



CONEXIONES

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

Año 6 Nº 20 Mayo de 2010
DISTRIBUCION GRATUITA

**El Trastorno de
Ansiedad Generalizada:
una propuesta
etiopatogénica**

**A pertinência da
investigação do
Funcionamento
Executivo no
Psicodiagnóstico**

**La Clínica de las Psicosis:
de los Nombres
del Padre a la
constitución de una
posible suplencia**

**Enfermedad Crónica,
trauma y subjetividad
en la adolescencia**

**Profesionalizar la
gestión en Salud Mental**





PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: *JUAN CARLOS FANTIN*

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: *JUAN CARLOS BASANI*

ACOMPañAMIENTO 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

PROBLEMÁTICAS 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 GROSMAN*

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*

GESTIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y PLANIFICACIÓN

EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *H. HUGO BARRIONUEVO*

MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *GABRIEL SIANCA*

MUJER Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *M. M. BACCARO*

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *PATRICIA CABRERA*

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: *GUSTAVO TAFET*

NEUROPSICOLOGÍA

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. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PRESIDENTE: *IRMA ZURITA*

PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: *BEATRIZ GARDEY*

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: *DIEGO FEDER*

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

PRESIDENTE: *FABIO CELNIKIER*

PSIQUIATRÍA CLÍNICA, TERAPÉUTICA

PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *ARIEL FALCOFF*

REHABILITACIÓN - REINSECCIÓN SOCIAL Y

LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS

PRESIDENTE: *CLAUDIA RODRIGUEZ*

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: *SILVIA VOULLAT*

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*

SUICIDIO: PREVENCIÓN Y CONSECUENCIAS, CLÍNICAS Y SOCIALES

PRESIDENTE: *DIANA ALTAVILLA*

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN: OBESIDAD

PRESIDENTE: *MÁXIMO RAVENNA*

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: *GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS*

VIOLENCIA

PRESIDENTE: *SUSANA PONTIGGIA*

AASM

Asociación Argentina
de Salud Mental

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: Eduardo Grande

VICEPRESIDENTE: Pablo Fridman

SECRETARIO GENERAL: Alberto Trimboli

SECRETARIO CIENTÍFICO: Juan Carlos Fantin

SECRETARIO DE ACTAS: Silvia Raggi

SECRETARIO DE ÉTICA: Ricardo Soriano

SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Gustavo Bertrán

SECRETARIA DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: Liliana Moneta

SECRETARIO DE PRENSA: Ruben Gallardo

SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Carlos Marachlian

SECRETARIO DE CULTURA: Dario Galante

SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Ariel Falcoff

TESORERO: Nestor Saborido

VOCALES TITULARES: Susana Calero, Irma Dominguez, Beatriz Kennel

SUPLENTES: Fabio Celnikier, Beatriz Schlieper

COMISIÓN FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: Irma Zurita

VOCAL TITULAR: Rosa Daniell

VOCAL SUPLENTE: René Ugarte

MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

Samuel Basz, Pedro Boschan, Juan Carrega, Jorge Chamorro, Carlos Coquet, Horacio Etchegoyen, Osvaldo Delgado, Enio Linares, Andrea Lopez Mato, Gabriel Lombardi, Miguel Marquez, Roberto Mazzuca, Roger Montenegro, José Schávelzon, Sara Slapak, Ricardo Soriano, Jaime Yospe, Héctor Fischer

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 M. 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, García Mª Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan D., Naddeo Silvana E., Nisembaun Adriana, Oliveira 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

DELEGACION MENDOZA

PRESIDENTA: Miriam Aparicio

VICEPRESIDENTA: Nancy Caballero

SECRETARIA: Jimena Aguirre

DELEGACION METROPOLITANA NORTE

PRESIDENTE: Ignacio Penecino

VICEPRESIDENTE: Raul Solari

SECRETARIO CIENTÍFICO: Lucas Leserre

TESORERO: Jorge Faraoni

VOCALES: Juan Costa, Ramiro Gomez Quarello,

Valeria Cavalieri, Lorena Ausili

Delfina Lima Quintana

COORDINACION AREA ADMINISTRATIVA

Jorgelina Catenacci

CONTENIDO

5

Miguel Márquez
El Trastorno de Ansiedad
Generalizada: una propuesta
etiopatogénica

8

Leila Janot de Vasconcelos
A pertinência da investigação do
Funcionamento Executivo no
Psicodiagnóstico

18

Norberto Salvador Riccombene
La Clínica de las Psicosis: de los
Nombres del Padre a la constitución
de una posible suplencia

22

Rosana Alves Costa Garino
Enfermedad Crónica, trauma y
subjetividad en la adolescencia

26

H. Hugo Barrionuevo
Profesionalizar la gestión
en Salud Mental



Imagen de Tapa
Sorrow (1882) / Dolor
Vincent Van Gogh
Litografía, 27x44
Walshal museum and
Art gallery (Walshal,
England)

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

VI Congreso Argentino de Salud Mental



AASM2011

SEXO Y PODER

Clínica, Cultura y Sociedad

Buenos Aires, Argentina 2011

INFORMES E INSCRIPCION

AASM. Ayacucho 234 Ciudad de Buenos Aires
Tel. 4952-1923 / www.aasm.org.ar
administracion@aasm.org.ar

ADHESION

ELEA
NEUROCIENCIAS
Un paso adelante

Kemoter
Quetiapina
El camino a la armonía

El Trastorno de Ansiedad Generalizada: una propuesta etiopatogénica

Miguel Márquez

INTRODUCCIÓN:

EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Tiene mucho consenso entre quienes estudian la patología ansiosa que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es *el cuadro clínico esencial* y expresa, probablemente, el paradigma de los síntomas desadaptativos patológicos que se desarrollan como deformación de los mecanismos de la ansiedad normal. Es esencial no sólo por la precocidad de su aparición, su curso crónico y su resistencia al cambio, sino también porque el TAG puede ser considerado, desde una perspectiva que comentaré más adelante, como una consecuencia del anormal desarrollo, desde los primeros estadios del psiquismo, de las funciones cognitivo-emocionales que sostienen la ansiedad normal.

