



CONEXIONES

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

Año 5 N° 18 Octubre de 2009
DISTRIBUCION GRATUITA

IV Congreso Argentino de Salud Mental



Género y características de personalidad parental; su relación con el potencial de maltrato infantil / Calidad de vida y muerte digna / ¿Cómo sería la adherencia al tratamiento en casos de enfermedad crónica en adolescentes? / Políticas públicas en Sida. Aportes desde el psicoanálisis / Los factores de resiliencia ante situaciones traumáticas. A propósito de los atentados del 11m en Madrid.



capitulos

PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: *JUAN CARLOS FANTIN*

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: *JUAN CARLOS BASANI*

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: *GUSTAVO PABLO ROSSI*

ADICCIONES

PRESIDENTE: *SUSANA CALERO*

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: *JUAN CARLOS FANTIN*

ANTROPOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *ARTURO SMUD*

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS*

CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y PROBLE- MÁTICAS ACTUALES

PRESIDENTE: *ALBERTO TRIMBOLI*

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *ALBERTO MENDES*

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: *HÉCTOR FISCHER*

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: *SILVIA KLEIBAN*

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *ANA INÉS MARQUIS*

DEPORTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *RAFAEL GROISMAN*

DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN

PRESIDENTE: *HÉCTOR CASAL*

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

PRESIDENTE: *GUSTAVO F. BERTRAN*

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: *BEATRIZ KENNEL*

MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *GABRIEL SCIANCA*

MUJER Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *M. M. BACCARO*

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PATRICIA CABRERA*

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: *GUSTAVO TAFET*

NEUROPSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: *GABRIELA PISANO*

NEUROPSIQUIATRÍA Y PSICOSIS

PRESIDENTE: *ALBERTO COSTORE*

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: *SUSANA E. QUIROGA*

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *SILVANA NADDEO*

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PABLO BERRETTONI*

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: *BEATRIZ SCHLIEPER*

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PABLO FRIDMAN*

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: *YANNY JARITONSKY*

PSICOONCOLOGÍA

PRESIDENTE: *INÉS BOUSO*

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: *IRMA ZURITA*

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PRESIDENTE: *IRMA ZURITA*

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: *BEATRIZ GARDEY*

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: *FABIO CELNIKIER*

PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA

PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *ARIEL FALCOFF*

REHABILITACIÓN - REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

PRESIDENTE: *CLAUDIA RODRIGUEZ*

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *SILVIA VOUILLAT*

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: *LILIANA MONETA*

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL

PRESIDENTE: *NOIDA GALLAGHER*

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: *RENÉ UGARTE*

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: *NORBERTO PISONI*

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: OBESIDAD

PRESIDENTE: *MÁXIMO RAVENNA*

VIIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: *GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS*

AASM

Asociación Argentina de Salud Mental

COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Grande

VICEPRESIDENTE: Dr. Pablo Fridman

SECRETARIO GENERAL: Lic. Alberto Trimboli

SECRETARIO CIENTÍFICO: Dr. Juan Carlos Fantin

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

SUPLENTE: Dr. Fabio Celnikier, Dra. Beatriz Schlieper

COMISIÓN 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, Calónico 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, Falcoff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario, Garcia Mª Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan Demian, Naddeo Silvana E., Nisembaun Adriana, Olivera Patricia B., Pontiggia Susana, Rodriguez O'Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo B., Saucedo Rose M., Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene R., 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

CONTENIDO

5	<i>Marisa G. Berardi</i> <i>Ma. Susana Okutsu</i> Género y características de personalidad parental; su relación con el potencial de maltrato infantil
8	<i>Ana I. Marquis</i> Calidad de vida y muerte digna
12	IV Congreso Argentino de Salud Mental
18	<i>Rosana Alves Costa Garino</i> ¿Cómo sería la adherencia al tratamiento en casos de enfermedad crónica en adolescentes?
22	<i>Liliana López</i> Políticas públicas en Sida. Aportes desde el psicoanálisis
26	<i>Adolfo Benito Ruiz</i> <i>Guillermo Lahera Forteza</i> <i>Laila Oudda Santos</i> <i>Guillermo Benito Ruiz</i> Los factores de resiliencia ante situaciones traumáticas. A propósito de los atentados del 11m en Madrid.
28	Encuentro de Salud Mental, Educación y Problemáticas Contemporáneas (Godoy Cruz, Mendoza)
29	Conferencia de Colette Soler Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indebido de Drogas

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

AASMAsociación Argentina
de Salud MentalWORLD FEDERATION
FOR MENTAL HEALTH**Buenos Aires. Mayo 6, 7 y 8 de 2010****Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort**
Av. Carlos Pellegrini 551 Ciudad de Buenos Aires**AASM2010****V Congreso**
Argentino de Salud Mental*"En el año del Bicentenario de la Revolución de Mayo"***Trauma, Historia
y Subjetividad**

- 2^{do} ENCUESTRO IBEROAMERICANO DE POLITICAS Y ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL
- 5^{to} ENCUESTRO INTERAMERICANO DE SALUD MENTAL
- 9^{na} CONFERENCIA ARGENTINA DE MUSICOTERAPIA CLINICA
- 5^{ta} JORNADA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA, PSICOFARMACOLOGIA Y SALUD MENTAL
- 5^{to} SIMPOSIO ARGENTINO DE TOXICOMANIA Y CONDUCTAS ADICTIVAS
- 5^{ta} REUNION ARGENTINA DE PSICOANALISIS
- 5^{to} ENCUESTRO DE EPISTEMOLOGIA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION EN SALUD MENTAL
- 5^{ta} JORNADA DE DEPORTE Y SALUD MENTAL
- 4^{ta} JORNADA RIOPLATENSE DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA
- 3^{ra} JORNADA DE PSICOPROFILAXIS CLINICA Y QUIRURGICA
- 3^{ra} JORNADA DE CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL
- 3^{ra} JORNADAS IBEROAMERICANAS DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL
- 1^{ra} JORNADA LATINOAMERICANA DE PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

Participarán disertantes de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Italia, México, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay, Venezuela, entre otros.Fecha límite de presentación de resúmenes de
Comunicaciones libres, Pósters, Libros y Mesas Redondas**19 de Marzo de 2010**
O HASTA COMPLETAR DISPONIBILIDAD▶ **EVENTO LIBRE DE HUMO DE TABACO**▶ **AUSPICIA: MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN****AEROLINEAS
ARGENTINAS****INFORMES E INSCRIPCION**

AASM. Ayacucho 234 Ciudad de Buenos Aires

ADHESION**FLFA Kemoter**

Género y características de personalidad parental; su relación con el potencial de maltrato infantil

Marisa G. Berardi (*)
Ma. Susana Okutsu (**)

INTRODUCCIÓN

Dentro de la compleja problemática del maltrato infantil se han llevado a cabo diversas investigaciones con el propósito de estudiar las características del mismo. De los diferentes estudios se fue evidenciando que ninguna variable sociológica o psicológica, por sí sola es suficiente para explicar la etiología del maltrato infantil (Wolfe, 1985). Se comenzó a considerar como esencial a la hora de investigar sobre esta problemática el estudio conjunto de variables de diferentes niveles de análisis (Belsky, 1980).

En un nivel microsocia se estudia la familia, incluyéndose tanto las características psicológicas y comportamentales de cada uno de los padres como la de los hijos, así como el efecto de éstas en la composición familiar. El modelo ecológico plantea que la conducta parental estaría determinada por diversas variables que interactúan en el individuo, en la familia, en la comunidad y en la cultura a la que el individuo pertenece; habría entonces múltiples factores determinantes del funcionamiento parental, entre los que se encuentran los factores individuales como las características de personalidad (Lila, M.; Gracia, E., 2005). Los resultados de diferentes trabajos de investigación asignan una mayor importancia al malestar psicológico, depresión, ansiedad, hostilidad y al estado emocional negativo general en sujetos maltratadores físicos, así como una mayor presencia del factor neuroticismo (Belsky, 1993). Asimismo, dentro de los diversos estudios realizados en la temática, hay investigaciones que plantean que la figura parental más asociada al maltrato físico infantil es la materna (Santana-Tavira, R.; Sánchez-Ahedo, R.; Herrera-Basto, E., 1998). En este sentido se ha encontrado en investigaciones previas la presencia de un mayor neuroticismo asociado a una autopercepción más negativa de satisfacción en el desempeño del rol materno (Berardi y Okutsu, 2008).

En el presente trabajo se estudiaron las características de personalidad, tomando el modelo teórico de Eysenck (1978) y el potencial de maltrato en padres y madres a los fines de ver la relación de estas variables, así como también determinar si el potencial y las características de personalidad diferían según el género de la figura parental.

MÉTODO

Sujetos

Se evaluaron 110 sujetos (hombres, n = 55 y mujeres, n = 55) con hijos

(*) Licenciada en Psicología. UBA. Profesora de enseñanza Media y Superior de Psicología. UBA. Docente de Metodología de la Investigación Psicológica. Cátedra (I). Integrante del Equipo Técnico del Programa de Capacitación y Tratamiento de la Violencia Familiar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

(**) Licenciada en Psicología. UBA. Docente de Metodología de la Investigación Psicológica. Cátedra (I). Integrante del Equipo Técnico del Programa de Capacitación y Tratamiento de la Violencia Familiar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

en edad escolar; residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense.

De esta muestra se conformaron dos grupos de comparación para estudiar las características en hombres ($n = 44$) y en mujeres ($n = 44$). Ambos grupos fueron emparejados en las variables sociodemográficas edad, nivel de estudio y estado civil (Ver tabla 1).

Tabla 1. Emparejamiento de variables sociodemográficas

	Mujeres (n = 44)	Hombres (n = 44)
Edad		
M	36.25	36.65
D T	8.17	8.52
Estado Civil		
Solos/as	22.7%	22.7%
Acompañados/as	77.3%	77.3%
Nivel de Estudio		
M	5.9	5.9
DT	1.62	1.68
Primaria	11.36%	9.09%
Secundaria Inc.	9.09%	11.36%
Secundaria	18.18%	20.45%
Terciario	20.45%	20.45%
Universitario Inc.	20.45%	15.90%
Universitario	20.45%	22.72%

INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

Child Abuse Potential (CAP) Inventory: Es un cuestionario de autoadministración que ha sido diseñado por el Dr. Milner (1981), para su aplicación en los Servicios Sociales, y tiene como objetivo discriminar a los sujetos con más altas probabilidades de desarrollar actos de maltrato físico. Consta de 160 ítems, que se responden por acuerdo o desacuerdo en un formato de elección cerrada. La versión actual contiene una escala de maltrato físico infantil de 77 ítems, en la que se distinguen seis escalas de factores descriptivos: estrés, rigidez, infelicidad, problemas con el niño y consigo mismo, problemas con la familia y problemas con otras personas. Contiene, además, tres escalas de validez: la escala de Mentira, la escala de

Respuestas al Azar y la de Inconsistencia.

