

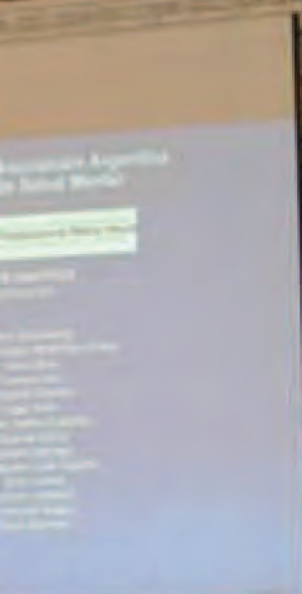


CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 4 Nº 13 Junio de 2008
DISTRIBUCION GRATUITA



Escriben: **Gabriel Apter / Miriam S. Mellao**
Natalia Neo / Natalia Tobo Medina

Informe sobre el Congreso

AASM
2008



COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande
VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman
SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli
SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin
SECRETARIO DE ACTAS: Lic. Silvia Raggi
SECRETARIO DE ÉTICA: Dr. Ricardo Soriano
SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Lic. Gustavo Bertrán
SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: Dra. Liliana Moneta
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
TESORERO: Dr. Nestor Saborido
VOCALES TITULARES: Dra. Susana Calero, Lic. Irma Dominguez,
 Lic. Beatriz Kennel
SUPLENTES: Dr. Fabio Celnikier, Dra. Beatriz Schlieper
COMISION FISCALIZADORA:
PRESIDENTE: Lic. Irma Zurita
VOCAL TITULAR: Lic. Rosa Daniell
VOCAL SUPLENTE: René Ugarte

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, Héctor Fischer

PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

MUJER Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: M. M. BACCARO

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: FABIO CELNIKIER

CAPÍTULO DE PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY

ADICCIONES

PRESIDENTE: SUSANA CALERO

ANTROPOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARTURO SAMUD

VIH - SIDA:

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: IRMA ZURITA

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: RENÉ UGARTE

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INÉS MARQUIS

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

CAPITULO DE PSICOONCOLOGÍA

PRESIDENTE: INÉS BOLISO

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA MONETA

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN

PRESIDENTE: HÉCTOR CASAL

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOUILLAT

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

DEPORTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RAFAEL GROISMAN

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: HÉCTOR FISCHER

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: GABRIEL SCIANCA

CAPITULO DE REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: GUSTAVO PABLO ROSSI

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO BERRETTONI

NEUROPSIQUIATRÍA Y PSICOSIS

PRESIDENTE: ALBERTO COSITORE

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: SUSANA E. QUIROGA

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL

PRESIDENTE: NIDA GALLAGHER

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVANA NADDEO

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS

DISPOSITIVO DE HOSPITAL DE DÍA EN SALUD MENTAL: TEMPORALIDAD DE LA PSICOSIS

PRESIDENTE: GUSTAVO F. BERTRAN

CONTENIDO

5 Informe sobre el III Congreso
Argentino de Salud Mental
III Encuentro Interamericano de
Salud Mental

7 *Gabriel Apter*
Salud y goce: ¿para todos?

11 *Miriam S. Mellao*
Capacitación de acompañantes
terapéuticos
Provincia de Salta

15 *Natalia Neo*
Cuando las paredes hacen eco

17 *Natalia Tobo Medina*
Patrones emociones, estrés y la
enfermedad coronaria

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Carlos Marachlian

COMITE EDITORIAL

Pablo Fridman
Juan Carlos Fantín
Alberto Trimboli
Silvia Raggi
Gustavo Bertran
Darío 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 que 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 de 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

COLABORADORA: *Estela Gagliardi*

 **diseño**
carlos de pasquale
4697-4934



AASM

Asociación Argentina
de Salud Mental



WORLD FEDERATION
FOR MENTAL HEALTH

AASM 2009 IV Congreso Argentino de Salud Mental

Buenos Aires, Junio de 2009



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

INFORMES E INSCRIPCION:

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

III Congreso Argentino de Salud Mental

III Encuentro Interamericano de Salud Mental



Dr. Alberto De Michelli, Ex Ministro de Salud de la Ciudad de Buenos Aires - Dr. Ricardo Soriano, Ex Director de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y Secretario Científico del congreso - Lic. Alberto Trimboli, Secretario General de la AASM y Presidente del congreso - Dr. Eduardo Grande, Presidente de la AASM y Presidente Honorario del congreso.



Ariel Falcoff, Miguel Marquez, Gabriel Fraticola, Alberto Monchablon Espinosa, Daniel Fadel



Dr. Carlos Marachlian, Secretario de Actas del congreso

El 26, 27 y 28 de marzo de este año se realizó el III Congreso Argentino de Salud Mental, tres jornadas de intenso trabajo, cuyo tema central fue "Modernidad, Tecnología y Síntomas contemporáneos". En el acto de apertura, además de las autoridades de la AASM, hicieron uso de la palabra la Dra. Lucía Quiroga, Directora General Adjunta de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, la Dra. Sara Slapak, Decana de la Facultad de Psicología de la UBA y el Dr. Juan Carlos Stagnaro, Director del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA.

El evento se realizó en el Hotel Panamericano de la Ciudad de Buenos Aires y contó con la presencia de casi 3.800 participantes de más de veinte países del mundo. No sólo nos honró la presencia de destacados profesionales de todas las provincias argentinas, sino que también han concurrido residentes de Uruguay, Brasil, Bolivia, Paraguay, Chile, Perú, Colombia, Venezuela, Ecuador, México, República Dominicana, Puerto Rico, Honduras, Cuba, Costa Rica, Israel, Estados Unidos, Canadá, España, Italia y Portugal.

No sólo por la cantidad de participantes, sino también por la calidad de las ponencias y el prestigio de los disertantes, este congreso se ha convertido en uno de los más importantes de la región en el ámbito psi.

Cabe destacar la calidad de las ponencias y la capacidad de los disertantes, así como también la organización y la puntualidad con la que se desarrolló el Congreso, permitiendo el intercambio constante entre los disertantes y asistentes.

Las actividades se desarrollaron en doce salas simultáneas entre las 8.00 y las 22.00 hs. durante los tres días. Las mismas tuvieron diferentes modalidades de presentación: Mesas Plenarias, Mesas Redondas, Comunicaciones Libres, Conferencias, Presentación de libros, Cursos, Jornadas, Simposios. También debemos subrayar la destacada participación de los integrantes

de los capítulos de la AASM que tuvieron colmadas las salas donde se realizaron sus actividades.

Durante el congreso, la AASM, Asociación Argentina de Salud Mental, presentó el libro "Modernidad, Tecnología y Síntomas contemporáneos. Perspectivas Clínicas, Filosóficas y Políticas" con una selección de 350 trabajos completos de las más de 1000 comunicaciones científicas y casi 100 pósters presentados. Este libro se suma a los dos editados con anterioridad durante los congresos de 2006 y 2007.

Los trabajos Premiados fueron:

1º PREMIO:

"Patrones emociones, estrés y la enfermedad coronaria" . Natalia Tobo Medina / Universidad del Valle / Cali, Colombia

2º PREMIO:

"Psicoanálisis, dictadura y síntomas contemporáneos" Mariela Ventura / Universidad Nacional de Tucumán / Tucumán, Argentina

3º PREMIO:

"Los aportes de la evaluación cognitiva al campo de la salud. Una experiencia con niños asistentes a Centros de Atención Primaria"
Ana Betina Lacunza / CONICET, Universidad Nacional de Tucumán / Tucumán, Argentina

MENCION ESPECIAL:

"Las herramientas del musicoterapeuta en acción" Darío Caniglia y Patricia Cabrera / CSMAC N°1 / Bs. As., Argentina



Lic. Rubén Gallardo, Secretario Ejecutivo del Congreso - Lic. Darío Galante, Secretario de Publicaciones del Congreso



Dra. Liliana Moneta, Dr. Néstor Saborido, Lic. Irma Zurita



Dr. Juan Carlos Stagnaro, Presidente de APSA , Asociación de Psiquiatras Argentinos y Director de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA - Dra. Lucía Quiroga, Directora General Adjunta de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires - Dra. Sara Slapak, Decana de la Facultad de Psicología de la UBA - Dr. Roger Montenegro, Vicepresidente para Latinoamérica de la WFMH - Lic. Gustavo Bertran, Secretario General del Congreso y Secretario de Asuntos Profesionales de la AASM



El congreso recibió el apoyo de numerosas librerías y editoriales, como así también de la industria farmacéutica y organismos estatales



Las salas estuvieron totalmente colmadas a lo largo del congreso



Salud y goce: ¿para todos?

Gabriel Apter

Lic. en Psicología
Psicoanalista
Secretario científico del
Capítulo Psicoanálisis y
Salud Mental de la AASM
Miembro de Síntoma
Espacio de Psicoanálisis
gabrielapter@gmail.com

1 - INTRODUCCIÓN

La frase “Salud para todos” convoca a una práctica. ¿Se sostiene desde un ideal o funciona como un imperativo? ¿Desde dónde la abordaremos? ¿Cómo nos instalaremos en el campo de las intervenciones clínicas?

Sabemos que plantear la temática del juicio sobre la acción es abrir la dimensión ética. Interrogamos nuestra práctica clínica en tanto sabemos que las acciones tienen consecuencias. Las prácticas clínicas no siempre fueron las mismas. Los dispositivos tienen fecha en la historia. Permítanme una imagen: ¿Cómo se trataba una herejía? Desde el poder se constituía el Tribunal del Santo Oficio y desde la hoguera se trataba eficazmente a una bruja. ¿Cómo se trataba a un loco peligroso? El discurso del derecho permitía el encierro en el asilo usando el poder de policía. ¿Y a un ataque de pánico? ¿Acaso son del mismo orden, la producción de las drogas de la industria farmacológica, la producción de los manuales diagnósticos y la del gesto terapéutico que indicará la medicación? ¿Y a una histérica se la divaneaba?

Las intervenciones mencionadas no pueden pensarse aisladas; tampoco los personajes que funcionan como soportes. Ambos se ubican en el marco de un discurso. Fíjense que algunas de estas opciones nos resultan un poco lejanas. Otras, demasiado cercanas.

Es desde los distintos discursos que intervenimos y reflexionamos acerca de nuestras prácticas. Desde el discurso del analista reformulo la frase inicial, incluyendo un término de otro orden y cuestionándola con el modo interrogativo: Salud y goce: ¿para todos?

2 - LA SALUD

Voy a partir de un enunciado: La salud no existe. Contextúo la frase: en el campo de la clínica.

