en el sentido del sí y no?; Lacan descreía de destronar al amo moderno, y justamente, refería que necesitaríamos una nueva “astucia de la razón en el sentido de Hegel”, para construir “un Sujeto supuesto Saber en la historia (citado por Alemán en “Cuestiones antifilosóficas [...]); en términos de Heidegger, una nueva esencia de época.

Justamente, la existencia de un significante amo, de un meta relato, que no se desentienda de su determinación por el lugar de la verdad, por lo historizante, y no pase a dirigirla, es la posibilidad de que los sujetos pongan un freno al goce en la forma de la vergüenza frente al mismo (Miller y Laurent, citado por Daniel Millas en su artículo “La ironía analítica”), algo de lo que –como refería Lacan en “El reverso del Psicoanálisis- el discurso capitalista carece en buena medida.

Bibliografía recomendada.

- Aleman, Jorge, “Cuestiones antifilosóficas en Jacques Lacan”, Buenos Aires, Atuel, 1993.
 Heidegger, Martín: “De camino al Habla”, Segunda Edición revisada, Pág. 141, Barcelona: Ediciones del Serbal, 1990.
 Heidegger, M., “La pregunta por la técnica”, Trad. de Adolfo Carpio, Rev. Época de Filosofía, N° 1.
 Heidegger, M., “Ser y tiempo”, México, FCE, Primera edición Argentina 1980.
 Lacan, J., “Los seminarios”, Bs. As., Paidós.
 Miller, J. A., “Las contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico” en El Caldero N°69, junio 1999, pag.12.



ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA DE BUENOS AIRES
CENTRO PSICOANALITICO
DR. DAVID LIBERMAN
 ORIENTACION E INVESTIGACION

- NIÑOS
- ADOLESCENTES
- ADULTOS
- FAMILIA Y PAREJA
- ORIENTACION VOCACIONAL/OCUPACIONAL
- TERAPIA GRUPAL
- EQUIPOS ESPECIALES

HONORARIOS INSTITUCIONALES

INFORMACIONES EN SECRETARIA:
 Tel. 4775-5882 / 7867 - de 10 a 17 hs.
 Maure 1850 - Buenos Aires
 E-mail: liberman@apdeba.org
www.apdeba.org

La acción analítica en pacientes seropositivos no es una clínica psicoanalítica especializada

Carlos Gustavo Motta

El alto número de víctimas que ha cobrado el sida hasta la actualidad y las modalidades de su transmisión, hacen que nadie pueda sentirse ajeno a su problemática.

El sida se instala en la vida sexual del hombre y en su relación con la muerte. Nos afecta a todos porque se presenta como un fantasma en el lazo social, además de estigmatizar la vida, incluso más allá de la actual terapia combinada (resultado de la ciencia que propone, por el momento, la cronificación de esta pandemia) y de las campañas de prevención que no alcanzan (la gente sabe y sin embargo, no se cuida). Estos argumentos alcanzan a los profesionales como al público en general. El estigma puede ser tan dañino como el propio virus. La soledad y el desamparo que genera son causa de profundo dolor para quienes padecen sus efectos.

El camino actual de esta comunicación se circunscribe alrededor de tres puntos:

- 1.- Transformación de la intimidad.
- 2.- Prevención y difusión en los medios.
- 3.- Modalidades subjetivas del dolor de existir.

1.- TRANSFORMACIÓN DE LA INTIMIDAD:

El concepto de riesgo tiene relevancia específica en nuestra época, puesto que a mi juicio, todos los sujetos tienen que afrontarlos en sus diversos niveles.

La idea de riesgo, según Anthony Giddens, parece haber tomado cuerpo en los siglos XVI y XVII y fue acuñada por primera vez por exploradores occidentales al llevarse a cabo los primeros viajes por el mundo no conocido. La palabra riesgo llegó así al idioma inglés, a través del español o del portugués, donde se usaba para señalar que se navegaba en aguas desconocidas.

Luego se utilizó la palabra riesgo en relación al cálculo de las decisiones de inversiones que planteaban incertidumbre.

Dos campos diferentes que incluyen dos variables diferentes: espacio y tiempo, destacándose en ambas que en la noción de riesgo no es sin las ideas de incertidumbre, probabilidad y decisión. Argumento que creo, se mantiene a lo largo de cualquier investigación planteada.

En el caso del sida se observó principalmente, que las políticas de Estado y los argumentos científicos, construyeron una representación pública de los riesgos asociados al sexo denominado no seguro para que los sujetos cambien sus comportamientos sexuales. En la ONU, se trató esta temática bajo la denominación de grupos vulnerables, antes llamados grupos en riesgo, concepto que disfraza términos construidos en relación a la intolerancia y segregación.

Psicoanalista.

Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana.

Director Terapéutico del Centro de Estudios Superiores en Psicoanálisis y Psiquiatría.

Director del sitio

www.elpsicoanalisis.net

2.- PREVENCIÓN Y DIFUSIÓN EN LOS MEDIOS.

Existe una tensión entre Estado-sujeto que genera dificultades en la prevención de cualquier enfermedad. Las argumentaciones sugieren dos vectores que se perfilan frente a la temática de la prevención. "Una propicia, por una parte, la castidad, las relaciones monógomas y, si no hay otra alternativa, el uso de preservativos y por otra, un silencio casi absoluto en cuanto al uso de jeringas, orientación propia de los países católicos donde se trata de mantener elidida la sexualidad y evitar el consumo de drogas inyectables no hablando acerca de ello. Un ejemplo próximo es Chile, cuya campaña de prevención indicaba que el sida se transmite primero por relaciones sexuales y en segundo lugar por relaciones sexuales entre hombres: la pregunta que formulamos es si acaso son categorías de vida sexual. Aquí ubicamos un impasse. La sexualidad y el goce no pueden ser regulados por los aparatos de estado. Cada sujeto se confronta a su elección sexuada y su elección de objeto. No hay un para todos, sino que se trata de un para cada uno. Sin duda el recurso oscurantista que intenta velar las cuestiones esenciales que movilizan a cada sujeto: el amor, el deseo y el goce, es un subterfugio que sostiene un nuevo mandamiento que conduce a lo peor. Los prejuicios, el pacto de silencio, la segregación, no hacen más que alimentar la propagación de

la enfermedad. Se trata de hablar de ello pero lo difícil es encontrar la manera adecuada". (Psicoanálisis y sida. Motta-Tendlarz)

3.- SEXUALIDAD: DIMENSIONES DISCURSIVAS EN EL ACTO ANALÍTICO.

A lo largo de investigaciones precedentes, he establecido una des-consistencia de la palabra sida. El sida no es equivalente al horror: es una enfermedad crónica y de ningún modo incompatible con la vida. Las personas que conviven con el virus no son muertos vivientes que llevan el estigma de la muerte en su rostro, sino que son sujetos atravesados por el real de su enfermedad. Tampoco creo que el sida es una metáfora de malestar como Susan Sontag manifiesta en *El sida y sus metáforas*, basta leer a Hervé Guibert quien se ocupa de relatar la muerte Michel Foucault, para percibir el carácter real que cada sujeto debe metabolizar desde su particular posición subjetiva: sé que tengo el sida, pero mi historia me permite olvidarlo, afirmaba el autor de *Historia de la sexualidad*.

Los sujetos que conviven con el virus siguen siendo un tema de consumo y ciertos medios, no todos, hacen uso de la fascinación que produce en el público esta cuestión acuciante y nada de ello responde a la prevención. Es más, como bien señala Silvia Tendlarz, recorren el camino exactamente inverso, puesto que aumenta los prejuicios y el tabú a la proximidad con las personas afectadas.

El sida se caracteriza por el riesgo y por el miedo. Riesgo de infectarse, miedo al resultado de un examen. Riesgo al contagio. Miedo de haberse contagiado. Riesgo de la investigación. Miedo a la experimentación de drogas nuevas...y muchas otras figuras más que se introducen en nuestra vida cotidiana. Las variables se complejizan e involucran numerosos factores que van desde una falta de responsabilidad colectiva a simplemente un goce particular.

La información conciente del sujeto no toca sus condiciones de goce.

Una campaña de prevención en tanto que no es subjetivada (y donde el sida permanece como un riesgo difuso que sólo puede afectar a los otros), no actúa sobre las medidas de precaución personal. Resulta difícil introducir un discurso que concierna a la sexualidad en forma masiva puesto que en la medida en que resulta ajeno, se intensifica la idea de que "a nosotros no puede alcanzarnos".

De esta manera, he estudiado las dimensiones discursivas frente al impacto de la enfermedad: conocer la seropositividad abre una brecha en el saber y las primeras reacciones muestran una caída libidinal más un amplio espectro de perturbaciones sexuales: impotencia, inhibición, rechazo, abstinencia, etc. La clínica del anuncio de la seropositividad es una clínica de la separación. La ruptura de un equilibrio subjetivo modifica los lazos sociales y amorosos. Sobre todo porque un real



Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia
Fundada en 1969

Psicoanálisis e Interdisciplina

Presidente: Lic. Jorge Cantis Vicepresidenta: Lic. Mabel Belçaguy

ESCUELAS DE POSGRADO EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

C I C L O 2 0 0 6

Dirigidas a Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos
y otros Profesionales de la Salud Mental
Becas para Serv. Hospitalarios: Cupo limitado

ESCUELA DE CAPITAL

Directoras: Lic. Mabel Belçaguy – Lic. Silvia Angelo
Duración: 2 años (Sábado 9 a 13,30 hs.)

ESCUELA PARA INTERIOR Y PAISES LIMITROFES

Directoras: Lic. Lidia Orbe – Lic. Liliana Spadoni
Duración: 2 años (Viernes 9 a 17 hs y Sábado de 9 a 13 y 30 hs cada 2 meses)

Objetivo: *Articulación de la teoría sobre la constitución subjetiva y la psicopatología con la clínica de la infancia, la adolescencia y la familia.*

EJERCICIOS CLINICOS – ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS – SUPERVISIONES – CONFERENCIAS

Áreas de Asistencia e Investigación:
Infancia, Adolescencia, Discapacidad,
Familia, Orientación Vocacional y Psicopedagogía

INFORMES

Avda. Rivadavia 2431 (Pje Colombo)
Entrada 2 4to. piso dep "9" – Capital – 4833-3186
www.asappia.com.ar asappia@intramed.net

se añade a su vida y la modifica y la escande irremediamente: la presencia inevitable de estudios, la secuencia de medicamentos, el impacto sobre los otros y fundamentalmente la manera en que logra sujetarlo.