Cuestionario de personalidad para adultos (EPQ-A; Eysenck, 1975): Consta de 94 ítems que la persona responde de forma forzada por sí o por no. Considera tres dimensiones de la personalidad: psicoticismo o dureza, extroversión y neuroticismo o inestabilidad. Además contiene una escala de sinceridad. Todos los sujetos completaron los instrumentos de manera anónima y voluntaria.

RESULTADOS

Para el análisis de datos se utilizó el coeficiente de correlación r de Pearson. Para el análisis de variables ordinales se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman (Ver tabla 2).

Tabla 2. Correlaciones de variable sexo, neuroticismo y abuso

Variables	Abuso	Neuroticismo
Sexo	-0.3**	-0.25**
p	.002	.007
N	110	110

**La correlación es significativa al nivel .01

En un análisis posterior se conformaron dos grupos de comparación a los fines de evaluar si la diferencia encontrada en el potencial de abuso entre padres y madres era significativa. Para dicho análisis se aplicó el estadístico T de Student. El análisis de datos arrojó que la diferencia encontrada entre ambos grupos era significativa (Ver tablas 3 y 4).

Tabla 3. Media de abuso según el sexo

	Grupo	N	Media	Desviación típica
ABUSO	Mujer	44	25,7045	10,48937
	Hombre	44	19,340	99,30852

Tabla 4 Variable abuso según sexo

	t	gl	Sig.
ABUSO	3,010	86	.003

CONCLUSIONES

En el presente estudio se ha encontrado una relación significativa entre el género del progenitor y el potencial de maltrato físico infantil.

En la población de estudio, las madres presentaron un potencial de maltrato significativamente mayor al de los padres. En la muestra total del presente estudio se encontró que la variable neuroticismo, que está relacionada con el nivel de estabilidad emocional de un sujeto, se asocia significativamente con el potencial de abuso. Asimismo, al comparar por el género se observó que las mujeres presentaron mayores niveles de neuroticismo, aunque esa diferencia no fue estadísticamente significativa.

De acuerdo a lo planteado, un mayor nivel de conocimiento de las variables asociadas y relacionadas con la problemática de estudio permitirá la detección temprana del maltrato infantil y/o potencial de riesgo; en este sentido es que se considera de relevancia continuar profundizando en las características de los padres y las diferencias de género en el desempeño de los roles parentales.

REFERENCIAS

- Berardi, M. y Okutsu, M. S. (2008). *Personalidad, autoestima y depresión en madres argentinas: su relación con la autopercepción en el rol materno. Modernidad, Tecnología y Síntomas contemporáneos, cap.VI, pp. 752-753.*
- Eysenck, H. J. & Eysenck M. W. (1987). *Personalidad y diferencias individuales. Ediciones Pirámide S.A. Madrid.*
- Lahey, B., Conger, R. D., Atkeson, B. M. y Treiber, F. A. (1984). *Parenting behavior and emotional status of physically abusive mothers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1062-1071.*
- Lila, M.; Gracia, E. (2005). *Determinantes de la aceptación-rechazo parental. Psicothema, Vol. 17, n° 1, pp. 107-111.*
- Martínez Roig, A. y De Paul Ochotorena, J. (2000). *Maltrato y abandono en la infancia. Ed. Martínez Roca. Barcelona.*
- Milner, J. S. (1994). *Assessing physical child abuse risk: The Child Abuse Potential Inventory. Clinical Psychology Review, 14, 547-583.*
- Santana-Tavira, R.; Sánchez-Ahedo, R. y Herrera-Basto, E. (1998). *El maltrato infantil: un problema mundial. Salud Pública de México, v 40, n.1., pp. 58-65.*

EL CAPITULO “CREACION, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL” REALIZO SUS PRIMERAS JORNADAS

La especificidad de la creación, como instrumento clínico que favorezca la estabilización de pacientes graves, el psicoanálisis aplicado a la psicosis y a los dispositivos de atención y la transferencia desde la práctica entre varios, siempre fueron la guía del trabajo desde los inicios de este capítulo. Temas como la invención, la creación, el tratamiento del síntoma, los efectos sublimatorios están presentes en nuestras horas de trabajo e investigación.

Es en ese contexto que el 19 de junio realizó sus primeras Jornadas. Las mismas se llevaron a cabo en forma conjunta con CITE (Centro de Investigación del Trabajo en Equipo) en Rosario.

En un clima distendido y de trabajo, en el marco de una amplia convocatoria, con un salón lleno y atento a las diferentes ponencias, se dieron cita en el Colegio de Psicólogos profesionales provenientes de diferentes instituciones de las dos ciudades.

La jornada “La práctica analítica en las instituciones” comenzó con exposiciones de apertura de Marcela Errecondo (CITE) y Silvia Kleiban, presidente del capítulo, Juan Marchetti, Jefe del Servicio de Psicología del Hospital Escuela Eva Perón, Griselda Calveyra, Presidente del Colegio de Psicólogos Rosario y Mariana Pineda en representación de la C.D. del capítulo

Participaron además, el Hospital de Día Matutino del Hospital Álvarez de Bs. As.; el Servicio de Psicología del Hospital Escuela Eva Perón de Granadero Baigorria, Rosario, la Secretaría de Promoción Comunitaria, Área Discapacidad y Salud Mental, Municipalidad de Granadero Baigorria y la EOL Sección Rosario.

Se enmarcó también como actividad hacia el IV Encuentro Americano de la ENAPaOL.

Calidad de vida y muerte digna(*)

Ana I. Marquis

Presidenta del Capítulo
"Cuidados Paliativos y Salud
Mental" de la AASM.

Para poder abordar desde la perspectiva psicológica un tema tan vasto, he elegido tomar Calidad de Vida en referencia a los pacientes terminales, y la concepción de Muerte Digna, puntuando algunos aspectos que no deberían faltar, y por los cuales los Profesionales de la Salud Mental somos convocados a intervenir:

- Dilema Calidad Versus Cantidad
- Principios bioéticos fundamentales:
 - Autonomía: respeto por las opiniones individuales (subjetividad)
proceso de toma de decisiones
derechos de los pacientes
 - Beneficencia: ¿qué es lo mejor para el paciente?
- Dolor: tratamiento adecuado
- Información y Verdad: su manejo en la toma de decisiones

Si comenzamos por preguntarnos por qué el tema de la Calidad de Vida, y especialmente el de la Muerte Digna, cobran tal relevancia en las últimas décadas, podríamos proponer un modo de comprenderlo. Gracias a los enormes avances científicos y tecnológicos alcanzados a lo largo del siglo XX, y lo que va del XXI, aplicados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, hoy se cuenta con una gran disponibilidad de tratamientos cada vez más efectivos para tratar las enfermedades crónicas prevalentes en la actualidad, como el Cáncer. Sin embargo, a pesar de que se ha logrado brindar mayor sobrevivencia a los pacientes que las padecen, esto no siempre se ha reflejado en la "calidad de vida" en las fases finales.

La sensación de omnipotencia que producen los avances científicos y tecnológicos, que ha llevado a negar la inevitabilidad de la muerte, ha generado una "avalancha de procedimientos", a veces útiles, otras tantas no, que se centran sobre el paciente que padece una enfermedad terminal o que amenaza su vida sobremanera, olvidando que no todo paciente podrá ser curado.

No suele ser una tarea sencilla para los profesionales que han elegido especialidades tan comprometidas como la oncología, decidir suspender los tratamientos oncológicos cuando ya no están generando ningún efecto benéfico sobre su paciente, y lo único que logran es toxicidad y prácticas que no conducen ni siquiera a controlar síntomas. En muchos casos lo viven con el peso de un fracaso personal.

Por el contrario, suelen comentarnos que cuando comienzan por priorizar el tratamiento del dolor y del sufrimiento, es decir, del síntoma que es sentido por cada paciente como más amenazante, antes aún de

(*) Trabajo presentado en
Simposio Argentino de
Psiquiatría, Psicopatología
y Salud Mental,
organizado por la AASM
en el Abasto Plaza Hotel el
23 de mayo de 2009.

tratar su causa, esto promueve la confianza de sus pacientes y les facilita continuar con otras conductas médicas, tal vez más agresivas y tóxicas.

Los Profesionales de la Salud, aunque parezca paradójica la siguiente afirmación, tenemos mucho para hacer en estos casos.

En la medida en que la medicina paliativa siga asociándose al “nada por hacer”, seguirá habiendo actuaciones como el abandono del paciente por incurable, aplicaciones invasivas (y a veces irracionales) de los progresos tecnológicos y manejo de la información, cargados de angustia y de frustración.

Por otro lado, la gran cantidad de información con que la gente llega al consultorio, aunque le permite “saber” y ser más responsables en la toma de decisiones, es insuficiente y está malversada, llevándolos a no tomar a la proximidad de la muerte como un hecho necesario y esperable, y a insistir en convencer a sus Médicos en realizar más estudios y tratamientos con falsas expectativas.

Esta situación fue requiriendo un replanteo de los objetivos e ideales de la medicina, que tradicionalmente fueron “buscar el mejor tratamiento para curar”, y se debió comenzar a contemplar la necesidad, en muchos casos, de reconsiderar un aspecto olvidado por el optimismo tecnológico y cientificista: el “cuidar y acompañar” a sus pacientes y familias, aliviándoles el sufrimiento, cuando ya no es posible la curación.

Los Profesionales de la Salud Mental fuimos recibiendo cada vez mayor demanda de intervención en la asistencia de estos Pacientes, y en este contexto fue surgiendo el concepto ético filosófico de Muerte Digna que guía la labor de los Cuidados Paliativos, definida como aquella que se produce:

- sin sufrimiento insoportable.
- sin medidas invasivas y fútiles.

- ofreciendo al paciente la posibilidad de tomar decisiones respecto de su vida y su cuerpo.
- permitiendo la compañía de sus seres queridos.
- respetando las convicciones y valores que han guiado su existencia.
- facilitándole la elección de cómo morir, con su estilo personal y subjetivo.

Los Psicoanalistas hacemos especial hincapié en que cada una de estas categorías sean definidas por el propio paciente y su familia.