Por supuesto que la palabra “salud” tiene un lugar ganado en nuestro discurso cotidiano. Por un lado para los trabajadores del denominado “campo de la salud”. Por otro para los legos: ¿Quién negaría que constituye un anhelo generalizado aspirar a la “salud”? ¿Acaso no dice el proverbio: salud, dinero y amor? Excedería nuestra incumbencia cuestionar los anhelos populares. Pero sí podemos interrogar si este término posee algún valor conceptual científico. Es lo que haré tomando como referencia la conferencia que el filósofo



de la ciencia Georges Canguilhem le dedicó a la temática¹ en mayo de 1988. Nos encontramos con bastante dificultad para definirla. En tanto noción común aparece contrapuesta a la idea de enfermedad, como signo de su ausencia. La definición de la salud de René Leriche como la “vida en el silencio de los órganos”, si bien conserva un valor subjetivo, ha quedado cuestionada desde los métodos de detección tecnológicos (e.g.: permiten diagnosticar un cáncer sin manifestaciones sintomáticas aparentes). Pasemos a la definición ya clásica de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, moral y social, que no consiste solamente en la ausencia de invalidez o de enfermedad”. ¿Hay algún colega presente que pueda dar testimonio de la idílica condición desde su práctica clínica? ¿No constituye el equivalente a nivel ideológico de lo que a nivel clínico se constituye como Ideal,

un significativo del Otro que a la vez que inscribe al sujeto en su campo, borra la castración? Propongo que tomemos como interlocutor de este Discurso de la salud como bien, al Discurso de la Medicina. Las investigaciones fisiológicas de Cannon sobre el sistema nervioso autónomo, demostrando el papel que cumple en la regulación homeostática de funciones biológicas fundamentales: circulación, respiración y termogénesis, ubican a las funciones reguladoras homeostáticas del feedback como modo de funcionamiento del cuerpo. El cuerpo es abordado por “médicos especialistas, ingenieros de un organismo desarmado como una maquinaria”². Starling, inventor del término hormona en 1905, publicó en 1912 Principles of human physiology. Este modo de abordaje excluye de su campo la mención del término “salud”. En esta tradición se inscriben los tra-

Cursos



Saber, Hacer,
Crear, Crecer

Semi presencial

- **Habilidades Gerenciales para disminuir el impacto del Retiro Laboral** (en los RRHH y en las organizaciones)
Inicio: 23 de Junio de 2008

A distancia

- **Coordinación y Gestión de Grupos para la Salud.** Duración: 5 meses
- **Salud Ocupacional.** Duración: 8 meses
- **Temas de Bioética Clínica.** Duración: 3 meses
- **Ética de la Investigación Biomédica.** Duración: 3 meses
- **Planificación en Salud, Estrategias y Proyectos.** Duración: 1 mes

5239-4000

informes@isalud.edu.ar

Venezuela 931 / Venezuela 758 | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina

bajos pioneros de Norbert Wiener (junto a Rosenblueth, discípulo de Cannon) sobre sinapsis. Wiener inventó el neologismo “cibernética” en 1947. Las temáticas del control y la comunicación son aplicadas por igual en máquinas o tejidos vivos, siendo posibles con la combinación de los modelos de la mecánica estadística con las computadoras binarias y la ingeniería de la comunicación. Planteó: “El carácter de todo o nada de la descarga neuronal es justamente análogo a la elección simple en la determinación de un dígito en la escala binaria”³.

Canguilhem retoma el planteo kantiano que considera que la salud es un objeto ajeno al campo del saber y plantea: “No hay ciencia de la salud. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos”⁴. “Para una máquina, el estado de marcha no es la salud y el desajuste no es una enfermedad...Que no haya enfermedad de la máquina es el equivalente de que no hay muerte de la máquina”⁵. Nos corrimos de la cuestión de la salud, pero tenemos otro problema: ¿tiene la máquina alguna relación con el goce? Se nos abre otra relación al cuerpo: por el lado del goce. Salud y Enfermedad no hacen un par. No son opuestos. Son de distinto orden.

3 - LA POLÍTICA

Permítanme un rodeo. No mencioné que la salud no sólo se piensa en relación a la normalidad, sino también a la normatividad desde el siglo XVIII. Foucault, en “Una conciencia política” en *El nacimiento de la Clínica*, ubica el surgimiento del cuerpo de inspectores de sanidad a la vez que se dividen los establecimientos de hospitales y las casas de arresto (en el hospital convivían pobre, vagabundo, criminal, loco, prostituta y blasfemo). “La medicina no debe ser sólo el ‘corpus’ de la curación y del saber que éstas requieren; desarrollará también un conocimiento del hombre saludable, es decir, a la vez una experiencia del hombre no enfermo, y una definición del hombre modelo. En la gestión de la existencia humana, toma una postura normativa, que no la autoriza simplemente a distribuir consejos de vida prudente, sino que la funda para regir las relaciones físicas y morales del individuo y de la sociedad

en la cual él vive”⁶. Lo que llama positividad de la norma será el cambio de eje del derecho soberano sobre la muerte al poder moderno sobre la vida, anatomopolítica del cuerpo y biopolítica de la población⁷.

En la época de la Revolución Francesa se realizan estudios acerca de la mendicidad, la pobreza y la salud de la población obrera en las ciudades que concentran a las fuerzas productivas del capitalismo emergente. La perspectiva higienista trabaja sobre la población en su conjunto, dictando normas para todos, transformando el padecimiento y queja subjetivos en una facticidad racional sujeta a cálculos y balances estadísticos. ¿Qué distancia entre el cuerpo y la queja subjetiva y este discurso en tercera persona que caracteriza a la política!

Vuelve a presentarse la interrogación ética: ¿Vamos a apuntar a reinsertar y aumentar la productividad? ¿Vamos a prometer salud y felicidad? ¿A borrar un problema económico-político con otro médico-psicológico asistencialista?

4 - EL MALESTAR

¡Colegas! Les pregunto: ¿No es llamativo que insistamos en denominar campo de la salud al nuestro? A pesar de que nos encontremos día a día con el padecimiento subjetivo, los pedidos de ayuda, la incomodidad, las enfermedades, los cuerpos enmudecidos, el suicidio. ¡No deja de sorprenderme!

¹ Canguilhem, G.: *La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica*, en *Escritos sobre la medicina*, Amorrortu Ed.

² Canguilhem, G.: *Las enfermedades*, en *Escritos sobre la medicina*, Amorrortu Ed., pág. 40.

³ Wiener, N.: *Cibernética o El control y comunicación en animales y máquinas*, Tusquets Ed., pág. 38.

⁴ Canguilhem, G.: *La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica*, en *Escritos sobre la medicina*, Amorrortu ed., pág. 52.

⁵ Canguilhem, G.: *La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica*, en *Escritos sobre la medicina*, Amorrortu ed., pág. 57.

⁶ Foucault, M.: *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI, pág. 61.

⁷ Foucault, M.: *Derecho de muerte y poder sobre la vida*, en *Historia de la sexualidad 1-La voluntad de saber*. Siglo XXI

¿Cómo abordó la cuestión el inventor del psicoanálisis? Freud, en el Malestar de la cultura plantea que “Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos”⁸. El campo de la clínica no se ordena en relación al Ideal. Retomemos algunas de las reflexiones de Canguilhem: “las enfermedades son un rescate que eventualmente han de pagar los hombres por habérselos hecho vivientes”⁹; “...son los instrumentos de la vida mediante los cuales el viviente, tratándose del hombre, se ve obligado a confesarse mortal”¹⁰.

5 - El síntoma

Las prácticas clínicas han cambiado. El discurs-

so de la ciencia no opera sin efectos. La salud no opera como Ideal sino en el discurso cotidiano. Entonces replanteemos las preguntas: ¿La salud es un bien de consumo? ¿Un bien a imponer a los otros y el campo un mercado? Podemos pensar la frase inicial “Salud para todos” bajo el modo imperativo, acaso implorativo. En el campo analítico eso tiene un nombre: el superyó, leído desde la articulación lacaniana, como un imperativo de goce.

Canguilhem relee a Descartes planteando la fórmula de la salud como verdad del cuerpo. Les propongo incluir la temática del goce para replantear la cuestión. Lacan en 1967 cambia su posición respecto del modo de ubicar al síntoma: es del goce que la verdad resiste al saber¹¹. Sabemos que en esa fecha histórica Lacan produce un viraje clínico. El eje ya no se sitúa, como en la clínica freudiana, en relación al deseo, sino en la estructura de la demanda y su relación con el goce¹². El síntoma ya no se ubica como el retorno de un significado del Otro, ni como operatoria metafórica del significante. Cambia la lectura, cambia el lugar desde donde se interviene. Cambian todos los elementos: cuerpo, verdad y saber. En esta época: ¿No nos encontramos con cuerpos de otro orden que las imágenes vaciadas de goce de los nuevos estudios que la tecnología nos proporciona? Tampoco se trata del cuerpo articulado en la imagen especular. En la clínica no sólo se trata de la verdad formal de la ciencia. Tampoco la verdad que pegada a la enunciación ubicamos en la estructura del hablar. Entretanto, retornan la queja subjetiva (del que suponemos que consulta) y el cuerpo en tanto como sustancia que goza. ¿No son estos elementos los que justifican nuestra intervención? Nos resta: ¿Con qué soportes sostenemos la transmisión?

asappia

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

Psicoanálisis e Interdisciplina

Presidente: Lic. Jorge Cantis

Vicepresidenta: Dra. Mabel Belçaguy

ESCUELAS DE POSTGRADO EN CLINICA PSICOANALITICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

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

ABIERTA INSCRIPCION ciclo 2008

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

ESCUELA DE CAPITAL

Duración 2 años - Modalidad intensiva- sábados de 9 a 13 y 30 hs

ESCUELA DE INTERIOR

Duración 2 años - Modalidad bimensual - viernes de 9 a 17 hs y sábados de 9 a 13 y 30 hs

EJERCICIOS CLINICOS - ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS SUPERVISIONES - JORNADAS

INFANCIA - ADOLESCENCIA - DISCAPACIDAD - FAMILIA ORIENTACION VOCACIONAL - PSICOPEDAGOGIA

INFORMES

Avda. Rivadavia 2431 (Pje. Colombo)
Entrada 2 - 4to. piso dep "9" - Capital -
TEL/FAX: 4 9 5 3 - 5 7 8 9
www.asappia.com.ar asappia@intramed.net

⁸ Freud, S.: *El malestar en la cultura*, Amorrortu Ed. Tomo XXI, pág. 76.

⁹ Canguilhem, G.: *Las enfermedades*, Escritos sobre la medicina, Amorrortu Ed., pág. 46.

¹⁰ Canguilhem, G.: *Las enfermedades*, Escritos sobre la medicina, Amorrortu Ed., pág. 47.

¹¹ Lacan, J.: *Del psicoanálisis y sus relaciones con la realidad*, *Intervenciones y textos 2*, Ed. Manantial.

¹² Lacan, J.: *Psicoanálisis y medicina*, *Intervenciones y textos 1*, Ed. Manantial.

Capacitación de Acompañantes Terapéuticos Provincia de Salta

Lic. Miriam S. Mellao

En el marco de un programa diseñado por la Secretaría de la Niñez y la Familia de la provincia de Salta denominado "Adolescencia e Integración Social", se presentó el proyecto "Integración de los adolescentes con alteraciones psiquiátricas y psicológicas a las redes de contención familiar, sociales y sanitarias de la comunidad" desde julio a diciembre de 2007.

Adhiriendo a los lineamientos de la Convención por los Derechos de los Niños y Adolescentes, que los convierte en poseedores de derechos y obliga al resto de la población y a las instituciones responsables del área a respetarlos, se asume el compromiso y el desafío de comenzar con una serie de transformaciones en las concepciones, actitudes y conductas de las personas involucradas en la atención de los niños y adolescentes, como así también en los diseños institucionales y sus acciones.

En los Hogares e Institutos dependientes de la Secretaría de la Niñez y la Familia se alojan niños y adolescentes con problemas sociales, familiares o con causas penales, y algunos presentan alteraciones psiquiátricas o psicológicas.

Con el fin de abordar esta problemática desde un enfoque multidisciplinario y multisectorial se proponen diversos objetivos que concluyen en capacitar al personal como Acompañantes Terapéuticos; implementar acuerdos con los actores, instituciones y sectores comprometidos en la búsqueda de soluciones y articular las actividades con las redes sociales y sanitarias de la comunidad.

