



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 3 Nº 9 Junio de 2007
DISTRIBUCION GRATUITA

De la actividad asistencial al abstract y al artículo original
Que psicoanálisis en el hospital público
Salud Mental en televisión
Los trastornos psicopatológicos y el tratamiento
psicofarmacológico en el embarazo



AASM

Asociación Argentina de Salud Mental

COMISIÓN DIRECTIVA

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

MIEMBROS FUNDADORES

Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos, Calabrese Alberto E., Bertrán Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa, Marachlian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena, Calonico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron Maria Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal 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: *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*

ANSIEDAD, DEPRESION Y SOMATIZACION
 PRESIDENTE: *ARIEL FALCOFF*

EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION
 PRESIDENTE: *BEATRIZ KENNEL*

PSICOTERAPIAS
 PRESIDENTE: *FABIO CELNIKIER*

PSICOSOMATICA
 PRESIDENTE: *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*

**ABORDAJES TERAPEUTICOS
 INTERDISCIPLINARIOS**
 PRESIDENTE: *JUAN CARLOS BASANI*

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
 PRESIDENTE: *LILIANA MONETA*

PSICOONCOLOGIA
 PRESIDENTE: *INES BOUSO*

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: *SILVIA VOJILLAT*

NEUROCIENCIAS
 PRESIDENTE: *GUSTAVO TAFET*

PSICOPROFILAXIS CLINICA Y QUIRURGICA
 PRESIDENTE: *IRMA ZURITA*

ESTRES Y TRAUMA
 PRESIDENTE: *ROBERTO SIVAK*

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: *RAFAEL GROISMAN*

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL
 PRESIDENTE: *SILVIA KLEIBAN*

MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: *GABRIEL SCIANCA*

NEUROSIQUIATRIA Y PSICOSIS
 PRESIDENTE: *ALBERTO COSTITORE*

NIÑO - DERECHOS Y SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: *GUSTAVO GUROVICH*

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION
 PRESIDENTE: *HORACIO RODRIGUEZ O'CONNOR*

POLITICAS EN SALUD MENTAL
 PRESIDENTE: *PABLO BERRETONI*

CONTENIDO

5

Eduardo Luis De Vito
De la actividad asistencial al abstract
y al artículo original

11

Darío Galante
Qué psicoanálisis
en el hospital público

14

Alberto Trimboli
SALUD MENTAL en televisión

17

Myriam Monczor
Los trastornos psicopatológicos y
el tratamiento psicofarmacológico
en el embarazo

28

II Congreso Argentino de Salud Mental
II Encuentro Interamericano de Salud
Mental

Imagen de tapa:

Alberto Durerro
Melancolía I, 1514
Grabado a buril,
24 x 18,9 cm



PUBLICACION DE
LA ASOCIACION ARGENTINA
DE PROFESIONALES SALUD MENTAL
Año 3 • N° 9 • Junio de 2007

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

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

AASM

Asociación Argentina
de Profesionales de
Salud Mental



World Federation
for Mental Health

AASM 2008 III Congreso Argentino de Salud Mental

Buenos Aires, Marzo de 2008



674294
Dirección Correo de Instrucciones 4817-4822

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

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

Realización y organización Ingres
GRUPO UNO
Producciones

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

adhesión:

ELEA
DIVISION
NEUROPSIQUIATRIA

RECONOCIMIENTO A LOS PROFESIONALES
ARAMIX
El rumbo exacto

De la actividad asistencial al abstract y al artículo original

Eduardo Luis De Vito

En sentido amplio, un abstract es un resumen de un estudio científico. Hay diversos tipos de abstracts. Los incluidos en un artículo original, los usados en conferencias y enviados para ser publicados como silabus, los que son presentados en congresos ya sea mediante el formato de comunicaciones orales o mediante posters. Este artículo se referirá a estos últimos.

La presentación de resúmenes en los congresos constituye una etapa esencial del proceso de comunicación de experiencias clínicas o de trabajos de investigación de diversa índole. Los descubrimientos o teorías científicas no pueden considerarse definitivos hasta que abandonan el lugar donde han sido concebidos y están a disposición del resto de la comunidad para que sean evaluados.

Es evidente, por lo tanto, que la ciencia es una actividad social en la que los procesos de comunicación desempeñan un papel vital.

INVESTIGACIÓN NEUMONOLÓGICA EN ARGENTINA

La primera condición para investigar es querer hacerlo. Puede que exista una búsqueda o interés personal, pero también se puede comenzar a investigar porque llegó un aparato nuevo o simplemente por casualidad. Las motivaciones son diversas: "porque me gusta hacerla", "por curiosidad", "para contribuir en algo al progreso científico", "por vanidad", "por ambición". Pero si no se ha conocido personalmente lo que es la investigación resulta muy difícil darse cuenta de cómo se puede investigar. El entorno es muy importante.

Sea cual fuese el motivo, el beneficio puede ser evidente o no evidente para la comunidad estudiada o para la humanidad. Este punto no es menor cuando conocemos que una de las condiciones que debe tener un proyecto es la relevancia. ¿quién está en condiciones de decidir si talo cual proyecto es relevante? El tema puede dar lugar a un interesante debate que esta esperando.

TRANSMISIÓN DE LA EXPERIENCIA ASISTENCIAL

Dentro del seno de un servicio u hospital, la transmisión de la experiencia asistencial a otros colegas constituye una de las bases del crecimiento de todos los miembros del Servicio. En ese ámbito, la presentación de posters, comunicaciones orales en jornadas del mismo hospital, permite comunicar la experiencia derivada de la actividad asistencial y, cuando los temas son tratados sin reservas ni prejuicios, es posible analizar críticamente dicha actividad y modificar conductas si fuese el caso.

Pero para que esa experiencia trascienda a otros colegas que no nos conocen, para que sea leída por otros que no conocemos, debemos ordenar algunas cosas. En general, la práctica asistencial es frecuentemente desestimada como fuente de trabajos científicos. En primer lugar se debe ordenar esa

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Artículo publicado en: Revista Argentina de Medicina Respiratoria 2006 -N° 3: 120-125

práctica asistencial y se debe pensar en proyectos realizables. Un buen comienzo es proceder a anotar todo de la manera más sistematizada posible. Todos conocemos lo difícil y tedioso que es hacer análisis retrospectivos sobre la revisión de historias clínicas. El número inicial de pacientes suele verse drásticamente reducido por falta de datos.

Una vez que hemos decidido investigar, ya tenemos el primer problema: el hecho de querer investigar. Debemos sumar además las siguientes dificultades.

- Bajos salarios hospitalarios para la actividad asistencial.
- Diversificación en varios trabajos.
- Mala organización en el mismo trabajo.
- Poco tiempo disponible para pensar.
- Prioridad avasallante de la actividad asistencial
- Bajos salarios de los investigadores "full time"
- Limitación tecnológica.
- Formación profesional.

ETAPAS DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Un problema es una cuestión que se trata de aclarar. Es una proposición de solución dudosa. El problema genera una hipótesis enunciativa o una pregunta. Existen diversas formas de descubrir un problema:

- Mediante la búsqueda sistemática de problemas.
- Profundizando temas (un tema no es un problema).
- Permitted el beneficio de la duda.
- Poniendo a prueba la opinión prevalente.
- Mediante el análisis crítico de la literatura disponible.
- Interactuando con el equipo.
- Por Inspiración.
- Por casualidad.

En todos los casos debe haber sentido crítico y se debe diferenciar entre deseos y realidad. Debe haber curiosidad impersonal (el mundo no se adapta a nuestras predisposiciones) y se debe desconfiar de la opinión prevalente. Debe haber sensibilidad a la novedad y mínima inercia mental. Este último término merece un subtítulo.

INERCIA MENTAL

La inercia es la tendencia de los cuerpos a mantener el estado de movimiento o reposo en el que se encuentran. El cual no se modifica a menos que actúen fuerzas externas sobre su masa.

Una de las manifestaciones de inercia mental se refiere a que los estados mentales oponen gran resistencia al cambio, buscan su autopreservación, son muy duraderos a través del tiempo y cambian muy lentamente¹.

"En efecto, la inercia mental y los intereses siempre han sido, a lo largo de la historia de la ciencia, los dos grandes obstáculos que han frenado el cambio, la innovación y el progreso: la inercia mental porque se rinde ante el esfuerzo y el trabajo y cede a la comodidad momentánea y a la ley del menor esfuerzo; y el interés porque siempre antepone las ventajas personales a lo que sería un bien para muchos"². Tanto en el ámbito de la investigación como de la enseñanza, la inercia mental es peligrosa: ¿hasta que punto los conocimientos que transmitimos no están impregnados de la misma inercia mental que rige gran parte del comportamiento humano?

El pensamiento empírico es muy utilizado, pero tiene diversos inconvenientes. Puede conducir a falsas creencias (en especial pueden establecer relaciones causa efecto inexistentes donde solo hay relaciones temporales) y puede también generar resistencia a lo nuevo (las experiencias nuevas que se apartan de las regularidades establecidas no son consideradas). Así, las derivaciones más usuales de un pensamiento empírico altamente jerarquizado, son el dogma y la inercia mental, con sus agregados, la pereza y el conservadurismo.

Debido a la tradición, las doctrinas inculcadas y transmitidas de generación en generación se vuelven dogmas. En consecuencia, la reflexión, la actitud crítica y la investigación quedan anuladas. La inercia mental no es saludable para el avance de la ciencia. Pero cuando esa tendencia se debilita, las revoluciones se encargan de renovarlas³.

Pero volvamos al problema. Además del doble problema de querer hacer una investigación y pretender comunicarla, en nuestro quehacer diario asistencial, si practicamos algunas pautas de las menciona-

	Universidad Nacional de La Matanza Escuela de Posgrado		Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados
Maestría en Psicoanálisis			
Acreditación CONEAU Res. Nº 029/06 Resolución M.E.C.T. 211/02			
Especialización en Psicoanálisis			
con Orientación Clínica en:			
ADULTOS [Res. M.E. C.T. 169/02]			
ADOLESCENTES [Res. M.E. C.T. 168/02]			
NIÑOS [Res. M.E. C.T. 131/02]			
Res. CONEAU en trámite			
para residentes del interior y exterior: cursado intensivo			
Informes e inscripción: Julián Álvarez 1933 (1425)Buenos Aires Tel.: 4865.2050 / 4862.7767			

das más arriba, podemos descubrir otros problemas. Los mismos pueden emerger a través de una pregunta que genera una búsqueda bibliográfica (antes debería hacerse la pregunta a otros colegas que pueden tener la respuesta y nos ahorrarían tiempo, pero cuesta poner en evidencia la ignorancia).

Si hallamos una respuesta que nos satisfaga, el problema está resuelto. De lo contrario, si seguimos hasta las "últimas consecuencias", debemos diseñar una investigación para responder a esa pregunta, realizarla, extraer conclusiones y, si se juzgan novedosas, comunicarlas.

Es importante señalar que la etapa más primitiva de la investigación puede no tener hipótesis, y responde a la pregunta ¿y si hacemos algo para ver qué pasa? Pero no debería continuarse con esta pregunta cuando se ha llegado al análisis estadístico. Se puede recurrir a cruzar todo contra todo para ver si da algo. En algún momento hay que ordenar las cosas, tener un objetivo concreto, utilizar todos los elementos técnicos que ofrece la disciplina de metodología de la investigación y pedir ayuda si fuese necesario.

Los pasos delineados responden a una cierta lógica: problema, pregunta-objetivo, diseño, realización, etc. Sin embargo, no es el único camino.

Veamos. ¿Es el tema atrayente? ¿Tenemos métodos y equipos a punto?

Si la respuesta es si, ¿debemos iniciar la investigación!

Una vez dentro de ella se puede encontrar algún punto que no ha sido estudiado o surgir otros que solo aparecen cuando uno está trabajando, ¡no antes!. Vale entonces la pregunta: Si la pregunta está contestada, ¿para qué investigar en ese tema? El cuerpo de información no se forma con un solo artículo, debe haber otros trabajos que pongan a prueba esos hallazgos, que reproduzcan la metodología, que introduzcan alguna variante metodológica aunque sea menor pero propia, y finalmente que confirmen o no a ese artículo. En última instancia, si nuestro artículo -que estaba predestinado a ser postulado para el Nobel- resulta tener serios problemas metodológicos y de diseño y no pasa el arbitraje de un abstract para un congreso local, servirá como experiencia para el próximo estudio (que sin duda alguna merecerá el Nobel).

DESDE LOS PERFECCIONISTAS HASTA LOS CULTORES DEL ENSAYO-ERROR

Los hechos o asociaciones casuales los cambios de rumbo son posibles. En el campo de la observación, el "azar" solo favorece a los espíritus preparados.

Están los minuciosos, perfeccionistas y meticulosos que temen a equivocarse. Tienen talento matemático, sentido estricto de la lógica, planean muy bien sus estudios, piensan largamente su ejecución y calculan meticulosamente los márgenes de error.