CALIDAD DE VIDA Y TECNOLOGÍA

La pregunta que recae sobre los médicos hoy es: ¿le doy a mis pacientes dos años de calidad de vida o se la prolongo por más tiempo a cualquier costo? ¿Prolongación de la vida o del padecimiento?

Aquí se plantea un dilema ético que el Dr. Carlos Gherardi, Director del Comité de Ética del Hospital de Clínicas y miembro del Consejo Académico de Ética en Medicina, llama “el imperativo categórico de porque se puede (gracias a la tecnología), se debe”, que a veces sólo lleva a prolongar agonías infructuosamente. Y aconseja ayudar a las familias a tomar decisiones, en el sentido de ofrecerles lo razonable, ya que si el médico ofrece más y más tecnología, es difícil que el paciente o los familiares digan que no.

Parece que la muerte natural ya no existe.

El concepto de Muerte Digna sólo tiene sentido en el contexto de una “Muerte intervenida”, la que ocurre cuando se desconecta algún aparato, se suspende algún acto médico, o se profundiza la sedación terminal a punto que el Paciente ya no despierta.

O sea que podríamos decir que la muerte

publicidad

**Para publicitar en esta revista comunicarse con
Alejandra Reyes (Representante Comercial)
Tel 4952-1923 - revistaconexiones@hotmail.com**

sobreviene al final de un proceso, y es ese proceso, y no el efímero instante de la muerte, el que cuenta para calificarla.

Es entonces cuando, según sea lo que se hace, quién lo haga, quiénes estén o no presentes, cómo y dónde se haga, qué se diga y qué no, y cómo se tengan en cuenta las particularidades culturales y subjetivas singulares de cada Paciente, en un trabajo conjunto entre Médicos, pacientes y familias, se podrá discutir sobre si se está respetando la dignidad del muriente, o no. El contacto con pacientes gravemente enfermos nos muestra que el miedo a la muerte se ha convertido en miedo a un sufrimiento interminable.

Muchos de ellos temen una muerte hipermedicalizada y un proceso de morir prolongado en el tiempo, hecho que se hace posible por los nuevos avances tecnológicos tales como respiradores, desfibriladores, dializadores, sistemas de alimentación artificial, etc. Por esto comienzan a surgir las Directivas anticipadas o

Testimonios vitales (como Consentimientos informados prospectivos).

Además, no siempre se alcanza un control satisfactorio del dolor y otros síntomas antes de morir (a pesar de la gran disponibilidad de opiáceos y otros analgésicos); todavía hay resistencia a respetar el derecho del paciente a conocer la verdad y a tomar las decisiones de los últimos momentos de vida, y aún resulta dificultoso aceptar que las Unidades de Terapia Intensiva no siempre son el mejor lugar para un paciente muriente, aislado de sus familiares, desnudo, e invadido por tubos.

Ya quedan muy pocos casos en que un Paciente es atendido por "el viejo médico de familia", aquel que solía brindarles la confianza y la intimidad que da ser escuchado por alguien que visita su casa y conoce la idiosincrasia de esa familia, y sus particularidades como ningún otro.

"¿QUÉ ES LO MEJOR PARA EL PACIENTE?"

(Principio de Beneficencia-Paternalismo)

Suele esperarse de los profesionales de la Salud Mental que podamos objetivar, generalizar e intervenir como la ciencia lo hace, desde un "saber" universal sobre lo que sería "mejor" para el paciente.

Sin embargo, sabemos que no existen saberes a priori sobre las subjetividades.

Nuestra propuesta es en principio escuchar a cada paciente, y creerle cuando nos refiere dolor, sufrimiento, malestar; ir evaluando su tolerancia a saber la verdad, y trabajar junto a sus Médicos tratantes para que ellos puedan ir dosificando su suministro.

Y en el proceso de toma de decisiones, debemos tener en cuenta, cada vez que se proponen las opciones terapéuticas disponibles, las particularidades del deseo y los límites de cada paciente, de acuerdo con sus propios valores, su historia y sus preferencias, aunque de ello resulten decisiones que difieran de lo que los profesionales creemos "lo mejor" para él.

Es esta actitud la que debería tenerse en cuenta al hablarse del respeto por la dignidad: "procurar que el sujeto psíquico no muera en la víspera".

Cuando entrevistamos a estos pacientes, nos transmiten su deseo de curarse, el temor por lo

asappia

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

Psicoanálisis e Interdisciplina

Presidenta: Dra. Mabel Belçaguy Vicepresidenta: Lic. Liliana Spadoni

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 2010

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 bimestral - viernes de 9 a 17 hs. y sábados de 9 a 13 y 30 hs.

EJERCICIOS CLINICOS - 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

incierto y el cansancio por internaciones prolongadas, dolores no controlados y tratamientos cruentos e infructuosos, que se suman a la suposición de que “deben seguir tolerando, siendo buenos pacientes para vencer a la enfermedad y a la muerte, y para seguir siendo queridos y valorados por sus familiares y por sus Médicos”.

Pero que en realidad, en ciertos momentos ya sólo quieren “no seguir sufriendo”, o “no seguir viviendo más si va a ser de este modo”. Obviamente, quienes nos formamos como psicoanalistas, no podemos desconocer la satisfacción inconsciente que algunas neurosis encuentran en el sufrimiento.

El Psicoanálisis nos ha dado herramientas para intentar acotar ese goce mortífero que incrementa el padecimiento, y trabajar con la palabra para que Pacientes y Familias puedan ir preparándose progresivamente para la muerte, de modo que el sujeto no muera antes de su propia “muerte clínica”.

Nuestro trabajo con las verdades subjetivas, apuntará a que logre ir desligando sus decisiones de los Ideales del Otro, construyendo una elección lo más personal posible de la forma en que quiere afrontar su sufrimiento, vivir o morir, teñida por su deseo y por sus propias cadenas significantes.

Es decir, devolverles la palabra a los Pacientes, para que puedan recuperar algo del control que han ido perdiendo por su misma situación de enfermedad, o por la posición de objeto en que la enfermedad los ha dejado ubicados.

El desafío será ayudar a que cada uno pueda encontrar el modo de servirse de la tecnología cuando ella le sea útil, y saber decirle que no cuando le resulte insoportable, tal como nos lo señala el Psicoanalista francés Eric Laurent.

En este contexto, tendremos que aprovechar los espacios científicos en los que intervenimos, para resaltar la necesidad de poner en práctica un modelo asistencial que integre la medicina de alta tecnología con una terapéutica que contemple la vulnerabilidad, el dolor, la declinación de la vejez, el final de la vida humana, y las subjetividades en juego, en el encuentro con una ética del cuidado, de modo que la cura recupere su sentido etimológico casi olvidado, origen real del acto médico. “Cuidar más allá de curar”.

BIBLIOGRAFÍA

Alizade, A. - *Clínica con la Muerte* - Amorrortu Edit. Buenos Aires. 1995.

Alizade, A. - *El paciente por morir* - Psicoanálisis. Vol. XV. N° 2.

Aries, P. - *El hombre ante la muerte* - Taurus. 1983.

Carpintero, Enrique - *Modelos Socio-culturales del Poder III. La socialización de la Salud: una perspectiva ética, racional y científica para dar cuenta del padecimiento humano.*

Clavreul, Jean - *El Orden Médico* - Editorial Argot.

De Simone, Gustavo - *Fundamentos de Cuidados Paliativos.*

Freud, S. - *De guerra y de muerte.* 1915. Amorrortu Edit.

Gherardi, Carlos R. - *Integrante del Comité de Bioética de la Sociedad Arg. de Terapia Intensiva* - *La dignidad de la libre elección de los Pacientes terminales.*

Lacan, J. - *Psicoanálisis y Medicina.*

Laurent, Eric - *Psicoanálisis y Salud Mental* - Editorial Tres Haches.

Maguregui, Carina - *Conversaciones sobre Ética y Salud* - Centro Editor de la Fundación Favalaro.

Marquis, Ana I. - *Sufrimiento y Cuidados Paliativos al final de la vida* - (presentado en XII Congreso Argentino de Cancerología).

Nasio, Juan David - *El Libro del Dolor y del Amor* - Edit. Gedisa.

Raimbault, Ginette - *El Psicoanálisis y las fronteras de la Medicina.*

IV Congreso Argentino de Salud Mental



En junio de 2009 se realizó el IV Congreso Argentino de Salud Mental que organiza todos los años la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). El mismo se celebró en el Hotel Panamericano de la Ciudad de Buenos Aires.

Con profesionales de todas las provincias argentinas, de Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Guatemala, Puerto Rico, Estados Unidos, Paraguay, Perú, México, España, Portugal, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Italia, Venezuela, Ecuador, Honduras, Uruguay, entre otros, el encuentro contó con más de 1.000 ponencias, mesas debate, comunicaciones libres, presentaciones de libros, cursos y talleres. Algunos de los ejes temáticos fueron: ética en salud, psiquiatría, psicopedagogía, estrés, burnt out, violencia laboral, psiquiatría infantil, políticas públicas, adicciones, nuevas tecnologías.

El congreso convocó a unos 3.500 profesionales de la salud mental: psicólogos, médicos, psicopedagogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas y trabajadores sociales, entre otros.

La cantidad de expositores superó holgadamente la de años anteriores (cerca de 1.200).

La convocatoria lograda, a pesar de la crisis económica mundial y la epidemia de influenza, fue muy importante, demostrando de esta



En el acto inaugural, además del Presidente del congreso, Juan Carlos Fantin, el Presidente de la AASM Eduardo Grande, el Vicepresidente de la AASM Pablo Fridman, el Secretario general de la AASM Alberto Trimboli y el resto de los miembros de la Comisión Directiva, Silvia Raggi, Gustavo Bertran, Rubén Gallardo y Ricardo Soriano, dirigieron la palabra al público presente, Aníbal Areco, Director de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Alfonso Carofile, Director del Hospital Borda, Oscar Sack, Director de la EOL, Sara Slapak Decana de la Facultad de Psicología de UBA, y el Director del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UBA y Presidente de APSA Juan Carlos Stagnaro.



manera que este congreso se ha convertido en uno de los más importantes de la región entre los de la especialidad, y el más importante de la Ciudad de Buenos Aires, no sólo por la con-

vocatoria, sino también por la calidad y excelencia de las presentaciones.