No importan los avances de la medicación, sí lo que importaría sería el descubrimiento de una vacuna curativa y preventiva, puesto que es el significante sida el que provoca un impacto sobre el sujeto, un atravesamiento brutal de las escenas fantasmáticas cotidianas que produce (al menos en un primer momento) un sentimiento de irrealidad y un irremediable dolor de existir.

14000 personas se infectan diariamente de sida en todo el mundo.

Según un informe del Programa de Lucha contra el sida de las Naciones Unidas, hay más de 40 millones de adultos infectados con el virus. La estadística señala además, que el 90 por ciento de los infectados viven en países subdesarrollados. Más de veinte millones de los enfermos de sida ya murieron y entre el 75 y 85 por ciento de los casos el contagio fue por mantener relaciones sexuales sin protección.

En Argentina, sexto país en América en número de casos de infectados acumulados, se estima que hay entre 80 y 130 mil portadores, de los cuales el 73 por ciento se concentra en la provincia de Buenos Aires. La enfermedad crecerá sobre todo entre las mujeres adolescentes y jóvenes con parejas estables, de bajo nivel socioeconómico y escasa instrucción, y en los menores de catorce años.

En América latina y el Caribe, casi dos millones de personas viven con HIV. No más de 170.000 accedieron al tratamiento. Cien mil o más mueren todos los años. Pero en Estados Unidos, donde se estima que un millón de personas vive con HIV, sólo fallecieron 15.000. Dicho de otro modo: en la actualidad el número de personas que requieren tratamiento es equivalente a la población de la ciudad de Montevideo y los que lo reciben, al público que entra en un estadio de fútbol como podría ser el Monumental de la ciudad de Buenos Aires. Es decir queda claro, los recursos contra la infección no llegan a todos. En África aún, el problema es mayor. Murieron 2.500.000 y sólo accedieron a la terapia antirretroviral 30.000.

Hay personas a las que, por tener sida, se les niegan derechos básicos como la alimentación o la vivienda o son despedidas de un empleo que están en perfectas condiciones de ejercer. A veces son rechazadas por su comunidad o, en los casos más trágicos, por su propia familia. Las tensiones sociales y económicas asociadas al HIV y al sida constituyen un grave problema político y cultural. En muchos países y comunidades persiste la tendencia a estigmatizar a determinados grupos, razas y nacionalidades. El HIV y el sida pueden amenazar los valores fundamentales de la sociedad, y todo intento de hacerles frente representa un reto formidable.

Para el Psicoanálisis, no existen las leyes universales, que permitan decir con certeza qué le sucederá a un

sujeto puesto en tal o cual coyuntura. Un saber acumulado por la tradición psicoanalítica describe las estructuras clínicas y sus rasgos diferenciales, el desarrollo tipo de un análisis, la sexualidad infantil, etc.

También hay un saber singular, el del caso clínico, pero no precede la experiencia de la cura psicoanalítica. Por eso Freud aconsejaba al profesional que olvidara todo lo que sabía antes de escuchar un nuevo paciente.

La relación del sujeto con la pulsión de muerte está en primer plano en el campo psicoanalítico de la sexualidad. Se trata, en cambio, de una dimensión radicalmente ignorada por la ciencia, porque está al margen de su campo.

Esta diferencia entre los dos discursos se verifica cotidianamente en la práctica analítica, enfrentada a los efectos de discurso de la medicina considerada como una técnica científica.

Para la Medicina, cuya función es curar, la pulsión de muerte está al margen del discurso.

Sin embargo, esa pulsión puede representar un obstáculo al deseo de sanar del sujeto, del que el Psicoanálisis nos enseña a dudar. Es posible, incluso, que la medicina se erija en cómplice ciego de la pulsión de muerte que habita a un sujeto.

Esta diferencia entre el discurso de la Ciencia y el del Psicoanálisis, que es de estructura, plantea una cantidad de problemas éticos al analista.

En efecto, lo que aparece en el campo de la sexualidad asediada por la pulsión de muerte, es la importancia de las elecciones de goce de un sujeto

El sujeto mismo es real, o mejor dicho, "respuesta de lo real".

Destellos discursivos de lo real, donde se hacen evidentes que los pacientes afectados que están actualmente en tratamiento analítico, no lo están en tanto HIV positivo, sino en tanto sujetos del inconciente - es decir, sujetos no de una pandemia sino de una historia y de una familia particular, con síntomas cuyo sentido singular es buscado en el análisis- (Advertimos que no era ésta la modalidad, a principio de la pandemia). En ninguno de los casos se cumplió el prejuicio de que un Psicoanálisis puede ser nocivo. Se verificó por el contrario, que la presencia del analista, constituye un medio para sostener al sujeto en la dignidad de su palabra, lo cual conlleva una eficacia nítida desde los parámetros éticos del Psicoanálisis.

Referencias bibliográficas

- Freud, Sigmund. *El malestar en la cultura*. Ed. Amorrortu.
Lacan, Jacques. *Seminario VII. La ética*. Ed. Paidós.
Laurent, Eric. *Los objetos de la pasión*. Ed. Tres Haches.
Miller, Jacques-Alain. *Biología lacaniana*. Colección Diva.
Motta, Carlos Gustavo. *Marcas de la época, huellas en el sujeto*. Ed. Contemporáneos. 2000.
Motta, Carlos Gustavo Motta "..." *...en el Cielo y la Tierra...": estudio sobre el proceso creador en Freud*. Ed. Grama. 2005.

Psicofarmacología en estrés postraumático: una puesta al día

Roberto E. Sivak*
Pablo Díaz Tolosa**

* Médico psiquiatra.
Presidente del Capítulo de
Estrés y Trauma AASM.
Coordinador Grupo de Trabajo
Estrés Postraumático de la
División Salud Mental Hospital
Alvarez. - J.T.P. Dep. Salud
Mental UBA. - Miembro Activo
Sección Intervención en
Catástrofes, World Psychiatric
Association. Presidente Instituto
Estrés Trauma Buenos Aires.
IETBA

** Médico psiquiatra.
Vocal Capítulo Estrés y Trauma
AASM. Miembro Grupo de
Trabajo Estrés Postraumático
División Salud Mental Hospital
Alvarez Secretario Relaciones
Institucionales IETBA

"...Duele tanto la herida y es tan omnipresente, tan inmensa, que parece imposible hablar de ella, incluso cuando ha transcurrido toda una vida desde que fue infligida. Para aquellos que continúan sufriendola, no fue algo que ocurrió en el pasado; al cabo de los años, la herida está tan presente y real como el día en que ocurrió. A pesar de cualquier apariencia externa de lo contrario, en el presente estas víctimas de pasados hechos no pueden llevar una vida normal."

Bruno Bettelheim, Niños del holocausto, en *El peso de una vida* (1991).

Palabras clave: Estrés postraumático-Psicofarmacología-Depresión-Ansiedad

RESUMEN

Del mismo modo que otros trastornos de ansiedad, el estrés postraumático presenta superposición o comorbilidad con trastornos depresivos y otros trastornos por ansiedad. Es mayor su presencia en poblaciones de refugiados en lugares expuestos a guerras y aumenta progresivamente en la población civil. Es alta la comorbilidad con depresión mayor y riesgo suicida. Del mismo modo que otros trastornos de ansiedad, el estrés postraumático presenta superposición o comorbilidad con trastornos depresivos. Es numerosa la bibliografía sobre nuevos intentos por mejorar el tratamiento. Se propone una puesta al día sobre las estrategias terapéuticas más efectivas.

ABSTRACT

In the same way that other anxiety disorders, posttraumatic stress presents superposition or comorbidity with depressive disorders. Its great the presence in populations of refugees in exposed places to wars is greater and increases progressively in the civil citizen. Is high the comorbidity with severe depression greater and suicidal risk. The bibliography is numerous on new attempts to improve the treatment sets out a bring up to date on the more effective therapeutic strategies.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia en la vida del Trastorno por Estrés Postraumático va del 7,8 al 12,3 %. Es mayor en poblaciones de refugiados en lugares expuestos a guerras y aumenta progresivamente en la población civil. En la población civil hasta un 60 % refiere historia de accidentes, injurias severas violación, abuso, incendios o desastres naturales. La prevalencia en este grupo del TEPT es del 12%. Los hombres suelen referir accidentes, muertes de seres queridos o desastres naturales. Las mujeres refieren violación como principal evento 65% versus 46 % en hombres. Los costos en salud en damnificados por TEPT aumentan con la seve-

alidad del cuadro. Es alto el impacto en la afectación del damnificado y sus familias en la calidad de vida y la repercusión en el trabajo o la vida académica. Es mayor casi el doble la utilización de servicios médicos (47)

Los trastornos adaptativos frente a situaciones vitales presentan respuestas ansioso depresivas. Del mismo modo, podrá hallarse comorbilidad con depresión mayor o trastornos de ansiedad. El complejo TEPT afecta varios sistemas de neuro transmisión, dopaminérgicos, serotoninérgicos y noradrenérgicos.

DIAGNÓSTICO

Los siguientes son criterios clínicos en el diagnóstico para el TPET: Evidencia de exposición a situaciones que ponen en riesgo la integridad psicofísica de la persona o un ser querido. Experimentación del trauma (pesadillas, flashbacks). Persistente habilitación del trauma (fobia, evitación de personas o lugares vinculados a lo ocurrido). Hiperactivación (ansiedad, sobresaltos, temblor, sudoración, taquicardia, Discomfort. Miedo. Depresión. Anestesia emocional. Perturbación en la vida económica o académica

APORTES HISTÓRICOS AL CONCEPTO DE TRAUMA PSÍQUICO Y SU PAPEL EN PSIQUIATRÍA

Desde 1895 hasta la actualidad, las conceptualizaciones de Freud sobre las neurosis traumáticas han logrado un papel central en el pensamiento occidental. Los trabajos iniciales de Freud se basaron en la teoría de la seducción, eventos traumáticos que, sucedidos en la infancia, provocarían profundo malestar y perturbación en el desarrollo del psiquismo. Jones, en 1953, menciona el cambio posterior que realiza Freud desde el trauma real, al focalizarse en el valor de la realidad psíquica: fantasías, recuerdos encubridores, entre otros. Para Everly, este cambio de Freud lo llevo a privilegiar como causa de las reacciones prolongadas, el impacto traumático, jerarquizando no la realidad material del suceso estresante, sino los rasgos premórbidos y psicodinámicos del sujeto. En 1917, en Lecciones Introductorias al Psicoanálisis, Freud reconoce que accidentes de tren u otros accidentes con riesgo de muerte podrían provocar neurosis traumáticas. Las diferenciaba de las neurosis “espontáneas”, lo cual implicaba que el suceso no había sido metabolizado psicológicamente. Consideremos el peso de las neurosis traumáticas en combatientes de la primera guerra mundial, en el marco histórico de estos trabajos. En 1920, Freud conceptualiza las neurosis traumáticas, en las cuales grandes cantidades de excitación atraviesan la barrera antiestímulos del aparato psíquico. De este modo, el psicoanálisis considera el choque violento, la efracción y las consecuencias sobre el conjunto de la organiza-

ción del sujeto.