La historia contemporánea resumida del trastorno de ansiedad generalizada se inicia con la disección freudiana de la neurosis de ansiedad, separando la ansiedad generalizada de los episodios pánicos, y con la descripción de la expectación ansiosa como una ansiedad libre y flotante, difusa y somática. Recién el DSM III-R desechó la ansiedad flotante freudiana e hizo de la preocupación el síntoma esencial del trastorno. Se trata de un cuadro clínico con una larga historia en la Psiquiatría que *sólo recientemente ha sido identificado y caracterizado*, por lo que es necesario estudiarlo en profundidad para brindar a los profesionales de la salud mental los mejores elementos para su comprensión.

No tenemos datos de nuestro país, pero la prevalencia del TAG es muy alta en todo el mundo. Y también parece ser alta la prevalencia del equivalente de la ansiedad generalizada en la niñez, el trastorno por ansiedad excesiva, que aunque ha sido excluido de la nosografía tiene una presencia significativa en los consultorios de los psiquiatras y psicólogos infantiles. Pese a ello el TAG está claramente subrepresentado en centros psiquiátricos, probablemente por lo egosintónico de su sintomatología para quienes lo padecen, o porque es considerado "una forma de ser" que no amerita consideración especial para los que rodean al paciente. Su *alta prevalencia y su limitado acceso a la especialidad* son otras dos razones para estudiar el trastorno con detenimiento.

Pese a que se trata de un trastorno de inicio en la adolescencia o la adultez temprana, de evolución crónica, y en el que la remisión no es común, los pacientes con ansiedad generalizada pura se sienten identificados con su perfil clínico y valoran especialmente síntomas que para otras personas serían desagradables (como la preocupación, la tensión, el alerta y el sueño ligero). La observación longitudinal muestra que la ansiedad patológica generalizada, que en estado "puro" se expresa en el TAG, es un constructo dimensional y que *hay un momento en el que la preocupación normal se hace patológica*. Como esta línea es difícil de delimitar entre diferentes individuos, y aun en la misma persona en diferentes etapas de su vida, el TAG tiene a la vez y curiosamente, riesgos de sub diagnóstico y de sobre diagnóstico. Sin embargo, es especialmente notable el dete-

Médico Psiquiatra.
Director de ADINEU
(Asistencia, Docencia e
Investigación en Neurociencias).
Profesor Titular de
Neuropsicología. Facultad de
Humanidades. Universidad de
Belgrano.
Presidente Honorario de la
Asociación Argentina de
Trastornos de Ansiedad (AATA).
Presidente Honorario de la
Asociación Neuropsiquiátrica
Argentina (ANA).
Presidente de la Sección de
Trastornos de Ansiedad de la
Asociación Argentina de
Psiquiatras (AAP).
miguelmarquez@fibertel.com.ar

rioro psicosocial de estos pacientes cuando hay comorbilidad depresiva o somatoforme, situación harto frecuente, por lo que el TAG justifica ser considerado también por su *gravedad*.

LA ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA

La ansiedad normal es un concepto que describe una serie de comportamientos, reacciones fisiológicas, experiencias y expresiones emocionales que presenta el hombre ante *una situación de conflicto, es decir, cuando se enfrenta a la necesidad de tomar decisiones bajo riesgo y/o desarrollar acciones en las que hay un muy alto grado de competencia entre alternativas que son similares, a veces casi idénticas, y potencialmente correctas*. El sustrato neural de la ansiedad normal es muy complejo y utiliza “mecanismos ligados al miedo, a la memoria, a la exploración del contexto y a la localización de objetos en el espacio, a la organización de los programas motores, a los sistemas de recompensa y a las funciones ejecutivas para organizar su sustrato neural”. Por ende, la actividad normal de un sujeto requiere de un correcto funcionamiento de esas redes neurales y de los mecanismos que regulan el comportamiento. En la ansiedad anormal los mecanismos neuropsicopatológicos a los que hago referencia pueden estar perturbados de modo diferente y en distintos niveles por lo que, como desde hace tiempo propongo, no existe una sola ansiedad patológica sino que es posible identificar varias: la ansiedad, la preocupación, la ansiedad obsesiva o la ansiedad social.

Los distintos tipos de ansiedad patológica aparecen en diferentes momentos evolutivos, se expresan clínicamente con perfiles propios, se asientan sobre redes neurales que incluyen áreas diferentes del cerebro, con distintos sistemas de neurotransmisión y, obviamente, tienen perfiles neuropsicológicos que reflejan perturbaciones más o menos específicas de los mecanismos que orientan el comportamiento, es decir, la regulación emocional, las funciones ejecutivas, la cognición social y la metacognición.

La preocupación sería, evolutivamente, más reciente que la ansiedad anticipatoria. Hasta donde se puede saber, es exclusivamente humana y acompañaría a la aparición de inquietudes de tipo filosófico o existencial. En su respuesta autonómica, crónicamente sostenida, predominan el alerta orgánico y la tensión motora. Es una ansiedad *top down*, que no se origina a partir de estímulos ambientales, sino que es generada en la

mente del sujeto ansioso, como una respuesta a dificultades propias; por tanto, debe considerarse más *una ansiedad buscando una amenaza a percibir, que la ansiedad resultante de una amenaza percibida*. Produce, en el sujeto generalizadamente preocupado, la falsa percepción del potencial control sobre las amenazas anticipadas.

MECANISMOS ETIOPATOGÉNICOS DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA

Los mecanismos etiológicos propuestos para explicar la ansiedad generalizada han sido muchos: la anormal interpretación de estímulos ambiguos o neutrales como peligrosos, la intolerancia a la incertidumbre, el sesgo hacia la amenaza, los mecanismos de evitación de la ansiedad somática. Sin embargo, ninguno contesta las preguntas del sentido común de cualquier profesional de la salud mental enfrentado con un paciente con este cuadro. ¿Cuál es la alteración primaria en el TAG?; ¿qué es lo que explica que se tienda a malinterpretar los estímulos?; ¿por qué el sesgo hacia la amenaza y el temor a la incertidumbre, aun cuando las claves sean presentadas fuera de la conciencia?; ¿por qué no mejora la ansiedad cuando, al monitorear sus predicciones, los individuos con TAG comprueban que los acontecimientos fueron mucho menos graves de lo que preveían y, cuando no lo fueron, ellos se las arreglaron mejor de lo que esperaban para obtener buenos resultados?; ¿por qué fracasan en procesar correctamente el hecho de que la catástrofe cotidiana anticipada por la preocupación casi nunca ocurre, o porque no acontece la situación temida o porque cuando acontece es posible afrontarla razonablemente bien?