En este contexto, el rol del Acompañante Terapéutico resulta importante para contener, escuchar, orientar, conversar con los adolescentes asignados. Es un nuevo agente de salud que interviene en la cotidianidad del paciente con el fin de lograr una rápida externación, una eficaz resocialización, favoreciendo la elaboración y desarrollo de respuestas frente a su encuentro con lo social. La tarea parte de una lógica interdisciplinaria y siempre será supervisada por el profesional o equipo terapéutico que indica el acompañamiento.

Por encima de cualquier otro interés, prevaleció la intención de promover un nuevo modelo de atención en salud mental para adolescentes.

*Licenciada en Enfermería -
Egresada de la UBA -
Docente de Enfermería -
Jefa de Servicio Sanatorio
"El Carmen S.A." - Salta*

OBJETIVOS GENERALES

- Promover un nuevo modelo de atención en salud mental para adolescentes.
- Integrar las actividades a las redes sanitarias y sociales de la comunidad.
- Adherir al abordaje integral de la problemática para buscar soluciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a los operadores terapéuticos para comenzar una tarea de acompañamiento del proceso de recuperación de los adolescentes.
- Implementar acuerdos y protocolos simples con los actores, instituciones y sectores comprometidos con la búsqueda de soluciones.
- Articular las actividades con las redes sociales y sanitarias de la comunidad.
- Conformar paulatinamente un equipo interdisciplinario de trabajo.

METODOLOGÍA

1. Diseñar la planificación de la capacitación.
2. Definir el perfil de los candidatos a Acompañantes Terapéuticos.
3. Seleccionar al grupo que será capacitado.
4. Capacitación teórico-práctica de los operadores terapéuticos. Teoría: 100 horas cátedra y 60 horas de práctica.
5. Identificar los casos problema que exijan urgente intervención.
6. Articular con los profesionales del medio que puedan contribuir a la resolución de problemas.
7. Delinear los acuerdos y protocolos mínimos que se puedan formalizar.
8. Poner en práctica el acompañamiento terapéutico con los operadores que se hayan formado.
9. Monitoreo y evaluación de las actividades.
10. Reuniones de reflexión sobre la tarea con el equipo participante de la capacitación.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE LOS ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS

*Acompañamiento Terapéutico – Familia – Adolescencia

*Introducción a la Psicopatología:

Módulo 1: Concepto de salud y enfermedad mental. Distintas teorías. Estructuración del Aparato Psíquico.

Módulo 2: Clasificación de las enfermedades mentales. Criterios diagnósticos. Distintas perspectivas: Psiquiatría clásica – Psicoanálisis – Clasificaciones estadísticas. La noción de Trastorno. El modelo etiológico.

Módulo 3: Las neurosis: clasificación. Histeria. Neurosis obsesiva. Fobias. Etiología. Mecanismos de formación del síntoma.

Módulo 4: Las psicosis: Formas clínicas. Psicosis maníaco-depresiva. Esquizofrenia. Paranoia. Automatismo mental. El delirio y sus funciones.

Módulo 5: Perversión: Clasificación. Algunos cuadros típicos de la adolescencia: Toxicomanías – Anorexia – Bulimia – Violencia juvenil. Embarazos adolescentes.

*Grupos – Dinámicas Grupales - El equipo terapéutico

Psiquiatría dinámica en un entorno ideal para la recuperación integral

www.abrines.com.ar

1958 2007

Abrines
CLINICA PRIVADA

INTERNACION
CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL DE DIA
CONSULTORIOS EXTERNOS
TERAPIA INDIVIDUAL, GRUPAL Y FAMILAR
PSICOMOTRICIDAD Y VIDEOCINE
EQUIPO DE ADMISION, SEGUIMIENTO Y SUPERVISION

Benito Pérez Galdós 2647 . Quilmes Oeste
Tel.: 4250-1061 (L. Rot.) . info@abrines.com.ar

AlvarezHD.com.ar

*El Modelo Gravitacional - Entrevista - Visita domiciliaria

*Adicciones - Sida - Urgencias - Situaciones de crisis

*Rehabilitación en Salud Mental - Terapia Familiar - Terapia Multifamiliar - Resiliencia

RESULTADOS DEL PROYECTO

La capacitación se desarrolló según lo planificado y resultó de mucho interés para los once operadores que participaron. La temática captaba su interés como así también la dinámica de las clases, los talleres y las prácticas. Pudieron darle sentido y fundamentación a distintas actividades de acompañamiento que empíricamente ya realizaban. Cabe destacar que la formación básica de estos empleados incluye solamente estudios secundarios completos. Mejoraron las relaciones y la comunicación con los psicólogos y trabajadores sociales asignados en cada institución; expresaron en diversas oportunidades las limitaciones que reconocían para enfrentar la problemática. Los encuentros para las clases teóricas brindaron un espacio de contención y reflexión sobre la tarea y las nuevas propuestas. Una vez finalizadas éstas y antes de comenzar con las prácticas se convocó a todo el equipo de trabajo para instruir sobre la implementación del Acompañamiento Terapéutico con muy buena aceptación por parte de los profesionales del nuevo recurso terapéutico. La práctica tuvo resultados dispares: algunos acompañamientos fueron hasta el colegio de los adolescentes para conseguir que completaran el curso y mejoraran el rendimiento académico; otros reforzaron el vínculo entre una madre adolescente y su bebé alojado en el hogar cuna; algunos adolescentes fueron acompañados a talleres de plástica, danza y música; a paseos recreativos, etc. El resultado más exi-

to estuvo vinculado a una causa judicial donde el juez interviniente, viendo los resultados puntuales de este recurso, incluyó la figura del acompañante terapéutico en el expediente, considerándolo imprescindible para favorecer la reinserción del niño a su grupo familiar. En todos los casos se hicieron evaluaciones del proceso por los profesionales que indicaron el acompañamiento terapéutico.

Se mantuvieron contactos con profesionales e instituciones psiquiátricas de la ciudad con el fin de presentar el proyecto y comenzar a delinear acuerdos y protocolos simples de acción conjunta en el abordaje de la problemática de estos adolescentes, tarea que debe profundizarse. Se presentó una síntesis del material bibliográfico y de los recursos didácticos utilizados en la capacitación y recomendaciones bibliográficas sobre acompañamiento terapéutico, el Modelo Gravitacional y Rehabilitación en Salud Mental, poniéndolo a disposición de los profesionales y autoridades de la Secretaría de la Niñez y la Familia.

Finalmente se elaboraron Recomendaciones sobre Modalidades de Organización Interna de las Instituciones centradas en la Prevención y Rehabilitación en Salud Mental y un Protocolo de acción para aplicar en las urgencias y situaciones de crisis de los adolescentes.

Bibliografía

- Artola, A.; Piezzi, R.: "La familia en la sociedad pluralista". Ediciones Espacio. Buenos Aires. 2000.
- Beck, Aaron; Wright, Fred y otros: "Terapia Cognitiva de las Drogadependencias". Edit. Paidós. Barcelona.
- Belaga, Guillermo: "La urgencia generalizada. La práctica en el hospital". Grama ediciones. Buenos Aires. 2004.
- Cordero Allaray, Martín: "El Modelo Gravitacional". Una propuesta para construir redes de servicios en Salud Mental y Psiquiatría comunitaria. Chile. 2006.
- Ehrenberg, Alain: "Individuos bajo influencia. Drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos". Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires. 1994.

**Para publicitar en esta revista comunicarse con
Marina Homse (Representante Comercial)
Tel 4952-8930 - administración@aasm.org.ar**



Escotado, Antonio: "Historia elemental de las Drogas". Edit. Anagrama. Barcelona. 1996.

Ey, Henry y otros: "Tratado de Psiquiatría". Edit. Masson. Barcelona. 1989.

Fleischer, Déborah: "Clínica de las Transformaciones Familiares". Serie temps. Grama ediciones. Buenos Aires. 2003.

Frías Osuna, Antonio: "Enfermería Comunitaria". Edit. Masson. España. 2004.

García Badaracco, Jorge: "Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar". Tecnicpublicaciones S.A. Madrid. 1990.

Gómez Franco, A.: "Diagnóstico estructural - Diagnóstico sintomatológico" en *Freudiana* 16. Edit. Paidós. Buenos Aires. 1996.

Hacking, Ian: "La construcción social de Qué". Edit. Paidós. Madrid. 2001.

Kalina, Eduardo: "Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica". Edit. Paidós. Buenos Aires. 2000.

Manson, F.; Rossi, G.; Pulice, G. y otros: "Eficacia clínica del Acompañamiento Terapéutico". Edit. Polemos. Buenos Aires. 2002.

Melillo, A.; Suárez Ojeda, E.: "Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas". Edit. Paidós. Buenos Aires. 2006.

Minuchin, S.: "Familias y Terapia Familiar". Ediciones Gedisa. Madrid. 1980.

Palacios, Jesús: "Familia y Desarrollo humano". Alianza Editorial. Madrid. 2002.

Pedreira, José L.: "Psicología del niño y del adolescente". Universidad de Sevilla. Manuales Universitarios. España. 1995.

Periódico de Divulgación Psicológica. Actualidad Psicológica. "Las Adicciones". Año XX. N° 223. Argentina. Agosto 1995.

Pulice, G.; Rossi, G.: "Acompañamiento Terapéutico". Edit. Polemos. Buenos Aires. 1997.

Rossi, Gustavo P.: "Acompañamiento Terapéutico". Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Edit. Polemos. Buenos Aires. 2007.

Satir, V.: "Nuevas Relaciones Humanas en el núcleo familiar". Editorial Pax. México. 1999.



Asociación Gestáltica de Buenos Aires

Asociación Civil sin fines de Lucro. Pers. Jur. Nro C 8806/84

SEMINARIOS

para psicólogos, médicos, psicopedagogos y trabajadores sociales

- **"Ideas fundantes del Enfoque Gestáltico en la teoría y práctica clínica"**
Lic. María Allende y Lic. Claudia Pires
6 encuentros los Viernes de 14.00 a 16.00 hs. Comienza el 6 de Junio
Un encuentro de aproximación y profundización con la teoría y práctica gestáltica.
Este seminario destinado a psicólogos y médicos, recibirá también a pasantes de las carreras de psicología.
- **"Introducción a la sexualidad femenina"**
Lic. Nora Sliwkowicz
Un acercamiento al mundo íntimo de la sexualidad de las mujeres. Sus fantasías, deseos, prejuicios y diversidades. 4 encuentros. Inicio: 23 de junio de 10.30 a 12.30 hs.
- **"Astros no tan astros, el enfoque gestáltico aplicado al trabajo con familias ensambladas"**
Lic. María Silvia Dameno
5 encuentros los Viernes de 11.00 a 12.30 hs. Comienza el 27 de junio.
- **"Problemática y abordaje de las adicciones "**
Lic. Mirta Domato
6 reuniones, Inicio: 6 de agosto de 13.30 a 15.30 hs.

Informes e Inscripción:

Tel/ Fax 011-4772-9865 / mail: agba@fibertel.com.ar
Gurruchaga 1168 Capital Federal

Cuando las paredes hacen eco

Natalia Neo

Este trabajo es un intento de pensar el lenguaje por el cual somos hablados, sobre la función del analista y el uso que le puede dar el analista al dispositivo analítico.

Pensado al lenguaje desde el marco teórico lacaniano, me refiero a aquello que el lenguaje hace en el ser hablante. ¿Acaso el ser hablante no es ya un ser marcado por el lenguaje?; ¿qué lógica tiene el lenguaje?; el lenguaje, ¿no intenta otorgar sentido, llenando los agujeros del sin-sentido, lo real del discurso?; ¿se puede decir que el lenguaje tiene una lógica dual, una lógica binaria?; ¿no es propiedad del lenguaje la ambigüedad?; ¿cuál es entonces la función del analista?; ¿una de las funciones del analista no será romper con esa lógica dualista?; ¿cómo hace el analista para romper con esa lógica?; y en otros casos, ¿no será armar lugares para que el lenguaje se despliegue?