Cuando tienen suerte y talento, con unos pocos experimentos llegan a una conclusión. Pero corren el riesgo de no empezar nunca y, cuando comienzan, tropiezan con las dificultades propias de la ejecución del protocolo y deben rediseñarlo. Por otro lado, están los que Lanari llamó los cultores de ensayo-error.

Sus ideas no son muy claras, se manejan dentro de una niebla. Pero son capaces de advertir que existe un camino, una meta alcanzable. Sienten placer aunque les salga mal y van afinando poco a poco sus propias ideas⁴. En algún momento hallarán la pregunta precisa y diseñarán un protocolo quizá más realista utilizando los intentos previos.

Nada surge de la nada, los "chispazos" son parte del proceso creador y no incondicionados.

LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Afortunadamente, la bibliografía médica llega hoy a los profesionales de una manera más masiva y rápida que en el pasado. Era impensable hace 20 años disponer de la tecnología informática de hoy para tal fin. Sin embargo, aún hay dificultades para la adquisición de publicaciones de alto nivel.

En contra partida, hay riesgo de una profusión alarmante de publicaciones que llegan anualmente a 30 mil sobre asuntos biomédicos y para cada materia específica cerca de 300 artículos y 100 editoriales por mes.

El nuevo paradigma de la medicina basada en la evidencia (MBE) puede facilitar algunos aspectos del problema. Pero el título MBE oculta la verdadera y compleja interrelación entre "la mejor evidencia disponible", "la experiencia" y "las preferencias" del paciente. La MBE debería ser rebautizada: "métodos que incorporan la evidencia epidemiológica en la práctica clínica". La discusión está abierta. No quiero caer en la tentación de extenderme más sobre este tema. Aunque creo que sucumbiré a hacerlo en otro artículo. No ahora.

La contrapartida de mejor disponibilidad de artículos científicos es que siempre habrá uno que no tenemos y que debemos tenerlo porque juzgamos que es indispensable. Y justamente ese artículo es suficientemente viejo como para no estar disponible en formato electrónico y nadie recibe la revista en el país. O será lo suficientemente nuevo y además de una revista a la cual no se accede fácilmente con



nuestros passwords, y que por ser el último, tendrá todo lo que queremos saber y nos resolverá todo. O peor aún, encontramos un metaanálisis que nos dice lo que hay que hacer (o interpretamos que nos dice lo que hay que hacer) y entonces hacemos en efecto candado: busquemos otro tema, ya está todo dicho acá.

Para justificar nuestro trabajo debe jerarquizarse la bibliografía novedosa con opiniones diferentes en las revistas más influyentes, y en particular, se debe reunir artículos con conclusiones contradictorias u opuestas. Esto último justifica nuestro trabajo. Por otro lado, la información bibliográfica para investigar debe centrarse en una lectura minuciosa del material y método y de la muestra estudiada.

PAUTAS GENERALES PARA LA CONFECCIÓN DE UN RESUMEN PARA CONGRESOS

El esquema general de un abstracts debe seguir las

siguientes pautas: título del trabajo, autores y dirección, introducción, hipótesis, método, resultados, conclusiones. Existen diversos artículos que tratan estos puntos⁵⁸.

Basten acá algunos comentarios. La introducción debe ser corta e impersonal, con especial énfasis sobre las controversias que conducen al presente trabajo. Los objetivos deben ser claros y puntuales.

Pueden ser presentados como una sentencia o como una pregunta. Los resultados que deberían ser incluidos son los estrictamente necesarios para demostrar el objetivo. No tentarse en poner todo. La conclusión debería estar sustentada solo por los resultados expuestos.

Es recomendable mostrar el resumen a una persona no comprometida con el estudio pero que tenga algún conocimiento del tema y a otra persona no sin conocimiento en el tema. Las críticas pueden ser muy interesantes e inesperadas. Los autores suelen estar muy "metidos" en el abstract y pueden no con-

A la vanguardia en Gestión de Salud



Posgrado en Gestión de Servicios y Dirección de Establecimientos de Salud Mental

Director del Posgrado: **Dr. Hugo Barrionuevo**

Fecha de inicio: **22 de junio**

Destinatarios

Profesionales del campo de la salud mental que se desempeñan en actividades vinculadas con la conducción de establecimientos ó servicios especializados.

Profesionales que aspiran a la conducción de establecimientos y servicios de salud mental.

Servicios de salud mental o equipos técnicos.

Posgrado en Psiconcología

Director del Posgrado: **Prof. Dr. José Schávelzon**

Destinatarios

Miembros del equipo de salud: médicos, enfermeros, psicólogos, kinesiólogos, etc.

Graduados y/o con título profesional

INSTITUTO UNIVERSITARIO
ISALUD

Venezuela 931 - Bs. As. Argentina
Tel: 5239-4000 / informes@isalud.org

www.isalud.org

5239-4000

siderar ciertos aspectos que alguien no comprometido con el estudio puede alertar. Pero debe haber una condición: se debe solicitar por lo menos dos críticas de cualquier tipo. Se trata de que nos critiquen para mejorar y no que nos digan que buenos que somos.

LO QUE NO SE DEBERÍA HACER DE CARA A LA REALIZACIÓN DE UN ABSTRACT

El abstract es corto pero el proceso que conduce a él es largo y tedioso. Van algunas pautas de lo que no se debería hacer:

- No tentarse en estudiar o dilucidar muchas cosas a la vez.
- No es necesario leer todo; se corre el riesgo de no comenzar nunca. Además, hay personas que leen más de lo que pueden entender.
- No aislarse. Esto es especialmente válido para la puesta a punto de metodologías y técnicas. Se debe conocer qué servicios las usan y visitarlos. Se puede ahorrar mucho tiempo haciéndolo. En entrenamiento es un proceso muy dinámico y apasionante, pero el que aprende por propia experiencia tiene a un estúpido como maestro. Es indudable que produce satisfacción haber hecho uno mismo todas las cosas, pero no se trata de satisfacer el ego sino de llevar a cabo una investigación.
- No incluir más autores de los que han intervenido directamente en el trabajo o en la investigación. Se dispone de extensa literatura respecto de la problemática de los autores: requisitos para figurar, cantidad, el primero, el último, etc.
- No dividir una investigación ya publicada y premiada en alguna de sus partes para presentarla en algún otro premio. Muy pocos de los trabajos que han recorrido diversos congresos y ganado eventualmente premios han culminado en artículos originales.
- No presentarse a todos los premios posibles, esto revela un trastocamiento de los fines⁴.
- Evitar un número abrumador de abstracts presentados en un mismo congreso y preguntarse cuántos de esos puede llegar a artículo original.

POSIBLES CONSECUENCIAS DE LA PRESENTACIÓN DE RESÚMENES

"La producción científica médica en nuestro país es considerada por muchos abundante, pero no siempre calificada. Esto requiere una crítica rigurosa. No parece ser un argumento válido estar transitando una primera etapa donde el arbitraje debe ser algo

permisivo. Las excusas de un ambiente poco propicio, escasez de medios materiales, falta de formación, etc, etc, nutre únicamente generaciones de charlatanes"⁴.

Un primer paso es la crítica que se puede recibir con la presentación de un abstract en un congreso. Debido a que el proceso de investigación es dinámico, es posible que surjan comentarios, críticas, sugerencias que permitan modificar cosas, abrir nuevas líneas de investigación, reconsiderar ciertos aspectos metodológicos, etc. El contacto con otros permite conocer gente que quizá ya haya transitado el camino y pueda aportar cosas interesantes.

Los comentarios de los legos también pueden ser muy desafiantes; nos aparta de la visión altamente especializada y permite abrir un panorama quizá más amplio.

Tabla 1: Resúmenes presentados en los Congresos Nacionales de Medicina Respiratoria período 1999-2006.

CONGRESO	LUGAR Y AÑO	RESÚMENES
27	Buenos Aires, 1999	18
28	Mar del Plata, 2000	156
29	Buenos Aires, 2001	155
30	Buenos Aires, 2002	153
31	Buenos Aires, 2003	174
32	Buenos Aires, 2004 (ALAT)	361
33	Mendoza, 2005	248
34	Buenos Aires, 2006	215

Asimismo, es posible hallar en los congresos a otros colegas que tengan los equipos que uno no tiene, y esto puede ser el inicio de un trabajo colaborativo. Esto es recíproco para el que va a escuchar el resumen. La presentación de abstracts (o comunicaciones orales) permite que la gente joven enfrente a los demás y defienda su trabajo. Son los jóvenes los que deben hablar y darse a conocer en sociedad.

De esta forma, el resumen es visto como una etapa previa a la publicación de un trabajo como artículo original. Sin embargo, es muy frecuente observar que la mayoría de los abstracts no llegan a artículos originales completos.

La tabla 1 muestra el número de abstracts presentados en el seno de los Congresos de Medicina Respiratoria desde el año 1999 hasta el 2006. Desde el año 2005, el texto de estos trabajos está disponible para todo el mundo en la Edición Digital de Congresos de la AAMR. Desconozco de cuántos de estos abstracts llegaron a artículos originales.

¿QUIÉNES QUIÉN...?

Si uno se ha propuesto ser referente en un tema debería considerar ciertas pautas. Nadie va a negar que a la hora de leer artículos y citarlos, la preferencia es abrumadora en favor de artículos originales (o resúmenes, puestas al día, etc) en lugar de los abstracts de 250 palabras de un congreso.

Los artículos originales han sufrido un proceso de revisión editorial diferente con arbitraje con una crítica rigurosa. Este es uno de los motivos por los cuales algunos abstracts no llegan a artículos originales. Digo algunos porque me refiero al número de abstracts cuyos autores han decidido emprender la colosal tarea de convertirlo en un artículo original. Pero debe haber un número considerable de abstracts que desde su concepción nunca fueron destinados a convertirse en artículos originales.

Solo como pauta general, los jóvenes que se han propuesto ser referentes en un tema deberían en primer lugar mantener cierta regularidad en sus comunicaciones y publicaciones. Digamos que por cada 4-5 abstracts presentados en congresos nacionales, deberían publicar un artículo original en Argentina (preferentemente en una revista indexada). Parece razonable publicar un artículo original cada 2-3 años en el país y cada 4-5 años en el exterior. Los jóvenes ávidos de referentes pueden encontrar en PUBMED una ayuda que puede orientarlos.

El Dr. Alfredo Lanari nos decía "lean a Popper".

Años después de su fallecimiento, en 1985, leí a Karl Popper.

Popper fue uno de los primeros en admitir la limitación inherente del conocimiento. No podemos saber con certeza si una teoría será verdadera a futuro. La investigación científica está orientada hacia la refutación y no hacia la confirmación. Contrastar una teoría significa refutarla mediante un contraejemplo. La teoría falsada es abandonada. Si no es posible refutada dicha teoría queda corroborada, pudiendo ser aceptada provisionalmente.

Popper era Racionalista. Para él Racionalista era escuchar, discutir, criticar, aprender de otros, evitar la Torre de Babel. Era crítico de las modas, de las corrientes, de las tendencias de opinión, de quienes imitan a las ciencias físicas, de quienes todo lo miden y definen, de la autoridad del especialista.

Para Popper la ciencia no es una visión psicológica de sus cultores. El progreso no se consigue investigando el mundo en busca de ejemplos confirmadores, que siempre se pueden encontrar, sino buscando la evidencia falseadora que revela la necesidad de una nueva y mejor explicación. Popper no es fácil... no es fácil porque es difícil. Entender las cosas difíciles produce más satisfacción que entender las cosas fáciles. Lean a Popper.

Bibliografía

1. Martínez M. *El Paradigma Emergente. Hacia una nueva Teoría de la Racionalidad Científica*. 1ra. Edición, Barcelona, España. Editorial GEDISA, SA, 1993.
2. Zelman H. *Debate sobre la situación actual de la Ciencias Sociales*. En: *Análisis y reflexiones Año III, No 003, Julio-Septiembre, México UFG, 2000*.
3. Sábato E. *Inercia mental*. En *Uno y el Universo*, Buenos Aires, Sudamericana, 1945. Edición definitiva: Barcelona, Seix Barral, 1979.
4. Lanari A. *Vocación y convicción. Reflexiones sobre la investigación, el futuro de la Medicina y otros escritos*. Fundación Alfredo Lanari, Estudio Sigma SRL, Buenos Aires, 1995.
5. Taylor GP. *Creating a Scientific Abstract*. http://www.biodavidson.edu/Courses/Bio_111/Bio_111LabMan/Preface%20B%7F.html. <http://www.ua-f.edu/csem/ashsss/abstractwriting.html>
6. Pierson DJ. *How to Write an Abstract That Will Be Accepted for Presentation at a National Meeting*. *Respir Care* 2004; 10: 1206-12.
7. Campbell RS. *How to Present, Summarize, and Defend Your Poster at the Meeting*. *Respir Care* 2004; 10: 1217- 21.
8. Shelledy DC. *How to Make an Effective Poster*. *Respir Care* 2004; 10: 1213-16.