Creo que la respuesta a esa pregunta es que la esencia de la ansiedad generalizada consiste en que los pacientes con TAG, o al menos muchos de ellos, tienen una *franca incompetencia ejecutiva*, cierto tipo de incapacidad para tomar decisiones y para resolver problemas a partir de un desarrollo anormal de las funciones regulatorias que debieran sostener, justamente, los mecanismos para resolver problemas y tomar decisiones.

Y entonces, las dificultades concretas y normales de la vida real, las situaciones actuales y las futuras, las que plantea el devenir cotidiano (no las fantaseadas, ni las imaginadas, ni las anticipadas patológicamente porque sí) se hacen graves y preocupantes. Viven, desde pequeños (ya que tal incompetencia ejecutiva sería una consecuencia

de alteraciones del desarrollo precoz de los procesos más generales) en un mundo lleno de situaciones complejas, que les resultan muy difíciles de resolver y, ya que de su resolución depende la supervivencia, se transforman de hecho y realmente, en peligrosas y/o amenazantes. No saben si podrán resolverlas y no estarán tranquilos hasta saberlo.

La evaluación neuropsicológica de pacientes con TAG muestra un déficit en los procesos de conceptualización, razonamiento no verbal, jerarquización, anticipación, estrategias y planeamiento, resolución de problemas y toma de decisiones. También hay alteraciones de la regulación emocional, la cognición social y la metacognición. Todo esto suele presentarse con capacidades atencionales normales y memoria de trabajo conservada.

Los déficits en procesos que sostienen una adecuada lectura del contexto no les permiten discriminar las situaciones peligrosas de las no peligrosas; todas pueden serlo, cualquier estímulo tiene la misma valencia (en abstracto) y los estímulos no se miden ya contextualmente sino por su valor abstracto. Estas fallas se constituirían en *el centro de la disfunción regulatoria* de estos pacientes, quienes tienden a desarrollar comportamientos compensatorios ante tales déficits. Se generarían así sesgos cognitivos y esquemas que favorecen la preocupación y la anticipación exagerada y generalizada. La dificultad para actuar de una manera proactiva y efectiva facilita la aparición de la ansiedad patológica como un mecanismo compensador. La preocupación sería entonces una estrategia secundaria a la incompetencia y un mecanismo evitativo al mismo tiempo. *"El problema no está en el problema sino en la incapacidad de resolver problemas..."*

CONCLUSIONES

Quien vive con dificultades la resolución de problemas, aun los más simples, de la vida cotidiana, obviamente verá el mundo como un lugar peligroso y amenazante y a la vida como una sucesión de momentos potencialmente desagradables; ello no se contradice (más aún se refuerza) con el hecho de que si los padres no son capaces de proporcionarles seguridades, sus síntomas se agravan, como afirman los teóricos del apego. También los sesgos cognitivos hacia contenidos amenazantes admiten una reconceptualización desde esta perspectiva; todo es importante, todo

es amenazante, todo es peligroso. Y resulta explicable que las estructuras de personalidad más frecuentes en pacientes con TAG sean la dependiente y la evitativa. Finalmente es útil tener en cuenta las alteraciones de los procesos de aprendizaje, sobre todo por las dificultades que tienen para aprender de lo ya hecho, lo que hace que el ansioso generalizado se encuentre una y otra vez con el mismo problema como si fuera inédito.

Desde estas ideas se abren también nuevas perspectivas en el terreno terapéutico; ya que la eficacia de la asociación de fármacos con terapia cognitivo-conductual es como mucho moderada, con un promedio de cerca del 50% de los pacientes tratados aún sintomáticos, hemos propuesto incluir en los esquemas terapéuticos tradicionales un *"tercer espacio terapéutico"*, que se refiere a la rehabilitación específica de los procesos neuropsicológicos perturbados, con resultados que, aunque necesitan confirmación, parecen alentadores.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1995). *DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM IV TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revised*. Washington: American Psychiatry Press.
- Barlow, DH & Di Nardo PA (1991). *The diagnosis of Generalized Anxiety Disorder: development, current status and future directions*. En RM Rapee (Ed) *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and mixed anxiety-depression*. (95-119) New York: Guilford Press.
- Dagleish, T. y Power, M. (1999). *Handbook of Cognition and Emotion*. London: John Wiley & Sons Ltd.
- Freud, S. (1972). *Obras Completas*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva Madrid.
- Gray, J. y McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Heimberg, R.; Turk, C.; Mennin, D. (2004). *Generalized Anxiety Disorder Advances in Research and Practice*. The Guilford Press.
- Márquez, M. (2001). *Bases psiconeurobiológicas de la ansiedad*. Boletín Neurológico Fundación Alfredo Thomson, Vols. 32, 33 y 34. Buenos Aires: Fundación Alfredo Thomson.
- Márquez, M. (2004). *Behind the anxiety: evidence and experience in Psychiatry*. En Mario Maj (Ed) *World Psychiatric Association. Series Vol 8. Personality Disorders*. London: John Wiley & Sons Ltd.
- Márquez, M. (2001). *Psiconeurobiología del Trastorno de Ansiedad Generalizada*. *Anxia*, 3, (4), Págs. 9-16.