El psicoanálisis es un intento de poner en duda la polaridad sujeto-objeto.

En esta polaridad es donde se enlaza la articulación de la demanda y de la significación. El lenguaje demanda. Lacan piensa al lenguaje desde una vertiente simbólica -los significantes-, y desde una vertiente imaginaria -el significado-. Esta vertiente imaginaria es el muro del lenguaje que interrumpe, distorsiona e invierte el discurso del Otro. El lenguaje nos confronta con el Otro, y a la vez impide drásticamente que lo comprendamos.

Dice un paciente: "...pienso todo el tiempo, me enrosco y no llego a nada, esto me agota, no puedo dejar de pensar; aunque ahora estoy tratando de manejarlo; no sé si está bien o está mal. Me vuelvo loco cuando hay algo que no entiendo". Me pregunto, este paciente ¿padece?, ¿qué hace él con el lenguaje? o ¿qué hace el lenguaje con él? Aquí podemos ver cómo hay una copulación de goce, de goce de la imagen: "no puede dejar de pensar", hay satisfacción pero no para sí; ¿podemos decir que aquí no está operando la función de lo imaginario? "Me vuelvo loco cuando hay algo que no entiendo", es lo que el ser hablante intenta todo el tiempo llenar con sentido (el vacío de no entender) y con los enredos especulares de la comprensión.

¿Cómo intervenir para darle movimiento a la palabra, para desarmar ese sentido supuesto que tanto nos predetermina como seres hablantes?, ¿cómo inyectar algo de lo real cuando las paredes hacen eco?, ¿cómo hacer de este funcionamiento función?

*Psicóloga Psicoanalista,
U.B.A.
Integrante y Coordinadora
del Equipo de Familia del
Hospital de Día Vespertino,
del Hospital General de
Agudos José T. Álvarez.
Ex – docente de la Cátedra
de Salud Pública y Salud
Mental de la Carrera de
Psicología de la U.B.A.*

El analista hace gestos con las manos. Levanta una mano, baja la otra. Tratamos de introducir una discontinuidad a través de los gestos; movimientos que bordean algo de lo imaginario y algo de lo real. Mientras el paciente habla, el analista rompe una hoja de papel por la mitad. El paciente lo mira. El analista aparenta despreocupación. ¿Intento de romper con la lógica binaria del lenguaje por el que estamos tomados?, ¿intento de romper el sentido para que algo de lo real irrumpa, algo del sin-sentido se convierta en exterioridad?

Pienso que es por eso que la función del analista apuntaría entonces no sólo a oír un decir que está más allá del habla, sino también a dimensionar, a apelar a la inversión, como si armáramos un cuadro, apoyándonos en la perspectiva para construir otro espacio, donde la imagen pueda variar siendo el objeto el mismo, dimensionar la palabra, darle movimiento, otorgarle otro lugar.

Lacan dice "(...) lo real es lo que ex-siste al sentido. Lo real uno puede concebirlo como lo que es expulsado del sentido, es lo imposible, es la aversión al sentido"¹. Si el sentido es la intersección entre lo imaginario y lo simbólico, entonces, para que se geste el sentido algo operó como función, porque operó una exclusión. Si hacemos de la palabra función no hay goce, no hay funcionamiento, hay función de la palabra. Otra analizante dice: "...escucho la palabra vena y se me viene la imagen de venas llenas de sangre, me impresiona tanto que ni me puedo ver las muñecas...". ¿Cómo hacer de esa

imagen función de lo imaginario cuando la palabra y la imagen se encuentran adosadas, sin exclusión, sin real? Es la exterioridad la que hace existir otro lugar.

Otra paciente dice: "...estoy triste, estoy sola, nadie se acuerda de mí...", esto lo repite sin diferencias, todo el tiempo, en todas las sesiones, es lo único que puede decir.

Son palabras vacías de significación, hay vacío porque no hay simbólico que responda ahí, no operó la represión. Son palabras llenas de goce. No aparece lo reprimido bajo el disfraz de las diversas formas del inconsciente. No hay metáfora, sólo literalidad; no hay asociación, sólo repetición sin diferencias.

¿Qué hace el analista frente a esto?, ¿cuál podría ser acá la función del analista?

El analista intentará otorgar algo de sentido, mediante el juego (en este caso), a esas palabras sueltas que retumban e insisten sin el anudamiento de la significación fálica. Le demando sus objetos, dispongo de las Barbies, con las que ella suele jugar.

Es posible que esta demanda genere dos lugares. La paciente dice en otra oportunidad: "¿Te puedo ahora proponer algo a vos?". Asiento, y refiere: "¿Me podés proponer siempre algo concreto para hacer entre sesión y sesión?".

Quizás esa intervención haya generado un efecto transferencial, ¿podemos pensar que algo de la demanda se puso en movimiento? Acotar y armar lugares para alojar ese goce loco.

Otro paciente refiere: "...yo siempre salía con chicas mientras estaba de novio con la que hace treinta años que es mi mujer; siempre que empezaba a salir con alguien sabía que en algún momento, de algún modo eso se iba a terminar...". La intervención del analista fue marcar este sentido supuesto que predetermina la posición de este ser hablante. ¿Qué participación a lo real hay en lo que dice?, ¿qué relación tiene este paciente con el lenguaje?

Producir un corte, un intervalo, quebrar el funcionamiento, romper con el sentido supuesto, es esto lo que hace espacio; son modos de construir una exterioridad.

Si hay paredes que hacen eco, hay espacio; espacio que es necesario dimensionar, romper con la fijeza, con la dualidad del lenguaje para construir otro lugar, una exterioridad. Mientras que en otros casos se tratará de armar espacio para que esas paredes no hagan tanto eco, y para que no sea sólo eco lo que retumbe.

¹ Lacan, Jacques: Clase del 11/03/1975 en Sem. XXII, R.S.I., Buenos Aires, Paidós.

 Universidad Nacional de La Matanza Escuela de Posgrado	 Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados
INSCRIPCIÓN JUNIO / JULIO 2008	
MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS ACREDITACIÓN CONEAU RES. Nº 029/06 RESOLUCIÓN M.E.C.T. 211/02	ESPECIALIZACIÓN EN PSICOANÁLISIS DE ADULTOS ACREDITACIÓN CONEAU RES. Nº 461/07 RESOLUCIÓN M.E.C.T. 169/02
Pasantías Clínicas Hospitalarias	
INFORMES DE 11 A 17 HS.: JULIÁN ALVAREZ 1933 (1425) BUENOS AIRES TEL.: 4865.2050 / 4862.7767	

Patrones emociones, estrés y la enfermedad coronaria

Natalia Tobo Medina

Universidad del Valle
Cali, Colombia

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Arterias Coronarias (EAC), es uno de los principales problemas de salud pública a escala mundial^(3, 8, 23, 24, 29) denominada por la OMS como la “Epidemia del Siglo XXI”⁽⁵⁸⁾. En el ámbito mundial representa la principal causa de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países en desarrollo, siendo el infarto la principal causa de muerte en occidente y en los países industrializados⁽²⁴⁾. En nuestro país es la segunda causa de mortalidad global.

La situación expuesta ha llevado a progresos importantes en el tratamiento de la EAC con el consiguiente aumento de la supervivencia de estas personas. Pero el incremento en su incidencia, permite concluir que aún requiere de la identificación, prevención y control de otros factores de riesgo y antes de que la EAC pueda ser manifiesta clínicamente. En las últimas décadas diversos estudios^(9, 15, 17, 18, 22) han identificado que estrés⁽³⁶⁾, aspectos comportamentales y emocionales tienen aproximadamente la misma potencia de asociación con la EAC que la hipercolesterolemia, la hipertensión y el tabaquismo^(10, 16), y que son factores de riesgo significativos y tan importantes como los tradicionales. Particularmente se ha puesto de relieve que la hostilidad, ansiedad y depresión^(11, 30, 35) están positivamente relacionados con el inicio o evolución clínica de la EAC^(1, 21). Sin embargo, otras variables afectivas y emocionales no han sido prácticamente estudiadas y con frecuencia la atención se ha centrado en los factores biológicos, en tanto que lo psicológico se aborda de manera secundaria y desde las manifestaciones físicas y bioquímicas del estrés, sin abordar los aspectos afectivos internos que preceden o generan estas manifestaciones de estrés y comportamientos de riesgo.

Algunos estudios citados por Eugene Braunwald⁽⁶⁾ no han podido demostrar la validez de la hipótesis de comportamiento tipo A en relación con la mortalidad y morbilidad del infarto, y otros han mostrado que la reincidencia del infarto agudo es más frecuente en la personalidad tipo B. Así que “parece ser que no es la expresión externa o propia de la personalidad lo que más cuenta, sino la manera como el individuo experimenta internamente sus emociones”⁽³¹⁾. Cada persona reacciona a las perturbaciones o eventos de manera más o menos intensa, de acuerdo a un código psicoafectivo propio, por lo que un determinado

Este trabajo ha obtenido el Primer Premio del jurado en el III Congreso Argentino de Salud Mental

estímulo que resulta estresante para una persona puede no serlo para otro observador⁽¹²⁾. De acuerdo a lo expresado por Lazarus y Folkman (1986), en la experiencia de estrés es el significado asignado a la situación, que se refleja en la expresión emocional, lo que realmente cuenta. Tales afirmaciones sugieren que las condiciones afectivas o emocionales pueden producir: 1. alteración en el equilibrio biopsicosocial generando conflicto interno y estrés; 2. conductas desadaptativas, como las señaladas en la "personalidad tipo A", a determinados estímulos, convirtiéndose en generadores de estrés. Como consecuencia, se encuentra necesario explorar y profundizar en el reconocimiento de la vida afectiva, de sentimientos y emociones de las personas que desarrollan EAC, para proporcionar directrices que ayuden en la prevención de factores asociados a la enfermedad coronaria, en el cuidado de la persona enferma y rehabilitación, con proyección a favorecer su recuperación y prevenir complicaciones.

Se plantean como objetivos específicos de la investigación:

- 1 Identificar las características afectivas, de sentimientos y emociones que aparecen con mayor frecuencia en la vida de las personas con EAC que asisten a consulta en dos instituciones de salud de nivel 3 de la ciudad de Cali y cuáles de esas características son predominantes o caracterológicas por su frecuencia e intensidad o fuerza de aparición.
- 2 Determinar si existen correlaciones significativas entre las diferentes características emocionales y de éstas con las personales (de edad, sexo, estado civil y ocupación).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo correlacional realizado en personas con diagnóstico de EAC, que asistían a consulta externa en dos hospitales. Criterios de inclusión: personas adultas sin distinción de sexo ni raza, con diagnóstico médico de EAC en cualquiera de sus estadios, identificado o confirmado en una de las dos instituciones del estudio, sin cirugía cardíaca, y que no presentaban otro tipo de patología primaria.

Durante tres meses se estudió a toda la persona que asistía a la Consulta Externa de las dos instituciones y reunía los criterios de inclusión,

constituyéndose una muestra de 65 personas. De acuerdo con la tabla maestra⁽⁷⁾, el análisis de poder señaló que para un delta de 0.5, un poder del 95%, un nivel de significancia del 5% y una prueba de una cola, se requería una muestra mínima de 37 personas.