AASM

**Asociación Argentina
de Salud Mental**

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

Qué psicoanálisis en el hospital público

Lic. Darío Galante

[1] "El psicoanálisis, tipo o no, es la cura que se espera de un psicoanalista ". Casi medio siglo después de haber sido formulada esta afirmación, no por irónica menos verdadera, contesta la pregunta que podemos hacernos en el ámbito hospitalario. Rescatar su valor de verdad en los tiempos que corren es fundamental. El "nada puede hacerse" no es más que el triunfo de la ideología imperante en su estrategia de "deprimir" el cuestionamiento de lo que se hace, no es otra cosa que el triunfo del pensamiento único. No hay psicoanálisis sin psicoanalista, primero se necesita de la oferta que puede hacerse a quien consulta, para problematizar posteriormente los obstáculos que se generan según su aplicación. La practica del psicoanálisis produce un cuestionamiento de los valores sociales, en tanto tal no es reconocida por el Estado, que solo reconoce su efecto terapéutico, subproducto del campo abierto por Freud.

Desde su inicio se desencuentra con lo público, su invención está planteada a partir de la práctica privada. El pasaje a lo público requiere un cuestionamiento previo para poder diseñar estrategias acordes. Sumado a este desencuentro inicial hay que agregar el escenario de la salud publica en el marco de las exigencias actuales a nivel mundial. Si bien no es nueva la discusión de la forma de inserción de los psicoanalistas en las instituciones, la situación actual presenta características particulares. En los últimos tiempos se acrecentó aún más la exigencia por la eficacia y aumentaron las demandas de tratamiento con el consecuente acortamiento del tiempo disponible para los mismos, sumado a estas cuestiones se agregan una proliferación de "nuevas patologías" que objetalizan aún más al sujeto que concurre a tratarse.

El psicoanálisis demuestra ser una practica eficaz primeramente si no se identifica con parámetros de eficacia contrarios a su ética.

La ideología neo-utilitarista, que tiende a confundir los fines con los resultados, consecuencia en lo social del discurso de la ciencia, pretende que algunos derechos queden subordinados a parámetros tales como "productividad". En un momento en que ciertos límites se han pasado hasta lugares inadmisibles (solo como ejemplo recordemos la campaña publicitaria que incurre en apología de ingesta de aspirina para cambiar el estado de ánimo, soportar las frustraciones por un amor no correspondido o simplemente para rendir más en el estudio o en el trabajo) el psicoanálisis debe renovar su apuesta.

Entonces primer mito a cuestionar: no es cierto que el psicoanálisis no es una practica eficaz, todo lo contrario, es más eficaz que cualquier psicoterapia que pueda establecerse en el consultorio público. Sin embargo es necesario revisar su aplicación.

El abordaje de tratamientos de orientación psicoanalítica en el consultorio público está determinado por condiciones que se originan en el modelo del

Secretario de Cultura de la AASM.
AP de la Escuela de la Orientación Lacaniana.
Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.
Integra la comisión directiva de Pausa (psicoanálisis aplicado a las urgencias subjetivas de la actualidad).
Co-director del Departamento de Estudios sobre Toxicomanía y Alcoholismo. (Intituto Clínico Buenos Aires)
Jefe de trabajo prácticos en la U.B.A y en la U.J.F.K
Docente del Instituto Oscar Masotta.



discurso médico. Discurso que conviene leer a partir de los cuatro que diferencia J. Lacan. En tanto es el que imparte las normativas existentes en las instituciones se distingue como Amo, necesario para el funcionamiento de las mismas establece el tratamiento de lo que la medicina determina como enfermedad, definiendo un síntoma sin sujeto. Sería por ejemplo imposible operar quirúrgicamente un cuerpo sin hacer esta separación. Esta situación define cierto marco referencial que no impide de por sí establecer otro discurso. Punto de partida para idear la instauración del discurso analítico como modo de tratar el padecer subjetivo, Sin desestimar las normativas establecidas: ¿que operación permite precisar un espacio de escucha que aloje el padecimiento subjetivo?. Para comenzar es necesario entonces establecer a partir de que concepción surgen dos discursos diferenciados. La referencia obligada: el síntoma.

La medicina occidental trata al cuerpo con la finalidad de eliminar el síntoma. Las diversas corrientes se orientan desde prevenir su aparición hasta com-

batirlo una vez que el mismo se ha establecido. El psicoanálisis se orienta a la inversa: recategoriza el síntoma, en tanto emergente del padecimiento subjetivo vehiculiza el modo de gozar del inconciente, dice de su verdad. Es conveniente entonces problematizar esta disyunción para interrogar la convivencia de estos modos de abordar el sufrimiento.

Para tratar un goce es necesario previamente establecer un sujeto. Si quien realiza un tratamiento "encuentra" el sujeto que lo determina ha dado un paso importante en el padecimiento que porta. No se sale de la misma manera después de haber dado ese paso. Un reposicionamiento subjetivo incide sobre el goce en juego. Se trata de abordar el síntoma pero sin consentirlo, es decir de una orientación ética, en el sentido que opera a partir de alojar al sujeto responsabilizándolo de su decir.

El primer paso será entonces transformar a quien consulta en sujeto, posibilitando el decir, manteniendo cierta distancia en relación al dicho.

El discurso analítico opera a partir de establecer un dispositivo que tenga en cuenta al sujeto, lo inverso de lo que demanda la institución. Ahora bien operar con otra lógica no implica necesariamente entrar en colisión permanente.

En la institución el psicoanálisis debe situarse contemplando las normas que condicionan el tratamiento, pero haciendo un uso analítico de las mismas, desidentificándose de mandatos superyoicos, tanto de la institución como de la comunidad analítica que a veces puede sostener los mismos.

Entonces: ¿Qué del psicoanálisis es posible establecer en el ámbito público?.

Para responder esta pregunta se puede establecer la diferencia entre psicoanálisis puro y aplicado. Es en esta segunda forma en donde se abre un campo de posibilidades para la aplicación del mismo a distintos ámbitos. Hacer uso del psicoanálisis con otra finalidad para la que fue creado no implica renunciar a su estatuto ético sino evaluar sus posibilidades con relación a los recursos de los que dispone para establecer sus alcances. Es fundamental distinguir ese uso según el ámbito de aplicación. Además es importante diferenciarlo de aquellas terapias que usan solamente del psicoanálisis el lenguaje propio de su teoría convirtiéndolo en una versión naif de puro juego simbólico. El psicoanálisis es una clínica de lo real y la diferencia radica en su ética. El psicoa-

asappia

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

**CENTRO ASISTENCIAL E
INVESTIGACION
"PROF. DR. MAURICIO KNOBEL"**

- TRATAMIENTOS CON NIÑOS Y ADOLESCENTES
- ORIENTACION FAMILIAR
- ABORDAJES INTERDISCIPLINARIOS
- ADMISION en sede de ASAPPIA

Consultorios en Capital y Gran Bs. As.

Honorarios institucionales

INFORMES Y TURNOS

4 9 5 3 - 5 7 8 9

Avda. Rivadavia 2431 (Pje Colombo)

Entrada 2 4to. piso dep "9"- Capital

www.asappia.com.ar

asappia@intramed.net

nalista es libre en su táctica pero la misma tanto como su estrategia están regidas por su política y esta no admite concesiones éticas.

Esto quiere decir que sus fines están regidos por sus principios. El principio que define la política del psicoanalista es que se orienta en su falta en ser, lo que implica que rechaza toda dirección de la cura que se orienta por identificación. La psicoterapia y el psicoanálisis admiten la existencia de la realidad psíquica pero se diferencian en el abordaje que hacen de la misma. En la primera hay otro que dice lo que hay que hacer.

No hay que confundir los obstáculos que pueden suscitarse con la oferta que puede hacerse cada vez, vez por vez cuando quien consulta relata su padecer. En cada caso hay posibilidad de inventar un modo distinto al del automatón que condujo a esa situación. En este contexto el psicoanálisis debe afrontar su inclusión sin perder su horizonte, esto es la orientación hacia lo real del síntoma. ¿Pero cómo pensar esta orientación en tiempos tan breves sin perder su esencia?

Un sujeto produce muchos más sentidos de los que necesita para vivir, el asunto es como se ordenan. El encuentro con el analista puede producir un paréntesis en el cual el sujeto busque el sentido de su identificación. A partir de ahí puede experimentar la falta en ser en un espacio en el cual se reintroduce a la necesidad de la producción del sentido, presentándose como contingente. Es en esta orientación que es posible alojar al padecimiento subjetivo.

Hay síntomas que en los tiempos que ofrece el hospital son de difícil resolución, pero eso no implica desoírlos, sino conducir un tratamiento posible de la forma particular de gozar de acuerdo a la contingencia de las circunstancias de quien consulta y los propios tiempos y recursos de la institución. El psicoanálisis aloja el padecimiento subjetivo orientándose hacia lo real del síntoma.

Es conveniente debatir sobre los objetivos que se establecen para diseñar una estrategia acorde al ámbito de aplicación advirtiendo las reglas en juego, qué leyes particulares funcionan en cada institución. Toda institución tiene sus reglas, hacer un uso responsable de las mismas permite alojar el padecimiento subjetivo de quien consulta.

Resulta necesario formalizar un tratamiento que en primera instancia provoque un efecto de separación

de lo que institucionalmente se denomina "motivo de consulta", tomado este como primer significante, representa al sujeto al mismo tiempo que lo aliena. ¿Qué de ese "motivo" habita el sujeto?, ¿Qué significantes primordiales se desprenden de ese pedido de asistencia?

La eficacia del psicoanálisis, su fuerza innovadora, radica en el particular tratamiento del goce que hace del sujeto. Más allá de los condicionamientos sociales, por difíciles que se presenten, la posibilidad de trabajar el goce es a partir del significante.

La institución demanda la desaparición del síntoma pudiendo conducir a una eliminación del mismo vía inhibición, o al abandono de los tratamientos. El psicoanálisis ofrece otra posibilidad, trata lo real que conlleva el sufrimiento del síntoma, pero ¿Cuánto puede tratar ese real?

El trabajo institucional no es una cura analítica que conduce al final de análisis, hay condiciones que estructuran esta imposibilidad, fundamentalmente las que se refieren al pago y al tiempo. Sin embargo una aplicación del mismo implica una primera respuesta. ¿Que esperar de dicha aplicación?. El trabajo del psicoanalista se muestra eficaz en el hospital público cuando aplica su saber hacer de acuerdo a los recursos de los que dispone, respetando las reglas de la institución pero haciendo un uso analítico de las mismas. Se trata de poder "no ofrecer la cura analítica para todos, sino poder instalarse en un lugar de un "uso posible" para todos"[2]. El psicoanálisis es una práctica, en tanto tal necesita plantear la cuestión de sus fines, medios y efectos, clarificando sus proyectos terapéuticos, sin confundirse ni con el sentido común, regido por la moral de uso, ni con el discurso del amo. Siendo necesario dar a conocer que se puede esperar de una cura conducida por un psicoanalista, como dice J. A. Miller[3]: "si queremos hablar en términos de mercado, restablecer la autenticidad de nuestro producto". Producto que no tiene esencia, por lo tanto es tributario de un saber que se debe inventar en cada caso, incluida la consulta pública.

[1] J. Lacan "variantes de la cura tipo"

[2] E. Laurent "Usos actuales posibles e imposibles del psicoanálisis".

[3] "Psicoterapia y psicoanálisis".

SALUD MENTAL en televisión.

*Entrevista al
Lic. Francisco Javier Palacín y
el Dr. Carlos David Silva
Por Alberto Trimboli*

A partir de marzo de 2007 empezó a emitirse por canal Metro (13 de Multicanal y 13 de Cablevisión) el programa SALUD MENTAL. Un proyecto innovador y de interés para todos los profesionales psi. El programa sale al aire todos los martes a las 8.30 de la mañana, es conducido por el Lic. Francisco Javier Palacín y el Dr. Carlos David Silva y aborda temas relacionados con la psicología, psiquiatría, psicoterapias, gestión, políticas para el sector y todos los temas relacionados con la Salud Mental en general. Esta es una entrevista a los conductores que tan amablemente contestaron a nuestras inquietudes.

¿Qué creen que puede aportar un programa de televisión dirigido específicamente a los profesionales de la salud mental?

Bueno, en principio veíamos que existían muchos y muy buenos congresos, jornadas, cursos y revistas que canalizaban la información científica, tanto médica como psicológica. Todo esto nos permite informarnos y recibir las actualizaciones necesarias para nuestra práctica, pero veíamos que no había un espacio que de un modo gratuito y de fácil acceso llegara a los colegas de todo el país abordando lo que nos parecía, tal vez, lo más rico: una comunicación de colega a colega, cercana y distendida. Preguntando como lo haría cualquier compañero a otro que es experto en su área.

Sólo los colegas bien informados pueden ofrecernos a la vez información válida y relevante porque son fácilmente accesibles y permiten ser interrogados. Mientras no se invente nada mejor, seremos los colegas la fuente de información más útil y continente, como corroboramos cada día en las consultas de pasillo y las sesiones clínicas. La verdad es que hacer el programa requiere mucho esfuerzo de trabajo y económico y tal vez el hecho de contar y apoyarnos en nuestros compañeros colegas, de encontrarnos y escucharlos sea una de las grandes satisfacciones que nos da SALUD MENTAL, que, esperamos, sea compartida por todos los que nos vean.