El Presidente del congreso fue Juan Carlos Fantin; la Vicepresidente fue Silvia Raggi;



ANUDAR Asociación Civil

ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO ESPECIALIZADO EN PSICOPATOLOGÍA

Asistencia, Enseñanza e Investigación en Salud Mental

Constitución 1738 – Ciudad Autónoma de Bs. As.

Declarado de Interés Sanitario de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Res. 114/2006).



Joan Miró, "El Jardín"

Taller "Sábados Compartidos"

- Orientado a: Participantes de todas las edades, quienes podrán compartir un sábado diferente.
- Actividades: Plásticas, juegos grupales, proyección de películas, música y baile, lectura, escritura, ping pong, cerámica fría y muchas más.
- Frecuencia: Quincenal
- Horario: Sábados de 14 a 19 hs.

La actividad se adecuará a la singularidad de cada participante

Más información

www.anudar-at.org.ar / info@anudar-at.org.ar

Tel/fax: (011) 4305-5781

IV Jornada de ANUDAR "La Función del Acompañante Terapéutico y las Problemáticas Clínicas Actuales" - 27 de junio de 2009 -



Vicepresidente 2º, Gustavo Bertrán; Secretario General, Ricardo Soriano; Secretario Científico, Rubén Gallardo; Secretario Ejecutivo, Carlos Marachlian; Secretario de Actas, Ariel Falcoff; Secretaria de Prensa, Liliana Moneta; Secretario de Relaciones Interinstitucionales, Darío Galante; Tesorero, Néstor Saborido, y como vocales: Beatriz Kennel, Fabio Celnikier, Irma Zurita, Beatriz Schlieper, Rosa Daniell,

Irma Domínguez, René Ugarte y Susana Calero.

Este año el congreso inauguró la modalidad de "Conversatorio" dentro del Primer Encuentro Iberoamericano sobre temas de Salud Mental. En el mismo participaron destacados exponentes del área de Salud Mental de España y de diversos países de América, y discutieron con el público presente sobre algunos temas de actualidad relacionados con la salud mental, como políticas, dispositivos, formación, recursos y legislación, entre otros.

El conversatorio fue coordinado por Paulo Alterwain, de Uruguay, y Alberto Trimboli, Secretario General de la AASM. Los destacados panelistas fueron: Emilio Moyano Díaz (DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA FACULTAD DE TALCA, CHILE), Paulo Alterwain (EX DIRECTOR DE SALUD MENTAL DE URUGUAY), Ricardo Soriano (EX DIRECTOR DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES - DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD MENTAL N° 2), Eduardo Grande (PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL), Mario Martínez (INSTITUTE OF BIOCOGNITIVE PSYCHOLOGY, ESTADOS UNIDOS), José Luis Pedreira (HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESÚS, MADRID, ESPAÑA), Juan Carlos Fantin (SECRETARIO CIENTÍFICO DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL), Alberto Trimboli (SECRETARIO GENERAL DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL), Gabriela Villafaña Montiel (COORDINADORA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES DEL ESTADO DE MÉXICO), Silvia Raggi (UNIVERSI-

1958
Referente indiscutido en Salud Mental
desde hace 50 años

ANIVERSARIO

50

Abrines

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 - B1879AJJO - Quilmes Oeste
(+54-11) 4250-1061 (L. Recepción) / Fax: 4200-0909 / info@abrines.com.ar
www.abrines.com.ar

DAD DE BUENOS AIRES - MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE SALUD MENTAL), Claudio H. Fede (JUEZ EN LO CIVIL), Jorge Rossetto (DIRECTOR DE LA COLONIA MONTES DE OCA) y Gustavo Bertran (MIEMBRO DEL CONSEJO GENERAL DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES y de la AASM).

La comisión directiva de la AASM desea felicitar a quienes han sido seleccionados para que sus trabajos sean incluidos en el programa oficial del congreso, y pedimos disculpas para los cerca de quinientos que, por falta de espacio, no han tenido la posibilidad de ser incluidos esta vez, a pesar del excelente nivel demostrado.

También felicitamos a los que fueron seleccionados para integrar con sus artículos el libro "El Padecimiento Mental. Entre la Salud y la Enfermedad".

Queremos, además, felicitar a los presidentes e integrantes de los capítulos de la AASM que han trabajado en la presentación de las mesas, jornadas y cursos.

También agradecemos a todos los asistentes que año tras año confían en nuestro congreso y lo eligen para dar a conocer sus investigaciones.

Los esperamos en el congreso de 2010, como siempre.

TRABAJOS A PREMIO

(La presentación fue en sobre cerrado)

1° PREMIO

"La intimidación entre los niños en edad escolar. Sur, el Bullying también existe"

**Norman Donald Pautasso
Universidad Nacional de la Patagonia Austral
Santa Cruz, Argentina**

2° PREMIO

"El impacto de la violencia social en el ámbito hospitalario, un estudio exploratorio"

**Estela Alicia Reyes, Betina Macagno
Servicio de Salud Mental del HGACA
Argentina**

3° PREMIO

"Versión preliminar de la Escala de dependencia psicológica hacia la tecnología"

**Leticia E. Luque, Raúl A. Gómez
Universidad Nacional de Córdoba
Córdoba, Argentina**





Shoras[®]

Eszopiclona

El sueño posible



*Ahora,
tratar exitosamente el insomnio,
no es más un sueño imposible.*



Comprobada eficacia en el tratamiento del insomnio de conciliación y fragmentación.



Eficacia y seguridad en el tratamiento del insomnio a largo plazo.



Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.



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



Presentaciones:

8 horas 1 mg y 3 mg

Envases conteniendo
30 comp. recubiertos

8 horas 2 mg

Envases conteniendo
10 y 30 comp. recubiertos

¿Cómo sería la adherencia al tratamiento en casos de enfermedad crónica en adolescentes?

Rosana Alves
Costa Garino

Licenciada en psicología clínica, Máster II Investigación y doctoranda de la Universidad René Descartes Paris5. Actualmente participa de una investigación en los servicios de nefrología y salud mental pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, en convenio con la Universidad francesa Paris5, con adolescentes que padecen de Insuficiencia Renal Crónica y sus familias. Instituciones: Hospital Italiano y Universidad René Descartes Paris5.

Según los varios trabajos científicos sobre el tema, la adherencia comprende la conducta del paciente para seguir las prescripciones médicas, su conducta en manera general, no exclusivamente en relación a la medicación, también la dieta, si está de acuerdo, ha integrado y sigue su tratamiento.

La enfermedad crónica se define como de larga duración y frecuentemente sin cura; la Insuficiencia Renal Crónica implica la pérdida progresiva y generalmente irreversible de la función renal.

El término adolescencia proviene del latín "adolescere", que significa crecer, desarrollarse, donde se da la transición entre el niño y el adulto, período en que se va definiendo una identidad sexual. El narcisismo, que se comprende como la energía psíquica donde uno se invierte en sí mismo, podría verse afectado en esta etapa evolutiva.

"Prefiero ser adolescente que ser saludable"

Oposición inconsciente en relación a la enfermedad. Disociación y negación en esta respuesta de una adolescente trasplantada del riñón, por padecer de insuficiencia renal crónica y que tiene actualmente problemas de no adherencia al tratamiento

Esta respuesta también podría estar asociada a la problemática de querer ser independiente y autónoma, y no tener su vida controlada por sus padres.

La familia está considerablemente preocupada con la no adherencia al tratamiento de la hija, en consecuencia teme por su vida y por la posibilidad de que ella pueda perder el injerto.

Cuando el paciente se pone en riesgo, con un comportamiento auto destructivo, resistencia a no seguir las prescripciones médicas, etc., hay que tener en consideración las variables, como por ejemplo: la continuidad. Cuando el riñón ya está funcionando después del trasplante, el adolescente tiene la fantasía y el deseo de ser normal, de que todo esté bien, de sentirse bien, y tiende a no seguir las indicaciones médicas. Según los equipos médicos especializados en nefrología, después del trasplante en el adolescente, generalmente la recuperación es muy rápida; luego quieren irse a la casa, como la idealización de tener una vida normal. "En 3 días pretenden ser personas normales", cita una médica nefróloga, lo que contribuye muy positivamente para la recuperación. Aquí se ve el poder de la estimulación sobre nuestro inconsciente en las enfermedades. Inclusive, pueden no tomar las medicaciones pues se sienten bien "normales".

La no adherencia a la medicación por parte del paciente adolescente, puede estar relacionada con el hecho de que la familia deja poco espa-

cio para que él se responsabilice y madure. También se puede considerar que el hecho de no tomar la medicación tiene más que nada que ver con este tránsito de la adolescencia, la provocación, totalmente dentro de un comportamiento adolescente normal. Puede ser simplemente una vicisitud de la adolescencia a oponerse a la enfermedad crónica; etapa en que existe el riesgo de refuerzo de conductas de oposición que favorecen la no adherencia al tratamiento.

La enfermedad crónica vendría a perturbar el desarrollo de la adolescencia¹. La oposición a la enfermedad sería como un mecanismo de defensa para ilusionarse a sí mismo de que puede ser un adolescente "normal", pues la enfermedad invade toda la estructura emocional.

Se pudieron observar, en una investigación que estamos llevando a cabo en un servicio de salud mental pediátrica, casos relacionados con la poca responsabilidad/autonomía en relación al tratamiento por parte del paciente; algunos responden positivamente con buena adhesión al tratamiento, otros reaccionan con excesiva dependencia. Este comportamiento podría estar relacionado con la especificidad de padecer una enfermedad crónica que favorecería que el enfermo mantuviese una posición pasiva, puesto que ha integrado un comportamiento de dependencia en relación a la máquina de diálisis, al equipo médico y a la terapéutica medicamentosa para sobrevivir, teniendo dificultades para desarrollar un comportamiento más activo y autónomo. Esta ambivalencia afectaría su emocionalidad y su identidad. Por otro lado, los padres de estos adolescentes tienden a ser más protectores e imponen más restricciones a la autonomía e independencia de los mismos.

Para el adolescente sería difícil desarrollar el deseo que estaría asociado a una impotencia y desvalimiento

El límite entre lo normal y lo patológico es complejo, y el adolescente puede encontrarse en la necesidad de un acompañamiento psicológico o psiquiátrico, puesto que las depresiones son frecuentes en estos casos. La no adhesión al tratamiento es un reflejo de este estado. Estamos observando que ciertas situaciones de

gran complejidad emocional que los pacientes atraviesan, repercuten en el tratamiento de la enfermedad; por ejemplo, pacientes trasplantados que pierden el órgano y retornan a diálisis. Benoit, S. (2002)², refiere que es preferible tener certeza de una buena adhesión al tratamiento anti-rechazo por parte del adolescente; de lo contrario es mejor que éste siga en diálisis, pues puede llegar a perder el órgano trasplantado si no sigue las prescripciones médicas.