A pertinência da investigação do Funcionamento Executivo no Psicodiagnóstico

Leila Janot de Vasconcelos

Psicóloga, Especialista em Neuropsicologia, Mestrado e Doutorado em Psicologia Cognitiva, Representante Regional da Sociedade Brasileira de Neuropsicologia, Coordenadora do Curso de Especialização em Neuropsicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde.
Brasil
leilajanot@gmail.com

“Os historiadores da arte notaram um detalhe curioso em A criação de Adão, o grande afresco de Michelângelo, no teto da Capela Sistina. O manto de Deus tem a forma precisa do contorno do cérebro, seus pés pousam no tronco cerebral e sua cabeça está emoldurada pelo lobo frontal. O dedo de Deus, apontado para Adão, e tornando-o humano, projeta-se do córtex pré-frontal. Nas palavras de Meier-Graefe: ‘Há mais gênio no dedo de Deus chamando Adão para a vida do que no conjunto da obra de qualquer precursor de Michelângelo’. Ninguém sabe se a alegoria foi planejada por Michelângelo, ou se a semelhança é mera coincidência (é provável que seja a segunda alternativa). Mas é difícil imaginar um símbolo mais poderoso do profundo efeito humanizador dos lobos frontais. Os lobos frontais são verdadeiramente o órgão da civilização”. Elkhonon Goldberg (2002)

“Psicodiagnóstico é um processo científico, limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos, em nível individual ou não, seja para entender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever o seu curso possível, comunicando os resultados, na base dos quais são propostas soluções, se for o caso” (Cunha, 2005). A realização de um psicodiagnóstico tem como objetivo principal a identificação do funcionamento psicológico do indivíduo, visando identificar características e/ou estrutura de personalidade, para que, a partir desta identificação, seja mensurado o fenômeno psicológico e tomadas as decisões necessárias sobre a vida deste indivíduo. Esta tomada de decisão pode atender as mais diversas demandas da vida cotidiana e se inserir em diversos âmbitos, como o clínico, o jurídico, o organizacional, entre outros. O processo de um psicodiagnóstico, atividade exclusiva do psicólogo, envolve: a entrevista e/ou anamnese, contato com o profissional solicitante, observação clínica, o levantamento de perguntas e hipóteses diagnósticas (relacionadas com o motivo do encaminhamento, entrevistas e observação clínica), seleção e utilização de testes e técnicas de exame psicológico, levantamento qualitativo e quantitativo dos dados, formulação de inferências pela integração dos dados obtidos, elaboração do laudo psicológico, comunicação de resultados e encerramento do processo.

O objetivo do nosso trabalho diz respeito à discussão do item ‘seleção e utilização de testes e técnicas de exame psicológico’. Partimos do pressuposto de que os instrumentos utilizados por uma ciência refletem o arcabouço teórico desta ciência e devem relacionar a teoria e a prática; a psicologia tem, atualmente, avançado bastante na compreensão do seu principal objeto de estudo, o ser humano, através da contribuição das chamadas neurociências e, mais especificamente, da neuropsicologia.

O Conselho Federal de Psicologia, através da Resolução 002/2004, reconhece a neuropsicologia como especialidade em Psicologia para finalidade de concessão e registro do título de especialista. Assim, desde 2004, a ciência psicológica inclui, no seu respaldo teórico, os conhecimentos advindos da neuropsicologia. Mostra-se, portanto, relevante utilizar os achados neuro-

psicológicos na realização de um psicodiagnóstico. Podemos ampliar a magnitude de uma investigação psicológica acerca da estrutura e características de personalidade, incluindo instrumentos e conhecimentos que explicitam a relação existente entre comportamento e funcionamento e estrutura cerebral. Dalgarrondo (2008) define a personalidade como “um conjunto de traços psíquicos, consistindo no total das características individuais, em relação com o meio, incluindo todos os fatores físicos, biológicos, psíquicos e socioculturais de sua formação, conjugando tendências inatas e experiências adquiridas no curso de sua experiência”.

Partilhamos da compreensão acerca da personalidade apresentada acima e, reconhecemos tanto que existe o desdobramento desta compreensão teórica, quanto que a ampliação do entendimento deve se refletir na nossa prática. Assim, nossa proposta diz respeito à inclusão, no conjunto de instrumentos e técnicas do psicodiagnóstico, de testes psicológicos que investiguem o nível intelectual e o funciona-

mento executivo, os quais forneceriam informações relevantes, possibilitando ampliar, ratificar, clarificar ou confrontar os dados obtidos através da aplicação das técnicas projetivas como o Teste de Apercepção Temática, o Rorschach ou o Teste Zulliger.

Necessitamos, portanto, para avançar na exposição da nossa proposta, pontuar algumas questões e conceitos sobre a neuropsicologia, ciência que estuda as relações existentes entre cérebro e comportamento e sobre o funcionamento executivo. Lezak (1995) define a neuropsicologia como a ciência cujo objetivo é estudar a relação entre encéfalo e comportamento humano; para Gil (2002), a neuropsicologia dedica-se ao estudo dos distúrbios cognitivos e emocionais, bem como ao estudo dos distúrbios de personalidade. Mas, toda esta tentativa de ir ‘além do sujeito psíquico’, não é tão recente; Luria (1991), com a contribuição de Vygotsky e Leontiev, se propôs a estabelecer uma abordagem para a psicologia que a habilitasse a “descobrir o caminho através do qual, pro-

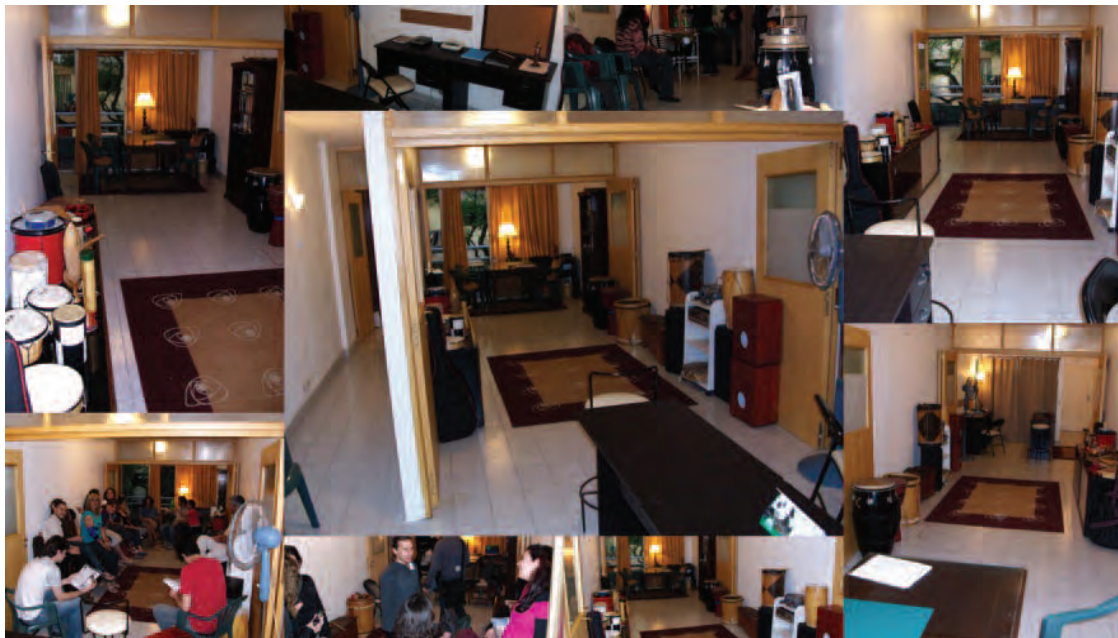
CENTRO DE MUSICOTERAPIA CLÍNICA

Dirección General: Lic. Rubén Gallardo

Coordinador de Asistencia: Lic. Darío Caniglia - Coordinadora de Investigación: Lic. Patricia Cabrera