¿Qué ventajas tiene, para ustedes, que lo que comúnmente se trasmite en revistas, congresos, conferencias o jornadas, empiece a tratarse en un programa de televisión?

El lenguaje televisivo es mucho más amigable que el de una conferencia, una clase o un artículo científico que requiere mayor elaboración y

rigurosidad. Es una charla de compañeros de trabajo preocupados por encontrar otros puntos de vista sobre nuestro quehacer, que nos enriquezca y nos oriente. Muchas veces los colegas no tenemos la oportunidad de acercarnos a un experto, que tal vez trabaja en nuestra misma área, a preguntarle de un modo llano, desacartonado y sin prejuicios aquello que nos interesa o que desconocemos. Escucharlo comentar en un lenguaje coloquial y cercano lo que está pensando sobre su trabajo, sobre las perspectivas que observa para el futuro del área, las tendencias que vislumbra, los inconvenientes que encuentra y las soluciones que propone o lo que hace para salir adelante en esas situaciones posee una riqueza que no encontrábamos en otros espacios.

Es la búsqueda de algo que estamos perdiendo en nuestro medio: el encuentro humano sin pretensiones de totalidad ni verdades reveladas. Un encuentro humano entre colegas.

¿Cómo vienen manejando la diversidad y particularidades que existen en campo tan amplio y complejo que es la Salud Mental?


Desde una posición que es respetuosa de la diversidad y que alienta el pluralismo en los contenidos. Creemos firmemente en la riqueza de lo diferente y en escuchar múltiples perspectivas de un mismo tema. Luchamos contra cualquier modo de reduccionismo, negándonos a las dicotomías que nos empobrecen. Escuchar con honestidad intelectual al colega abre la cabeza a repensar lo que venimos haciendo, a cómo lo venimos haciendo y a cambiar.

¿Al momento de elegir la temática del programa, tienen en cuenta que este es un programa que llega a todas las provincias del país?

Sin duda, por una parte aprovechando el alcance federal del canal y por lo tanto del programa llegar a lugares alejados, y por otra parte invitando a participar a colegas de lejanas provincias a contar sus realidades y conocimientos. Poder unir distancias e integrar experiencias a veces tan disímiles es todo un desafío.

Vemos que en el programa suele darse mucha importancia a la difusión de instituciones y ONGs. ¿Esto es así?

Tenemos un fuerte interés en dar lugar al aporte que a lo social hacen las ONG y diversas organizaciones políticas, sociales y académicas. Esto es así hasta cuando hablamos de psicofarmacología o neuroimágenes. Esto es un amplio espectro que va desde organizaciones gremiales e instituciones académicas, como organismos nacionales e internacionales de políticas sanitarias, asociaciones de familiares y pacientes hasta funcionarios políticos en cargos ejecutivos, legislativos y del poder judicial. Todos agentes imprescindibles del entramado de la salud mental y a los que no siempre tenemos la oportunidad de escuchar para debatir. Es más que informarse, es generar un espacio de debate y alentar a interesarse por aspectos que tarde o temprano afectan nuestra práctica. Es un compromiso que tomamos al iniciar este proyecto y al que no vemos a renunciar.



**COLEGIO DE PSICOLOGOS DE
LA PROVINCIA DE BUENOS
AIRES
DISTRITO XII**



ESCUELA DE ESPECIALIZACION Y POSGRADO
CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON ADULTOS
CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES
CLÍNICA SISTÉMICA
PSICOLOGÍA JURÍDICA
PSICOLOGÍA EDUCACIONAL.
Seminarios teóricos, Talleres, Ateneos de casos clínicos,
Pasantías, Supervisiones, Monografía anual y Publicaciones.
ACREDITACIÓN: para la obtención del **CERTIFICADO DE ESPECIALISTA**
otorgado por el Consejo Superior del
Colegio de Psicólogos. Únicamente a Psicólogos o Lic. en Psicología egresados de Carrera Mayor Universitaria.
Reconocido por Ley 10.471 **CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA.**
Duración 3 años y 1 cuatrimestre.

CUERPO DIRECTIVO Y DOCENTE: María Teresa Almada,
Claudia Bilotta, Patricia Chavero, María Rosa D' Angelo,
Esther De Castro, Viviana Espósito, Graciela Jolodenco,
Susana Lentino, Ana María Lestón, Alicia López,
Liliana Mauas, Jorge Mosner, Marta Mosner,
Viviana Kalmanowiecki, Marta Ríos, Lía Ruiz,
Paula Sánchez Ayala, Gloria Seijo, Mónica Straschnoy,
Diego Timpanaro, Raquel Vargas, Susana Vivas

INFORMES: Tel: 4224-2831 escspecd12@speedy.com.ar

En sus programas se observa un especial énfasis en al difusión de congresos y actividades científicas...

En los últimos programas tuvimos varias mesas de difusión de los congresos de APSA, de la AASM, Asociación Argentina de Salud Mental y del Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos, entre otros. En ellas estuvieron los presidentes de los mismos o gente del comité organizador comentando los temas que se iban a tratar, anticipando los invitados que estarán presentes y charlando sobre las perspectivas de las asociaciones que los organizan. Queremos que SALUD MENTAL se convierta en el lugar de debate acerca de los espacios que tenemos los profesionales para agruparnos, organizarnos e intercambiar experiencias y formación. Debate que nos debemos si queremos mejorar las condiciones de nuestra práctica y ayudar a la salud de nuestros pacientes.

Por otra parte tenemos pensado la presencia en congresos con programas especiales, entrevistas a invitados relevantes y a colegas del interior, de modo de potenciar todo el esfuerzo que significa un congreso y llegar a quienes no pudieron asistir o se quedaron al margen de esa actividad. Tenemos ganas de cubrir los actos inaugurales y de cierre, así como la entrega de premios, de modo de poder acceder a espacios que son muy importantes por su dimensión científica y política y a los que en general no asistimos.

¿Quiénes fueron algunos de los invitados que han estado en el programa?

En el primer programa hablamos sobre tratamiento combinado de los trastornos de ansiedad con el Dr. Herber Chappa y el Dr. Eduardo Keegan y a la Dra. Adelma Pereyra hablando en nombre del comité organizador del congreso de APSA. En otro programa invitamos al Coordinador Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación Dr. Antonio Di Nanno y a la Secretaria de Salud Mental de la provincia de

La Rioja Lic. Setti para discutir sobre la articulación de las políticas nacionales y provinciales en salud mental. También abordamos el tema de estigma y esquizofrenia con el Dr. Pedro Gargoloff y el Dr. Sergio Halsband, teniendo también como invitadas a la presidenta y vicepresidenta de la Asociación de pacientes y familiares. Otro programa fue dedicado a discutir los diferentes puntos de vista de los actores de la investigación clínica en la Argentina e invitamos al Dr. Ricardo Corral, a la Dra. Silvia Zieher y a las autoridades en la materia del ANMAT. Posteriormente tuvimos un programa acerca de las repercusiones del último congreso de la AASM, Asociación Argentina de Salud Mental y de las perspectivas de la misma para lo que invitamos a su presidente, el Dr. Eduardo Grande y al Lic. Gustavo Bertran y al Dr. Ariel Falcoff, del comité organizador. También estuvo presente el Dr. Javier Didia Attas hablando del congreso iberoamericano de trastornos adictivos del cual fue su presidente. Otro de los programas emitidos, invitamos al Dr. Roberto Sivak y al Dr. Héctor Basile a debatir el concepto de resiliencia.

Sabemos que están en la Web...

Tenemos una página web que es www.saludmentaltv.com.ar. Ahí están los programas ya emitidos digitalizados para poderlos ver online y las entrevistas desgrabadas para poderlas leer con mayor facilidad. No siempre uno alcanza a ver el programa por la tele y que se encuentren todos los programas en la red es importante. Nos parece un buen canal de comunicación entre colegas. Esperamos las sugerencias, comentarios y críticas.

Como estamos interesados en saber qué temas son requeridos y a qué colegas se quiere escuchar, en la página hay un banner donde dejar comentarios y pedidos.

Muchas gracias...

Gracias a Ustedes.

Los trastornos psicopatológicos y el tratamiento psicofarmacológico en el embarazo

Dra. Myriam Monczor

La consulta de mujeres en edad fértil es sumamente frecuente en nuestra práctica. Si tenemos en cuenta que trastornos como la depresión, el trastorno bipolar, las psicosis, suelen desencadenarse tempranamente en la vida, y que la depresión tiene casi el doble de incidencia en mujeres que en hombres, queda en evidencia la importancia de considerar la relación de la psicopatología y su tratamiento y el embarazo.

La consulta de una paciente en relación al embarazo puede suscitarse en diferentes momentos de la paciente: 1) que realice la consulta antes del embarazo lo cual da la posibilidad de planificación del embarazo y la planificación de la mejor estrategia terapéutica para la paciente de acuerdo al momento, 2) que se realice la consulta con un embarazo inadvertido con lo cual no se van a tener en cuenta factores importantes, 3) que se desencadene un trastorno psiquiátrico durante el embarazo y que tomemos las decisiones de acuerdo a los riesgos/ beneficios para la madre y el bebé como veremos más adelante, 4) en la situación de tener que hacer profilaxis postparto o 5) por un trastorno de comienzo en el postparto, situaciones que implican generalmente a pacientes con trastornos afectivos.

El embarazo implica cambios importantes en diferentes áreas: cambios psíquicos positivos relacionados con la maternidad, los ideales y las adaptaciones a un nuevo momento, y también ansiedades, miedos, vulnerabilidad del ánimo y vulnerabilidad frente al stress, cambios de relación con el medio familiar y social, y cambios físicos, dentro de los cuales los cambios neuroendócrinos son importantes. Los períodos de cambios hormonales en la mujer predisponen a cambios en el ánimo, y a la exacerbación de diferentes trastornos físicos y psicopatológicos.

Los factores neuroendócrinos están implicados en el inicio, la continuación y la terminación del embarazo. Durante el embarazo hay aumento de hormonas, neuropéptidos y factores de crecimiento en la unidad feto-placentaria dentro del útero, con aumento de la Hormona Liberadora de Corticotrofina (CRH) por su presencia en la placenta.

El CRH placentario es sensible al stress. El stress materno produce aumento de ACTH y cortisol lo que aumenta el CRH placentario; éste es un factor crítico en el desencadenamiento temprano del parto y en la disminución del crecimiento fetal. (33)

Debido a cuestiones éticas, el estudio de drogas durante el embarazo es infrecuente. Ésto hace que los conocimientos acerca del tema sean significativamente escasos con respecto a la utilización de psicofármacos en otras etapas de la vida.

Los riesgos de la farmacoterapia durante el embarazo dependen del período en que éste se encuentre.

La teratogenia, o sea la evidencia de disgénesis de órganos que tiene una incidencia en la población general del 3%, ocurre 3-12 semanas luego de la concepción. En las semanas 1 y 2 del embarazo hay posibilidad de muerte embrionaria o de que no haya ningún efecto fetal farmacológico, mientras que en las semanas 3 a 12 se producen las malformaciones congénitas.(76)

Hay otro tipo de teratogenia que es la "teratogenia conductual" y que se relaciona con los disturbios funcionales. La exposición en el segundo y tercer trimestre a las drogas puede producir alteraciones conductuales en el largo plazo: en las emociones, en la actividad, en la cognición. (5)

En los últimos meses del embarazo hay aumento del clearance de varias drogas, debido al aumento de actividad de enzimas del citocromo P450. También se producen cambios de la filtración glomerular, del flujo sanguíneo hepático y de la unión a proteínas plasmáticas. Esto conduce a la disminución de la concentración plasmática de drogas como por ejemplo los antidepresivos, que lleva a la necesidad de aumentar las dosis para evitar recaídas.

Por último, puede haber complicaciones perinatales durante el parto e inmediatamente después en la evolución neonatal.

Todos los psicofármacos atraviesan placenta y pasan a leche materna, por lo cual la ecuación riesgos/ beneficios guía las decisiones a tomar frente a pacientes embarazadas, y ninguna decisión está libre de riesgos. En la balanza colocamos los riesgos/ beneficios de la patología y los del uso de psicofármacos. (11, 26)

La incidencia de trastornos psiquiátricos durante el embarazo no es mayor a otros períodos según reviews, sin embargo la prevalencia de síntomas anímicos y cognitivos subsindrómicos es alta. (42)

Los trastornos psicopatológicos tienen un impacto importante en la madre y el feto: aumentan el riesgo de suicidio, producen falta de cuidado de la madre, desnutrición e insomnio, aumentan el abuso de alcohol, drogas y tabaco, exponen a la automedicación, aumentan la tasa de preeclampsia y de desprendimiento de placenta, generan más complicaciones durante el parto, aumentan el número de cesáreas, aumentan la necesidad de anestesia, producen dificultades en el vínculo con el bebé y con las familia, aumentan el riesgo de depresión y psicosis postparto, y pueden produ-

cir dificultades emocionales y cognitivas en el desarrollo del hijo. Cuadro 1. (13, 48, 54, 88, 104)

Los embarazos planificados dan tiempo para pensar opciones terapéuticas y cambiar la medicación si fuera necesario a otra más segura, por lo cual es fundamental cuando tratamos pacientes en edad fértil plantear el tema, teniendo en cuenta que el objetivo de medicar puede no ser la remisión total de los síntomas sino tratar aquellos que ponen en algún riesgo a la madre o al feto.