Desde el punto de vista clínico, la fijación a experiencias traumáticas provoca alteraciones psicológicas, biológicas y caracterológicas, conductuales y vinculares (1, 4). En los niños, podrá hallarse una variedad de trastornos psiquiátricos, secuela de traumas, como trastornos disociativos, por somatización, de conducta alimentaria, auto agresión, abuso de sustancias o trastornos de personalidad.

DEPRESIÓN Y TRAUMA PSÍQUICO

Desde una perspectiva neuroendócrina, sabemos que el estrés crónico puede determinar un cuadro depresivo posterior (Bonet et al., López Mato). Veremos más adelante, las diferencias que han podido establecerse entre el perfil neuroendócrino del estrés postraumático, el estrés crónico y la depresión. Ante un hecho traumático que implique riesgo para la integridad psicofísica, podemos encontrar, en el abanico clínico del trauma, indicadores como desesperanza, dificultad para anticipar el futuro, culpa y autorreproches, aún cuando no hallemos inicialmente tristeza o ideas de muerte. La depresión podría resultar de una respuesta diferente al TEPT, frente a un hecho traumático. De este modo, se podría inferir que sólo cierto terreno vulnerable, o causas aún por explorar, llevan a una u otra respuesta. Del mismo modo que otros trastornos de ansiedad, el estrés postraumático presenta superposición o comorbilidad con trastornos depresivos. Los trastornos adaptativos frente a situaciones vitales presentan respuestas ansioso depresivas. Del mismo modo, podrá hallarse comorbilidad con depresión mayor o trastornos de ansiedad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN EL ABANICO CLÍNICO DEL TRAUMA Y EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Las reacciones psíquicas en sobrevivientes a situaciones traumáticas abarcarán diversas manifestaciones, entre las cuales la habitual será la depresión recurrente o crónica. El trauma prolongado, a su vez, tiende a agravar los síntomas depresivos previos. Si el estado postraumático se cronificara, se podría considerar que la depresión postraumática es la consecuencia evolutiva de este cuadro inicial. ¿Cómo explicar esa cronificación y agravamiento depresivo? Krystal lo atribuye al estado de total indefensión, de anestesia afectiva para detener el dolor físico y psíquico, y al sentimiento de tristeza trágica. La vulnerabilidad personal juega un rol menor en el desencadenamiento del TEPT, en relación con otros cuadros psiquiátricos. La mayoría de las víctimas de trauma desarrollan un espectro de cuadros clínicos, como depresión mayor, pánico, ansiedad ge-

neralizada, además de estrés postraumático. Esto lleva a considerar que el trauma no tiene una asociación única con la constelación de síntomas de TEPT, por lo que podría desencadenar igualmente otras manifestaciones sintomáticas (van der Kolk, p.138)

Distintos traumas pueden tener distintas consecuencias clínicas. Traumas agudos y circunscriptos conllevan riesgo de TEPT, mientras que estresores acumulativos pueden llevar a depresión y pánico. El estrés crónico e imprevisible probablemente lleve a cambios en la personalidad y en el sentido de confianza en la justicia de las relaciones sociales y en el futuro. Entonces deberá considerarse el control sobre el evento, la preparación adecuada o inadecuada del sujeto, la severidad y la duración del evento actual. (cf. Koldobsky). Segal y Gayford citados por Herman advierten sobre el aumento de mortalidad por homicidio, suicidio y accidentes en secuelas de trauma crónico.

Los criterios para diagnosticar un TEPT incluyen la exposición a un estresor que trasciende la experiencia humana habitual, con subsecuentes síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación autonómica. Cuando el TEPT persiste más allá de los seis meses, se clasifica como crónico, y suele acompañarse con síntomas de ansiedad, depresión y perturbación del funcio-

namiento laboral y social (Southwick et al.). Varios autores, entre ellos Sapolsky, presentan un campo de articulación entre el estrés prolongado, el estrés postraumático y episodios de depresión mayor severa: la atrofia del hipocampo, hallable en esos cuadros a partir de una exposición prolongada a los glucocorticoides. Estos hallazgos se correlacionan con déficit cognitivos y de la memoria explícita. Trabajos recientes proponen a su vez que la atrofia hipocampal es en sí misma un predictor de TEPT, ante situaciones traumáticas.

NEUROBIOLOGÍA Y TEPT

Southwick et al. proponen el TEPT desde un punto de vista neurobiológico, como un desorden multisistémico. El estrés incontrolable alteraría profundamente múltiples sistemas neurotransmisores. Nos parece importante repasar esas alteraciones a la hora de pensar articulaciones con la depresión.

Cuadro 2. Repercusión clínica de los cambios en los neurotransmisores en el TEPT (modificado de Southwick).

NEUROTRANSMISOR	ALTERACIONES	CAMBIOS Y ROL POSIBLE
NORADRENÉRGICO	AUMENTO NA EN ÁREAS LÍMBICA Y CORTICAL	HIPERACTIVACIÓN, MIEDO, FLASHBACKS
DOPAMINÉRGICO	AUMENTO DE LA LIBERACIÓN DOPAMINA EN N.ACCUMBENS Y CORTEZA FRONTAL	HIPERVIGILANCIA
SEROTONINÉRGICO	SHOCK INESCAPABLE SEROTONINA DISMINUÍDA EN SEPTUM LATERAL Y CORTEZA	EVITACIÓN? IMPULSIVIDAD AGRESIÓN HUMOR

Como vemos en el cuadro anterior, la eventual utilización de fármacos que actúen sobre esos desbalances podría actuar igualmente sobre la repercusión afectiva (depresión), debido a alteraciones noradrenérgicas, serotoninérgicas y dopaminérgicas. Tanto los cuadros depresivos como el estrés postraumático responden a antidepresivos como tricíclicos, ISRS, antidepresivos duales. La comorbilidad entre trastornos por ansiedad (como el estrés postraumático) y depresivos, han sido evidenciados en varios trabajos tanto clínicos como epidemiológicos. Tanto la frecuencia como el tipo de comorbilidad difieren según el trastorno. La comorbilidad se ha relacionado con la severidad, grado de discapacidad, curso y evolución. En general se observa que los trastornos por ansiedad preceden a la aparición de depresión (Wittchen). El TEPT no sería la causa

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

de los otros desórdenes, pero señalaría la presencia de una vulnerabilidad preexistente, para desarrollar cuadros psicopatológicos. El desarrollo de depresión mayor en personas con TEPT resultaría de una vulnerabilidad subyacente expuesta y exacerbada por una experiencia traumática.

CLÍNICA EN EL CORTO PLAZO LUEGO DEL TRAUMA

Los síntomas depresivos han sido descritos junto con la intrusión y evitación, como respuesta temprana a la traumatización. Se han documentado síntomas depresivos y depresión hasta 19 meses posteriores al evento (Joseph, citado por Shalev y Yehuda). Nos parece valioso el trabajo de Wittchen et al., quienes en un estudio sobre 3021 habitantes de Munich hallan que los trastornos de ansiedad "puros" se habían iniciado tempranamente en la niñez y adolescencia temprana y raramente luego de los 20 años. Sería esperable que un trastorno de ansiedad como el TEPT, al cabo de unos años sin adecuado tratamiento, presentare comorbilidad con cuadros depresivos o depresión mayor.

ABORDAJE TERAPÉUTICO, EN PARTICULAR PSICOFARMACOLÓGICO, DEL TEPT Y LA DEPRESIÓN

El TEPT puede considerarse un desorden con síntomas que incluyen no sólo los clásicos, sino también síntomas agregados como paranoia, impulsividad, compulsividad, depresión y pánico (Southwick). Puede cronicarse y ser difícil de tratar. Para Kessler, entre 79-88 % de individuos con criterios para TEPT presentan por lo menos otro trastorno. El debate persiste respecto a si se trata de comorbilidad o de limitaciones en las nosografías actuales. El tratamiento en TEPT apunta a reducir los síntomas principales del cuadro y mejorar el humor depresivo. En nuestra experiencia, hemos visto mayor comorbilidad de depresión en mujeres con TEPT, víctimas de abuso sexual o violencia doméstica, al cabo de cuatro a cinco años. En hombres damnificados por asaltos, se observan aumento de la hipervigilancia e intensificación de rasgos evitativos o paranoides y síntomas depresivos como desesperanza. Se trata de reducir los efectos patológicos del trauma e incrementar la capacidad para afrontar esa situación. No siempre se ha logrado la resolución.

El TEPT puede considerarse un desorden con síntomas que incluyen no sólo los clásicos sino síntomas agregados como paranoia, impulsividad, compulsividad, depresión y pánico. (Southwick) Puede cronicarse y ser difícil de tratar. y síntomas depresivos como desesperanza. El tratamiento en TEPT apunta a reducir los síntomas principales del cuadro y mejorar el humor de-

presivo. Se trata de disminuir los pensamientos intrusivos e imágenes la evitación, la hiperactivación, la impulsividad y la depresión. En general las drogas conocidas han logrado disminuir la hiperactivación y reexperimentación (síntomas positivos) pero han sido menos efectivos para la anestesia afectiva y la evitación (síntomas negativos). Es factible esperar la disminución de los síntomas negativos cuando van mejorando los positivos.

A la fecha no hay sólo un tratamiento de elección. En muchos casos los pacientes se ven beneficiados por combinación de terapias. Algunos antidepressivos serían efectivos para la reducción de la reexperimentación de síntomas mientras que la evitación y la culpa mejorarían más con terapias psicodinámicas y cognitivo conductuales.

Los ISRS serían el paso de elección inicial en la actualidad (Davidson, Yehuda). Ya en 1999 los antidepressivos duales fueron aceptados como alternativa por el Consenso de Expertos en TEPT aun cuando deben ser investigados más profundamente para su aprobación por la FDA.

IMAO: La fenelzina llegó a mejorar en un 50% los síntomas en particular los intrusivos (Kosten citado por Cia). Nea menciona la utilidad de la moclobemida (Cia).