La no adherencia y factores de riesgo según la comunidad médica especializada

- Cronicidad y duración de la enfermedad
- Etapa evolutiva del paciente (adolescencia)
- Bajo nivel socio-económico y cultural
- Inestabilidad familiar
- Mínimo de supervisión
- Autoestima baja
- Disturbios psiquiátricos, psíquicos (depresión)
- El malestar post-trasplante
- Cambios físicos relacionados al tratamiento terapéutico anti rechazo del órgano
- Frecuencia de las consultas médicas, controles y análisis, etc. (exceso sentido por el paciente)
- Alcoholismo y drogas
- Calidad de la relación médico-paciente

La problemática de la no adherencia al tratamiento, que puede estar asociada a una negación de la situación de ser portador de una enfermedad crónica, puede derivar en una resistencia a la correcta y cotidiana utilización de la terapéutica medicamentosa, como por ejemplo: no tomar las pastillas, o no respetar la dieta prescrita, o ir con mucho líquido a la diálisis. Podríamos interpretar estos comportamientos como suicidas, comportamientos que también están relacionados con la provocación

1 Malka, J., et al. (2005) *L'adolescent face à une maladie chronique grave, service de psychiatrie et de psychologie médicale.*

2 *Observance chez l'adolescent insuffisant rénal - Observance à l'adolescence - 4^o Journée de Médecine et santé de l'adolescent - 14 décembre 2002 - Tours.*

y rebeldía, propios de la adolescencia en general, como hemos referido anteriormente.

Según el Dr. Albert Agrest³, el abandono del tratamiento puede estar relacionado con aspectos depresivos y ocasionalmente suicidas. La adherencia al tratamiento dependerá de las condiciones físicas y psicológicas del paciente, así como también de su contexto familiar, social, racional, emocional y económico. Para una buena aceptación y cumplimiento del tratamiento, también está implícita la duración de éste; la adherencia a los tratamientos largos y crónicos es más complicada, puesto que en los casos de enfermedades crónicas se agrega el hecho de tener que aceptar una dependencia médica, poniendo así en riesgo la autonomía del individuo, lo que justificaría la rebeldía de no adherir al tratamiento. En su artículo afirma que es precisamente en los tratamientos crónicos donde hay más problemas de no adherencia.

Se puede considerar que este comportamiento de no adherencia puede ser grave, pues pone en juego no solamente el nuevo órgano en situación de rechazo en caso de que ya haya sido trasplantado, sino también su vida con este comportamiento inconsciente de auto destrucción, relacionada con su cuadro depresivo. Generalmente la negación viene seguida de la depresión por parte del paciente y, cuando éste posee buenas capacidades de elaboración y sostén, viene la aceptación.

El proceso de adaptación depende de las características de funcionamiento y experiencias de

vida de los pacientes portadores de la enfermedad.

También se pudo observar que, en algunos casos, la enfermedad concentra toda la vida vincular del grupo familiar y se transforma así en una especie de diagnóstico. Esta enfermedad renal crónica requiere acompañamiento y cuidados intensos por parte de la familia. Genera estados de ansiedad que promueven cuidados excesivos y sobredimensionamiento de las necesidades del paciente.

Un acompañamiento terapéutico sería imprescindible en estos grupos familiares y sus adolescentes, para la prevención de disturbios psicológicos y en consecuencia la no adherencia.

Adhesión tiene origen latín, "adhaesione", que significa etimológicamente una unión, aprobación, acuerdo. Es esperable que los adolescentes tengan este comportamiento de no adherir, que es coherente con su comportamiento en relación a los vínculos en el grupo familiar y búsqueda hacia sus pares.

Esta conducta de no adhesión en la adolescencia, también podría estar relacionada a la cantidad de pastillas, la polifarmacia, que tienen que tomar a diario, como también las diversas restricciones médicas, incluida la dieta, la protección de los padres, falta de autonomía, inmadurez, responsabilidad y la imposibilidad de llevar una vida normal para un adolescente. La no adherencia al tratamiento podría comprenderse como una manera de existir, aun poniendo su vida en riesgo, como refiere la adolescente que citamos en el principio.

La depresión es el síntoma más frecuentemente observado en los adolescentes con IRC, lo que podría afectar la no adherencia al tratamiento y el estado de salud en general.

3 Albert Agrest (1997) *Adherencia a tratamientos farmacológicos - Medicina (Buenos Aires) - volumen 57 - n° 1 - págs. 111-113.*



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

BIBLIOGRAFÍA

- Anzieu, D. et al. (1987), *Les enveloppes psychiques*, Paris, ed. Dunod.
- Arruasi, M. (2005), *Patologías orgánicas graves – Enfoque y abordaje psicoanalítico*, Buenos Aires, ed. Letra Viva.
- Berenstein, I. (2007), *Del ser al hacer*, Buenos Aires, ed. Paidós.
- Berenstein, I. (1976), *Familia y enfermedad mental*, Buenos Aires, ed. Paidós.
- Corcos M. et al. (2005), *L'adolescence entre les pages*, Paris, ed. In Press.
- Corcos M. et al. (2005), *Les dépressions à l'adolescence*, Paris, ed. Dunod.
- Courtecuisse, V. (2005), *L'adolescent malade, ce qu'il faut savoir*, Paris, ed. Armand Colin.
- Delaroche, P. (2005), *Psychoanalyse de l'adolescent*, Paris, ed. Armand Colin.
- Jeamment, P. et al. (2005), *Les dépressions à l'adolescence*, ed. Dunod.
- Jeamment, P. et Bochereau, D. (2007), *La souffrance des adolescents*, Paris, ed. La découverte.
- Jeamment, P. et Corcos, M. (2005), *Évolution des problématiques à l'adolescence*, Rueil-Malmaison, ed. Doin.
- Laplanche, J. et Pontalis, J. B., (2007), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, ed. Puf Eyrolles.
- Moreno, J. et al. (1999), *Pubertad. Historización en la Adolescencia*, Buenos Aires, ed. Publicaciones APDEBA.
- Puget, J. (1997), *Pubertad. Historización en la Adolescencia*, Buenos Aires, ed. Publicaciones APDEBA.
- Winnicott, D. W. (2001), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, ed. Gallimard.

ARTÍCULOS DE REVISTAS CIENTÍFICAS

- Agrest, A. (1997), *Adherencia a tratamientos farmacológicos*, *Medicina* (Buenos Aires), volumen 57, n° 1, págs. 111-113.
- Alvin, P. et al. (2003), *Maladie chronique à l'adolescence: dix questions pertinentes*, *archives de pédiatrie*, 10 (2003) 360-366, édition scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- Amr, M. et al. (2009), *Multi-method assessment of behavior adjustment in children with chronic kidney disease*, *Pediatr Nephrol* (2009) 24:341-347, DOI 10.1007/s00467-008-1012-x.
- Bakr, A. et al. (2007), *Psychiatric disorders in children with chronic renal failure*, *Pediatr Nephrol*, 22:128-131.
- Benoit, S. (2002), *Observance chez l'adolescent insuffisant rénal - Observance à l'adolescence*, 4° Journée de Médecine et santé de l'adolescent, 14 décembre 2002, Tours.
- Breton, A. (2000), *Travail de maladie, travail de deuil, et travail de l'adolescence, ou l'adolescence de l'enfant porteur d'une maladie chronique*, *Archive Pédiatrie* 2000 :7, Suppl 2 :263-5, éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS.
- Bizarro, L. (2001), *O Bem estar psicologico de adolescentes com insuficiencia renal cronica*, *Psicologia, Saude & Doenças*, 2(2), 55-67.
- Borges, L. R. et Martins, D. G. (2001), *Clinica de Hemodialise: Existe qualidade de vida?*, *Boletim de iniciação científica em psicologia-2001*, 2(1):42-58.
- Bouquinet, E. et al. (2008), *Maladie chronique et enfance: Image du corps, enjeux psychiques et alliance thérapeutique*, *Archives de pédiatrie* 15 (2008) 462-468, Elsevier Masson SAS.
- Duverger, A. et al. (2005), *Transplantation rénale chez l'enfant et*

l'adolescent et pédopsychiatrie de liaison, service de psychiatrie et de psychologie médicale CHU Angers, Copyright Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale.

Fadowski, J. et al. (2006), *Changes in physical and psychosocial functioning among adolescents with chronic kidney disease*, *Pediatr Nephrol* (2006) 21:394-399, DOI 10.1007/s00467-005-2122-3.

Hooper, S. R. et al. (2009), *Social-behavioural functioning in paediatric chronic kidney disease*, *Child; care, health and development*, DOI: 10. 1111/j.1365-2214.2009.00992.x, Blackwell Publishing Ltd.

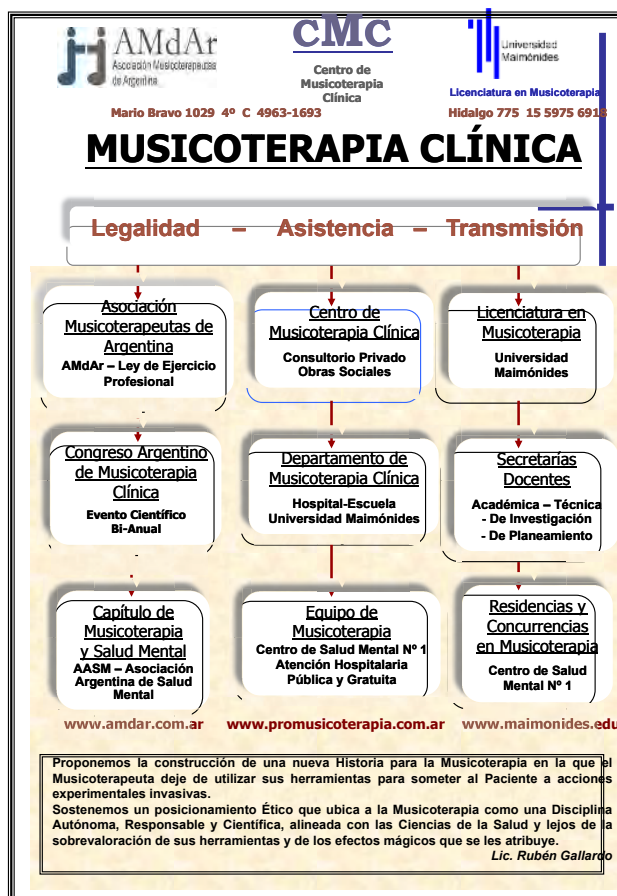
Jacquín, P. et Levine, M. (2008), *Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence: comprendre pour agir*, *archives de pédiatrie*, 15 (2008) 89-94, Elsevier Masson SAS.