Todas las opciones de tratamiento deben ser habladas con la paciente, la pareja y el obstetra y constar en la historia clínica.

Si es posible hay que priorizar la psicoterapia y la contención psicosocial.

La Food and Drugs Administration (FDA) y la American Academy of Pediatrics (AAP) clasificaron el riesgo farmacológico en diferentes categorías según vemos en el cuadro 2. (8, 31)

DEPRESIÓN Y EMBARAZO

El 10% de las mujeres embarazadas presentan depresión durante el embarazo, y un tercio tiene su primer episodio depresivo en este período. Las depresiones subsindrómicas tienen una incidencia significativamente mayor, y la asociación con ansiedad es frecuente. . (25, 79)

El riesgo de recaídas es alto en pacientes con historia de depresión mayor, generalmente en el primer trimestre del embarazo.

Son factores de riesgo: la falta de contención familiar y social, ser madre adolescente, ser madre soltera, el bajo nivel de educación, el desempleo, la historia personal o familiar de trastorno afectivo, la ambivalencia en relación al embarazo y los eventos negativos recientes.

La depresión y el stress producen bajo peso fetal y partos prematuros a través de diferentes mecanismos. Cuadro 3. (33)

En un review de estudios empíricos, Geller y colaboradores observaron que en pacientes con altos niveles de stress o falta de contención social se duplica la incidencia de parto prematuro o bajo peso al nacimiento, y que la contención social mejora el crecimiento fetal. En estudios preclínicos en animales embarazadas con exposición al stress hay aumento de glucocorticoides, con una respuesta exagerada de los glucocorticoides frente al stress que se sostiene a lo largo de la vida. (35)

Diferentes estudios han mostrado disminución del tono motor y del tono vagal, menor nivel de actividad y menor orientación, excitabilidad y anomalías electroencefalográficas en hijos de ma-

dres con depresión durante el embarazo. (32, 52, 67)

Recientemente se estudió en 80 mujeres embarazadas preparto (26 semanas de embarazo) y postparto inmediato, el efecto de la depresión materna en el bebé. Se evaluó ánimo y características bioquímicas de la madre, y características bioquímicas y electroencefalograma del bebé a la semana de edad. Los bebés de madres con depresión pre y postparto tuvieron aumento de los niveles de cortisol y de noradrenalina, disminución del nivel de dopamina, y asimetrías electroencefalográficas frontales derechas, mayor en bebés de madres con depresión preparto. La depresión materna podría considerarse el primer evento negativo en la vida. (32, 33, 36, 78, 92)

Antidepresivos tricíclicos: los antidepresivos tricíclicos han mostrado en diferentes estudios ser seguros en cuanto a su potencial teratogénico. Hay algunos reportes aislados de anomalías de miembros superiores e inferiores. (4, 5, 82, 84, 89, 93)

El seguimiento a 7 años no mostró alteraciones neuroconductuales.

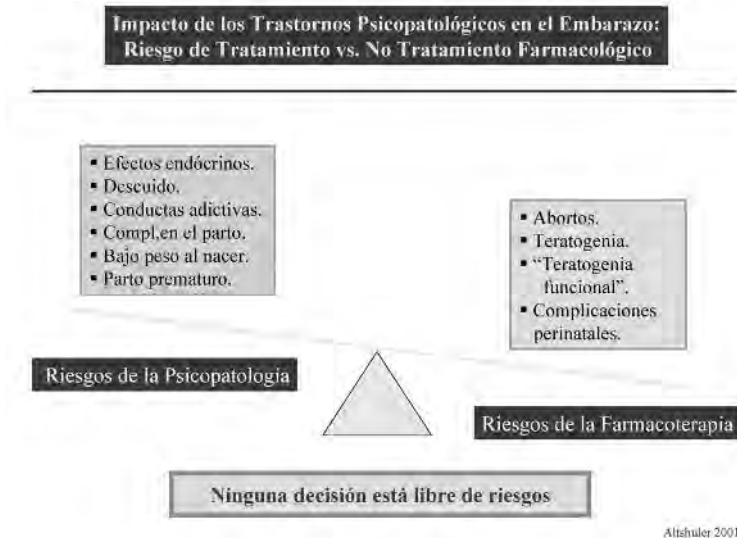
Los efectos perinatales pueden ser de toxicidad y abstinencia: letargia, hipotonía, mioclonías, convulsiones, taquicardia, cianosis, distrés respiratorio, pobre alimentación e irritabilidad.

Puede haber efectos anticolinérgicos como constipación y retención urinaria.

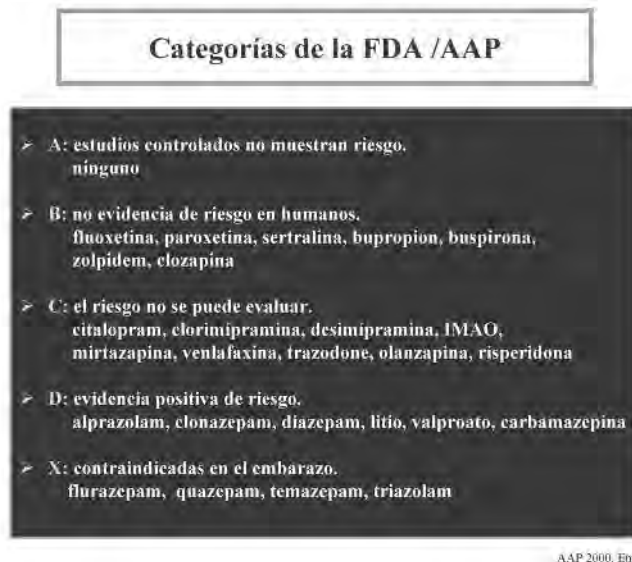
Es aconsejable la disminución gradual 15 días antes del parto.

Inhibidores de la Monoaminoxidasa: están contraindicados

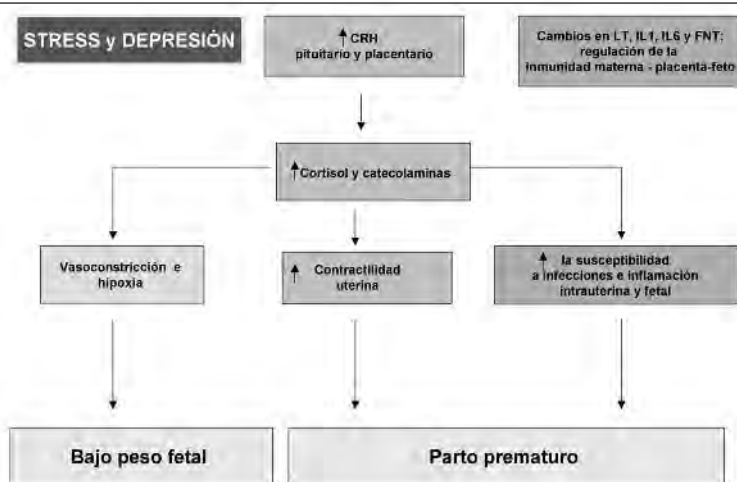
CUADRO 1



CUADRO 2



CUADRO 3



Modificado de Federenko & Wadhwani, 2004

cados durante el embarazo, ya que se observó un aumento de malformaciones congénitas con su utilización. Además aumentan la posibilidad de crisis hipertensivas por interacción medicamentosa en caso de necesidad de medicar a la madre durante o después del parto. (84, 93)

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (IRSS)

Fluoxetina: no hay evidencia de aumento del riesgo de malformaciones congénitas en los estudios publicados. (6, 23, 38, 57, 81, 82, 84, 86, 89)

Algunos estudios reportaron aumento de abortos espontáneos, aunque hoy se considera controvertido.

Puede producir menor peso y tamaño al nacimiento.

El seguimiento a 7 años no mostró alteraciones neuroconductuales.

La mayoría de los estudios no reportaron efectos potenciales perinatales, aunque puede producir síndrome de abstinencia: cianosis, taquipnea, hipotermia, hipotonía e irritabilidad.

Es aconsejable discontinuar la fluoxetina lentamente unos días antes del parto.

Sertralina, paroxetina, fluvoxamina y citalopram: no hay evidencia de malformaciones congénitas con estos antidepresivos. No hay estudios de seguimiento a largo plazo. (74, 85, 107)

La mayoría de los reportes no describen potenciales efectos perinatales, pero recientemente se han publicado casos de hipertensión pulmonar persistente en recién nacidos de madres medicadas con IRSS en el tercer trimestre. En el estudio de Chambers de 2006 se observó que las madres de 14 de 377 niños con hipertensión pulmonar nacidos entre 1998 y 2003 habían estado medicadas con IRSS luego de la semana 20 del embarazo. Estos datos implican reevaluar la continuación del tratamiento. (21)

Con venlafaxina, bupropion, mirtazapina y milnacipran hay pocos datos sobre su potencial teratogénico. En los estudios disponibles no se observó malformaciones congénitas. (44)

En un estudio en Suecia con 969 mujeres embarazadas tratadas: 375 con citalopram, 122 con paroxetina, 33 con sertralina, 16 con fluvoxamina y 423 con otros antidepresivos, no se observó aumento del riesgo de malformaciones congénitas, y fueron más frecuentes los partos prematuros en madres solteras en tratamiento con antidepresivos IRSS o no IRSS. Se plantea la pregunta de si es un efecto farmacológico o una consecuencia de la depresión. (45)

Por los cambios metabólicos que se producen durante el embarazo es necesario incrementar la dosis de los antidepresivos; sería necesario aumentar la dosis 1.6 veces con respecto al período anterior al embarazo, de acuerdo a un estudio reciente, para mantener la eficacia. (44, 47, 106)

ANSIEDAD Y EMBARAZO

Con respecto a los trastornos por ansiedad, éstos tienen diferentes evoluciones durante el embarazo.

El mismo puede ser protector, o ser el momento de comienzo o exacerbación del pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. (25, 61)

El embarazo puede ser protector en pacientes con pánico, aunque el curso es variable: mejoría, empeoramiento o que se presente un primer episodio de crisis de pánico.

Con respecto al trastorno obsesivo-compulsivo y al trastorno por estrés postraumático el embarazo no es protector; puede haber exacerbación o comienzo de éstos cuadros. Hay mayor riesgo de comienzo del trastorno obsesivo compulsivo en el postparto que en el embarazo, generalmente asociado a depresión.

Los datos sobre efectos teratogénicos con benzodiazepinas son controvertidos. Algunos estudios de casos observaron aumento de malformaciones del paladar y labio leporino: 11/10.000 vs. 6/10.000 en población general, pero no estudios de cohorte. (14, 17, 30, 63, 69, 85, 105)

Se observó retraso del crecimiento con diazepam, pero no con lorazepam o clonazepam. Datos de varios estudios son inconcluyentes por asociación con otros psicofármacos.

Los efectos perinatales posibles son por toxicidad o por síndrome de abstinencia. La toxicidad produce letargia, hipotermia, hipotonía, apnea y dificultad en la alimentación.

El síndrome de abstinencia puede presentarse con hipertensión, irritabilidad, vómitos y diarrea.

Se debe discontinuar las benzodiazepinas lentamente unos días antes del parto para evitar estos síndromes, o disminuir la dosis. Durante los días previos al parto considerar administrar compuestos de vida media corta.

TRASTORNO BIPOLAR, PSICOSIS Y EMBARAZO

El trastorno bipolar tiene una evolución variable durante el embarazo. Pareciera que el embarazo

es "protector" comparado con etapa preembarazo y postparto para algunas mujeres bipolares, aunque otras presentan una alta incidencia de recurrencias bipolares I y II cuando discontinúan el litio durante el embarazo. (35, 41, 100)

Estos datos, sumados al hecho de que los agentes antimaniacos con los que contamos o son teratogénicos o hay escasos datos acerca de su seguridad, nos plantea múltiples dilemas en la clínica.