ATENCIÓN DE NIÑOS – ADOLESCENTES – ADULTOS – ADULTOS MAYORES

Programa de Asistencia del Niño con Trastornos del Desarrollo y la Comunicación



MARIO BRAVO 1029 4º C 4963-1693 Cel. 15 6206 7104 FAX 4963-2123 Palermo - CABA

musicoterapia@maimonides.edu - www.amdar.com.ar – www.musicoterapiaweb.com.ar

cessos naturais como a maturação física e mecanismos sensoriais se interconectam com processos culturalmente determinados para a produção das funções psicológicas complexas do adulto". Alguns anos depois, Ardila e Ostrosky-Solis (1996), afirmaram que "ao buscar compreender as relações entre as funções cerebrais e a conduta humana, por meio de diferentes técnicas diagnósticas, a neuropsicologia visa atingir três objetivos principais: (1) objetivo teórico, o estudo das relações entre os processos psicológicos e a organização do sistema nervoso; (2) objetivo clínico, o desenvolvimento e aplicação de procedimentos de avaliação neuropsicológica; (3) objetivo aplicado, a criação e aplicação de procedimentos de reabilitação em caso de alteração cerebral".

A partir das definições, abordagens e objetivos expostos acima, podemos vislumbrar a possibilidade tanto da ampliação do nosso campo de investigação através da avaliação psicológica, quanto da superação de uma visão mais limitada, que só investiga os fenômenos psicológicos a partir de um

respaldo teórico que se restringe ao sujeito psíquico. Passamos, nós psicólogos, muito tempo exigindo que outros profissionais da área de saúde enxergassem, além da doença orgânica, o sujeito psíquico, os fenômenos psíquicos envolvidos na doença. Mas, nós também tínhamos uma visão reducionista: embora soubéssemos, não dávamos a ênfase necessária às questões orgânicas; não conseguíamos explicar a conduta, o comportamento ou as funções cognitivas na sua relação anátomo-clínica com o funcionamento cerebral. As pesquisas, os avanços teóricos e relativos às neuroimagens não permitem uma metodologia ou procedimento técnico, em psicologia, que ignore esta possibilidade, que não leve em consideração as questões estruturais e funcionais do cérebro no comportamento humano. No âmbito da avaliação psicológica teríamos uma possibilidade de investigação através da neuropsicologia ou mais precisamente, da avaliação neuropsicológica, que, segundo Mader (2002), seria 'um método de investigação do funcionamento cerebral atra-

2^o

Simposio Argentino de Psiquiatria, Psicopatología y Salud Mental

Abasto Plaza Hotel, 26 y 27 de Noviembre de 2010

Av. Corrientes 3190, Buenos Aires, Argentina

Ejes Temáticos: Psiquiatria Clásica - Psicofarmacología - Psicopatología - Nosografías - Psicoanálisis - Terapia Cognitiva - Terapia Sistémica - Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos - Trastornos del Estado de Ánimo - Demencias y otros cuadros mentales orgánicos - Trastornos de Ansiedad - Somatización - Trastornos por Consumo de Sustancias - Trastornos de la Alimentación - Trastornos de Personalidad - Calidad de Vida - Psicopatología Infanto Juvenil - Sociedad y Salud Mental - Violencia - Interconsulta-interfase psiquiatria y psicoanálisis.

Fecha Límite de presentación de:

resúmenes de comunicaciones libres y pósters: **15 de octubre de 2010**

Los colegas que se inscriban en este Simposio contarán con 20% de descuento para el VI Congreso Argentino de Salud Mental 2011.

Informes, costos e inscripción:

Ayacucho 234. Ciudad Autónoma de Bs. As. República Argentina

Tel: [54-11] 4952-1923/8930

Móvil: [54-11] 15-3013-0929

administracion@aasm.org.ar

vés do comportamento, com base em técnicas desenvolvidas pela Psicometria, Neuropsicologia e Neurologia Comportamental.

Nosso comportamento envolve, necessariamente, o funcionamento cerebral. Segundo Kolb e Whishaw (2002), O cérebro parece estar associado a três grandes funções: (1) produzir comportamento, (2) criar uma realidade sensorial e (3) criar conhecimentos que integrem informações históricas e advindas de diferentes sistemas sensoriais, bem como utilizá-los para gerar o comportamento.

O avanço científico da neuropsicologia, nestas últimas décadas, se mostra permeado pelo interesse em compreender o funcionamento cognitivo como um todo; as diversas funções neuropsicológicas, as diferenças entre o funcionamento neuropsicológico normal e o patológico e os substratos neurais dos processos cognitivos mais complexos. A ênfase é na cognição, pois "a cognição é que nos permite funcionar no dia a dia. Refere-se à capacidade para se atender às coisas de um modo seletivo, para se concentrar durante um determinado período de tempo, para aprender novas informações e esquemas de comportamento, para planejar, para determinar estratégias de ação e executá-las. E, também, para compreender a linguagem e usar esquemas verbais a fim de comunicar-se e se auto-expressar, bem como para reter informação e manipulá-la de modo a resolver problemas complexos" (TEIXEIRA, 2005). A cognição humana é composta de várias funções neuropsicológicas, denominadas de funções corticais superiores, tais como: inteligência, atenção, memória, linguagem, habilidades viso-constructivas e viso-perceptivas, percepção e funções executivas, as quais representam nosso objeto de estudo.