Jousselmé, C. (2008), *Souffrance dans la construction identitaire de l'enfant atteint de maladie chronique: place du regard parental*, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 56 (2008) 233-236, Science Direct Elsevier Masson SAS.

Malka J. et al. (2007), *Réflexion sur l'impact psychique de la maladie somatique chronique chez l'adolescent*, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 55 (2007) 149-153, Science Direct Elsevier Masson SAS.

Maurage, C. (2002), *Adolescent et observance dans la maladie chronique*, *Observance à l'adolescence*, 4° journée de Médecine et santé de l'Adolescent, Tours.

Snethen, J. A. et al. (2001) *Adolescents perception of living with end stage renal disease*, *Pediatr Nurs* 2001; 27:159-166.



Políticas públicas en Sida. Aportes desde el psicoanálisis

Liliana López

lilianlop@sion.com
Centro de Salud Mental
Ameghino
Red Sida y Salud Mental
GCABA
Capítulo VIH/SIDA
AASM

IV CONGRESO
ARGENTINO DE
SALUD MENTAL
MESA REDONDA DEL
CAPITULO VIH/SIDA
DE LA AASM
SIDA, SUBJETIVIDAD Y
POLITICAS PUBLICAS

Las instituciones, sus logros y sus fracasos, son una producción de las personas que las constituyen. La gestión es un tema de personas en un tipo de relaciones sociales particulares que ocurren dentro de las organizaciones, y entre éstas y su entorno.

Mario Rovere plantea la gestión como un texto, que deberá interrogar el pasado (¿por qué?) si no quiere que el presente pierda significado, que deberá preguntarse por el sentido (¿para qué?) si pretende ganar en perspectiva, texto que siempre tendrá un contexto (¿dónde? ¿cuándo?) y un subtexto (lo que subyace) del que no se habla.

H. Maturana sostiene que “Toda institución es en su constitución como quehacer humano y en su realización como tal por las personas que la constituyen, una red o sistema particular de conversaciones”. Pongo el acento en los sujetos hablantes, y este énfasis es fundamental si consideramos que las personas actúan y trabajan desde sus particulares subjetividades, historias, culturas, creencias, prejuicios, deseos, temores, etc.

Cuando se creó en el Gobierno de la Ciudad de Bs. As., la Coordinación Sida, en el 2000, se constituyó un equipo de trabajo que realizó un diagnóstico participativo del tema dentro del sistema que involucró a los diferentes actores que ya trabajaban sobre sida en Hospitales y Centros de Salud.

Esto implica una decisión que es necesario señalar. Yo trabajo en el Sistema Público desde 1984 y, a lo largo de estos 25 años, he conocido otras gestiones que respondieron a lógicas muy diferentes.

El modelo más tradicional de la gestión de la salud pública se caracteriza por la disociación entre el pensar y el hacer: entre los que planifican y normalizan, por un lado (funcionarios) y los que ejecutan, por otro (equipos de salud).

Otra es la forma de plantear la gestión de la salud, desde la Coordinación, que incluyó la necesidad de: diagnósticos acertados, habilidad técnica y compromiso de los actores involucrados. Entiendo que esto último haya implicado fuertes dosis de creatividad y paciencia.

Un ejemplo: cuando en el Centro de Salud Mental en el que trabajo propuse la distribución de preservativos, la resistencia se hizo escuchar con indignación desde una jefatura: “¿Pero es que acaso los van a repartir como caramelos?”. Y, ¿por qué no?; téngase en cuenta además que me refiero a una institución que por su especificidad (Salud Mental) trabaja sobre la subjetividad.

El modo no tradicional de pensar la gestión en salud se sustenta en una apuesta política: la producción de salud pública tiene la doble finalidad de producir salud, pero también la de producir sujetos (los

profesionales, los pacientes) con niveles crecientes de autonomía, lo que conlleva la búsqueda de un estilo democrático; la promoción de un vínculo más democrático entre los profesionales y los pacientes debe comenzar por la existencia de un vínculo de igual naturaleza entre la gestión y los equipos.

Esto podría vincularse, en mi opinión, con uno de los principios básicos de la Bioética: el de autonomía. Tal principio canónico reconoce el carácter adulto del enfermo y la importancia de que pueda decidir sobre las medidas que se van a aplicar. Subraya el respeto debido a la persona, a fin de no negarle su autonomía sobre la base de un mal entendido paternalismo médico. Esto no es menor en el caso del sida y está vinculado a un modelo de autonomía de la relación médico-paciente basado en el derecho de este último a tomar las decisiones sobre su propio cuerpo y a dejar de ser considerado como un objeto de estudio, como lo entendía la medicina natural positivista, ligada a un modelo paternalista de relación, o bien frente al avance de una medicina tecnocrática o deshumanizada.

El modo tradicional en que se suele organizar la atención de la salud reconoce de modo explícito una sola lógica, que es la lógica del poder formal y de la norma; todo lo que sucede por fuera de estos canales es traducido como falla de sistema. Otra cosa es pensar que las fallas estén denunciando la presencia de otras lógicas. La investigación en salud (de sujetos sobre sujetos) se propone como herramienta para conocer de un modo sistemático las diferentes lógicas e intereses que están operando en el sistema.

Cuando se reconoce sólo la lógica del poder formal y de la norma, está operando un modelo de sujeto basado en la racionalidad. En el modelo de la acción racional el sujeto es intimado a abstraerse de su situación social, de su historia, a desprenderse de la trama de significados que lo contextualizan. Ahistóricos, asociales, sin sentidos, ni conflictos, privados por partida doble en su singularidad y en su espesor social, los sujetos deben poder dominar a través de la voluntad aquellas “perturbaciones o fallas” que constituyen sus instintos, pasiones y deseos. Desde esta perspectiva el sujeto es un ser movido por el raciocinio, se

comporta de manera pragmática y controla los eventos que le pueden suceder. Es decir, es sujeto de la conciencia, del conocimiento, del control y de la voluntad, universal, abstracto, racional, considerado como pasivo, deficitario. Otra perspectiva es considerarlo como activo productor de sentidos cuya construcción está guiada por diferentes lógicas y que se inscribe en un determinado marco histórico-social. Un sujeto estructuralmente dividido, ya que una parte del funcionamiento psíquico está regido por los procesos inconscientes que lo determinan, aunque él no lo sepa. Sujeto escindido, separado de una parte de sí mismo, de un saber inconsciente, cuerpo extraño que lo habita y constituye su núcleo más íntimo. Tercera gran mortificación infligida a la humanidad (tras el descubrimiento de Copérnico y el de Darwin), el descubrimiento freudiano, tercera herida, rompe toda ilusión de unidad y control de uno mismo.

Cito un párrafo del trabajo que produjo la Coordinación en mayo de 2004: “Trabajamos sobre esta superficie existencial y enigmática, lo tengamos más o menos presente. Y dado que el trabajo en salud es trabajo de personas con personas, trabajar con la trascendencia, la finitud, la sexualidad de los otros, es también trabajar desde nuestra propia posición (consciente o no) con respecto a estos temas... los sistemas de salud, los equipos y los profesionales, tenemos que instrumentar políticas públicas, desarrollar programas de acción y contar con modelos de atención de la salud que nos permitan actuar sobre superficies sumamente resbaladizas, donde se ponen en juego las dimensiones de lo humano que el paradigma positivista de la ciencia busca olvidar, esquivar o derrotar: el ‘no saber’ de nuestro ser racional, los ‘acazos’, la pasión, el conflicto, el placer, pero también el goce (entendido como aquello que nos compele a un más allá del principio del placer)”.

Efectivamente, en el modelo tradicional de la atención sanitaria subyace un supuesto cognitivo-racional. El problema es que ese supuesto de racionalidad solidario de la unidad del ser fracasa en la práctica. El descubrimiento del inconsciente, su legalidad y su lógica, cuestionan tal idea. El inconsciente es donde la intención tropieza y la brecha entre conoci-

miento y acción pone en evidencia la necesidad de rever propuestas racionales dirigidas a sujetos supuestamente racionales que, en lo cotidiano y en sus intimidades, se mueven por otras vías.

La ilusión del objeto “adecuado” al que se accedería conociendo al otro, estudiándolo, sabiendo quién es, sostiene la ilusión de un conocimiento posible y de una determinación de la sexualidad del adulto, de un sujeto prometido a su objeto, objeto de la exigencia “normal” del instinto sexual. Sin embargo, la indagación freudiana de la sexualidad delimita un campo donde el sexo quedará aislado del saber. Ya en 1905 Freud nos recuerda que hay algo bien enigmático en el sexo, no hay saber unido al sexo. La pulsión tiene como característica la labilidad de eso que la liga al objeto; no hay una relación de determinación de la pulsión a un objeto dado, ni adecuado, ni natural. Entonces no habría evolución segura hacia una sexualidad adulta, heterosexual, normal y monogámica, en el sentido de que tal evolución sería sólo normativa, pero siempre perturbada por el hecho de que habría algo profundamente indomesticable en la pulsión, algo que no se podría racionalizar.

El modelo positivista de atención en salud implica una visión lineal de la complejidad humana, reduciendo a la ignorancia o al desinterés lo conflictivo y contradictorio de las respuestas de un sujeto. Descalifica los aspectos “irracionales” que no encajan en el planteo normativo, que no logran que los sujetos se tornen “razonables”; niega la pulsión de muerte inherente a la estructura y el límite de ese otro, que es un sujeto de deseo y no sólo de la norma.

El modelo tradicional en salud implica un tipo de comunicación dominante entre profesionales y pacientes que podría formularse: “comportémonos como si los deseos no existieran”, y hace referencia a la insistencia de embellecer el producto (el preservativo), pretendiendo ignorar lo que evoca. Si bien mostrar preservativos en primer plano es algo que debería ser natural en una campaña de prevención de VIH/SIDA, en Argentina recién a partir del año 2001 (casi 20 años después de la aparición de la epidemia) las campañas oficiales empezaron a mostrar un preservativo en cámara.