Antidepressivos tricíclicos: Se han mostrado más efectivos con los síntomas intrusivos y la hiperactivación más que para la evitación. La amitriptilina ha mostrado mejores resultados en veteranos poco afectados (Davidson 1993 citado por Marshall, Davidson y Yehuda)

ISRS

Sertralina: Se ha observado mejoría global con reducción en reexperimentación, hiperactivación, irritabilidad como así también en los síntomas depresivos (Kline citado en Marshall et al.). En 2000 Brady Pearlstein Asnis y col estudiaron 187 pacientes con diagnóstico de TEPT Mostró mejoría estadísticamente significativa contra placebo en la anestesia afectiva, excitabilidad, evitación) 100 a 200 mg./día.

Fluoxetina: Van der Kolk estudió dos grupos, uno de 31 veteranos de guerra con TEPT referido al combate y 33 pacientes ambulatorios con trauma clínico. La fluoxetina en 40 mg. resultó superior a placebo. Los civiles mostraron un 40% de reducción de síntomas mientras que en los veteranos no se halló diferencia con placebo (redujeron en un 15% los síntomas). La fluoxetina mejora moderadamente la hiperactivación y la anestesia emocional pero no se halla mejoría significativa en la reexperimentación o los síntomas evitativos. 40 mg/día

Citalopram: Se utiliza en dosis hasta 40 mg. Buena aceptación y tolerabilidad.

Paroxetina: Marshall citado por Marshall et al. halló una reducción de 48% de los síntomas de TEPT con una dosis media de 42 mg. de paroxetina en particular



de los síntomas disociativos. A la fecha aprobado por la FDA para TEPT.

Fluvoxamina: Marmar en 1996 menciona que en dosis media de 150 mg. halló reducción de síntomas intrusivos, evitación e hiperactivación (Marshall et al.).

Trazodone: Hertzberg y Mellman citados en Marshall et al. refieren eficacia de trazodone en especial en el insomnio.

ANTIDEPRESIVOS DUALES

Mirtazapina: Pueden reducir síntomas. Pueden utilizarse como sinergizantes de ISRS. Inducción del sueño. Segunda línea luego de ISRS. 60 mg/día.

Venlafaxina: Pueden reducir síntomas. Pueden utilizarse por acción sinérgica con ISRS En estudio actualmente. Segunda opción luego de ISRS Hasta 300 mg/día. No se han hallado cifras significativas de aumento en la tensión arterial. Mosler et al. enumeran a la sertralina, la paroxetina, la fluvoxamina, el citalopram, la fluoxetina, el nefazodone, la mirtazapina y la venlafaxina como intervenciones farmacológicas de primera línea. Las terapias combinadas serán consideradas en presencia de condiciones comórbidas no controladas por el primer fármaco. Los ISRS plantean, pueden reducir efectivamente síntomas de TEPT tanto como en la ansiedad y depresión que acompañan el TEPT. En aquellos pacientes que presenten severos síntomas de TEPT, los antidepresivos mirtazapina nefazodone y venlafaxina han mostrado aliviar los síntomas principales de TEPT y la depresión asociadas como los ISRS (Mosler et al.)

Ansiolíticos: Se consideran generalmente inefectivos Alivian modestamente la ansiedad pero no cambian sustancialmente el cuadro por lo que suelen evitarse (47)

Estabilizadores del ánimo: Tanto la carbamazepina como el ácido valproico mejoran las conductas impulsivas la hiperactivación y los flashbacks. Deberán ser administrados con cuidado en un plan reglado.

Beta bloqueantes: Tanto el propranolol como el prazosin mejoran las pesadillas, trastornos del sueño y la ansiedad en grado moderado.

Antipsicóticos: Risperidona 2 a 6 mg. olanzapina 2,5 a 5 mg en bajas dosis en casos de ideación paranoide, ilusiones.

RECOMENDACIONES

FRENTE A RESPUESTAS PARCIALES:

Ante respuestas parciales de ISRS o venlafaxina, proponen agregar estabilizadores del humor. Valproato, carbamazepina y lamotrigina. Ante respuestas parciales a estabilizadores del humor en comorbilidad de TEPT y enfermedad bipolar, deberá agregarse un ISRS En chicos y adolescentes se privilegiaron los ISRS so-

bre venlafaxina y otros nuevos antidepresivos mientras que en los adultos se consideraron por igual ISRS y duales.

En gerontes se prefirieron en mayor medida los ISRS a los otros agentes antidepresivos.

Aun cuando todos fueron considerados de primera línea, en orden se prefirieron los ISRS, (sertralina, fluoxetina, paroxetina, citalopram, venlafaxina, mirtazapina y por ultimo los tricíclicos.

Con relación a las estrategias frente a la comorbilidad de TEPT y depresión, consideraremos las propuestas del Consenso de Expertos en Estrés Postraumático 1999 (Foa, Davidson et al.) .

MEDICACIÓN DE ELECCIÓN

En primer lugar: Por seguridad, aceptabilidad y eficacia recomiendan:

- ISRS, Venlafaxina, Tricíclicos. Sólo en gerontes desaconsejan tricíclicos

PLAN PROPUESTO POR EL CONSENSO:

1ro. Comenzar con ISRS y beta bloqueantes frente a hiperactivación. Si no responde en 8 semanas, cambiar a venlafaxina. Si la respuesta es parcial agregar un estabilizador del humor. Si el insomnio es marcado se puede agregar azodone. Si la irritabilidad es persistente puede agregarse estabilizador del humor. Si la ansiedad es muy intensa puede agregarse por breve tiempo una benzodiazepina. La aparición de angustia intensa, alteraciones sensorio-perceptivas o ideación paranoide requieren agregar antipsicótico en bajas dosis (risperidona).

La mayoría de los expertos coinciden en elegir como combinación de primera línea en la comorbilidad con depresión: psicoterapia + medicación. Coincidimos con Halsband que plantea la dificultad de generalizar conclusiones frente a ensayos clínicos con víctimas de traumas diferentes y de contextos socioculturales diferentes. Aún deben extremarse los recaudos para concretar estudios contra placebo y doble ciego.

Tanto el propranolol como la clonidina y la buspirona se han usado en trastornos de ansiedad y TEPT a partir de su acción ansiolítica (Halsband, Sivak). El primero puede potenciar sintomatología depresiva por lo que debe usarse con cuidado.

RECOMENDACIONES FRENTE A FALTA DE RESPUESTA EN SEIS SEMANAS (FOA, DAVIDSON)

La falta de respuesta se considera cuando ésta es menor del 25%. Si ISRS fue la primera droga, cambiar a venlafaxina y/o estabilizador del humor. Si venlafaxina no resulta, cambiar a ISRS y/o estabilizador del

cambio del humor. Si es necesario agregar estabilizador del humor como valproato o carbamazepina.

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS:

Inicialmente, luego del producirse la situación traumática la mera presencia del especialista ya tiene un efecto tranquilizador. Lo más importante es establecer con la víctima un vínculo de palabra (Lebigot), proponerle que ponga palabras a la experiencia que acaba de vivir y que la supere. Hablar es asirse al mundo de los vivos y escapar al poder de atracción del horror y de la muerte.

Ante la instalación de un inicial estado depresivo Lebigot enfatiza la prescripción de un antidepresivo. La atención tardía lleva a encontrarse con el paciente que busca se lo ayude a vivir con "eso" que le ocurrió. Pueden consultar por un estado depresivo, fobia o enfermedad psicosomática. Suelen no relacionar su padecimiento con el trauma ocurrido hace años. La masividad del estado depresivo o la angustia reactivada requiere

de intervenciones farmacológicas importantes. Las consultas iniciales o los cuadros leves pueden ser evaluados y tratados por médicos y psicoterapeutas. El psiquiatra asesorará inicialmente en caso de establecerse un cuadro de TEPT. La complejidad psicofarmacológica de cuadros más severos requerirá seguimiento a largo plazo por un psiquiatra. Tanto la ideación parasuicida como suicida los síntomas disociativos los trastornos de personalidad, abuso de sustancias o la depresión mayor serán indicación de seguimiento psiquiátrico.

PSICOTERAPIA

Como psicoterapia en la comorbilidad con depresión, la psicoterapia psicodinámica fue la primera elegida, seguida por hipnoterapia y EMDR (movimientos oculares rápidos). La terapia de juego, la cognitiva y de exposición se prefirieron en chicos. Dentro de las intervenciones terapéuticas no farmacológicas mencionaremos debriefing, terapia cognitiva, de exposición, psico-

CARRERA DE POSGRADO UNIVERSITARIO - ABRIL 2007

APROBADO POR RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 512/06

ESPECIALIZACION EN PSICOANALISIS

Director: Dr. Pedro Boschán

La Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires - APdeBA - ofrece desde hace 30 años una formación psicoanalítica que responde a las exigencias de la Asociación Psicoanalítica Internacional - IPA.

Con la inauguración de su Instituto Universitario - IUSAM -, esta formación se ha transformado en la Carrera de Especialización en Psicoanálisis que no solo cuenta con las mismas exigencias, sino también con acreditación universitaria.

De acuerdo con los requisitos de la Asociación Psicoanalítica Internacional, la certificación académica que brinda IUSAM constituye una formación en psicoanálisis única a nivel local e internacional.

Requisitos de ingreso: Título de grado de Medicina o Psicología.

Título otorgado: Especialista en Psicoanálisis.



Asociación
Psicoanalítica
de Buenos Aires



IUSAM

Instituto Universitario de Salud Mental
ASOCIACION PSICOANALITICA DE BUENOS AIRES

Maure 1850 C1426CUH Buenos Aires Tel : 4775 7867 / 7985 Int 14 • info@iusam.edu.ar www.iusam.edu.ar

CON EL APOYO FINANCIERO DPPT DE LA IPA -AUTORIZADO PROVISORIAMENTE POR DECRETO N° 352/05 DEL PEN ART. N° 62 LEY 24521 EDUC. SUPERIOR

terapia psicodinámica, de reexperimentación, EMDR y relajación. Las psicoterapias psicodinámicas dicen los autores no haber demostrado fuertemente su eficacia. En este sentido Krystal entre otros sugieren cambios en la técnica psicoanalítica tradicional (ver Sivak, 1997) con lo cual coincidimos. En nuestra experiencia luego de las inundaciones de Santa Fe y Cromagnon éstas pueden instrumentarse al cabo de unos cuatro meses a partir de la disposición de los damnificados.