Em neuropsicologia, as funções executivas são definidas, em termos gerais, como uma gama de operações cognitivas que guardam, entre si, uma relação de interdependência e são relacionadas, em termos estruturais, aos lobos frontais do cérebro humano. Neste conceito se incluem habilidades vinculadas à capacidade de planejar e organizar uma tarefa, selecionar apropriadamente os objetivos, dar início ao plano e sustentá-lo na mente enquanto o executa, inibição das distrações, mudança de estratégias de modo flexível, quando necessário, auto-regulação e controle do curso da ação

para assegurar-se que a meta proposta será alcançada. Em outras palavras, organização, antecipação, planejamento, inibição dos estímulos irrelevantes, manutenção da atenção, memória de trabalho, flexibilidade, auto-regulação e controle de conduta. Estes fatores constituem requisitos importantes para atender a demanda da vida cotidiana de maneira eficaz e eficiente, sendo necessário investigá-los quando se avalia comportamento, conduta, personalidade.

Baddeley (1986, citado por BOLOGNANI e RODRIGUES, 2000) descreveu a 'síndrome desexecutiva', que inclui alta distrabilidade, dificuldades de realizar tarefas complexas e lidar com situações novas. Segundo este autor, tais déficits seriam originados por uma falha no componente executivo central da memória operacional, ou seja, uma dificuldade na supervisão atencional que a memória necessita para realizar operações mentais imediatas, simultâneas e dirigidas a um objetivo. Num contexto clínico, Baddeley, definiu uma constelação de alterações cognitivo-comportamentais relacionadas com a 'síndrome desexecutiva', que compreende os seguintes elementos: dificuldade para concentrar-se em uma tarefa e finalizá-la sem o controle externo; presença de um comportamento rígido, perseverante e, por vezes, com conduta estereotipada; dificuldades no estabelecimento de novos repertórios de comportamento, aliado a uma falta de capacidade para utilizar estratégias operativas; limitações na produtividade e na criatividade, com falta de flexibilidade cognitiva; incapacidade para a abstração e dificuldades para antecipar as conseqüências do seu comportamento.



Centro de Terapia Cognitiva

Directora Lic. Sara Baringoltz



Posgrado - Cursos

Talleres - Cursos Viajeros

Grupos de Estudio

Para más información visite nuestra página web www.ctcar.com.ar

Av. del Libertador 5881 1° "A" - Ciudad Autónoma de Bs. As.

Tel./Fax: 4783-5114 - Tel. 4787-4666

informes@ctcar.com.ar

Horario de atención: Lunes a Viernes de 8 a 21 hs. y Sábados de 9 a 13 hs.

Interessante pontuar que, em termos do funcionamento neuropsicológico, podemos encontrar disfunções, rebaixamento ou comprometimento neste funcionamento sem a correspondência de um componente estrutural; ou seja, podemos encontrar distúrbios ou disfunções ligadas ao funcionamento executivo sem que exista uma doença ou lesão cerebral: seriam os distúrbios funcionais, os fenômenos psicológicos ou neuropsicológicos, objeto de estudo da neuropsicologia e da psicologia na sua abrangência de interesses.

Com relação aos distúrbios neuropsicológicos relacionados aos lobos frontais, Cummings (1993, citado por BOLOGNANI e RODRIGUES, 2000), agrupou os distúrbios chamados frontais, correlacionando-os a regiões que podem ser distintas funcional e anatomicamente, identificando três síndromes principais:

Síndrome dorso lateral: caracterizada por déficits das funções executivas, dificuldades para: planejar e iniciar as ações, executar comportamentos de acordo com os objetivos, verificar e monitorar o próprio desempenho, julgar adequadamente as situações e sua própria condição, mudar, de forma flexível, as estratégias de ação ou a linha de pensamento;

Síndrome do cíngulo anterior: observam-se, predominantemente, a abulia, a apatia, a lentidão na emissão de respostas e a diminuição da espontaneidade;

Síndrome órbito-frontal: as alterações de personalidade são o principal déficit, caracterizando-se por comportamento socialmente inapropriado, intimidade excessiva, labilidade de humor e dificuldade na condição de empatizar com sentimentos alheios. A partir da contribuição da neurociência relativa ao maior conhecimento do efeito dos genes, neurotransmissores e hormônios sobre o cérebro e comportamento, ocorreu um significativo avanço no entendimento do comportamento humano normal e patológico. Muitas pesquisas são dedicadas ao esclarecimento dos transtornos mentais, tais como esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, a depressão, a ansiedade patológica, etc. Muitos destes estudos e pesquisas demonstraram uma significativa implicação de um funcionamento executivo prejudicado e/ou deteriorado.

Um dos testes neuropsicológicos mais utilizados na investigação do funcionamento executivo é o 'Teste Wisconsin', onde identificamos, principalmente, a capacidade de elaboração de uma hipótese de trabalho e de sua verificação, aceitando-a ou refutando-a, conforme informações fornecidas pelos estímulos e/ou atividade, flexibilidade ou rigidez cognitiva, capacidade de aproveitamento das pistas fornecidas pela própria situação de testagem, condição cognitiva de manter a atenção e o raciocínio utilizado até a conclusão da proposta, capacidade de inibir os estímulos distratores e controle da impulsividade - dados que podem ser confrontados com alguns parâmetros dos testes projetivos: Rorschach, Zulliger e Teste de Apercepção Temática.

Nosso foco de estudo enfatiza, além da necessidade de incluirmos a investigação do funcionamento executivo na realização de um psicodiagnóstico, a comparação de alguns parâmetros de análise do Teste Wisconsin com alguns parâmetros do psicograma do Teste Rorschach - Tipo de Apercepção (G D Dd), Tempo de Reação, Tempo de Resposta, Respostas Formais e Formais bem vistas (F% / F+%), Porcentagem de Respostas de Conteúdo Animal, Sucessão e Fenômenos Especiais.

Esta relação e/ou comparação entre os resultados obtidos nos dois testes (Wisconsin e Rorschach) pode ampliar, ratificar ou esclarecer os dados obtidos no psicodiagnóstico, além de possibilitar a inclusão da visão neuropsicológica na análise dinâmica de personalidade, reforçando a concepção do homem como um sistema dinâmico e ressaltando a interdependência entre os fatores orgânicos, socio-culturais e psíquicos.