El control estatal es responsable de la coordinación de los instrumentos para frenar la epidemia. El recurso oscurantista que intenta velar las cuestiones fundamentales que movilizan a cada sujeto –el amor, el deseo, el goce– conduce a lo peor. Los prejuicios, el pacto de silencio, la discriminación, son funcionales a la propagación de la enfermedad. Sabemos que la tensión individuo-Estado genera dificultades en la prevención. Dos orientaciones se perfilan ante esto: 1) Una que ha propiciado la abstinencia, la monogamia y, si no hay otra alternativa, el preservativo. 2) Otra intenta transmitir información clara sobre el uso de preservativos y jeringas. Podemos advertir la diferencia entre ambas, sabiendo que tanto una como otra alojan un impasse: la sexualidad y el goce no pueden ser regulados por los aparatos del Estado. Desarrollar una política centrada en la equidad, el género y los derechos individuales de las personas a disfrutar de su sexualidad, significa imaginar Estados que apuesten a construir –a través de sus políticas públicas, de sus sistemas legislativos y normativos, de sus sistemas de salud– ciudadanos autónomos. ¿Será posible?

Los modelos de gestión tradicionales tienden también a dejar de lado los aspectos subjetivos de los profesionales, en la medida en que éstos se ven desde el nivel gerencial como instrumentos que deben cumplir procedimientos estandarizados en instancias superiores.

El sida ha asestado un duro golpe al ideal de salud eterna y ha conmocionado y cuestionado fuertemente al orden médico; puso en jaque al discurso médico y al sistema de sus razones científicas. El sida irrumpe y desborda el discurso médico, poniendo en cuestión su concepción del saber y del sujeto. La medicina científica de la era tecnológica, que sin saberlo deja de lado lo que tiene relación con el goce, se ve llamada al orden porque el VIH viene a inscribirse en el centro de esta problemática: la de la relación de un sujeto a su goce. La cuestión deviene ética: cuidar el cuerpo implica tener en cuenta la subjetividad y el deseo.

El trabajo en salud en general y en sida en particular lleva a la necesidad de generar tiempo y lugar para reflexionar con otros sobre las implicancias de la tarea, democratizando la atención de la salud y aumentando los niveles de impli-

cación de los profesionales y de los equipos con el trabajo. Onocko Campos sostiene: “En la gestión, el que conduce se verá frecuentemente confrontado con cuestiones surgidas de la grupalidad, de la subjetividad institucional, que lo colocarán en la difícil posición de gobernar. Entre el autoritarismo y la omisión, ¿cuál es la distancia justa? Esa distancia justa está para mí en la afirmativa freudiana de la imposibilidad. O sea: nunca podremos establecer a priori esa distancia, no hay técnica que pueda dar cuenta de esta cuestión y, si es así –o sea, no hay técnica que pueda dar cuenta de esto–, entonces es imposible que pensemos en esto como una distancia justa, sin dudas, incertezas, angustias”. Freud planteaba tres prácticas como imposibles: gobernar, educar y psicoanalizar; yo agregaría que diseñar políticas de salud pública que contemplen los deseos, podría ser una cuarta. ¿Por qué no?

Los factores médico-biológicos han sido los más evaluados, en los que hubo más avances, los más estudiados. Los factores emocionales, sociales, culturales y de derechos humanos en relación a la problemática VIH/SIDA, merecen ser investigados con igual compromiso.

Una respuesta eficaz al VIH/SIDA requiere una responsabilidad sostenida para asegurar que las intervenciones y los enfoques mejoren con el tiempo. Los resultados no son los mismos en los distintos sujetos, comunidades y contextos. Es fundamental la investigación de aspectos psico-socio-culturales, además de la investigación básica y clínica que permita identificar cuáles enfoques son eficaces en la práctica, cuáles no y por qué. Resulta imprescindible una mejor comprensión de los obstáculos subjetivos, sociales, políticos y culturales, que perpetúan el estigma y la discriminación. Estos aspectos deben ser reconocidos e incorporados en las Políticas Públicas, lo cual no se puede separar de la creación de espacios de trabajo intersectorial con la participación de la sociedad civil.

La actitud y la visión transdisciplinaria, necesaria en el abordaje de la problemática compleja del sida, tiene tres características fundamentales (Art. 14 de la Carta de la Transdisciplina. Portugal, nov. 1994): 1) rigor en la argumentación que tome en cuenta todos los datos y los proteja respecto a las derivas posibles; 2) aper-

tura, implica la aceptación de lo desconocido, lo inesperado y lo imprevisible y 3) tolerancia, en tanto reconocimiento del derecho a las ideas y verdades contrarias a las nuestras.

La investigación de los aspectos subjetivos, socio-culturales y de derechos humanos, permitiría tal vez la implementación de mejores tecnologías para prevenir, diagnosticar y tratar la infección por VIH, pudiendo contribuir a mejorar las condiciones de vulnerabilidad psíquica, fortaleciendo los sistemas de salud como resultado de la ampliación de la prevención, la atención y el tratamiento del VIH.

El sida permitió visualizar cuestiones vinculadas con la incidencia de determinados comportamientos individuales y colectivos sobre el proceso salud-enfermedad. Uno de los principales desafíos que afrontan las Políticas Públicas en VIH/SIDA es el estudio de las particularidades de comportamiento de las personas, así como también de conjuntos sociales, a fin de conocer las conductas que incrementan la vulnerabilidad frente al virus y a otras ETS. Respecto de esta problemática, las estrategias de una Gestión Pública deberían orientarse a promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas, fortaleciendo la capacidad de sujetos y comunidades de incidir positivamente en el cuidado de su salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Rovere, M. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*. OPS. 2006.
- Weller, S. *Sexualidad y Servicios de Salud: un desafío para la Gestión VIH/SIDA*. CEDES. 2004.
- Bloch, C. *Hechos y palabras. La experiencia de Gestión de la Coordinación Sida*. Ministerio de Salud (Gov. Ciudad de Bs. As.) y OPS.
- Freud, S. *Tres ensayos para una Teoría Sexual. Obras Completas. Tomo II*. Ed. Biblioteca Nueva.
- López, L. *¿Se puede prevenir el sida?* Ed. Biblioteca Nueva. 2004.
- Blanco, L. *Bioética y Bioderecho*. Ed. Universitaria.
- Onocko Campos, R O *Planejamento no labirinto. Uma viagem hermenéutica*. Unicamp. 2002.
- Maturana, H. *El sentido de lo humano*. Chile. Ed. Hachette. 1992.

Los factores de resiliencia ante situaciones traumáticas. A propósito de los atentados del 11m en Madrid.

Adolfo Benito Ruiz*
Guillermo Lahera Forteza**
Laila Oudda Santos***
Guillermo Benito Ruiz****

*Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares (Madrid). Máster en Psicoterapia Integradora.

Profesor Honorífico de Practicum, asignatura de Psiquiatría. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España.

taurocatapsia@yahoo.com

**Psiquiatra, Centro de Salud Mental de Torrejón de Ardoz (Madrid). Profesor asociado Universidad de Alcalá de Henares,

asignatura de Psiquiatría. Madrid. España.

***Médico de Familia, Hospital Universitario de Guadalajara. Máster en Emergencias Sanitarias. Guadalajara. España.

****Psicólogo, Unidad de Psicooncología. Hospital Universitario de La Paz. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN:

Los atentados del 11 de marzo supusieron un reto para los servicios sanitarios de Madrid, y en particular para los servicios de Salud Mental. El resultado de los atentados fue de 192 muertos y más de 2.000 heridos. La ciudad de Alcalá de Henares y su población resultó especialmente afectada: de los cuatro trenes siniestrados, tres habían salido de esta localidad y el otro había pasado por ella, por lo que el número de afectados en Alcalá fue elevado, con el consiguiente aumento de la demanda sanitaria en general y en Salud Mental en particular.

La resiliencia es la capacidad humana para tener éxito, madurar y obtener competencias en un contexto de circunstancias adversas y obstáculos (1). La capacidad para, tras una situación traumática, ser capaz de integrarla y readaptarse de una manera sana a la vida, va a estar marcada por la capacidad de resiliencia de cada uno (2).

El objetivo de este estudio es el de conocer a los 3 años de los atentados la opinión de los pacientes atendidos sobre los factores que más les ayudaron a superar de una manera sana la experiencia vivida (factores de resiliencia).

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogieron en el Centro de Salud Mental de Alcalá las historias de los pacientes mayores de edad que habían consultado por una demanda en relación a los atentados del 11M; se contabilizaron las historias de los pacientes que habían consultado entre el 12 de marzo de 2004 (un día después de los atentados) hasta el 30 de junio de 2004. A los 3 años de los atentados (entre los meses de enero y febrero de 2007) se estableció contacto telefónico con todos los pacientes afectados y, tras preguntárseles si querían participar en el estudio y responder a las dudas que tuviesen al respecto, se les realizó la siguiente pregunta: ¿Qué es lo que cree que más le ayudó a superar de una manera sana la experiencia vivida? Se permitió que cada paciente diera varias respuestas; a algunos pacientes les había ayudado principalmente algo, mientras que a otros era un cúmulo de aspectos lo que les había ayudado a superar lo traumático.

Posteriormente cada una de las respuestas fue agrupada por similitud en diferentes categorías, para el posterior análisis estadístico. El análisis estadístico de los resultados fue realizado mediante el programa estadístico SPSS v13.0.

RESULTADOS:

Se contabilizaron 104 pacientes que habían consultado en relación a los atentados del 11M entre las fechas señaladas; de éstos se pudo localizar y aceptaron responder a la pregunta, 78; hubo 24 pacientes a los que no se los localizó (habían pasado 3 años desde que consultaron) y sólo dos no quisieron participar en el estudio.

Las respuestas fueron agrupadas, quedando al final 10 categorías, elaboradas a partir de estudios previos sobre los factores de resiliencia (3), en las

que estaban agrupadas las respuestas de los pacientes. Las categorías fueron las siguientes, junto con las respuestas dadas por los pacientes, que quedan englobadas en cada una:

- Factores asociados al entorno sociofamiliar: Incluía las respuestas de los pacientes que consideraban que lo que más les había ayudado era la familia, los amigos, hijos, pareja, vecinos y apoyo de la gente cercana.
- Factores asociados al tratamiento: Incluía las respuestas de los pacientes que consideraban que lo que más les había ayudado era el tratamiento farmacológico recibido en Salud Mental, los grupos psicoterapéuticos que se realizaron con los pacientes afectados, y la labor de los psiquiatras y psicólogos que los atendieron.
- Factores asociados a la espiritualidad y la religión: Incluía respuestas en las que Dios (el de ninguna religión en concreto) o una concepción espiritual, era lo que más les había ayudado a los pacientes.
- Factores asociados a las relaciones interpersonales: Incluía las respuestas de los pacientes que consideraban que lo que más les había ayudado eran cuestiones como hablar sobre lo sucedido, sentirse escuchados, sentirse comprendidos.
- Factores asociados a las características propias del individuo: Incluía las respuestas de los afectados que pensaban que lo que más les había ayudado eran cuestiones en relación a su edad, su carácter y la fuerza de voluntad.