Se diseñó un cuestionario de 120 preguntas cerradas y alternativa fija que se aplicó por medio de entrevista personal. Éste incluyó características sociodemográficas y 114 ítems para identificar las características afectivas, de sentimientos y emocionales subyacentes a la aparición de la EAC, y no las respuestas emocionales generadas por la situación actual de la enfermedad. Los enunciados se redactaron de tal forma que hiciera reflexionar sobre las experiencias de la vida diaria, en tres fases: a) vividas en el pasado, b) en su relación con el entorno en situaciones cotidianas, c) que han perdurado o acompañado durante su vida. Cada fase incluye 38 enunciados, uno para cada emoción definida por el Dr. Edward Bach^(2, 4, 5, 27, 70), con una escala tipo likert para que la persona señalara la frecuencia con que se presentaba esta situación en su vida.

Diversos autores (Lazarus⁽¹⁹⁾, Zajonc⁽³⁷⁾) han presentado teorías sobre las emociones, pero se tomó como referencia para esta investigación la propuesta por el Dr. Edward Bach^(2, 4, 27) por ofrecer una clasificación más estructurada y amplia sobre estados afectivos y emociones y los significados asignados a las circunstancias, como señalaba Lazarus⁽¹⁹⁾. Clasifica las 38 características emocionales en 7 subgrupos: 1. Temor y miedo; 2. Incertidumbre; 3. Nostalgia y apatía; 4. Soledad e introversión; 5. Hipersensibilidad, angustia e ira; 6. Agobio, desesperación y auto reproche; 7. Sobreprotección y excesiva preocupación por el bienestar de otros.

La validez del contenido del instrumento fue evaluada por 3 expertos. Revisaron la congruencia del contenido del instrumento con los objetivos del estudio y el marco conceptual de la investigación, así como la claridad de los enunciados. El concepto emitido fue de alta validez. El cuestionario fue probado con 14 personas entre 30 y 68 años de edad, con diferente nivel educativo. Emplearon un promedio de 46 minutos para desarrollar la encuesta. El 100% catalogó el instrumento como claro. El 78.5% consideró que era fácil de responder, los demás lo ubicaron en un término medio. El 77% lo cata-

logó como extenso; para el 78.5% el grado de cansancio, con una escala de 1 – 10, fue de 1 o 2, es decir, muy bajo. La confiabilidad del instrumento estudiada con la consistencia interna y como medida estadística el coeficiente de correlación y la fórmula de cálculo de Spearman – Brawnm mostró un $r^1 = 0.80$ (significativa para $p \leq 0.05$ con 12 grados de libertad), que denota un alto grado de congruencia u homogeneidad interna. La congruencia se evaluó con el grado de correlación entre las 3 fases. Todos fueron estadísticamente significativos para $P \leq 0.01$ y 12 grados libertad: fases a con b: $r^1 = 0.93$; fase a con c: $r^1 = 0.70$; fase b con c: $r^1 = 0.80$.

Los datos se manejaron siguiendo los parámetros de análisis temático. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. El χ^2 y la correlación de Spirman y de Pearson se emplearon para confirmar la significancia estadística y la fuerza y dirección de las correlaciones.

De cada característica emocional se estudió:

1. La **Frecuencia**: número de veces en el que la persona percibía que el estado emocional o afectivo se repetía o persistía en ella en cada una de las 3 fases, según las opciones: **siempre, algunas veces, nunca**; puntaje de 2, 1 y 0 respectivamente. Se consideró **predominante** para el grupo si más del 70% respondía a ésta con puntajes de 2 o 1 (Siempre, Algunas Veces) en al menos 2 de las 3 fases.

2. La **Fuerza**: sumatoria de la frecuencia señalada en las 3 fases para cada uno de los enunciados; el valor osciló entre 0 y 6 puntos, y categoría entre débil y muy fuerte.

3. Si era **Caracterológica** de la muestra: cuando por su frecuencia de aparición clasificaba como predominante y poseía una intensidad o fuerza igual o mayor a 3.

Los datos se recogieron directamente por la investigadora, con la ayuda de una asistente de investigación. Previamente se explican los objetivos y beneficios del estudio y firma el consentimiento de participación voluntaria. No se estableció límite de tiempo a los participantes, para facilitar la sinceridad y apertura. Se enfatizó en que ninguna respuesta era buena o mala, simplemente eran situaciones que cualquier persona podía presentar en diversas circunstancias de la vida. El papel del encuestador fue el de conductor o facilitador; por ningún motivo podían emitir comentarios ni juicios sobre las respuestas de los participantes.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se estudiaron 65 personas entre los 44 y 74 años, media 62.7 +/- 8.77, con diagnóstico médico de EAC. El 66.7% era de sexo masculino. La mayoría (68.3%) tenía pareja permanente. El 51.3% trabajaba en un nivel operativo, seguido por las amas de casa (22.4%); el 6.89% tenía un cargo administrativo de tipo directivo. En el tiempo libre el 49.27% tenía actividades sedentarias como tejer, leer, ver televisión, entre otras. El 37.68% caminaba o hacía deporte; el 13% realizaba actividades de tipo laboral.

ASPECTOS AFECTIVOS O EMOCIONALES PREDOMINANTES Y CARACTEROLÓGICOS DE LA MUESTRA

De las 38 características afectivas o emocionales estudiadas, se identificaron 12 predominantes en el grupo por tener frecuencia de aparición de siempre o algunas veces en más del



COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES - DISTRITO XII
(Quilmes - Avellaneda - Berazategui - Fcio. Varela)



1998-2008

ESCUELA DE ESPECIALIZACIÓN Y POSGRADO

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN INICIO DE CLASES EN ABRIL 2008

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Presidente y Directora Niños y Adolescentes: Psic. María Rosa D'Angelo - Directora general y Adultos: Lic. Gloria Seijo - Directora Sistémica: Lic. Esther De Castro - Directora Jurídica: Psic. Lía Ruiz Musante - Directora Educacional: Lic. Ana María Lestón

Seminarios teóricos - Grupo de Lectura -Talleres - Discusión de casos Clínicos - Supervisiones - Jornadas - Conferencias - Publicaciones - Pasantías.

ACREDITACIÓN: para la obtención del **CERTIFICADO DE ESPECIALISTA** otorgado por el Consejo Superior del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

■ **Reconocido** por Ley 10.471 **CARRERA PROFESIONAL HOSPITALARIA.**

■ **Reconocido** por la **CÁMARA CIVIL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.**

INFORMES

Tel.: 4224-2831 E-mail:
escspeed12@speedy.com.ar

70% de la muestra, en al menos 2 de las 3 fases. La tabla 1 presenta, en orden descendente, las medidas de tendencia central de éstas. Diez resultaron caracterológicas al tener además una intensidad de manifestación mayor a 3, o sea, ser fuerte o muy fuerte (ver tabla 1). De estas últimas se destacan las 3 primeras de la tabla, por haber sido señaladas en las tres fases y reconocidas por más del 90% de las personas con una frecuencia de Siempre en algunas de las fases; estas son:

- La auto-represión y rigidez moral y el deseo de ser ejemplo para otros, pues sienten que quienes sigan sus ideas y conducta podrán ser mejores. Fue sobresaliente el mantenerse siempre fiel a sus principios y normas y guiar y construir toda su vida en torno a ellas, con una marcada autodisciplina que les llevó a relegar a un plano secundario su salud, las actividades recreativas, sociales y de ocio.
- La sensación de ser infalibles y creer que los demás deben hacer las cosas en la forma que ellos dicen, pues generalmente sienten que están en lo correcto. Su deseo no es convencer sino que se le obedezca; cuando toman una decisión “no les gusta perder tiempo escuchando a los otros”, haciendo manifiesta su actitud de dominio.
- El miedo e inquietud excesivos por lo que pueda suceder a otros, con tendencia a anticipación a la desgracia de los demás, expresión del temor y pesimismo en la vida.

Le sigue en importancia, dado que aparece en más del 90% de las personas en alguna de las 2 fases y con una frecuencia de Siempre en más

Tabla 1. Características predominantes y caracterológicas, medidas de tendencia central de la fuerza de manifestación y porcentaje de personas.

Características	Me	P ₇₅	% con Puntaje 3-6	Grupo
*** ^a Infalible, dominante. (36)	5	6	85.7	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
*** Miedo a desgracia de otros. (13)	4	5	88.9	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
*** ^a Autorrepresión, rigidez moral. (3)	4	5	90.5	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
+ ^o Forzamiento obstinado al deber. (38)	4	5	82.5	Desaliento y desesperación
+ ² Impaciencia, irritabilidad. (23)	4	5	80.9	Soledad
² Sentimiento de vergüenza, necesidad extrema limpieza y orden. (25)	4	5	73.0	Desaliento y desesperación
+ ² Introversión, autosuficiencia. (37)	3	4	77.8	Soledad
² Deseo de convertir a otros a sus convicciones. (35)	3	4	74.6	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
Nostalgia, absorbida en el pasado. (24)	3	5	66.1	Falta de interés por el presente
+ ² Inhibición, enmascara afecto. (4)	3	4	74.6	Susceptibilidad a influencias e ideas ajenas.
Poseividad, manipulación afectiva. (2)	3	4	66.7	Preocupación por el poder y bienestar ajeno
² Sometimiento, sumisión exagerada(14)	3	4	70.8	Susceptibilidad a influencias e ideas ajenas

- ++ Están en las tres fases en porcentajes mayores de 70%, en una de ellas con un porcentaje mayor del 90%
- + Porcentajes superiores al 90% en una de las fases
- ^o Se presentó con una frecuencia de siempre en más del 70% del grupo
- ² Caracterológicas

del 70% de ellas, el forzamiento al deber de manera obstinada, que les induce a luchar pese al desaliento y las dificultades, a que otros crean que es imposible lograrlo; llegando al auto-sacrificio, a costa de su salud y descanso. Otras características predominantes que sobresalen porque estuvieron presentes en alguna fase en más del 90% de la muestra:

- La inhibición para expresar sentimientos como la angustia, el tormento o malestar, y el enmascararlos con alegría o bienestar y cortesía para evitar conflictos y mantener la paz y armonía a su alrededor, o evitar que otros conozcan su verdadero estado.
- La autosuficiencia mental, acompañada por una fuerte necesidad de independencia, que les dificulta establecer relaciones de simpatía con las demás personas o acudir en su ayuda cuando tienen problemas, conduciéndoles a abstraerse del medio y a resguardarse en su propio mundo.
- La impaciencia e irritabilidad ante la lentitud de otras personas les lleva a preferir hacer sus cosas solos, a sobrecargarse de trabajo y a permanecer solos.

Esas 12 características permitieron identificar la propensión de estas personas a una alta exi-

gencia y dominio consigo mismo y con el mundo que les rodeaba, generada por: 1) El ánimo de ser ejemplo para los demás, para lo cual seguían un comportamiento rígido, normativo, con auto-represión de sus necesidades; 2) La sensación o idea de ser infalibles, que les conducía a actitudes impositivas y dominantes; 3) La propensión a niveles extremos de responsabilidad, rigidez y normatividad, que hacía que todo su ánimo se centrara en el deber y en la lucha obstinada por obtener objetivos que podían ir más allá de sus posibilidades o capacidades; 4) La inclinación a valorar el ritmo y capacidad de las demás personas y de sí mismas como inapropiado, lento e inoportuno, ante lo que responden con sensación de irritabilidad, impaciencia, crítica, desesperación y la preferencia por hacer las cosas solos; 5) La vergüenza y ansiedad por liberarse de suciedad e infecciones.