CONCLUSIONES

El complejo TEPT afecta varios sistemas de neuro transmisión, dopaminérgicos, serotoninérgicos y noradrenergicos. Agentes antidepressivos han evidenciado resultados importantes al actuar sobre varios de esos receptores. En segunda línea se hallan los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos. Se propone jerarquizar y difundir la detección de situaciones traumáticas previas a un cuadro depresivo así como prever la detección y atención de síntomas o conductas depresivas en pacientes con situaciones traumáticas agudas o crónicas. Queda como tarea continuar trabajando en las áreas preventivas, asistencial, docente y de investigación teórica y clínica en la búsqueda de mejorar el abordaje de situaciones traumáticas individuales y colectivas.

Bibliografía

- 1) Van der Kolk B., McFarlane A., Weisaeth. L. *Traumatic Stress. The Guilford Press* 1996
- 2) Krystal H. *Integration & Self-Healing. Affect, Trauma, Alexithymia. The Analytic Press. New Jersey.* 1993
- 3) Breslau N. *Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder en Yehuda R. op cit.* 1998
- 4) Shalev AY, Freedman S, Peri T. et. Al. *Predicting PTSD in civilian trauma survivors: prospective evaluation of self report and clinician administered instrument. Br. J. Psychiatry* 170:558-564, 1997
- 5) Shalev A. Yehuda R. *Longitudinal Development of Traumatic Stress Disorders en Yehuda R. op cit.* 1998
- 6) Marshall R. D., Davidson J., Yehuda R. *Pharmacotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Other Trauma-Related Syndromes en Yehuda R. op. cit* 1998
- 7) Laplanche J., Pontalis J.B. (*Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor. Barcelona.* 1981
- 9) Yehuda R. *Psychological Trauma. American Psychiatric Press. Washington DC. London, England.* 1998
- 10) Everly G. Lating J. *Psychotraumatology. Key papers and Core Concepts in Post Traumatic Stress. Plenum Press. New York.* 1995
- 11) Cia A. *Trastorno por Estrés Postraumático. Diagnóstico*

- y *Tratamiento Integrado. Imaginador.* 2001
- 12) Freud S. (1917) *Conferencias Introductorias al Psicoanálisis. (1920) Mas alla del principio del placer (1893-96) Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos Obras Completas Amorrortu Editores.*
- 13) *National Depressive and Maniac Depressive Association. Depression and Trauma: Coping with Unexpected Events :We've been there . We can help . www. ndmda.org /PDF. Dep and trauma/pdf 20/01/03*
- 14) Shalev A. Yehuda R. McFarlane A. *International Handbook of Human Resaponse to Trauma The Plenum Series on Stress and Coping. Kluwer Plenum New York* 2000
- 15) Yehuda R. *Neuroendocrinology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder en Yehuda R. Psychological Trauma. Op cit.* 1998
- 16) Wittchen H.U., Kessler R.C., Pfister H., Lieb M. *Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective longitudinal community study. Acta Psychiatr Scand* 2000: 102 (Suppl 406) 14-23
- 17) Sapolsky R. *Glucocorticoids and Hippocampal Atrophy in Neuropsychiatric Disorders. Arch Gen Psychiatry/vol 57. Oct 2000* 925-935
- 18) Beltran M., Bo de Besozzi A. *Aproximación psicoanalítica al desorden Postraumático. en Intervenciones en Situaciones Críticas. Prácticas Interdisciplinarias. Catálogos.* 2002
- 19) Sivak R. Wiater A. con la colaboración de Lolas S. F. *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Paidós* 1997
- 20) Herman J. *Complex PTSD A Síndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. En Everly g. Op cit.*
- 21) Southwick S., Krystal J., Johnson D., Charney D. *Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder. En Everly G. Psychotraumatology op. cit*
- 22) Davidson J. Yehuda R. *Manual de Estrés Postraumático para el Médico de Atención Primaria.* 2002. Ed. Pfizer
- 23) Benyakar M. *Simposio Internacional sobre Estrés, Trauma e Intervención en Catástrofes. Organizado por el Capítulo de Psicotraumatología. Congreso Argentino de Psiquiatría. Mar del Plata.* 2002
- 24) Collazo C., Benyakar M. *Simposio sobre Trastornos de Ansiedad por Disrupción.* Congreso Asociación Argentina de Psiquiatras. Bs.As. Octubre 2002
- 25) Fischman Y. *Mujer, sexualidad y trauma. Lugar Editorial.* 2002
- 26) Arias P., Arsz T., Bonet J., Costas M., Garcia Badaracco J. Luchina C, Moguelevsky J. . *Estrés y procesos de enfermedad. Psicoimmunoneuroendocrinología, Modelos de integración mente-cuerpo* Biblos. 1998
- 27) López Mato A. *Psicoimmunoneuroendocrinología Polemos.* 2002
- 28) Buendía Vidal J. *Estrés y psicopatología. Pirámide. Madrid.* 1993
- 29) Koldobsky N. *Cambios en la personalidad luego de situaciones traumáticas. Jornada Anual del Capítulo de Psicotraumatología APSA. Buenos Aires. Diciembre* 2002
- 30) Foa EB, Fdavidson RT, Frances A. *The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of posttraumatic stress di-*

“JORNADA DE MUJER Y SALUD MENTAL” “DEVELANDO DILEMAS....”

PRESIDENTE: *María de las Mercedes Baccaro*

VICEPRESIDENTE: *Silvia Raggi*

PROGRAMA:

“Los riesgos del abordaje del abuso sexual infantil” - *María Beatriz Muller*

“La violencia oculta en la mujer alcohólica” - *Cristina Sáez de Arregui*

“Agorafobias femeninas” - *Irene Meler*

“Las mujeres frente al dilema de la maternidad” - *Patricia Schwarz*

“Trastorno dismórfico y cirugías estéticas” - *Damián Berenstein*

“La tiranía de la apariencia - un trabajo etnográfico sobre cirugías estéticas en Buenos Aires” - *Marieke Aafjes*

Sabado 9 de Septiembre de 2006. De 8.30 a 13.00 hs.

“VIOLENCIA, AGRESIVIDAD E IRA”

COORDINADORES GENERALES: *Alberto Trimboli, Norberto Pisoni*

ORGANIZAN:

“Capítulo de Universidad y Salud Mental”, “Capítulo de Clínica y Psicopatología”, “Carrera de Especialista en Psicología Clínica UAJK” y “Laboratorio Elea”

DISERTANTES:

Howard Kassinove (HOFSTRA UNIVERSITY - NEW YORK, USA), *Marc Summer* (HOFSTRA UNIVERSITY - NEW YORK, USA), *Héctor R. Fischer* (PRESIDENTE COMITÉ ACADÉMICO DE LA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA UAJK), *Eduardo Grande* (PRESIDENTE DE LA AASM), *Adhelma Pereira* (PROFESORA UAJK - MIEMBRO DE APSA), *Daniel Mosca* (PRESIDENTE DE SAPSI), *Roger Montenegro* (VICEPRESIDENTE PARA LATINOAMERICA DE WFMH).

NUEVOS PARADIGMAS EN EL CAMPO

DE LA PSICOLOGÍA (enfoque cognitivo ^ sistémico)

DIRECCIÓN:

Liliana Chazenbalk - Silvina Martínez Uría - María Gabriela Frontera

27 y 28 de OCTUBRE 2006, de 9.00 a 17.15 hs.

1ª Jornada sobre ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN. ARTICULACIONES TEÓRICAS. PSIQUIATRÍA, PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA

ORGANIZA:

Capítulo “Ansiedad, Depresión y Somatización de la AASM,

DISERTANTES:

Julio Moizesowicz (FUNDOPSI), *Mario Goldemberg* (E.O.L),

Eduardo Keegan (U.B.A.), *Miguel Marquez* (A.T.A),

Martín Wainstein (U.B.A), *Dr. Rubén Zukerfeld* (A.P.A, S.A.P.)

4 de noviembre de 2006, Paseo La Plaza, sala Pablo Picasso

sorder. *J.Clin Psychiatry*. 1999;60 (suppl 16):3-76

31) Sivak R. Aportes de los ISRS y antidepresivos duales en trastornos psicósomáticos. Congreso Virtual de Neuropsicofarmacología. Diciembre 2002

32) Mosler EdD, PA-C. PTSD in primary care Part 2: effective interventions and management. *JAAPA* 2002;6:42-48

33) Sivak R. Vulnerabilidad: entre la Psicósomática y la Psicología de la Salud. Las Patologías de la Modernidad. Conferencias y Ponencias. 1er. Congreso de Salud Mental de la Provincia de Córdoba. Publicación de la Dirección de Salud Mental de la Pcia. de Córdoba. Córdoba 2001

34) Kordon D., Edelman L. Lagos D. Kersner D. Trauma social y psiquismo. Consecuencias clínicas de la violación de derechos humanos. *Vertex Rev.Arg. de Psiquiat.*, 1998, Vol. IX: 42-51

35) Ponce A. Violencia sexual y familiar. Ponencia a la Jornada Capitulo de Psicotraumatología APSA. Diciembre 2002

36) Halsband S. Tratamiento psicofarmacológico del Trastorno por Estrés Postraumático. *Vertex Rev.Arg de Psiq.* 1998 Vol. IX: 67-71

37) Lebigot F Oportunidades y formas de intervención terapéutica en el Traumatismo Psíquico. *Vertex Rev Arg. De Psiquiat.* 1998 Vol IX 62-66

38) Bettelheim B. El peso de una vida. *Drakontos. Editorial Critica. Barcelona.* 1990

39) Stagnaro J.C. Neurosis traumática. *Vertex.* 1998 Vol IX

40) Lafont B.

41) Ruiz Lopez A. Estrés postraumático en ex combatientes de Malvinas. *Vertex* 1998 Vol IX

42) Gorman JM, Kent JM. SSRIs and SMRIs. A broad spectrum of efficacy beyond major depression. *J.Clin. Psychiatry.* 1999, 60 Suppl 433-8; discussion 39. Review

43) Seedat S., Stein D.J., Emsley R D. Open trial of citalopram in adults with posttraumatic stress disorder. *Int. J. Neuropsychopharmacology.* 2000 Jun 3 (2) 135-40

44) Connor RM, Davidson J.R. A pilot study of mirtazapine in post traumatic stress disorder. *Int J. Psychopharmacology.* 1999 Jan 14 (1) 29-31

45) Bahk WM et al. Effects of mirtazapine in patients with post traumatic stress in Korea: a pilot study. *Hum Psychopharmacol.* 2002 Oct 17 (7) 341-4

46) Sivak R. Trauma psíquico y depresión (en prensa) 2006

47) Ciechanowski P, Katon W. Overview of post-traumatic stress disorder 2005

AASM

Asociación Argentina de Salud Mental

ACTIVIDADES

CURSOS Y TALLERES

CURSO-TALLER: PACIENTES CON LA VIDA AMENAZADA. UN CAMPO DE ACCIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

DIRECTORAS:

Ana Ines Marquis

Marina Bramajo

4 de Septiembre al 30 de Octubre de 2006

Lunes de 14.00 a 16.00 hs.