- Factores asociados a las consecuencias físicas y psicológicas del trauma: Incluía las respuestas de pacientes que pensaban que lo más útil para la superación de lo traumático era el estar bien físicamente, el no tener secuelas.
- Factores asociados a la respuesta individual al trauma: Incluía las respuestas de los pacientes para los cuales lo que les había ayudado más a la superación de lo traumático era no pensar, el reflexionar, la necesidad de adaptarse, el irse a vivir fuera de Alcalá, el tratar de olvidar lo sucedido.
- Factores asociados al pasado y a las experiencias previas del individuo: Incluía las respuestas de los afectados para los que lo más importante para la readaptación habían sido las experiencias biográficas previas en su vida.
- Factores asociados al trabajo: Englobaba respuestas de afectados para los cuales lo que más les había ayudado tenía que ver con cuestiones en relación a lo laboral, el poder incorporarse, el propio trabajo, relaciones con compañeros.
- Factores asociados a la recuperación de la vida previa al trauma: Incluía las respuestas de los pacientes que pensaban que lo que más les había ayudado tenía que ver con la recuperación de aspectos de su vida que habían perdido tras la experiencia traumática, el recuperar la rutina, el poder vivir el día a día.

Esta tabla resume cada una de las categorías, el número de respuestas dadas para ella (cada paciente podía responder más de una cuestión) y el porcentaje.

CATEGORÍA	NÚMERO DE RESPUESTAS	PORCENTAJE DEL TOTAL
FACTORES ASOCIADOS AL ENTORNO SOCIOFAMILIAR	79	101.26%
FACTORES ASOCIADOS AL TRATAMIENTO	22	28.29%
FACTORES ASOCIADOS A LA ESPIRITUALIDAD Y RELIGIÓN	6	7.69%
FACTORES ASOCIADOS A LAS RELACIONES INTERPERSONALES	10	12.82%
FACTORES ASOCIADOS A LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL INDIVIDUO	15	19.22%
FACTORES ASOCIADOS A LAS CONSECUENCIAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS DEL TRAUMA	5	6.4%
FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA INDIVIDUAL AL TRAUMA	20	26.89%
FACTORES ASOCIADOS AL PASADO Y A LAS EXPERIENCIAS DEL INDIVIDUO	1	1.36%
TRABAJO	8	10.25%
FACTORES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN DE LA VIDA PREVIA AL TRAUMA	12	15.36%

CONCLUSIONES: Tras el análisis de las respuestas de los pacientes, el factor de resiliencia más importante para la mayoría de ellos era el sociofamiliar, el apoyo de familia y gente cercana (79 respuestas). Los factores asociados al tratamiento son respondidos solamente por 22 pacientes, lo que puede indicar un papel secundario de la labor de los profesionales de Salud Mental para la ayuda a la superación de las situaciones traumáticas. Otros factores de resiliencia mencionados tienen que ver con la respuesta individual al trauma y las características propias del individuo.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) G.M. Wagnild and H.M. Young. *Development and psychometric evaluation of the resilience scale. Journal of Nursing Measurement.* 1993; 1, pp. 165–178.
- (2) Jacelon, C.S. *The trait and process of resilience. J Adv Nurs.* 1997. Jan;25(1):123-9. Review.
- (3) M. Rutter, *Psychosocial resilience and protective mechanisms. American Journal of Orthopsychiatry.* 1987;57, pp: 316–331.



ENCUENTRO DE SALUD MENTAL, EDUCACION Y PROBLEMATICAS CONTEMPORANEAS (Godoy Cruz, Mendoza)

En el mes de agosto de 2009 se realizó en Godoy Cruz, Mendoza, el Encuentro de Salud Mental, "Educación y Problemáticas Contemporáneas". El encuentro fue declarado de interés provincial por la Legislatura y otorgó puntaje a los participantes. Más de 400 asistentes formaron parte de esta jornada de reflexión que brindó herramientas de abordaje a los problemas contemporáneos.

Organizado por la Municipalidad de Godoy Cruz junto a la Asociación Argentina de Salud Mental (Delegación Mendoza) se realizó en el Centro de Convenciones Palmares Bureau; este encuentro permitió reflexionar sobre nuevas realidades relacionadas con la salud mental y la educación, ante más de 400 asistentes. Durante la apertura, el Intendente Alfredo Cornejo expresó el interés de su gobierno en las políticas dirigidas a la promoción de la salud mental.

Durante el acto, el Dr. Eduardo Grande, Presidente de la AASM, recibió una distinción del Senado Provincial, de manos de la Senadora Fany Llobel. El Dr. Eduardo Grande habló sobre salud mental y educación: trastornos del aprendizaje. El Lic. Alberto Trimboli se refirió a las nuevas realidades emer-



gentes sociales: Adicciones, publicidad y su relación con las problemáticas actuales. En tanto, el Dr. Juan Carlos Fantin trató el tema Salud Mental y Bioética: Una mirada "al interior de las instituciones". La Dra. Liliana Moneta se refirió a las tribus urbanas, que es un tema poco estudiado y de gran actualidad. Durante la tarde se concretaron Mesas Redondas sobre "Necesidades educativas especiales: un acercamiento a la estimulación temprana y Programas de Salud", por los profesionales Dra. Alicia De Negri (Htal. Lagomaggiore), Dra. Gabriela Sabio (CONIN - Mendoza). Disertaron además la Dra. Emilia Ortiz (FEEyE), Lic. Alejandra Capone, Lic. Fabián López, Lic. Mariela Bustos, Lic. Juan Zamora (OSEP) y Lic. Fabiana Grandi (Htal. Italiano). Al final de la jornada el Magister Elvy Monzant (Maracaibo - Venezuela) trató los siete retos a la Juventud Latinoamericana: empobrecimiento, exclusión, violencia, narcotráfico, alienación, "cibercultura" y anomia. El cierre de la jornada estuvo a cargo del Lic. Alejandro Castro Santander (Mdz.) con el tema "La violencia como enfermedad social. La educación para la convivencia desde la escuela: una perspectiva desde la alfabetización emocional".

Conferencia de Colette Soler

El día 26 de abril de este año, la psicoanalista francesa Colette Soler dictó la conferencia "¿Los trastornos del humor tienen un sentido?". La misma se llevó a cabo en el Hospital Álvarez de Buenos Aires y contó con la coordinación de Gustavo Bertran, Secretario de Asuntos Profesionales de la AASM y coordinador del Hospital de Día Vespertino de la División Salud Mental del Hospital Álvarez. El evento fue organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM), el Hospital de Día Vespertino de Salud Mental del



Hospital Álvarez y la Escuela de Psicoanálisis de los Foros de los Campos Lacanianos. El Aula Magna fue totalmente colmada y los asistentes de todo el país escucharon muy atentamente a la conferencista invitada.



Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indebido de Drogas

El día 26 de junio de este año se conmemoró el Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indebido de Drogas y, por ese motivo, la

Coordinación de Atención de Conductas de Riesgo Adictivo, dirigida por la Dra. Verónica Mora, organizó una mesa debate en el Hospital



Fernández de la Ciudad de Buenos Aires, con el propósito de propiciar un dialogo fértil entre el Sistema de Salud y la Justicia.

El Aula Magna del Hospital Fernández fue colmada en su totalidad por profesionales del sector público, privado y representantes de ONGs.

El periodista Gustavo Silvestre fue el moderador del debate.

Los integrantes de la mesa fueron los jueces Dres. Martín Vázquez Acuña, Marta Mattered y

Juan Pablo Salas, el Lic. Alberto Trimboli del Hospital Álvarez y Secretario General de la AASM, el Dr. Carlos Damin, toxicólogo del Hospital Fernández, el Dr. Alberto Crescenti, Director del SAME, los diputados nacionales Eugenio Burzaco y Cynthia Hotton.

El debate fue muy fructífero y, si bien hubo muchas diferencias en torno a la despenalización o no de las drogas, también hubo consen-



so en ciertos temas, especialmente en la necesidad de diseñar campañas de prevención serias y eficaces, y la necesidad de potenciar recursos para la atención de esta problemática en el sector público. La diferencia principal giró en torno a si la ley penal es garantía o no para que un consumidor realice un tratamiento.

El encuentro fue cerrado por la Presidenta de la Comisión de Salud, Diputada Lic. Lidia Saya.

AASM Asociación Argentina de Salud Mental

CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 20 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 15 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 10 mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio

Aclaración: Para los miembros extranjeros residentes en el exterior el valor de la cuota es en dólares. Consultar por bonificaciones por pagos trimestrales, semestrales o anuales anticipados. Los miembros de la AASM cuentan con descuentos significativos en las actividades organizadas por la asociación (cursos, congresos, jornadas). Los miembros de la AASM aparecen en el Róster (cartilla) que se encuentra en nuestra página web con los datos profesionales de cada uno. Además, los miembros tienen la posibilidad de incorporarse y participar del capítulo que sea de su interés. Los miembros titulares pueden proponer la fundación de un nuevo capítulo si creen que la temática así lo justifica. La propuesta será evaluada por la Comisión Directiva.

Los miembros de las diferentes zonas del Gran Buenos Aires, del interior del país o argentinos residentes en el exterior, pueden solicitar la fundación de filiales o representaciones de la AASM. Los miembros que se desempeñen en los diferentes establecimientos públicos o privados del país, podrán solicitar la fundación de una filial y actuar como representantes de ese grupo de profesionales ante la AASM. Para solicitar la fundación de filiales, se deberá conformar una Comisión Directiva con: un presidente, un vicepresidente, un secretario científico y por lo menos un vocal, hasta un máximo de tres. La misma se registrará por el estatuto de la AASM.

INFORMES

AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

E-mail: administracion@asaludmental.org - www.aasm.org.ar

SUSCRIPCION GRATUITA

Para recibir la Revista Conexiones en su domicilio o lugar de trabajo, deberá suscribirse enviando un mail a administracion@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, sólo 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 PUBLICACION 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 benzodiacepínico 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
NEUROCIENCIAS
Un paso adelante