Adicionalmente se identifica dificultad en la manifestación del afecto, deseos y emociones, debido a: 1) La inhibición para expresarlos por susceptibilidad a las opiniones ajenas o temor para enfrentar las dificultades y defender sus derechos, que les llevó a comportamientos sumisos o contrarios a sus verdaderos estados de ánimo; 2) Sentimiento de incompreensión o autosuficiencia, que produjo en ellas un fuerte anhelo de libertad e independencia y a encerrarse en su propio mundo, aislamiento que generalmente no querían; 3) El miedo exagerado por lo que podía sucederle a otros y el fuerte anhelo porque las personas permanecieran cerca de

ellas para que les dieran su afecto constantemente, situación que les impulsó a cuidar y preocuparse por los seres queridos de manera excesiva y condicionada, o a la manipulación, generalmente a expensas de su propio cuidado.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES QUE SE CORRELACIONARON CON LOS ASPECTOS AFECTIVOS CARACTEROLÓGICOS

Las características emocionales que más se correlacionaron significativamente y en forma directa con las caracterológicas fueron el sentimiento de culpa y auto-reproche, y el sentimiento de inferioridad y extrema modestia (tabla 2). Fue notable la carencia de alegría y de felicidad en su vida, manifiesta por la presencia de situaciones de desolación y angustia extrema, la desesperanza, la infelicidad por pérdidas afectivas o materiales, la depresión de causa desconocida, y sentir la vida como un duro trabajo carente de placer.

Se puede identificar que detrás de un aparente

Tabla 2 : Características afectivas y emocionales que se correlacionaron significativamente con más del 50% de las caracterológicas

Características Correlacionadas	Características predominantes y de mayor fuerza										
	Sensación de ser totalible, dominante	Miedo a la desgracia de lo demás	Auto-represión y rigidez moral	Impaciencia, prefiera hacer todo solo	Forzamiento obstinado al deber	Vergüenza, necesidad de limpieza	Deseo convertir a sus convicciones	Inroversión y autoconciencia	Inhibición para expresar sentimientos	Sometimiento y sumisión exagerada	correlaciones significativas
Auto reproche, sentimiento de culpa.	.27*	.33**	.39**		.38**	.37**	.25*	.32*		.36**	8
Sentimiento de inferioridad y extrema modestia.			.40**	.28*	.26*	.34**		.40**	.39**	.42**	7
Desolación y angustia extrema.		.26*	.49**	.29*	.29*	.45**			.33**	.40**	7
Nostalgia, absorbido en el pasado.	.32*	.51**		.43**	.32*	.26*	.38**		.39**		7
+Posesividad y manipulación afectiva.	.37**	.25*	.33**		.33**			.47**	.39**		6
Sañadores, vivir más en el futuro.		.29*				.40**	.44**	.39**	.27*	.32**	6
Depresión profunda de causa desconocida.		.26*	.41**	.27*	.25*	.53**				.38**	6
Desesperanza y falta de fe.	.35**	.30*		.26*	.26*			.32*	.40**		6
Infelicidad, secuelas debidas a duelo.	.25*	.28*	.33**						.39**	.58**	5
Sentimiento de no tener fuerzas. Diario vivir carente de placer.		.31*	.35**	.36**	.30*	.57**					5
+ Autorrepresión y rigidez moral.	.32*			.44**	.31*	.45**				.33**	5
Número de correlaciones significativas	6	9	7	7	9	8	3	5	7	7	

** p ≤ 0.01
* p ≤ 0.05

gran sentido de responsabilidad, seguridad y dominio, se encuentra una persona con temores, con sentimientos de inferioridad y de auto-reproche y la vivencia de altos niveles de ansiedad e infelicidad. La intensidad con que experimentaron diario vivir carente de placer, presentó correlación estadística directa ($P \leq 0.01$) con características que permiten identificar dificultades en la autoestima.

Falta de confianza en su propio juicio, vergüenza y sensación de impureza y otras no incluidas en la tabla 2, como el sentimiento de inferioridad, desaliento por duda de sí mismo; a su vez estas 4 características se correlacionaron directamente con el grado de depresión profunda ($P \leq 0.05$).

CORRELACIONES ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA INTENSIDAD DE LAS CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES

Ocho manifestaciones afectivas se correlacionaron estadísticamente con alguna de las características sociodemográficas. La inseguridad en su propia capacidad con temor al fracaso, y la introversión con marcada necesidad de independencia, presentaron un comportamiento significativo con la edad (tabla 3). Con el estado civil, solamente la inhibición para expresar los sentimientos con tendencia a enmascararlos mostró una diferencia significativa. La intensidad de la necesidad de comuni-

cación y de hacerse valer difiere según el género, presenta intensidad fuerte y muy fuerte en las mujeres; mientras que el miedo a perder el control y la irreflexión tiene una mayor proporción con intensidad fuerte en los hombres. Entre los distintos tipos de ocupación se encuentran diferencias significativas con las características emocionales de inhibición para expresar los sentimientos, dificultad para definir qué ocupación seguir, y con la desolación, angustia extrema y depresión por duda de sí mismo. Éstas se presentaron con intensidad débil en cargos administrativo-directivos, mientras que en amas de casa y operativos se presentan con intensidad fuerte o muy fuerte.

DISCUSIÓN

Se manifestó un patrón afectivo y emocional en el grupo estudiado con 12 características predominantes y 10 caracterológicas que permitieron identificar la propensión o inclinación de estas personas a un alto dominio y exigencia consigo mismos y con el mundo que les rodeaba, entre otros por el ánimo de ser ejemplo para otros, la sensación de infalibilidad y la propensión a extrema rigidez y responsabilidad, impaciencia e irritabilidad. Les acompañan la dificultad e inhibición para manifestar el afecto, sus deseos y emociones; por alta susceptibilidad a la opinión de otros, la sumisión y el miedo y preocupación por otros y su soledad.

Acorde con el inventario de hostilidad de Buss – Duikee (BDHI), la muestra tenía manifestaciones de hostilidad como la impaciencia e irritabilidad y crítica exagerada o intolerancia. Para Barefoot⁽³⁾, el complejo ir-hostilidad engloba un componente cognitivo que consiste en las creencias negativas sobre la naturaleza humana y que las conductas desagradables se dirigen de manera intencionada hacia uno. Para Eibesfeldt⁽¹⁰⁾, la agresividad tiene tres posibles factores etiológicos: 1) aprendizaje; 2) respuesta a privaciones a temprana edad o por repre-

Tabla 3. Correlaciones significativas entre las características emocionales y las características sociodemográficas. χ^2 y r .

Características sociodemográficas	Características emocionales							
	Tra, desconfianza, susceptibilidad a desafíos	Inseguridad, temor al fracaso	Introversión, necesidad de independencia	Inhibición, enmascarar sentimientos	Necesidad de comunicación y hacerse valer	Miedo a perder el control, irreflexión	Dificultad para definir ocupación a seguir	Soñadores, vivir más en el futuro
Edad	$r = .25^*$	$\chi^2 = 14.3^{**}$ gl. 4	$\chi^2 = 9.2^*$ gl. 4					
Estado Civil				$\chi^2 = 12.8^*$ gl. 6				
Sexo					$\chi^2 = 62.8^*$ gl. 2 $r = .31^{**}$	$\chi^2 = 6.0^*$ gl. 2 $r = .25^*$		
Ocupación				$\chi^2 = 15.8^*$ gl. 8			$\chi^2 = 15.9^*$ gl. 8	$\chi^2 = 16.2^*$ gl. 8




** $P < 0.01$
* $P < 0.05$

sión a impulsos primarios; y 3) un instinto o impulso agresivo primario innato. Como impulso innato en el ser humano, puede sufrir modificaciones o reforzamientos⁽³³⁾ y volverse patológica, y una de sus manifestaciones es la ausencia de reconocimiento o el no tener en cuenta al otro objeto de su acción^(24, 25).

Se podría decir que en la muestra existen manifestaciones hostiles consigo misma y con el entorno, en la auto-represión de sus necesidades y en el comportamiento normativo y obstinado por el deber, hasta llegar a estados de agotamiento extremo. Con el entorno, con una inclinación a evaluar la conducta de otros como inapropiada, una actitud impositiva e irritable, así el móvil sea el deseo de cuidar de otros o la preocupación por el bienestar de los demás. El resentimiento por algunos manifestado es una forma de agresividad más ideativa⁽³⁴⁾.

Serrano y Moreno⁽³³⁾ ven sobre la exigencia de una sociedad competitiva, la agresividad dirigida hacia uno mismo y hacia el entorno, entre otros motivos, por el aislamiento, el incremento de situaciones frustrantes. Aunque no se midió en forma directa la frustración, se pudo identificar a través de la evaluación de la nostalgia y el auto-reproche porque no se sentían realizados en la vida, especialmente en el orden económico de capacitación y laboral. La confrontación con esa realidad es motivo de frustración, conflicto interno y estrés. Es comprensible la dificultad para auto-realizarse, desde la inhibición de sus emociones y necesidades, y el sometimiento a los deseos de otros. Gilbert y Allen⁽¹⁴⁾, indican que la sumisión generalmente involucra el incremento de la tensión por miedo a la confrontación, relacionada con "no quererse a sí mismo o rechazar-se"; e inhibición en situaciones de desafío o conflicto de intereses, en donde escogen ceder o inhibir su proyección. En esa misma dirección, Edward Bach⁽¹⁾ observó que las personas que se inhibían para expresar sus sentimientos, se convertían en excelentes actores para ocultar sus debilidades, se tornaban hipersensibles y podían percibir lo desagradable extremadamente doloroso, lo cual les llevaba a huir de las situaciones y a mayor estrés. El concepto que uno mismo tiene de sí, tal como parecer o creerse "incapaz, incompetente, indigno, inseguro", inferior a otros o susceptibles a aver-

gonzarse, como se encontró en la actual muestra, señala una reducida posibilidad para participar en las relaciones sociales con tendencia a actuar de forma sumisa o inhibida socialmente. La inhibición crece en la medida en que se tenga temor a producir esos efectos^(13, 14), o a que su autoestima sea lastimada con pérdida de estatus y vergüenza. La inhibición o aparentar otra emoción se ha correlacionado con depresión, miedo, agresividad, sentimientos de soledad u otras emociones⁽²⁷⁾, y altos niveles de estrés⁽¹⁴⁾. Ello concuerda con la correlación directa significativa ($P \leq 0.01$) entre la intensidad de la inhibición, y el sentimiento de culpa y de vergüenza e inferioridad encontrados en nuestro estudio (tabla 2) y correlaciones altamente significativas con sentimientos de inferioridad y extrema modestia. El no trabajar para sus propios objetivos y el no expresar sus reales sentimientos, se vio también correlacionado estadísticamente con el resentimiento, enfado, auto-reproche, temor, angustia extre-

 Fundación FAMILIAS Y PAREJAS	 Universidad de Buenos Aires Secretaría de Extensión Cultura y Bienestar Universitario	 FACULTAD DE PSICOLOGÍA
<h2>JORNADA ANUAL</h2>		
28 de junio de 2008 - 9.00 a 14.00 Hs. Hipólito Yrigoyen 3242 - Aula 14		
<h3>"CUANDO LA FAMILIA NO ALCANZA: SISTEMAS AL BORDE, SISTEMAS EN EL BORDE"</h3>		
Fragmentación, violencia, subjetividades. Vulnerabilidad y Potencia.		
Invitados:		
MARIANA CANTARELLI. Lic. en Historia.		
ANA M. FERNÁNDEZ. Dra. en Psicología.		
GABRIEL KESSLER. Dr. en Sociología.		
Inscripción previa [sin cargo]: www.psi.uba.ar/extension		
Informes: Beruti 4583 6º piso Tel: 47773719/3251		
E-mail: info@familiasyparejas.com.ar		
www.familiasyparejas.com.ar		

ma e infelicidad, sugiriendo la vivencia de altos niveles de estrés.