TALLER TEORICO/VIVENCIAL INTRODUCCIÓN AL PSICODRAMA

DIRECTORA: *Monica Mermelstein*

29 de Septiembre a las 18.30 hs

Curso:

LA FLEXIBILIDAD DEL TERAPEUTA COMO INSTRUMENTO DE CAMBIO

DIRECTORES:

Fabio Celnikier

María de las Mercedes Baccaro

Viernes 10 y Sábado 11 de Noviembre de 2006

Curso de Postgrado:

Modulo II Estrés laboral, Acoso laboral y Burn Out

DIRECTOR: *Roberto Sivak*

Inicio: 7 de septiembre

Jueves de 9.00 a 12.00 hs.

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

Sobre la metáfora paterna

Beatriz Schlieper

Este artículo se origina a partir de un interrogante surgido como efecto del trabajo con pacientes psicóticos, pero paradójicamente no surge de lo que podríamos pensar como aquello más patológico que la individualizaría; sino más bien de lo que justamente tiene en común con la clínica de la neurosis.

La cuestión que se tratará de cernir, tiene como eje el estatuto que tiene el padre en el discurso del paciente psicótico ya que estos pacientes los mencionan y reconocen como tales en su vida. Esto implica que la metáfora paterna como función organizadora va más allá del personaje del padre. Prueba de ello es que el reconocimiento de su padre en algunos casos puede coexistir paralelamente con una filiación dentro de una construcción delirante. Por lo tanto, no es equivalente tener el significante del padre a disposición en el lenguaje, que decir que operó la metáfora. Esto es obvio, pero sin embargo es necesario encontrar las coordenadas que lo expliquen.

Se presentan inmediatamente problemas metodológicos producidos por el hecho mismo de surgir de aquello que se presenta como más obvio por ser del orden de lo observable. Lacan en el Seminario III dice: "quisiera poner el énfasis en una evidencia primera que como siempre es la que menos ha sido señalada".

I.- ALGUNAS CUESTIONES METODOLÓGICAS

Esta operatoria de la metáfora paterna que Lacan teoriza utilizando las coordenadas del lenguaje, podrían centrar todo el problema alrededor del estatuto que tiene este padre, si su significante, su Nombre, ha sido forcluído del sistema simbólico y arrojado fuera de la cadena a un orden otro, imposible de significar. Donde a su llamado "...puede pues responder en el Otro, un puro y simple agujero".

Esto no simbolizado que sin embargo se nombra es decir que tiene un lugar en lo simbólico, no desdice de su estatuto psicótico.

Acá se abre como un abanico de posibilidades respecto del enfoque del problema ya que se lo podría encarar desde el punto de vista de su lugar a nivel de los registros o bien intentar un desarrollo restringiéndose a la cuestión del enunciado o si no tratarlo desde el lado de la significación. En el Seminario III, Lacan dice: "...Si la aplicación del método analítico sólo proporcionara una lectura del orden simbólico, se mostraría incapaz de dar cuenta de la diferenciación dentro ambos campos (neurosis y psicosis). Es entonces más allá de esta dimensión donde se plantean los problemas que son el objeto de nuestra investigación este año".

II.- UN RECORRIDO POR LA TEORÍA

La complejidad del tema invita a interrogarse desde el mismo cuestionamiento que se hacía Freud. Es decir: ¿Qué es un padre?

Esta pregunta formulada por Freud en sus Teorías sexuales infantiles, aparece en relación al tema de la procreación, en que se le presenta el padre como sin una significación clara, lo que le da un carácter problemático, a pesar de lo cual éste hace de hilo conductor de sus casos.

Lo vemos en el caso Dora como aquél que vehiculiza el deseo. En el del Hombre de las Ratas como aquél que se impone al menos una vez. En Juanito sería

Coordinadora del Equipo del Departamento 2 de Internaciones Psiquiátricas del Hospital José T. Borda. Presidente de la Fundación Etiem. Docente del Instituto Clínico de Buenos Aires (ICBA) Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL) Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP)

el que no tolera ser rechazado y en Schreber, esto es menos preciso en Freud, pero en todo caso él piensa que su delirio estaba relacionado con el complejo pater-no. El no apartarse de esta línea directriz a pesar del señuelo que representa el Otro no le hizo perder el rumbo. Esto lo llevó a intentar explicarlo en *Tótem y Tabú* imaginando un padre mítico de cuyos atributos de fuerza y dominio, solo resta un puro punto de comienzo, algo que aparece transformado en significante, un Nombre. Ya no se trata de él, sino de lo que representa para los hijos. Para ellos es ahora una obediencia in absentia, in memoriam. Dice Freud: "...lo que el padre había prohibido anteriormente por el hecho mismo de su existencia, se lo prohibieron los hijos a sí mismos en virtud de aquella obediencia retrospectiva".

Esto se lo puede pensar como un momento lógico ya que Freud mismo lo señala respecto de esta sociedad primitiva, con un padre "violento y celoso", como propone Darwin, dice así: "...este estado social primitivo no ha sido observado en parte alguna. La organización más primitiva que conocemos, y que subsiste aún en ciertas tribus, consiste en asociaciones de hombres que gozan de iguales derechos y se hallan sometidos a las limitaciones del sistema totémico". Esta observación de Freud es central, porque muestra todo su esfuerzo por ir más allá de los datos observados. El da aquí el salto que permite el pasaje del goce sin límites, a la instauración del lazo social a través de un significante primordial. De un significante organizador de un estado social, con leyes que generan y preservan lugares. Punto de anclaje que configura retroactivamente un estado virtual y prospectivamente un *Umwelt*, si no feliz, al menos tolerable.

La escucha atenta de Freud, hizo que no se le escapara lo que estaba preso en la paradoja del neurótico, de deseárselo la muerte a un padre ya muerto. Es con esto verdaderamente existente en el neurótico que Freud construye esta especie de bisagra que engrampa dos órdenes de fenómenos tan disímiles como son los datos fehacientes, obtenidos por los antropólogos y esta hipótesis darwiniana inexistente en la realidad. La propuesta implícita en *Tótem y Tabú*, es una introducción del peso de lo simbólico.

La supresión del padre y su sustitución por el tótem, vigente en la realidad psíquica del neurótico, conserva su ribete mítico en lo que Freud llama la novela familiar del neurótico. Donde señala claramente una relación de sustitución significativa. Un padre humillado, caído y reemplazado por otro prestigioso. Freud compara y diferencia esta relación con el padre, de la relación con la madre a partir del lugar de incertidumbre que al padre le toca por su imposible captación imaginaria para el niño.

Dentro de la novela familiar Freud describe dos momentos, uno asexual y otro sexual. En la primera fase asexual, aparece un sujeto en relación a unos padres sobrevalorados a los que quiere parecerse, con esto recorta un rasgo, el de ser grande como son el padre y la

madre. El hecho de que incluya a ambos sugiere que se trata de una identificación primaria, -según dice en una nota aclaratoria a pie de página del *Yo y el ello*: "quizás fuera más prudente decir, con los padres, pues el padre y la madre no son objeto de una valoración distinta antes del descubrimiento de la diferencia sexual o sea de la falta del pene en el femenino".

Freud ubica esta fase en una época en que el niño ignora todavía, las condiciones sexuales de la procreación dice Freud: "...sin embargo ya aquí se evidencia empero la influencia del sexo, pues el varón se inclina mucho más a desplegar impulsos hostiles contra el padre, que contra la madre y mucho más a liberarse de aquel que de ésta".

Esta novela consiste en desprenderse de la primitiva sobrevaloración de los padres por la desilusión de sentirse menos apreciado o poco amado; operación de sustitución que pasando por su degradación forma un bucle con el significante, que finalmente cierra su circuito recuperándolos a través de otros más encumbrados. Pero para esto debe haber pasado por la segunda fase sexual en la que ya conoce las actividades sexuales de los padres. Comprende que el padre es siempre incierto mientras que la madre aparece con la certidumbre de lo intuitivo. A partir de acá todo el trabajo del sujeto se restringe a exaltar al padre y a pensar a la madre en relaciones adúlteras que la ubican con una falta, en tanto deseante. Freud agrega acá una motivación que faltaba en la etapa anterior, dice: "surge en el niño la tendencia a imaginar situaciones y relaciones eróticas, tendencia que es impulsada por el deseo de colocar a la madre, objeto de la más intensa curiosidad sexual, en situaciones de secreta infidelidad y de relaciones amorosas ocultas".

Por otra parte al colocarla en situaciones de infidelidad, le atribuye necesariamente un deseo. Esta curiosidad que presupone la dimensión de un interrogante, tiene la connotación de querer averiguar o descubrir algo sobre su deseo.

Estas fantasías novelescas como él las denomina y que señala como rasgo esencial de la neurosis, enlazadas primero a los juegos infantiles, constituyen luego los ensueños diurnos con los que se logra la rectificación de una realidad insatisfactoria. Freud les otorga un valor de trabajo, de verdadera operación consistente en reemplazar el padre primitivo por otro más prestigioso, el qué, como por arte de magia termina asombrosamente siendo el mismo padre pero ahora con otro estatuto. Resulta difícil compatibilizar estos dos momentos asexual y sexual con las Teorías sexuales infantiles, porque se ven contradicciones que denotan lo problemático del tema.

Si pensamos con Lacan, "en la implicación de la pulsión, en el sistema conceptual que son las teorías sexuales infantiles" es esta misma pulsión la que por producir la significación fálica como premisa para los dos sexos, excluye al padre automáticamente, porque este esquema no da lugar a que aparezca la falta en



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 CEN TRÍFICO:

Dr. Juan Carlos Fantin

SECRETARIO DE ACTAS:

Dr. Nestor Saborido

SECRETARIO DE ÉTICA:

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 Marachian

SECRETARIO DE CULTURA:

Dr. Roberto Bilotta

SECRETARIO DE BIBLIOTECA:

Lic. Dario Galante

TESORERO:

Lic. Maria Belén Baudron

VOCALES 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 INSCRIPCIÓN: 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
PRODUCCIONES

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

adhesión:

ELEA
PSIQUIATRIA
NEUROPSIQUIATRIA

Neurotrox CR

Neurotrox
permite ver la vida
sin depresión, ni ansiedad

ningún lado. La segunda teoría sexual complementa la primera, reafirmando la renegación de la falta y es en función de ello que Freud sitúa el problema del padre como un interrogante, del padre como contingente a pesar de que el niño supone que algo tendrá que ver porque dice, "que el niño es suyo". Desde acá no se sabe como compatibilizar estas teorías sexuales infantiles con la idea de Lacan de que la significación fálica no es evocada sino por la metáfora paterna o bien como él dice: "...en el sentido en que el paganismo mismo no lo producía sino al término de sus más secretos misterios"; lo que parece ser una hipótesis inversa a la de Freud. En función de la premisa fálica que impide que la madre aparezca como faltante Freud intenta pensar la cuestión del lugar del padre introduciendo para ello la teoría de la Couvade.