El postparto es un período de alto riesgo de recaída; 30 a 50% de las pacientes bipolares recaen en éste período, aunque estudios recientes han observado porcentajes mayores, de 60 a 70%. En el postparto, los episodios depresivos y mixtos-disfóricos son más frecuentes que los episodios maniacos e hipomaníacos. (100, 102, 103)

Los síntomas pueden comenzar unos días antes del parto, a días o semanas posteriores del mismo. Es importante, en función de minimizar el riesgo, considerar los predictores de bipolaridad frente a pacientes embarazadas que se presentan con depresión. Los predictores son: comienzo temprano de los episodios depresivos (antes de los 25 años), el antecedente de episodios depresivos mayores recurrentes (más de 3 episodios), la historia familiar de bipolaridad, el antecedente de inducción de hipomanía o manía por antidepressivos, la presencia de síntomas psicóticos o síntomas atípicos y depresión resistente o con pobre respuesta al tratamiento antidepressivo. (37)

El litio demostró aumentar, en diferentes estudios, el riesgo de malformaciones congénitas a 4-12% (población general 2 - 4 %). En el primer trimestre del embarazo la exposición al litio produce aumento de riesgo de Enfermedad de Ebstein 20-40 veces vs. población general (1/1000 - 2/1000 vs. 1/20.000). La enfermedad de Ebstein presenta insuficiencia de la válvula tricúspide con hipotrofia de ventrículo derecho.(22, 31, 50)

En el segundo y tercer trimestre puede producir bocio, arritmias cardíacas y diabetes insípida.

Presenta, además, potenciales efectos perinatales: hipotonía, pobre reflejo de succión, cianosis, hipoglucemia, diabetes insípida nefrogénica y aumento de peso.

No se describieron secuelas neuroconductuales en estudios de seguimiento. (Register of Lithium Babies)

Si ha habido exposición al litio durante el embarazo se debe solicitar una ecocardiografía fetal en las semanas 16 a 18. Si fuera indispensable su indicación se debe administrar en 3-4 tomas diarias con controles estrictos de la litemia. Durante el embarazo se requiere aumento de dosis para llegar a la litemia útil por aumento de eliminación renal.

Se debe reducir la dosis antes del parto para evitar efectos perinatales y cuidar especialmente la hidratación durante el parto para evitar cuadros de intoxicación.

Los datos sobre el uso de anticonvulsivantes durante el embarazo se obtuvieron básicamente de pacientes con epilepsia. Los anticonvulsivantes son teratogénicos, y el riesgo de teratogénesis se incrementa con la politerapia. (46, 83, 97)

El divalproato produce un 11% de malformaciones congénitas. En el primer trimestre aumenta el riesgo de malformaciones del tubo neural: 5%-9% de riesgo de espina bífida vs. 0,03% en población general. Puede producir malformaciones cardíacas, alteración de las funciones plaquetarias, malformaciones craneofaciales e hipoplasia ungueal. (1, 31, 46, 55, 59)

Con su utilización se han observado trastornos del desarrollo con retraso mental.(síndrome fetal de valproato). Datos recientes en pacientes con epilepsia confirmaron que el valproato puede estar asociado a trastornos del espectro del autismo en bebés expuestos.

Sus potenciales efectos perinatales son síndrome de abstinencia, bradicardia, hipoglucemia, hepatotoxicidad y disminución del fibrinógeno.

**Para publicitar en esta revista comunicarse con
Anabella Romano (Representante Comercial)
Tel 4431-1233 / 15-4436-2154**

Frente a su indicación, las dosis deben ser menores a 1000 mg/ día.

Se debe administrar ácido fólico 5 mg/ día desde antes de la concepción a semana 14 (lo antes posible), solicitar una ecografía entre las semanas 16 a 18 y solicitar dosaje de α -fetoproteína o amniocentesis.

En el postparto, administrar Vitamina K para evitar cuadros hemorrágicos.

La carbamazepina aumenta el riesgo 5 a 7% de malformaciones congénitas. Su administración en el primer trimestre produce 0,5 a 1% de aumento de riesgo de espina bífida. Puede producir malformaciones craneofaciales, microcefalia, malformaciones cardíacas y urinarias e hipoplasia ungueal. (1, 31, 46)

Sus potenciales efectos perinatales son el bajo peso y disminución del perímetro cefálico, hepatitis colestásica e hiperbilirrubinemia directa.

Se describió retraso del desarrollo.

Las indicaciones pre y postparto son iguales a las indicadas con la administración de divalproato.

Sobre la indicación y riesgos de los nuevos anticonvulsivantes: la lamotrigina, el gabapentin y el topiramato, hay pocos datos que no muestran aumento del riesgo de malformaciones congénitas ni efectos perinatales. (19, 31, 109) Hubo registro incierto por la escasa incidencia de aumento de malformaciones del paladar con lamotrigina.

Aumento importante del clearance de lamotrigina se observó en pacientes en los últimos meses del embarazo con disminución de su concentración plasmática, por lo que habría que reconsiderar la dosis en ésta etapa.

Los antipsicóticos típicos: clorpromazina, trifluoperazina, perfenacina, haloperidol, han demostrado no producir aumento del riesgo de malformaciones congénitas. (3, 4, 9, 23, 29, 56)

Hay 2 reportes de malformaciones de miembros con la utilización de haloperidol, lo que no se reprodujo en estudios posteriores, inclusive en un estudio reciente con 215 pacientes en el que no se observó malformaciones congénitas. Se observó aumento de partos prematuros, aumento de partos prematuros programados y bajo peso al nacer. (29)

El seguimiento a 5 años no mostró alteraciones neuroconductuales.

Los potenciales efectos perinatales son un síndrome de agitación transitoria, temblor, hipotonía, hiperreflexia, irritabilidad y pobre reflejo de succión que puede durar varios meses.

Las fenotiazinas pueden causar ictericia.

Con respecto a los antipsicóticos atípicos, hay pocos datos sobre clozapina, risperidona, olanzapina y quetiapina; no se observó aumento de incidencia de malformaciones congénitas. Con ziprasidona y aripiprazol no hay datos. (39, 58, 65, 70, 71, 72, 98)

Algunas preguntas que surgieron con su indicación se refieren a la posibilidad de la relación entre obesidad, hiperglucemia y malformaciones congénitas y el riesgo de diabetes gestacional, resistencia insulínica y preeclampsia. Sin embargo, recientemente se publicó un estudio con 151 pacientes en Centros en Toronto, Jerusalen y Southampton, 60 pacientes con olanzapina, 49 con risperidona, 36 con quetiapina y 6 con clozapina, no se observó aumento del riesgo de malformaciones congénitas, ni se observó diabetes gestacional ni hipertensión por aumento de peso. (71)

Con la utilización de clozapina se describió riesgo de floppy síndrome (hipotonía) y convulsiones en el recién nacido.

Se debe realizar controles de la glucemia y de la presión arterial a mujeres embarazadas medicadas con antipsicóticos atípicos.

La electroconvulsivoterapia puede ser el tratamiento de elección en situaciones de riesgo como manía aguda, psicosis o frente a resistencia farmacológica. (73, 87)

No aumenta el riesgo de malformaciones congénitas, ni produce retraso del desarrollo ni efectos adversos perinatales, aunque no hay estudios de seguimiento para determinar efectos neuroconductuales.

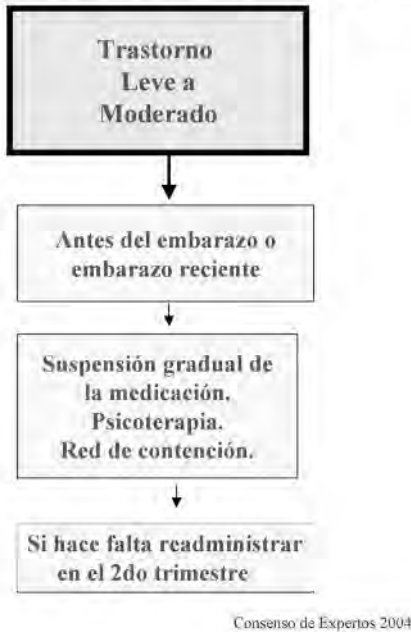
Se debe monitorear al feto con ultrasonido antes y después de la electroconvulsivoterapia.

Puede aumentar transitoriamente la contractilidad uterina. Hay pobre información sobre su utilización en el postparto.

Las Guías del Consenso de Expertos recientemente publicadas para el tratamiento del trastorno bipolar durante el embarazo figuran en los cuadros 4 y 5. (111)

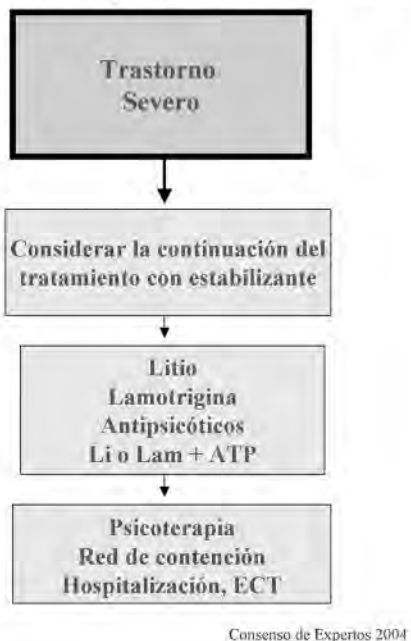
CUADRO 4

Guía para el tratamiento del Trastorno Bipolar en el embarazo



CUADRO 5

Guía para el tratamiento del Trastorno Bipolar en el embarazo



Bibliografía

1. Adab N, Jacoby A, Smith D y col: "Additional educational needs in children born to mothers with epilepsy"; *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 70(1):15-21; 2001.
2. Ahokas A, Aito M, Rimón R: "Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study"; *J Clin Psychiatry*, 61 (3): 166-169; 2000.
3. Altshuler L, Cohen L, Szuba M y col: "Pharmacologic management of psychiatric illness during pregnancy: dilemmas and guidelines"; *Am J Psychiatry*, 153(5): 592-606; 1996.
4. Altshuler L, Hendrick V, Cohen L y col: "Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period"; *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 2): 29-33; 1998.
5. Altshuler L: "Antidepressant therapy during pregnancy"; en *Simposium "Antidepressant therapy during the childbearing years"*; APA meeting, New Orleans, 2001.
6. Altshuler L: "The use of IRSS in depressive disorders specific to women"; *J Clin Psychiatry*, 63 (suppl 7): 3-8; 2002.
7. American Academy of Pediatrics: "The transfer of drugs and other chemicals into human milk"; *Pediatrics*, 93 (1): 137-150; 1994.
8. American Academy of Pediatrics: "Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn"; *Pediatrics*, 105 (4): 880-887; 2000.
9. American Psychiatric Association: "Practice guideline for the treatment of patients with depression in pregnancy"; *Am J Psychiatry*, suppl, 159 (4); 2001.
10. Appleby L, Warner R, Whitton A y col: "A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression"; *BMJ*, 314 (7085):932-6; 1997.
11. Austin M, Mitchell P: "Psychotropic medications in pregnant women: treatment dilemmas"; *Med J Aust*, 169: 428-431; 1998.
12. Baab S, Peindl K, Piontek C y col: "Serum bupropion levels in 2 breastfeeding mother infant pairs"; *J Clin Psychiatry* 63: 910-911; 2002.
13. Benmadsen B, Mortensen P, Olessen A y col: "Preterm birth and intra-uterine growth retardation among children of women with schizophrenia"; *Br J Psychiatry*, 175:239-45; 1999.
14. Bergman U, Rosa FW, Baum C y col: "Effects of exposure to benzodiazepine during fetal life"; *Lancet*, 340: 694-696; 1992.
15. Berle JO, Steen V, Aamo T y col: "Breastfeeding during maternal antidepressant treatment with serotonin reuptake inhibitors: infant exposure, clinical symptoms, and cytochrome P450 genotypes"; *J Clin Psychiatry*, 65: 1228- 1234; 2004.
16. Bloch M, Schmidt P, Danaceau M y col: "Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression"; *Am J Psychiatry*, 157 (6): 924-930; 2000.
17. Briggs G: "Drug effects on the fetus and breast-fed infant"; *Clin Obstet Gynecol*, 45(1):6-21; 2002.
18. Burt V, Suri R, Altshuler L y col: "The use of psychotropic medications during breastfeeding"; *Am J Psychiatry*, 158 (7): 1001-1009; 2001.
19. Calabrese J, Shelton M, Rapport G y col: "Long-term treatment of bipolar disorder with lamotrigine"; *J Clin Psychiatry*, 63 Suppl 10:18-22; 2002.
20. Chambers CD, Jhonson K, Dick L y col: "Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine"; *N Engl Med*, 335: 1010-1015; 1996.
21. Chambers CD, Hernandez Diaz S, VanMarter LJ y col: "Se-