La auto-expresión de los derechos es de las más frecuentes dimensiones reportadas de asertividad⁽²¹⁾; las personas con baja asertividad se preocupan más por lo que otros piensan de ellas o el insulto de otros; por ese motivo rechazan el desafío, les impide ser dueñas de sus emociones, dificulta recibir y aceptar la simpatía de quienes les rodean y ser amables si así lo desean⁽³²⁾.

El predominio de “sobrepotección y excesiva preocupación por el bien de los demás” demuestra la necesidad de convertirse en modelo de los otros e influir en ellos para inducirles a su estilo y visión de la vida idealizada. Para lograrlo se someten a una forzada auto-disciplina, y quitan la flexibilidad frente a su realidad y la realidad que les rodea, reprimen sus sentimientos y desconocen el límite de sus capacidades. Según Blome⁽⁴⁾, las personas con auto-represión y rigidez intentan dominar la realidad con un estricto blanco y negro, puesto que sus sentimientos le debilitan y le ponen en conflicto con su necesidad de unas condiciones de vida claras y reguladas. Es común que suceda bajo la influencia de padres que estimulan de modo unilateral la voluntad de rendimiento y la responsabilidad de su hijo, quien se convierte en obsesionado por el éxito, insensible a sus propios límites. Se encuentran así bajo un estrés ininterrumpido causado por ellos mismos, que es tanto peor por cuanto no brindan ninguna posibilidad al cuerpo de regenerarse⁽⁴⁾. El ansia por cumplir con ideales y la dificultad para reconocer la diversidad del mundo exterior, les lleva a encerrarse en su propio mundo, como lo demostró la correlación directa ($P \leq 0.05$) entre el forzamiento obstinado al deber y la introversión con fuerte necesidad de independencia. La preferencia de hacer las cosas solos por impaciencia se correlacionó en forma directa ($P \leq 0.05$) con la sensación de ser infalible y dominante. Se propicia así el aislamiento y la soledad.

Respecto a la manifestación simultánea de sumisión e inhibición junto con alta exigencia con otros, intolerancia e infalibilidad, Blome⁽⁵⁾ refiere que los niños con educadores egocéntricos y caprichosos apenas si se atreven a expresar sus deseos; para sobrevivir deben aprender a ceder siempre a las exigencias de otros. Al no

poder desarrollar su personalidad, llegan a la edad adulta con una doble naturaleza. Dominantes con las personas de menor rango y sumisos con la autoridad. En relación a ello Erikson, citado por Papalia⁽²⁶⁾ refiere que durante el proceso de desarrollo de la voluntad, el demasiado control o imposición de los adultos puede llevarle a inhibición y pérdida de la autoestima. En esa dirección, experiencias clínicas^(4, 70) encuentran que detrás de una personalidad dominante, que da la sensación de ser infalible, se encuentra una persona insegura y temerosa; mientras que las personas con rigidez moral y auto-represión, esconden una persona culposa y con auto-reproche. En el actual estudio, estas dos características, dominante-infalible y auto-represión-rigidez moral, se correlacionaron significativamente en forma directa con el sentimiento de culpa. La auto-represión se correlacionó con sentimientos de inferioridad, miedo a perder el control, temor a la vida, timidez y sentimientos de incapacidad ocasional, haciéndose manifiesto un conflicto entre lo que les dicta su interno y lo que manifiesta externamente su personalidad.

Nos encontramos, por tanto, con un grupo de personas con necesidades afectivas no expresadas. Con sentimientos de soledad y aislamiento, que proyectan una necesidad de reconocimiento externo, muy seguramente para lograr llenar su vacío afectivo. Pero que sus estados anímicos están dirigidos hacia el exterior, incluso la búsqueda de cariño y amor de las personas que les rodean, con falta de autoafirmación y expresión de sus reales necesidades, las que desplazan y ocultan utilizando mecanismos protectores psíquicos, con comportamientos dirigidos por la norma, el rito, la rigidez, la auto-represión y el auto-dominio. Refleja ello la pérdida del equilibrio entre su propio cuidado y crecimiento interior, con el cuidado o interés por y hacia el entorno y la razón, siendo estos últimos, como se mencionó anteriormente, lo que más pesa en ellos. Las anteriores condiciones se muestran como factores desencadenantes de estrés continuo y como consecuencia pueden relacionarse con el curso de su salud cardiovascular, haciendo necesario e importante que sean contempladas en los programas de prevención y rehabilitación cardiaca.

Referencias Bibliográficas

- 1 **ALBERT, C. M.; Chae, C.U.; Rexrode, K. M.** Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease and Sudden Cardiac Death among Women. *Circulation* Feb. 2005: 111 (4):480-487.
- 2 **BACH, Edward.** Los Remedios florales; escritos y conferencias. Traducción Elena Meliveo y Edgar Knerr. Madrid: Editorial EDAF, SA. 1999. 56, 57,59 – 84-86,127 p.
- 3 **BAREFOOT, J. C.** Developments in the measurement of hostility. *Psychosomatic Medicine* 1991. 51, 46-57 p.
- 4 **BLOME, Gözt.** El nuevo manual de la curación por las flores de Bach. Título original: *Das Neue Bach-Blüten-Buch*. Barcelona: Ediciones Robin Book. 1995. 27, 31, 36 – 37, 63, 79, 117, 135.
- 5 _____. La curación por las flores de Bach. Título original: *Mit Blumen Heilen*. Traducido por Tola José. Editorial Robin Book. 1994, 235-236, 287-289 p.
- 6 _____. *Tratado de Cardiología, Quinta edición, Vol. II.* México D.F. Mc Graw Hill Interamericana. 1999. 1256.
- 7 **CHMURA K., Helena, Thiemann Sue.** How Many Subjects? London: SAGE Publications. 1987.
- 8 **COLBOURN, A. W.** The decline in coronary heart disease mortality. *The Dupont experience. Part 2 del Med. J* 58:351, 1986 en: Braunwald, Eugene. *Heart Disease*. W.B. Saunders Company. 4 ed. Philadelphia: 1992. 1153 p.
- 9 **DECKER, Lawrence.** The emotional side of Heart disease; en: *Better Health for Life from Lehigh Valley Health Network. Healthy You Magazine*, July – August 1999. <http://www.emotidheatddis.com>
- 10 **EIBL, Eibesfeldt I.** El hombre preprogramado. Madrid: Alianza. 1975.
- 11 **FERKETICH, A.; Frid, D.; Schwartzbaum, J.** Depression as an antecedent to heart disease among men and women. *Abstracts of the 39th Annual Conference on Cardiovascular Disease Epidemiology and Prevention. Circulation.* 1999; 99: 1104-1108.
- 12 **FREEDMAN, Alfred M., KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J.** *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat 1983. 272, 470 – 514 p.
- 13 **GILBERT, Paul.** *Depression: The Evolution of Powerlessness. Hove, sessex: Erlbaum/ New York: Guilford.* 1992.
- 14 _____, and Allan Steven. *Assertiveness, submissive behavior and social comparison. British Journal of Clinical Psychology* (1994), 33. 295 – 306 p.
- 15 **HACKETT, Thomas P., ROSEMBAUM, Jerrold F.** Emoción, trastornos psiquiátricos y corazón; en : *Tratado de Cardiología, tomo II.* 3 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana. 1991. 2045 p.
- 16 **HAYNES SG.; Levine, S.; Scotch, N.; Feinleib, M. and Kannel, EB.** The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the famingham study. I *Methods and risk factors. American Journal of Epidemiology.* 1978: Vol. 107, 5, 362-383.
- 17 **JENKINS, C.D.** Behavioral risk factors in CAD. Citado por Braunwald. E. *Factores de riesgo de cardiopatía isquémica. Tratado de Cardiología.* 3 ed. Tomo II. México: Interamericana. 1991. 1245.
- 18 _____,C.D. *Psychosocial and behavioral factors;in Braunwald,E. Heart Disease.*W.B. Saunders Company. 4 ed. Philadelphia: 1992. 1153.
- 19 **LAZARUS, R.** *Estrés y emoción.* Bilbao, España: Desclée De Brouwer. 2000.
- 20 **LETT, HS.; Blumenthal, J A.; Babyak, M.A; Sherwood, A.; Strauman, T.; Robins, C. and Newman, MF.** Depression as a Risk Factor for Coronary Artery Disease: Evidence, Mechanisms, and Treatment. *Psychosomatic Medicine.* 2004: 66:305-315.
- 21 **LINEHAN, M. M. y EGAN, K. J.** Citado por: **Gilbert, Paul and Allan Steven.** *Assertiveness, submissive behavior and social comparison. British Journal of Clinical Psychology* (1994), 33, 295 – 306.



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, contactese con nosotros a:

info@moebiusdifusion.com

- 22 **LIJING, L.;** Kiang L; Karen A; Martha L.; Freeman F; Catarina I. *Psychosocial Factors and Risk of Hypertension The Coronary Artery Risk Development in Young Adults.* JAMA. 2003; 290:2138-2148.
- 23 **O.M.S.** *La Salud al ritmo del Corazón. Conferencia con motivo del Día Mundial de la Salud.* O.M.S., CH 1112. Ginebra 27, Suiza. 1994.
- 24 **OLDENBURG, B et al.** *Controlled trial of Psychological Intervention in Myocardial Infarction, Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1985. 53, 852-59 p.
- 25 **OSLER, W.** Citado por Braunwald, Eugene en: *Tratado de Cardiología.* 2 ed. Interamericana, 1991. 2045.
- 26 **PAPALIA, Diane E., Wendkoo, Sally.** *Desarrollo Humano.* 6ª Edición. Mc Graw.ill. México. 1999, 25 – 30, 164 p.
- 27 **PASTORINO, María Luisa.** *La Medicina floral de Eward Bach.* Barcelona: Ediciones Urano. Barcelona. 1989. 18, 25, 29 78 p.
- 28 **PRICE, J. S.** Citado por: **Gilbert, Paul and Allan Steven.** *Assertiveness, submissive behavior and social comparison.* *British Journal of Clinical Psychology* (1994), 30, 33, 295.
- 29 **RUIZ M, Álvaro.** *Factores de riesgo en Colombia. Simposio sobre Factores de Riesgo en Enfermedad Coronaria. Hospital San Ignacio (3:8:1991).* RCC Vol. 3 No. 8 sep. Bogotá: 1991. 467-73 p.
- 30 **SANDIN, F. B.** *Papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular: un análisis crítico.* *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2002: Vol. 7 (1) Abr, 1-18.
- 31 **SANTACRUZ, Hernán.** *Estrés y personalidad del coronario.* RCC Vol. 3 No. 8 Septiembre, 1991. 490 – 94.
- 32 **SCHWARTZ, R. M. y GOTTMAN, J. M.** *Toward a task analysis of assertive behavior.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1976 44. 910 – 920 p.
- 33 **SERRANO, V. Ernesto, MORENO, J. Eduardo.** *Agresividad y enfermedad cardiovascular, evaluación y abordaje terapéutico.* Alcmeón - *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* año IX – Vol. 7 No 1, Junio 1998.
- 34 **SERRANO, E. y col.** *Violencia y cultura urbana.* En: *Revista de Antropología*, 1991, año VI, No10, 50–55.
- 35 **TRIGO, M.; Silva, D.; Rocha, E.** *Tipe A behavior and negative emotions as risk factors in coronary artery disease. A case-control study.* *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica.* 2002: Vol. 13 (1), 123-14.
- 36 **WILLIAMS, R. B.** *Blood Pressure Reactivity to Psychological Stress A New Risk Factor for Coronary Disease? Hypertension.* 2006: 47:329-330.
- 37 **ZAJONC, R. B.** (1984). *On the primacy of emotion.* *American Psychologist*, 39, 117-123.