En esta búsqueda de saber coartada por los padres, Freud ubica la división del sujeto como la primera ocasión de un conflicto psíquico que constituye el complejo nodular de la neurosis. Este enigma sin respuesta, se lo puede pensar en realidad como lo imposible de la relación sexual.

Por su parte, Lacan es muy claro cuando plantea que la cuestión de la paternidad no tiene que ver con la fecundación porque de esto es de lo que no se trata. La paternidad será atribuida a cualquier espíritu según lo exija una determinada cultura y no a quien tuvo que ver con la procreación, con lo cual su atribución al padre sólo dependerá de un puro significante, desprendiéndose así del padre biológico. Lacan dice que: "...la ausencia del padre es más que compatible con la presencia del significante".

Las coordenadas en que esto se despliega son las de la sexualidad y la muerte en que el Nombre del Padre aparece en disyunción con el padre genitor y en conjunción con la muerte, relación que Lacan evoca desde la neurosis obsesiva. Aparece entonces un padre simbólico que es el padre muerto.

Si las teorías sexuales infantiles hacen algún obstáculo para pensar la cuestión de la metáfora paterna, es en tanto ahí el interrogante a resolver es el estatuto del padre. En la novela familiar del neurótico, la fase sexual aparece brindando un soporte para ello, ya que la madre sostiene un deseo enigmático y el padre hay que construirlo con atributos paradójicamente derivados del recuerdo de aquél en quién primariamente se sostuvo la identificación.

III.- CONCLUSIÓN

Luego del recorrido por textos en los que se puede inferir las operaciones en que se constituye la neurosis, volveré al punto de partida.

El hecho de la presencia del padre en el discurso del psicótico, que el psicótico tenga acceso a referirse a su padre como a cualquier otro elemento del código no hace menos vacío su lugar en lo simbólico como función.

Es un reconocimiento de su padre a nivel del enunciado, pero le falta la dimensión subjetiva del conflicto. Su historia personal no ha logrado concernirlo como sujeto, a diferencia de lo que ocurre en la neurosis en que el sujeto está comprometido en sus síntomas.

En este aspecto de no subjetivación se podría pensar el ser del psicótico objetivado, posicionado en el lugar de desecho en que queda a merced del goce del Otro.

Fijado al sistema conceptual de la segunda teoría sexual infantil, en que según Freud lo expresa: "...fue expulsado como un excremento en una deposición". Esta posición de objeto parcial, que como dice Lacan en la cuestión preliminar: "...allí lo ubica entre los desechos donde sus primeros retozos encontraron su cortejo".

Tal vez algo de la sublimación agustiniana en su misma función enmascarante fracasó impidiéndole al sujeto despegarse para prestar sólo su cuerpo al Inter urinas et faeces nascimur.

Al no estar presente la dimensión del drama humano, si no hubo incertidumbre en relación al padre, ni degradación respecto de la madre, lo que ocurre entonces es que literalmente el padre es el padre, el padre es el genitor.

En este sentido en el psicótico, el significante del padre no se diferencia de los otros significantes, no cumple una función polarizante. Esto queda oculto tras el enunciado. Ya que en realidad, el hecho de que la función del Nombre del Padre en nuestra cultura coincida o más bien, recaiga sobre el padre genitor, es lo que obstaculiza pensar en el problema de la paradoja de que el padre aparezca en el lenguaje como manifestación propia de lo simbólico y al mismo tiempo falte de allí como Nombre del Padre.



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

Diálogos sociales con enfoque apreciativo, una nueva metodología para la promoción de la salud.

Mónica L. Barbosa D.

INTRODUCCION.

Es propósito de la actual Administración Distrital de Bogotá Colombia avanzar en la construcción colectiva de una ciudad moderna y humana, incluyente, solidaria y comprometida con el desarrollo del Estado Social de Derecho, con mujeres y hombres que ejercen su ciudadanía y reconocen su diversidad. Una gestión orientada a la superación de la pobreza, la iniquidad y la exclusión.

Los procesos de promoción de la salud, deben construir una nueva legitimidad de los sujetos sociales con lo cual se promueva la ciudadanía plena a través del ejercicio de una democracia cotidiana. Esto implica:

- Discutir sobre los problemas que les afectan en su calidad de vida.
- Identificar y comprender sus necesidades en ámbitos donde se desarrolla la vida cotidiana.
- El reconocimiento de sus creencias, historias y legados culturales.
- Participar en la definición de los temas prioritarios en salud.
- La toma de decisiones en sus ámbitos familiares, institucionales y comunitarios para el desarrollo de su condiciones de salud.
- Ejercer el control social sobre los programas y proyectos.

Los procesos educativos en salud deben convocar al ejercicio de los derechos, a la identificación y movilización de responsabilidades de los sujetos, a la construcción de nuevos lazos y vínculos que favorezcan el soporte social para la transformación de prácticas y al desarrollo de nuevas expresiones con su cuerpo, con las relaciones que construye, con sus territorios, con la naturaleza y con el medio ambiente activando pactos de cambio frente a sus necesidades.

Es así como promoción de la salud y educación para la salud se definen como procesos y espacios de encuentro, cargados de historias familiares y culturales que requieren de creatividad para favorecer aprendizajes significativos, es decir, aprendizajes que surjan y transformen la vida cotidiana en la dimensión personal, familiar y comunitaria. Para esto es necesario visibilizar la participación activa de los sujetos (jóvenes, niños, adultos, adultos mayores, familias, madres gestantes, cuidadores, padres de familia y otros actores sociales), reconociendo sus características diferenciales, intereses y necesidades así como la capacidad de poder para transformar realidades de vida y salud.

La metodología de diálogos sociales con enfoque apreciativo se presenta como una alternativa para la promoción de la salud construida en armonía con los retos que se definen desde la carta de Ottawa y los nuevos avances en educación en salud desde una perspectiva constructorista social.

La metodología, identifica la salud como una construcción social, reconociendo los sujetos en el ejercicio ciudadano de sus derechos, reflexionando en torno a la salud como bien colectivo, legitimando sus historias, experiencias, conocimientos y capacidad organizativa, promoviendo una respuesta social organi-

*Convenio UNICEF
-Secretaría Distrital de Salud
Bogotá, Colombia Psicóloga,
Universidad Santo Tomás
-Colombia- ; Formación en la
construcción de materiales
educativos para la promoción de
la salud; Magíster en Psicología
Clínica y de la Familia,
Universidad Santo Tomás
-Colombia- ; Coordinadora local
de la red social materna-infantil
UNICEF – Secretaría Distrital
de Salud; Docente Investigadora
del Grupo de Psicología de la
Salud, Universidad Manuela
Beltrán.*



zada a través de la participación de los diferentes actores y sectores en el desarrollo de diversas iniciativas que influyan en los programas y proyectos planteados en los planes de desarrollo, y promuevan intervenciones de la ciudadanía en la toma de decisiones públicas en salud.

Se reconoce que la salud de los niños, las niñas y gestantes de Bogotá, se relaciona estrechamente con situaciones sociales, ambientales, familiares y culturales, siendo una prioridad para Bogotá como distrito capital y para UNICEF dimensionar la infancia y la mujer como núcleos centrales para generar condiciones de vida digna.

La metodología aporta un nuevo modo de pensar la salud a través de diversas estrategias, herramientas y momentos de encuentro entre los participantes activando vínculos, alianzas y recursos al construir narrativas de infancia, gestación con la mirada social en los ámbitos familiares, barriales, escolares y laborales y favoreciendo la abogacía, la movilización social y la educación en salud como acciones claves para la emergencia del sujeto, su autonomía y su capacidad de transformación social y política.

NUEVOS PARADIGMAS Y ENFOQUES QUE ORIENTAN LA PROMOCION DE LA SALUD EN LA METODOLOGÍA DE DIALOGOS SOCIALES.

Los enfoques para entender la salud han evolucionado desde uno de atención de la enfermedad a uno de promoción de la salud. La salud como concepto integral y sistémico que atiende tanto al individuo como a los contextos sociales, políticos, culturales donde la vida y la salud de los ciudadanos adquiere sentido.

Syme (1996) " sugiere que "hay una necesidad urgente por un cambio de paradigma en el marco conceptual y las estrategias para resolver los problemas por parte de la salud pública. Esta debe reconocer que la mayoría de los factores de riesgo y la mayoría de los determinantes de la salud están sistémicamente localizados

en relaciones sociales complejas, dinámicas e interactivas, las cuáles a su vez determinadas por instituciones sociales y organizaciones incluidas familias, comunidades, lugares de trabajo, y el sistema de atención en salud mismo.

Los referentes conceptuales utilizados para orientar las prácticas de promoción de la salud a través de la metodología de diálogos sociales obedecen a nuevos paradigmas y se constituyen en un aporte innovador a la promoción de la salud.

El Construccionismo Social, la ontología del lenguaje, la Comunicación Apreciativa (Appreciative Inquiry), el Enfoque Sistémico, el enfoque social de derechos son los marcos de referencia utilizados y pertenecen al pensamiento post-moderno. El lenguaje, el poder que la conversación genera en las interacciones y prácticas sociales, la construcción de conocimiento de los actores locales, la búsqueda y exaltación de lo mejor en las interacciones, la transformación de los contextos donde las relaciones, narrativas e historias tienen sentido, así como el arar caminos para la defensa de los derechos humanos han sido integrados en la construcción y conceptualización de la metodología de diálogos.

LA METODOLOGÍA DE DIALOGOS SOCIALES.

La comunicación es un fenómeno que se relaciona con la posibilidad de perturbar la estructura del otro. Desde esta mirada, la comunicación es condición de posibilidad para la producción de significados y la relación entre ambos es emergente. La realidad que construimos no depende solo de nosotros sino que surge en la interacción multidimensional de los seres humanos, con su ambiente, del que estamos constantemente conectados. De ahí que la metodología se define como un proceso paulatino de comunicación y de creación permanente de estrategias que faciliten los vínculos, la emergencia de significados y el cambio de las condiciones no deseables para los grupos humanos.