- lective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn"; *New Engl J Medicine*, 354: 579-587; 2006.
22. Chaudron L, Jefferson J: "Mood stabilizers during breastfeeding: a review"; *J Clin Psychiatry*, 61(2): 79-90; 2000.
23. Chaudron L, Pies R: "The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review"; *J Clin Psychiatry*, 64: 1284-1292; 2003.
24. Cohen L, Friedman J, Jefferson J y col: "A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium"; *JAMA*, 12;271(2):146-50; 1994.
25. Cohen L, Rosenbaum J: "Psychotropic drug use during pregnancy: weighting the risks"; *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 2): 18-28; 1998.
26. Cohen L, Biederman J: "Treatment of risperidone-induced hyperprolactinemia with a dopamine agonist in children"; *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 11(4):435-40; 2001.
27. Cohen L: "Treatment of bipolar illness during pregnancy"; en *Simposium "Bipolar disorder in women: reproductive implications of treatment"*; APA Meeting, New York, 2004.
28. Costa LG, Steardo L, Cuomo V: "Structural effects and neurofunctional sequelae of developmental exposure to psychotherapeutic drugs: experimental and clinical aspects"; *Pharmacological Rev*, 56: 103-147; 2004.
29. Dennis CL, Stewart DE: "Treatment of postpartum depression, part 1: a critical review of biological interventions"; *J Clin Psychiatry*, 65: 1242-1251; 2004.
30. Dennis CL: "Treatment of postpartum depression, part 2: a critical review of nonbiological interventions"; *J Clin Psychiatry*, 65: 1252-1265; 2004.
31. Diav-Citrin O, Shechtman S, Ornoy S y col: "Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study"; *J Clin Psychiatry*, 66: 317-322; 2005.
32. Diego M, Field T, Hernandez-Reif M y col: "Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns"; *Psychiatry*, 67(1):63-80, 2004.
33. Dolovich L, Addis A, Vaillancourt J y col: "Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations in oral cleft: meta-analysis of cohort and case control studies"; *BMJ*, 317 (7162): 839-843; 1998.
34. Ducan S: "Teratogenesis of sodium valproate"; *Curr Opin Neurol*, 20 (2): 175-80; 2007.
35. Ernst C, Goldberg J: "The reproductive safety profile of mood stabilizers, atypical antipsychotics, and broad spectrum psychotropics"; *J Clin Psychiatry*, 63 (suppl 4): 42-55; 2002.
36. Federenko I, Wadhwa P: "Women's mental health during pregnancy influences fetal and infant developmental and health outcomes"; *CNS Spectrums*, 9:198-206; 2004.
37. Freeman M, Wosnitzer Smith K, Freeman S y col: "The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women"; *J Clin Psychiatry*, 63: 284-287; 2002.
38. Geller P: "Pregnancy as a stressful life event"; *CNS Spectr*, 9(3):188-97; 2004.
39. Ghaemi S, Ko J, Goodwin F: "'Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder"; *Can J Psychiatry*, 47(2):125-34; 2002.
40. Goldstein D, Corbin L, Sundell K y col: "Effects of first-trimester fluoxetine exposure on the newborn"; *Obstet Gynecol*, 89(5 Pt 1):713-8; 1997.
41. Goldstein D, Corbin L, Fung M: "Olanzapine exposed pregnancies and lactation: early experience"; *J Clin Psychopharmacol*, 20 (4): 399-403; 2000.
42. Gregoire A, Kumar B, Everitt B y col: "Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression"; *Lancet*, 347(9006):930-3; 1996.
43. Grof P, Robbins W, Alda M y col: "Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder"; *J Affect Disord.*, 61(1-2):31-9; 2000.
44. Halbreich U: "Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: implications for clinical practice and research"; *CNS Spectr*, 9(3):177-84; 2004.
45. Hendrick V: "The treatment of postpartum depression: risks and benefits to mother and child"; en *Simposium "Antidepressant therapy during the childbearing years"*; APA meeting, New Orleans, 2001.
46. Hendrick V, Altshuler L: "Management of major depression during pregnancy"; *Am J Psychiatry*, 159 (10): 1667-1673; 2002.
47. Hendrick V, Smith I, Hwang S y col: "Weight gain in breastfed infants of mothers taking antidepressant medication"; *J Clin Psychiatry*, 64: 410-412; 2003.
48. Holmes L, Harvey E, Coul B y col: "The teratogenicity of anticonvulsant drugs"; *N Engl J Med*, 344(15):1132-8, 2001.
49. Hostetter A, Ritchie J, Stowe Z: "Amniotic fluid and umbilical cord blood concentrations of antidepressants in three women"; *Biol Psychiatry*, 48(10):1032-4; 2000.
50. Howard L, Goss C, Leese M y col: "Medical outcome of pregnancy in women with psychotic disorders and their infants in the first year after birth"; *Br J Psychiatry*, 182:63-7; 2003.
51. Jablensky A, Morgan V, Zubrick S y col: "Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders"; *Am J Psychiatry*, 162: 79-91; 2005.
52. Jacobson S, Jones K, Johnson K y col: "Prospective multicentre study of pregnancy outcome after lithium exposure during first trimester"; *Lancet*, 339(8792):530-3; 1992.
53. Jennings K, Ross S, Popper S y col: "Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers"; *J Affect Disord*, 54(1-2):21-8; 1999.
54. Jones NA, Field T, Fox NA y col: "EEG activation in 1-month-old infants of depressed mothers"; *Dev Psychopathol*, 9(3):491-505, 1997.
55. Jones H, Venis J: "Identification and classification of postpartum psychiatric disorders. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 39(12):23-30; 2001.
56. Kelly B, Feeney L, O'Callaghan E y col: "Obstetric adversity and age at first presentation with schizophrenia: evidence of a dose-response relationship"; *Am J Psychiatry*, 161: 920-922; 2004.
57. Kennedy D, Koren G: "Valproic acid use in psychiatry: issues in treating women of reproductive age. *J Psychiatry Neurosci*, 23(4):223-8; 1998.
58. Kopelman A: "Fetal addiction to pentazocine"; *Pediatrics*, 55(6):888-9; 1975.
59. Koren G, Nulman I, Addis A: "Outcome of children exposed in utero to fluoxetine: a critical review"; *Depress Anxiety*, 8 Suppl 1:27-31; 1998.
60. Koren G, Kohn T, Chitayat D y col: "Use of atypical antipsychotics during pregnancy and the risk of neural tube defects in



Libro del II Congreso

El libro de 624 páginas, incluye 230 trabajos seleccionados de los casi 1000 aceptados para participar del II Congreso Argentino de Salud Mental - II Encuentro Interamericano de Salud Mental, realizado en 22, 23 y 24 de marzo de 2007 en el Hotel Panamericano de Buenos Aires y organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

Esta obra, será sin ninguna duda, un manual de consulta indispensable en la que se incluyen los mas variados temas relacionados con la Salud Mental. Los mismos son de gran nivel científico y sus autores provienen de universidades, hospitales, instituciones y organismos de varias provincias argentinas, de América Latina, España e Israel, entre otros.

Valor del Libro: \$68 pesos (Argentina) o U\$S 22 (Exterior)

**Socios AASM
10% de Descuento**

FORMAS DE PAGO:

Tarjeta de débito / Tarjeta de crédito

Además, para Argentina puede pagarse con tarjeta de crédito en:

3 cuotas sin interés

6 cuotas de \$11,98 pesos

12 cuotas de \$ 6,42 pesos

9 cuotas de \$ 8.32 pesos

24 cuotas de \$ 3,70 pesos



INFORMES Y VENTA: AASM. Ayacucho 234 - Tel 4952-8930 - E-mail: www.aasm.org.ar - administracion@org.ar

CON EL RESPALDO DEL DPPT DE LA ASOCIACION PSICOANALITICA INTERNACIONAL - IPA



IUSAM

Instituto Universitario de Salud Mental
ASOCIACION PSICOANALITICA DE BUENOS AIRES

CARRERA DE POSGRADO UNIVERSITARIO

- Maestría en Psicopatología y Salud Mental
- Especialización en Psicopatología y Salud Mental
- Maestría en Familia y Pareja



Asociación
Psicoanalítica
de Buenos Aires

EL PSICOANALISIS Y LA SALUD MENTAL EN SU AMBITO MAS ACADEMICO

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

AUT. PROV. POR DEC. N° 352/05 DEL PEN ART. N° 62 LEY 24521 EDUC. SUPERIOR APROBADO POR RES. MIN. N° 512/06

- infants"; *Am J Psychiatry*, 159(1):136-7; 2002.
61. Koren G, MacLeod S, Davis D: "Drugs in pregnancy: acknowledging challenges-finding solutions"; *Can J Clin Pharmacol*, Vol 14(1) e2-e4; 2007.
62. Kozma C: "Valproic acid embryopathy: report of two siblings with further expansion of the phenotypic abnormalities and a review of the literature"; *Am J Med Genet*, 98(2):168-75; 2001.
63. Kumar C, McIvor R, Davies T y col: "Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after childbirth"; *J Clin Psychiatry*, 64: 112-118; 2003.
64. Labad J, Menchon J, Alonso P y col: "Female reproductive cycle and obsessive compulsive disorder"; *J Clin Psychiatry*, 66: 428-435; 2005.
65. Laegreid L, Olegard R, Walstrom J y col: "Teratogenic effects of benzodiazepine use during pregnancy"; *J Pediatr*, 114: 126-131; 1989.
66. Lee A, Giesbrecht E, Dunn E, Ito S: "Excretion of quetiapine in breast milk"; *Am J Psychiatry*, Letter, 161: 9, 1715-1716; 2004.
67. Littrell K, Jhonson C, Peabody C y col: "Antipsychotics during pregnancy"; *Am J Psychiatry*, 157 (8): 1342; 2000.
68. Llewellyn A, Stowe Z, Nemeroff C: "Depression during pregnancy and puerperium"; *J Clin Psychiatry*, 58 (suppl 15): 26-32; 1997.
69. Llewellyn A, Stowe Z: "Psychotropic medications in lactation"; *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 2): 41-52; 1998.
70. Lundy B, Field T, MC Bride M y col: "Child psychiatric patients' interactions with their mothers"; *Child Psychiatry Hum Dev*, 27(4):231-40, 1997.
71. McElhatton P: "The effects of benzodiazepine use during pregnancy and lactation"; *Reprod Toxicol*, 8(6):461-75; 1994.
72. McIntyre R, Konarski J: "Tolerability profiles of atypical antipsychotics in the treatment of bipolar disorder"; *J Clin Psychiatry*, 66 (suppl 3): 28-36; 2005.
73. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M y col: "Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study"; *J Clin Psychiatry*, 66: 444-449; 2005.
74. Menhekar D, Sharma J, Srivastava P y col: "Clozapine and pregnancy"; *J Clin Psychiatry*, letter, 64: 850, 2003.
75. Miller L: "Use of electroconvulsive therapy during pregnancy"; *Hosp Community Psychiatry*, 45(5):444-50; 1994.
76. Misri S, Burgmann A, Kostaras D: "Are SSRIs safe for pregnant and breastfeeding women?"; *Can Fam Physician*, 46:626-8, 631-3; 2000.
77. Misri S, Reebye P, Corral M, Milis L: "The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial"; *J Clin Psychiatry*, 65: 1236-1241; 2004.
78. Moore KL, Persaud TVN: "The developing human: clinical oriented embryology"; Philadelphia, Saunders, 1993.
79. Newport J, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN: "The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposure"; *J Clin Psychiatry*, 63 (suppl 7): 31-44; 2002.
80. Newport J, Stowe Z, Nemeroff C: "Parental depression: animal models of an adverse life event"; *Am J Psychiatry*, 159: 1265-1283; 2002.
81. Nonacs R, Cohen L: "Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines"; *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 2): 34-40; 1998.
82. Nonacs R, Cohen L: "Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options"; *J Clin Psychiatry*, 63 (suppl 7): 24-30; 2002.
83. Nordeng H, Lindermann R, Perminov K y col: "Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors"; *Acta Paediatr*, 90(3):288-91; 2001.
84. Nulman I, Rovet J, Stewart D y col: "Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs"; *N Engl J Med*, 336(4):258-62; 1997.
85. Nulman I, Laslo D, Koren G: "Treatment of epilepsy in pregnancy"; *Drugs*, 57(4): 535-544; 1999.
86. Nulman I, Rovet J, Stewart D y col: "Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study"; *Am J Psychiatry*, 159 (11):1889-1895; 2002.
87. Oberlander T, Misri S, Fitzgerald C y col: "Pharmacologic factors associated with transient neonatal symptoms following prenatal psychotropic medication exposure"; *J Clin Psychiatry*, 65: 230-237; 2004.
88. Pastuszek A, Schick-Boschetto B, Zuber C y col: "Pregnancy outcome following first-trimester exposure to fluoxetine"; *JAMA*, 269(17):2246-8, 1993.
89. Polster D, Wisner K: "ECT-induced premature labor: a case report"; *J Clin Psychiatry*, 60(1):53-4; 1999.
90. Sacker A, Done D, Crow T: "Obstetric complications in children born to parents with schizophrenia: a meta-analysis of case-control studies"; *Psychol Med*, 26(2):279-87; 1996.
91. Simon G, Cunningham M, Davis R: "Outcomes of prenatal antidepressant exposure"; *Am J Psychiatry*, 159 (12): 2055-2061; 2002.
92. Sunder K, Wisner K, Hanusa B, Perel J: "Postpartum depression recurrence versus discontinuation syndrome: observations from a randomized controlled trial"; *J Clin Psychiatry*, 65: 1266-1268; 2004.
93. Stowe Z, Nemeroff C: "Women at risk for postpartum-onset major depression"; *Am J Obstet Gynecol*, 173(2):639-45; 1995.
94. Stowe Z, Cohen L, Hostteter A y col: "Paroxetine in human breast milk and nursing infants"; *Am J Psychiatry*, 157 (2): 185-189; 2000.
95. Stowe Z, Calhoun K, Ramsey C y col: "Mood disorders during pregnancy and lactation defining issues of exposure and treatment"; *CNS Spectrum*, 6:150-166, 2001.
96. Stowe Z: "Use of antidepressants in pregnant and breastfeeding women", en *Simposium Mood and anxiety disorders in understudied populations*, AMA meeting, New Orleans, 2001.
97. Stowe Z, Hostteter A, Owens M y col: "The pharmacokinetics of sertraline into human breast milk: determinants of infant serum concentrations"; *J Clin Psychiatry*, 64: 73-80; 2003.
98. Stuart S, O Hara M, Blehar M: "Mental disorders associated with childbearing: report of the Biennial Meeting of the Marce Society"; *Psychopharmacol Bull*, 34(3):333-8; 1998.
99. Swann A: "Major system toxicities and side effects of anti-convulsants"; *J Clin Psychiatry*, 62 (suppl 14): 16-21; 2001.
100. Temple R, Aldridge V, Greenwood R y col: "Association between outcome of pregnancy and glycaemic control in early pregnancy in type 1 diabetes: population based study"; *BMJ*, 30;325(7375):1275-6; 2002.
101. Tenyi T, Csabi G, Trixler M: "Antipsychotics and breast

feeding. A review of the literature"; *Paediatr Drugs*, 2 (1): 23-28; 2000.