IXo. Congreso de Análisis Transaccional Integrativo: “El Análisis Transaccional en la Sociedad del Conocimiento” Buenos Aires, 22 al 24 de agosto de 2008



Asociación Iberoamericana
De Análisis Transaccional
y Ciencias del Comportamiento
Pers. JurId. I.G.J. Res. N° 530/1983



**En el 50º Aniversario del
Análisis Transaccional y
40º de la fundación de ANTAL**

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente:

Dr. Roberto Kertész

Secretario General:

Dr. Bernardo Kerman

Secretaría Científica:

Lic. Beatriz Labrit

Tesorera:

Lic. Clara I. Atalaya

Secretarías Administrativas:

Lic. Luciana Luege

Lic. Cristina Steconi

Sede: El Hotel Bauen de Buenos Aires

Metodología: incluye Paneles, Talleres, Cursos, Temas libres y Pósters, además de actividades culturales: Un concierto de jazz y el Psicoteatro con intervención del público.

Límite de las inscripciones: 350 participantes

Arancel: \$ 160 (US 50) - 20% de descuento hasta el 23 de junio.

Abonable en efectivo y en cuotas

con tarjetas VISA, Mastercard, American Express y

Cabal en la UFLO, Av. Nazca 274.

En efectivo solamente, en Camacúá 245.

UFLO

UNIVERSIDAD DE FLORES

Autorizado provisionalmente por Decreto PEN N° 2361/12/94
conf. Art. 64 inc "C" Ley 24521

CURSOS DE LA AASM

CURSOS PRESENCIALES 2008

- **Aspectos Integrativos de la Psicoterapia Cognitiva, el Análisis Transaccional y las Neurociencias**
Directores: *Fabio Celnikier, Gustavo Tafet*
- **Abordaje Clínico del Modelo de Integración Psicoterapia Cognitiva, Análisis Transaccional y Neurociencias**
Directores: *Fabio Celnikier, Gustavo Tafet*
Fecha: 19 de Julio 2008
- **Curso de Capacitación: Terapia Breve: Código Propio: Nuevos recursos terapéuticos para abordar el inconsciente en 8 sesiones**
Directora: *Norma Di Lorenzo*
Inicio: Junio 2008
Horario: 17.30 a 19.30 hs.

CURSO SEMIPRESENCIAL 2008

- **"Posgrado neuropsicología de la vejez"**
Directores: *Gabriela Pisano, Roberto Iglesias, Alejandro del Corno*

CURSOS A DISTANCIA 2008

- **"Depresión: Entre la Psiquiatría, la Psicología y el Psicoanálisis"**
Directores: *Ariel Falcoff, Juan Carlos Fantin*
Inicio: agosto 2008
- **"Psicoanálisis y Psicosis"**
Directores: *Beatriz Schlieper, Alfonso Carofile, Beatriz Tendlarz, Adriana Salgado, Liliana Cazenave*
- **Interfase salud mental - medicina interna**
Directores: *Daniel Emilio López, Gabriel Scianca*
Docentes: *Daniel Emilio López, Gabriel Scianca, Irma Zurita, Estela Contreras, Eduardo Grande, Carlos Della Torre, Lorena Brito, Abraham Burzstein*
Carga horaria: 80 / 110 horas
- **Postgrado sobre Toxicomanías y Conductas Adictivas**
Directores: *Susana Calero, Silvia Raggi, Alberto Trimboli*
Carga horaria: 160 horas
Inicio: Mayo 2008
- **Curso introductorio interdisciplinario sobre violencia**
Directora General del Curso: *Dra. Diana Galimberti*
Directores: *Dra. Maria Varas, Lic. Alberto Trimboli, Lic. Susana Pontiggia, Dra. Susana Ferrin*
Coordinadora docente: *Lic. Silvia Raggi*
Docentes: *Dra. Maria Varas, Lic. Alberto Trimboli, Lic. Silvia Raggi, Lic. Susana Pontiggia, Dra. Susana Ferrin, Susana Levy, Juan Pablo Viar, Liliana Moneta.*
Comité de Violencia del Hospital Alvarez: *Dra. Diana Galimberti, Dra. Maria Varas, Lic. Alberto Trimboli, Lic. Silvia Raggi, Lic. Susana Pontiggia, Dra. Susana Ferrin, Susana Levy, Fabiana Calónico, Oscar Lossetti, Daniel González, Héctor Casal, Gabriel Scianca, Analía Messina*
- **"Introducción a la Musicoterapia Clínica"**
Director: *Patricia Cabrera*
Docentes: *Rubén Gallardo, Darío Caniglia*
Carga horaria: 70 horas
Inicio: Junio 2008



• **Curso Superior Virtual Psicoprofilaxis Clínica y Quirúrgica – Aspectos específicos en Psicoprofilaxis Quirúrgica**

Directores: *Irma Zurita y Patricia Oliveira*
Carga horaria: 160 horas
De septiembre a diciembre de 2008

• **Psicoprofilaxis I: "Conceptos básicos en Psicoprofilaxis Clínica y Quirúrgica"**

Directores: *Irma Zurita y Patricia Oliveira*
Carga horaria: 160 horas

• **"Posgrado en Psicopatología y Salud Mental"**

Directores: *Alberto Trimboli, Juan Carlos Fantin, Pablo Fridman*
Coordinadores Docentes: *Silvia Raggi, Gustavo Bertrán*
Carga horaria: 160 horas
Inicio: junio 2008

• **Curso Virtual de Metodología de la Investigación**

Directores: *Beatriz Kennel, Alberto Carli*
Carga horaria: 160 horas
Comienzo: Junio 2008

• **"Fundamentos de la Clínica. La cuestión del sujeto desde la antigüedad hasta nuestros días"**

Directores: *Juan Carlos Fantin*
Inicio: Agosto 2008
administracion@aasaludmental.org

ARANCELES

Socios con una antigüedad mayor a cuatro meses: \$ 20.– mensuales
Socios con una antigüedad menor a cuatro meses: \$ 35.– mensuales
No socios estudiantes: \$ 30.– mensuales
No socios Residentes en Argentina: \$ 50.– mensuales
No socios Residentes en el exterior: U\$S 50.– mensuales

INFORMES E INSCRIPCION

Lugar: Ayacucho 234 - Ciudad de Buenos Aires
Tel/ fax: (5411) 4952-1923 / 8930
(lunes a viernes de 13 a 19 hs.)
Email: administracion@aasaludmental.org
www.aasm.org.ar

Tercera Jornada Salud Mental; Salud Social "Síntoma y lazo social"

Disertante: *Prof. Jorge Alemán*

Participantes: *Dr. Guillermo Belaga, Lic. Osvaldo Delgado, Dra. Diana Galimberti, Dr. Pablo Fridman, Dra. Patricia Markowicz, Dr. Daniel Millas, Lic. Clara Schor-Landman*

11 DE AGOSTO DE 2008 DE 9.30 A 12.00 HS.

Aula Magna del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez
Actividad no arancelada – Vacantes Limitadas

AUSPICIAN

Asociación Argentina de Salud Mental (AASM)
Aula Magna del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez
Fundación Habitat y Salud Urbana (FU)
Facultad de Psicología (UBA) (Cátedra Freud 1)

INFORMES E INSCRIPCION

- AASM, ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL:
administracion@aasm.org.ar • tel. 4952-8930
- FU, FUNDACIÓN HABITAT Y SALUD URBANA:
fuhysu@gmail.com • tel. 4866-2463.

RECIBA DOS CONGRESOS EN SU DOMICILIO



Estos libros incluyen más de 600 trabajos seleccionados aceptados para participar del **II y III Congreso Argentino de Salud Mental**, realizados en el año 2007 y 2008 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 más 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.

Oferta!

\$115.-

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

CONSULTAR POR PLANES DE 6 Y 12 PAGOS

INFORMES Y VENTA:

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

LOS PRECIOS NO INCLUYEN GASTOS DE ENVIO



11° JORNADAS DE PSICOPATOLOGIA Y SALUD MENTAL DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. TEODORO ALVAREZ 2008

"El Estado de Crisis: Perspectivas Clínicas e Institucionales"
Buenos Aires, 23 y 24 de octubre de 2008

Informes e Inscripción: Aranguren 2001 Buenos Aires, Servicio de Salud Mental, Pabellón I, P.B.

Capítulo de CLINICA y PSICOPATOLOGIA

Presidente: *Dra. Anahí Rebagliati* / Vicepresidente: *Lic. Claudio Edelstein*

Curso "Psicopatología y Psicología Clínica con Niños y Adolescentes"

Comienzo: 9/8 – Finaliza: 25/10

Sábados de 9:30 a 12:30 hs.

Lugar: Escuela de Graduados de la Universidad Argentina John F. Kennedy

Informes e Inscripción:

- DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIVERSIDAD ARGENTINA JOHN F. KENNEDY
Estados Unidos 929, Ciudad de Buenos Aires
E-mail: dep19@kennedy.edu.ar • Tel: 4300-1166
- AASM, ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL
administración@aasm.org.ar • tel. 4952-8930

CURSO DE ACTUALIZACION Y CAPACITACION INTERDISCIPLINARIA

ABORDAJE DEL MALTRATO INFANTO-JUVENIL EN EL AMBITO DOMESTICO

Directores: *Dra. María Inés Bringiotti* - *Dr. Juan Pablo María Viar*

DE AGOSTO A NOVIEMBRE DE 2008

Modalidad de cursada: Curso intensivo 4 fines de semana de 12 hs. de clases teórico – prácticas cada una.

Docentes: *Dra. María Inés Bringiotti, Dr. Héctor Raffo, Dr. Juan Pablo María Viar, Lic. Patricia Visir, Lic. Sandra Baita, Dr. Javier Indart, Lic. Ruth Teubal, Lic. Edith Fuentes, Lic. Julieta Tomasini, Dr. Jorge Volnovich, Dr. Juan Carlos Volnovich, Lic. Marta Ogly Bader, Lic. Julieta Calmels, Dr. Carlos Mosso, Lic. Susana Tesone, Lic. Paola Arditi, Dra. Fernanda Tarica, Dra. Diana Rosenhek, Lic. Nicolás Fariña*

Informes e Inscripción: AASM, Asociación Argentina de Salud Mental
administración@aasm.org.ar • tel. 4952-8930

CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

SUSCRIPCION GRATUITA

Para recibir la Revista Conexiones en su domicilio o lugar de trabajo, deberá suscribirse enviando un mail a administración@aasm.org.ar consignando:

- Nombre y apellido
- Domicilio
- Mail
- Teléfono

(si desea que la revista llegue a su lugar de trabajo, consignar nombre de la institución)

La revista es gratuita, solo se deberá abonar un costo de envío de: \$4,50 C/U o \$18 los cuatro números del año. (Para el exterior los precios son U\$S 6 o U\$S 24)



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 es 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.

Hipnótico no benzodiazepínico de rápida absorción

NUEVO

*Desde ahora
tratar exitosamente
el insomnio
ya no es más
un sueño imposible*

8horas[®]

Eszopiclona

El sueño posible

8horas Mejora la conciliación del sueño y disminuye el número de despertares.

8horas Excelente tolerabilidad y mínimo perfil de efectos adversos.

8horas Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.



Presentaciones:

8horas 1 mg y 3 mg:

Envases conteniendo
30 comp. recubiertos

8horas 2 mg:

Envases conteniendo
10 y 30 comp. recubiertos

Para mayor información
llámenos al: 0800 999 2495
o visite nuestro sitio web:
www.elea.com



ELEA
DIVISION
NEUROPSIQUIATRIA