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 . B1679AJ0 . Quilmes Oeste
(+54-11) 4250-1061 c. Rotondas / Fax: 4200-0909 / info@abrines.com.ar
www.abrines.com.ar

Bibliografía

CUNHA, Jurema Alcides. *Psicodiagnóstico – V. 5ª edición revisada e ampliada*, Porto Alegre: Artmed, 2000.

CRUZ, Roberto Moraes; ALCHIERI, João Carlos e SARDÁ JR, Janir João. *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e de intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª edição, Porto Alegre, Artmed, 2008.

GIL, Roger. *Neuropsicologia*. 2ª edição, São Paulo: Livraria Santos Ed, 2002.

GOLDEBERG, Elkhonon O *Cérebro Executivo: lobos frontais e a mente civilizada*. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

LURIA, Aleksandr Romanovich. *Fundamentos da Neuropsicologia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – USP, 1981.

MÄDER, M. J. (1996) *Avaliação Neuropsicológica*. *Psicol. Ciênc. Prof.*, Ano 10, No 3.

MUÑOZ-CÉSPEDES, J. M. e Tirapu-Ustárrros, J. *Rehabilitación de las funciones ejecutivas*. *Rev Neurol* 2004; 38(7); 656-663.

GAZZANIGA, Michel S. *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. Gazzaniga, Michael S. E Todd F. Heatherton, ; trad. Maria Adriana Verissimo Veronese – 2. Imp. Rev. – Porto Alegre, Artmed, 2005.

SENNY, A. L., CAPOVILLA, F. C. & MONTIEL, J. M.

Transtornos de Aprendizagem: da avaliação à reabilitação. São Paulo, Artes Médicas, 2008.

SOUZA, Ricardo O et al. *Contribuição à Neuropsicologia do comportamento executivo – Torre de Londres e Teste Wisconsin em indivíduos normais*. *Arq. Neuropsiquiatria*, v. 59, n. 3-A, p. 526-31, 2001.

SPREEN, O. e Struss. E. *A Compendium of Neuropsychological Tests*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

SQUIRE, Larry R. *Memória: da mente às moléculas*. Porto Alegre, Artmed, 2003.

TEIXEIRA, João F. *Filosofia e Ciência cognitiva*. Petrópolis: Vozes, 2004.

VASCONCELOS, Leila. *Avaliação Psicológica: uma proposta de investigação através da neuropsicologia*. In: *Conselho Regional de Psicologia – 13ª Região (2001) A Diversidade da Avaliação Psicológica: Considerações teóricas e Práticas*. João Pessoa: Idéia, 2001.

VASCONCELOS, Leila. *Funções Executivas e Resoluções de Problemas Aritméticos*. In RIBEIRO DO VALLE, Luíza Elena L. (org.). *Temas Multidisciplinares de Neuropsicologia e Aprendizagem*. São Paulo: Tecmedd, 2004.

VAZ, C. E. *O Rorschach – Teoria e Desempenho*. 3ª edição, Banieri, São Paulo: Manole, 2008.

VILEMOR, Anna Elisa de, Blanca Suzana Guevara Werlang, (org.) *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*. Itatiba, São Paulo: CasaPsi Livraria, Editora e Gráfica, 2008.



ANUDAR Asociación Civil

Acompañamiento Terapéutico Especializado en Salud Mental

Dirección General: Lic. Lucila Donnarumma - Lic. Carlos M. Chiappara - Dirección Médica: Dra. Liria García
Coordinación médica: Dr. Alexis F. Engel - Coordinadora General Área Asistencia: Lic. María Belén Chiappara

Declarado de Interés Sanitario de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Bs. As. (Res. 114/06) I.G.J. N° 582
 CENOC O.N.G N° 9256



V Jornada de ANUDAR “El Acompañante Terapéutico en el Siglo XXI”

-5 de junio de 2010 -

Centro Cultural Gral. San Martín
 Sarmiento 1 5 5 1 Sala “C”, CABA.

Certificados de asistencia

Actividad sin arancelar

Inscripción telefónica (011) 4305-5781 o vía e-mail info@anudar-at.org.ar

CABA: Constitución 1738 (y Av. Entre Ríos) Tel. (011) 4305-5781

La Plata: Tel. (0221) 15 465-1084

www.anudar-at.org.ar

info@anudar-at.org.ar



INSTITUTO ARGENTINO DE FORMACIÓN EN SALUD MENTAL

Miembro de la World Federation for Mental Health (WFMH)

CONSEJO ACADÉMICO

Alberto Trimboli, Eduardo Grande, Juan Carlos Fantin,
Silvia Raggi, Pablo Fridman, Gustavo Bertran

CURSOS PRESENCIALES, SEMI-PRESENCIALES Y A DISTANCIA

Se otorgan certificados de participación y/o aprobación.

Otorgan puntaje para recertificación del título de psiquiatra y para acreditar horas de capacitación para los profesionales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

CURSOS A DISTANCIA

PACIENTES CON LA VIDA AMENAZADA: UN CAMPO DE ACCIÓN PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Directora: Lic. Ana I. Marquis
Inicio: 1 de junio

CURSO DE PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

Directora: Beatriz Schlieper
Inicio: 28 de mayo

CURSO A DISTANCIA - POSTGRADO INTERDISCIPLINARIO EN ADICCIONES

Dirección General: Dra. Susana Calero
Lic. Alberto Trimboli - Lic. Silvia Raggi
Inicio: 18 de junio

POSTGRADO EN PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

Directores: Dr. Juan Carlos Fantin - Lic. Alberto Trimboli -
Dr. Pablo Fridman
Inicio: 16 de julio

TRASTORNOS EN EL APRENDIZAJE ESCOLAR

Director: Eduardo Grande
Inicio: 15 de junio

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Director: Jerónimo Grondona
Inicio: 28 de mayo

ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNOS BIPOLARES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Director: Eduardo Grande
Inicio: 11 de junio

PSICOPROFILAXIS I: CONCEPTOS BÁSICOS EN PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

Directoras: Lic. Irma Zurita - Lic. Patricia Oliveira
Inicio: Junio de 2010

CURSOS PRESENCIALES

LA SEXUALIDAD EN S. DALÍ, F. GARCÍA LORCA Y L. BUÑUEL

Inicio: 6 de Agosto
Directora: Ma. Julia Cebolla Las Heras

PSICOANÁLISIS EN PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Directora: Ana Inés Marquis
Fecha: a confirmar