102. Tomson T, Battino D: "Pharmacokinetics and therapeutic drug monitoring of newer antiepileptic drugs during pregnancy and the puerperium"; *Clin Pharmacokinet*, 46 (3): 209-19; 2007.

103. Viguera A, Nonacs R, Cohen L y col: "Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance"; *Am J Psychiatry*, 157(2):179-84; 2000.

104. Viguera A, Cohen L, Bouffard S y col: "Reproductive decisions by women with bipolar disorder after pregnancy psychiatric consultation"; *Am J Psychiatry*, 159(12):2102-4; 2002.

105. Viguera A, Cohen L, Tondo L, Baldessarini R: "Protective effect of pregnancy on the course of lithium-responsive bipolar I disorder"; *J Affect Disord*, 72(1):107-8; 2002.

106. Weinberg M, Tronik E: "The impact of maternal psychiatric illness on infant development"; *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 2): 53-61; 1998.

107. Weinstock S, Cohen L, Bailey J y col: "Obstetrical and neonatal outcome following clonazepam use during pregnancy: a case series"; *Psychother Psychosom.*, 70(3):158-62; 2001.

108. Wisner K, Gelenberg A, Leonard H y col: "Pharmacologic treatment of depression during pregnancy"; *JAMA*, 282 (13):1264-1269; 1999.

109. Wisner K, Zarin D, Holmboe E y col: "Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy"; *Am J Psychiatry*, 157 (12): 1933-1940; 2000.

110. Wisner K, Perel J, Peindl K y col: "Prevention of postpartum depression: a randomized clinical trial"; *J Clin Psychiatry*, 62: 82-86; 2001.

111. Wisner K, Parry B, Piontek C: "Clinical practice. Postpartum depression"; *N Engl J Med*, 347(3):194-9; 2002.

112. Wisner K, Perel J, Peindl K y col: "Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial"; *Am J Psychiatry*, 161: 1290-1292; 2004.

113. Yonkers K, Wisner K, Stowe Z y col: "Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period"; *Am J Psychiatry*, 161: 608-620; 2004.

XVI Jornada de Carrera de Especialistas en Psicología Clínica

XXX Jornada del Departamento de Psicología Clínica

"IDENTIDAD"

ORGANIZAN

Universidad Argentina John F. Kennedy
Carrera de Especialistas en Psicología Clínica
(Dto. De Psicología Clínica)

Asociación Argentina de Salud Mental (A.A.S.M.)
Capítulo Psicopatología y Psicología Clínica
Capítulo Universidad y Salud Mental

**Sábado 30 de junio de 2007
14.00 a 18.30 hs**

COMITÉ HONORARIO:

Dra. Elisa Herren Iglesias - Dr. Juan Carlos Iglesias
Dr. Roger Montenegro - Dr. Eduardo Grande - Dr. Mario Coscio
Sra. Estela Barnes de Carloto - Sra. Nora Cortiñas

COMITÉ EJECUTIVO:

Presidente: Dr. Héctor Fisher
Vicepresidente: Dr. Norberto Pisoni
Secretario: Lic. Alberto Trimboli
Miembros: Dr. Ricardo Angelino - Dra. María Carlotta Piaggio Picas
Dra. Rosalía Rowenstein - Lic. Dolores Lanús - Lic. Angel Barraco Dr.
Juan Carlos Fantin - Lic. Oscar Garrido - Lic. Claudio Edelstein

DISERTANTES:

Lic. Diana Wan - Sr. Kijjag Mouradian - Sra. Nora Cortiñas
Dr. Ricardo Angelino - Sra. Elsa Oestehed - Sr. Pedro Boschan
Lic. Alicia Lo Giúdice - Sr. Eduardo Drucaroff

SEDE:

Universidad Argentina John F. Kennedy
Auditorio Magnífico Prof. Dr. Miguel Herrera Figueroa.
Colegio San Isidro Salvador. Av. Edison 3243. Esq. Colectora
Panamericana. Martinez. Partido de San Isidro

INFORMES:

Universidad Argentina John F. Kennedy
Estados Unidos 929 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. 4300-1166



II Congreso Argentino de Salud Mental

II Encuentro Interamericano de Salud Mental



La apertura del III Congreso Argentino de Salud Mental se realizó el 22 de marzo de 2007 y contó con la presencia de el Secretario Científico de la AASM, Juan Carlos Fantin, la Secretaria Interinstitucional Silvia Raggi, la Directora del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA Amelia Musacchio de Zan, el Secretario de Etica de la AASM Ricardo Soriano, el Director General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires Carlos de la Jonquiere, el Presidente de la AASM Eduardo Grande, el Coordinador Nacional de Salud Mental Antonio Di Nano, el Director de Salud Mental Cesar Bendersky, el Secretario General de la AASM y Vicepresidente del Congreso Alberto Trimboli, el Vicepresidente para Latinoamérica de la WFMH Roger Montenegro, el Presidente del Congreso y Vicepresidente de la AASM Pablo Fridman y el Secretario de Asuntos Profesionales de la AASM Gustavo Bertran.

Durante los días 22, 23 y 24 de marzo de 2007 se realizó en el Hotel Panamericano de Buenos Aires el II Congreso Argentino de Salud Mental - II Encuentro Interamericano de Salud Mental. En esta oportunidad el tema convocante fue "El malestar en lo cotidiano". Dentro del marco del congreso se desarrollaron la 1º Jornada Argentina de Psicoanálisis, la 2º Jornada Argentina de Psiquiatría, Psicofarmacología y Salud Mental, el 2º Encuentro de Epistemología y Metodología de la Investigación en Salud mental, la 6º Conferencia Argentina de Musicoterapia Clínica, el 2º Simposio Argentino de Toxicomanías y Conductas Adictivas, la 2º Jornada Argentina de Deporte y Salud mental y la 1ª Jornada Rioplatense de Psicoterapia integrativa. Todas ellas con una gran cantidad de participantes. El congreso fue auspiciado por mas de cien asociaciones, sociedades científicas e instituciones publicas y privadas provenientes de varios países del mundo y contó con un numeroso comité científico de alto nivel, conformado por representantes de todas las profesiones de la salud mental. La apertura del III Congreso Argentino de Salud Mental se realizó el 22 de marzo de 2007 y contó con la presencia de el



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



Cesar
Bendersky



Gustavo
Bertrán



Subsecretario
de Salud
de la Ciudad
de Bs. As.
Dr. Cesar Saenz

Secretario Científico de la AASM, Juan Carlos Fantin, la Secretaria Interinstitucional Silvia Raggi, la Directora del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA Amelia Musacchio de Zan, el Secretario de Ética de la AASM Ricardo Soriano, el Director General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires Carlos de la Jonquiere, el Presidente de la AASM Eduardo Grande, el Coordinador Nacional de Salud Mental Antonio Di Nano, el Director de Salud Mental Cesar Bendersky, el Secretario general de la AASM y Vicepresidente del Congreso Alberto Trimboli, el Vicepresidente para Latinoamérica de la WFMH Roger Montenegro, el Presidente del Congreso y Vicepresidente de la AASM Pablo Fridman y el Secretario de Asuntos Profesionales de la AASM Gustavo Bertran.

Participaron 2800 profesionales de Argentina y de numerosos países, entre ellos Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Venezuela, Uruguay, Estados Unidos, Israel, España, Italia, Suiza, Australia, Perú, Paraguay, Chile, Cuba, México, entre otros.

La cantidad de disertante superó ampliamente las expectativas; en esta oportunidad participaron mas de 1300 disertantes y se seleccionaron casi 1000 trabajos de entre los 1200 presentados, entre conferencias, mesas redondas, talleres, posters y comunicaciones libres. Además se dictaron numerosos cursos con las temáticas mas diversas.

Para los organizadores fue un verdadero honor y un gran placer recibir tanta cantidad de profesionales pertenecientes a las mas prestigiosas universidades del mundo, de los mejores hospitales públicos y privados, así como también de instituciones conformadas por las mas variadas profesiones y orientaciones.

Felicitaciones a todos los miembros de la AASM y a los integrantes de los capítulos, piezas fundamentales para el éxito y el crecimiento de la Asociación Argentina de Salud Mental.

Agradecemos el apoyo recibido y los esperamos nuevamente en marzo de 2008 para trabajar sobre una temática, que, según entendemos, necesita ser debatida desde diferentes ópticas, por lo que estamos seguros, será del interés de todos. En efecto, el titulo de nuestro III Congreso será: "Modernidad, Tecnología y Síntomas Contemporáneos".

Un afectuoso Saludo,

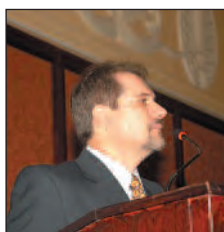
Eduardo Grande, Presidente
Alberto Trimboli, Secretario General



Antonio
Di Nano



Pablo
Fridman



Juan Carlos
Fantin



Eduardo
Grande



Alberto
Trimboli



Ricardo
Soriano



Silvia
Raggi



Roger
Montenegro



Carlos
de la Jonquiere



Amelia
Musacchio
de Zan



CURSOS

CURSO PRESENCIAL
"Pacientes con la vida amenazada: un campo de acción para los Profesionales Psi"
DIRECTORA: Ana Ines Marquis
Agosto a Noviembre 2007
Lunes de 14.00 a 16.00 hs.

CURSO PRESENCIAL:
"Adolescencia y Salud Mental"
DIRECTORA: Liliana Moneta
Agosto a Noviembre 2007
Sábados de 10.00 a 12.00 hs.

CURSO PRESENCIAL:
"Entrevistas Preliminares y entrada en analisis: Orientando- se en el Goce"
DIRECTORA: Olga Sanchez
Agosto a Diciembre 2007
Miercoles 16.30 a 18.00 hs.
Frecuencia Quincenal

CURSO A DISTANCIA:
"Psicopatología y Salud Mental"
DIRECTORES: Pablo Fridman,
J. Carlos Fantin, Alberto Trimboli
Junio a Diciembre 2007
4° Jueves de cada mes

CURSO A DISTANCIA:
"Interfase Salud Mental - Medicina Interna"
DIRECTORES: Gabriel Scianca,
Daniel Lopez
Julio a Diciembre 2007

CURSO A DISTANCIA:
"Metodología de la Investigación para Profesionales de la Salud Mental"
DIRECTORES: Beatriz Kennel,
Alberto Carli
Julio a Diciembre 2007

CURSO A DISTANCIA:
Fundamentos de la Clínica. Programa de Filosofía: "La cuestión del Sujeto desde la antigüedad hasta nuestros días"
DIRECTOR: Juan Carlos Fantin
Agosto a Noviembre 2007

JORNADAS

Jornada sobre Toxicomanías y Conductas Adictivas
Susana Calero, Silvia Raggi,
Alberto Trimboli
Fecha aproximada de realización:
Octubre de 2007

1° Jornadas de Psicoprofilaxis Quirúrgica
PRESIDENTA: Irma Zurita
20 y 21 de Septiembre 2007

1° Jornadas del Capítulo "Cuidados Paliativos y Salud Mental"

PRESIDENTA: Ana Inés Marquis
Sábado 17 de Noviembre de 2007

2ª JORNADA

"ANSIEDAD, DEPRESIÓN, SOMATIZACIÓN":

Los Procesos psicológicos y la Enfermedad Médica

(Perspectivas médicas, psicoanalíticas y psicológicas)

Sábado 24 de Noviembre de 2007

8.00 a 17.00 hs.

Sede a confirmar

Informes e Inscripción:


Lunes a viernes de 13.00 a 19.00 hs.
Ayacucho 234 Ciudad de Buenos Aires
Tel. (0054) (11) 4952-8930
administración@aasm.org.ar
info@aasm.org.ar
www.aasm.org.ar

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