La metodología es un proceso reflexivo de cambio o



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

sea un proceso social crítico que debe ser abierto para repensar en torno a los diferentes tipos de historias a través de las cuales se organiza nuestra experiencia cotidiana.

La metodología de diálogos como proceso conversacional en el que participan diferentes actores, tiene el propósito de construir una nueva realidad que movilicen los recursos existentes en la comunidad. Es decir, se convierte en un escenario donde se escuchan y legitiman las voces de los actores, sus historias, relatos frente a la salud materna tomando la nutrición y procreación como metáforas que permitan resignificar, las prácticas, la forma de relacionarse, participar y construir soluciones visionando un futuro.

EL DIÁLOGO EN EL CONTEXTO SOCIAL.

Cuando dialogamos no solo lo hacemos como individuos también escuchamos y hablamos desde nuestro trasfondo histórico. Los seres humanos somos seres históricos y encarnamos una historia genética, familiar y cultural, emergiendo dos dominios particulares: los discursos históricos y las prácticas sociales.

Los discursos históricos son esas meta narrativas, meta relatos o meta explicaciones, que generan identidades colectivas. Los discursos históricos son importantes para entender el fenómeno del escuchar porque son campos de generación de sentido. La principal diferencia entre los discursos históricos y las prácticas sociales es que mientras los primeros asumen la forma de narrativas, las prácticas sociales son formas recurrentes de actuar de las personas, son formas específicas de coordinar acciones que hemos llegado a usar recurrentemente en el curso de la historia.

La gente escucha aquello que se les dice en forma diferente según sus experiencias personales. Nuestra historia personal desempeña un importante papel en determinar no solo quienes somos sino también lo que seremos en el futuro. Siempre escuchamos a partir de esa historia. El presente hereda del pasado inquietudes, posibilidades que aceptamos y que negamos y mucho más. Nuestra historia de experiencia personales se reactualiza en la capacidad de escuchar que tenemos en el presente. Esta historia personal abre o cierra nuestro escuchar. Es uno de los principales filtros que siempre tenemos con nosotros cuando nos comunicamos. Cuando hablamos no solo coordinamos acciones con otros, también participamos en crearnos una identidad con las personas que nos escuchan. Cualquier cosa que digamos contribuye a crear esta identidad en el dominio público. Al hablar la gente no solamente escucha las acciones comprendidas en el discurso, sino que también emite juicios y desarrolla historias sobre la persona que habla. Estos juicios abarcan dominios muy diferentes.

Desde esta perspectiva en los diálogos convergen micro culturas determinadas por circunstancias sociales en las que dadas las dinámicas conversacionales producen múltiples creaciones en quienes participan de ellas.

El contexto de la conversación es uno de los factores que condicionan nuestro escuchar, cualquier cosa que se diga es escuchada dentro del contexto de la conversación que estamos sosteniendo y por lo tanto no se puede dejar de lado una mirada a el estado emocional de la conversación como una distinción a través de la cual damos cuenta de una predisposición para la acción.

CONCLUSIONES.

Pensar en la salud materna nos remite a conectar los nodos de ser, vivir, sentir y pensar de mujeres y hombres y caminar por las comprensiones de los significados de feminidad, masculinidad e imaginarios colectivos frente al rol social de ser hombre o mujer. Evidenciar las concepciones que un grupo social tiene en torno a la gestación, la crianza, la sexualidad, la corpora-



Universidad Maimónides

Departamento de Salud Mental y Neurociencias

Especialización en Psiquiatría

Director: Prof. Dr. Gustavo Tafet

Comité Asesor: Prof. Dr. Jaime Smolovich y Prof. Dr. Cesar Cabral

Cursos de Extensión Universitaria 2006 - Introducción a la Psicoterapia Cognitiva -

Dr. Gustavo Tafet y Lic. Diego Feder - Inicio: Sábado 6 de Mayo

- Introducción y Actualización en Neurociencias -
(con el auspicio del Capítulo de Neurociencias de la AASM)

Dr. Gustavo Tafet y Dra. Claudia Bavec - Inicio: Viernes 19 de Mayo

Informes e Inscripción: psiquiatria@maimonides.edu / 15-5332-9082
Universidad Maimónides: Hidalgo 775, Buenos Aires / 4905-1101

lidad, la reproducción, la construcción de afectividad y cuidado, nos remite a pensar en el sentido de ser pareja y familia construyendo una identidad que marca los derroteros para en la relación visionar lo saludable.

De esta manera una familia gestante saludable se crea en el tránsito de la vida, como una continuidad en el ciclo vital que permite el acontecimiento de experiencias en los aspectos sociales, psicológicos y biológicos, es así como lo saludable en la familia emerge como un proceso de coevolución, siendo los primeros momentos y etapas de la vida ricas en experiencia sensorial y convirtiéndose en una membrana que se nutre de afecto, contacto, y posibilita el surgimiento de una niñez que permite el desarrollo corporal y el establecimiento de nuevos elementos para vivir la adolescencia y etapas de juventud, que movilizan a la creación de nuevos significados frente al ser hombre o mujer y construir una identidad colectiva permitiendo la interacción con grupos y el ejercicio de una sexualidad.

La adultez por su parte se convierte en un escenario para evidenciar las metas y construir sentidos de vida, de ser pareja y de compartir saberes que se han alimentado en el devenir histórico familiar, proceso que en la vejez provocara nuevas practicas de relación y transmisión intergeneracional.

Dado que pensar en la salud materna convoca la reflexión frente a la vida, frente a los principios con los cuales orientamos las acciones, los diálogos se definen como un intercambio de ideas en donde el lenguaje humano es lo que genera la producción de narrativas o historias que constituyen las personas. Mientras más hablamos sobre nuestras experiencias alrededor de la salud materna, o sobre la experiencia de hablar sobre nuestras experiencias como madres, padres, abuelos, jóvenes con visión de formar o no un hogar, más reflexivos nos hacemos.

El lenguaje por lo tanto nos capacita para recrear la experiencia presente en salud materna, conectándonos con el pasado en nuestras prácticas y sentires frente a la vida y proyectándonos hacia posibles experiencias en el futuro que acercan a la vivencia de una cultura de la salud materna.

Desde esta perspectiva la metodología ha concebido dos ejes metafóricos: la procreación y nutrición, que fundamentan una visión de familia gestante al rededor de los cambios que se suscitan en el momento de una gestación, llena de incertidumbres, cambios emocionales y trazando nuevas formas de interacción. Esto nos lleva a pensar el cambio como una oportunidad para el crecimiento de la mujer gestante y del hombre, replanteando su papel como padre.

La metáfora de la nutrición convoca a una reflexión que más allá de lo puramente alimenticio, es el aspecto que recoge todo aquello que permite el sustento de la vida, es decir, la comunicación, el contacto, el afecto

y la crianza. La metáfora de la procreación nos permite hablar de la realidad de la mujer, del hombre siendo interesante citar la relación de lo urbano con la maternidad, la hermenéutica del embarazo, los cuidados propios de la madre y del padre, el conocimiento de sus derechos, entre otros.

REFERENCIAS.

- Alcaldía Mayor de Bogotá (2004). *Presentación del proyecto de acuerdo plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Bogotá D.C. 2004 – 2008.*
- Anderson, R. (1994). *La conducta humana en el medio social: Enfoque sistémico de la sociedad.* Madrid: Editorial Paidós.
- Cooperrider, D. and Srivastva, S. (1987). *Appreciative inquiry in organizational life. Research in Organizational Change and Development, Vol 1, Pages 129-169.*
- Echeverría, R. (1996). *Ontología del lenguaje.* Santiago de Chile: Editorial Dolmer.
- Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social.* Madrid: Editorial Paidós
- Morales, F. (2002). *Introducción a la psicología de la salud.* Madrid: Editorial Paidós
- Secretaría Distrital de Salud (1998). *Diagnósticos locales en salud – Localidad de Kennedy.*
- Shotter, J. and Gergen, K.J. (Eds.) (1989) *Texts of identity.* London: Sage
- Syme, S. L. (1996). *To Prevent Disease: The Need For a New Approach.* In: Blane D et al. eds; *Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century.*

Invitación de la OPS

La AASM fue invitada a participar como "Socio de Difusión de la OPS, Organización Panamericana de la Salud". Creemos que esta distinción se debe al prestigio que la AASM ha ido adquiriendo desde su fundación, gracias a los socios y miembros de los capítulos.

Las ventajas que la AASM obtendrá por haber sido elegido por la OPS para incorporarse a su proyecto son:

Ser reconocido por la OPS como Socio de Difusión, para lo cual se nos hizo entrega de un certificado que incluiremos en la página Web de la AASM, a fin de ser identificados por las otras instituciones como colaboradores de la OPS.

Seremos incluidos dentro de la página Web de la OPS como "Socios de Difusión" con un link hacia la página de la AASM.

La AASM tendrá acceso gratuito a una selección de publicaciones electrónicas.

La AASM tendrá la posibilidad de adquirir licencias y descuentos especiales para los miembros de la AASM, incluyendo las publicaciones impresas y electrónicas (Ingenta Select).

Tendremos posibilidad de anunciar nuestro congreso o noticias especiales en la sección de Noticias de la librería en línea de la OPS.

La AASM recibirá una suscripción de la Revista Panamericana de Salud Pública y publicaciones seleccionadas a medida que sean publicadas.



AASM

Asociación Argentina de Salud Mental

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.



*Si su paciente
se siente a la deriva
en el mar de la
depresión y la ansiedad...*

NUEVO TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

ARAMIX[®]

Escitalopram 10 y 20 mg

El rumbo exacto

-  Reducción inmediata de los síntomas de ansiedad asociados a depresión.
-  Sin contraindicaciones en pacientes que cursan con Glaucoma e Hipertrofia Prostática.
-  Sin efectos secundarios indeseables tales como:
-Sequedad de mucosas -Visión borrosa -Constipación



IOMA



PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Bonificación Directa
en Farmacia



Presentaciones:
Aramix[®] 10 y 20 mg
en envases conteniendo 15 ó
30 comprimidos recubiertos

ELEA
DIVISION
NEUROPSIQUIATRIA

Para mayor información dirigirse al
Dpto. Médico de **Laboratorio ELEA S.A.C.I.F. y A.**
Santo Tomé 4340 - Buenos Aires - Tel. 4379-4300
www.laboratorioelea.com.ar