TALLER SOBRE PRÁCTICA PERICIAL PSICOLÓGICA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Director: Alberto Trimboli
Inicio: Mayo de 2010
Meses: Mayo, junio, agosto y septiembre
Horario: 14 a 15.15 hs
Frecuencia: 2º y 4º martes de cada mes

INFORMES E INSCRIPCIÓN

AASM. Asociación Argentina de Salud Mental
Ayacucho 234 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel. 4952-1923
www.aasm.org.ar - administracion@aasm.org.ar



Dirección General: Lic. Darío Galante

Dirección Área Clínica: Dra. Patricia Schnirelman

Dirección Área Docencia: Lic. Alicia Prefumo

OBJETIVOS

Instituir un ámbito orientado a la formación clínica en su articulación con la teoría y al intercambio de experiencias entre los participantes.

Objetivos específicos

Conformar un dispositivo para la atención de pacientes a cargo de los participantes de la Escuela.

Constituir equipos de supervisión clínica donde se trabajarán los casos aportados por los participantes para su discusión y orientación clínica de la cura.

Brindar seminarios de formación psicoanalítica orientados hacia dos temáticas centrales: las Estructuras clínicas y los Síntomas actuales.

Inicio de Actividades: Agosto de 2010

CONDICIONES DE ADMISIÓN

El dispositivo está dirigido a profesionales egresados de las carreras de Psicología y Medicina y afines a la salud mental (entrevista previa) que se encuentren transitando distintos momentos en su formación en el campo de la salud mental, interesados en la práctica clínica y su articulación con la teoría.

A su vez, se prevé la participación de estudiantes avanzados para efectuar un acercamiento a la clínica, mediante su participación en los espacios de supervisión y en los seminarios.

ORGANIZACIÓN Y CONTENIDOS DE LA ESCUELA CLÍNICA

La duración de la escuela será de dos años con la posibilidad de ingresar en los meses de agosto y marzo.

La carga horaria será de 120 horas anuales compuestas por:

40 horas de seminario en la modalidad de un encuentro mensual los días sábados de 08.30 a 13.00 hs

80 horas de supervisión clínica, compuestas por encuentros semanales grupales de 2 horas de duración cada uno.

Seminarios

Los seminarios se organizarán en torno a dos módulos anuales.

1º Módulo:

Estructuras clínicas

- 1) Presentación- Conversación clínica.
- 2) Neurosis: Histeria. Fobia. Neurosis Obsesiva.
- 3) Psicosis.
- 4) Perversión.
- 5) Rasgos perversos en las estructuras clínicas - Diagnóstico diferencial entre locura y Psicosis.
- 6) Psicofarmacología.

2º Módulo

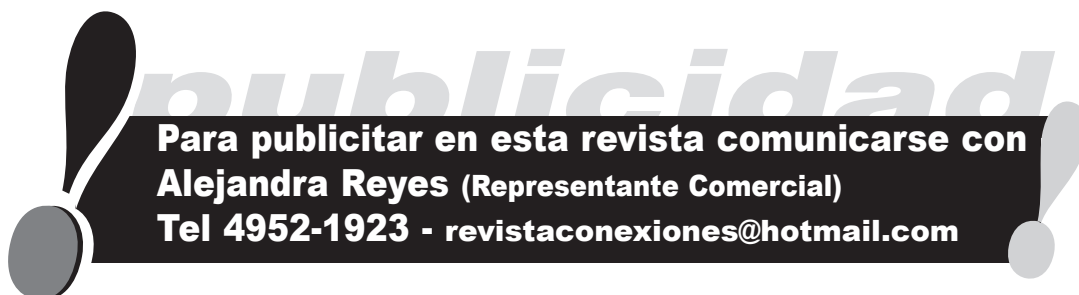
Síntomas actuales: Toxicomanía. Anorexia-Bulimia. Obesidad. ADD. Ludopatías. Patologías del acto.

Incluye Supervisiones clínicas y Práctica clínica.

Certificación:

El certificado de aprobación habilitará a la posibilidad de incluirse en el staff del Departamento de Asistencia de la Asociación Argentina de Salud Mental.

Informes e inscripción: AASM. Asociación Argentina de Salud Mental
Ayacucho 234 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel. 4952-1923
www.aasm.org.ar - administracion@aasm.org.ar



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



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

La Clínica de las Psicosis: de los Nombres del Padre a la constitución de una posible suplencia

Norberto Salvador Riccombene

Lic. en Psicología (UBA).
Miembro de equipo asistencial
Hospital Psicoasistencial José T.
Borda. Clínico con formación psi-
coanalítica. Docente de la
Universidad Nacional de Tres de
Febrero y de la Universidad
Nacional de Río Negro.
salva_riccomb@hotmail.com,
Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina.

EL SUJETO EN LOS CONTEXTOS ACTUALES

Sólo un adagio aventura al psicoanalista en su recorrido personal: aquel que nos obliga a no olvidarnos de los horizontes de la época. El discurso del tecnocapitalismo y sus creaciones alientan cada día más el eclipse del sujeto que, convertido en consumidor, se aloja en los pliegues de un mercado que crece a expensas de su existir. La ideología neoliberal se funda en el consumo de mercancías y objetos de todo tipo, fomentando la idea de que con esta práctica se toma la *via reggia* de acceso a la felicidad. Todo es consumible. Producimos montañas de objetos para llenar el vacío y olvidar que también hace falta una razón para vivir. "(...) *El debilitamiento de la figura del Padre, su crimen, alentado por la tecnocracia con su marcha tecnológica y su poder, configura esta era del placer y del capricho que deja como saldo niños asesinos, adolescentes petrificados en desechos sociales, juventud burlada en su derecho a recibir el límite: vuestra soledad desnuda es testimonio de los sacrificios ultramodernos*" (Legendre, 2008:28). Una de las soluciones fallidas que intentan velar el vacío es filtrarla a través del consumo masivo de drogas que apunta a la ruptura del lazo social, del otro, de la palabra, propio de nuestra contemporaneidad. La interiorización de la violencia pasa bajo la piel; es cada vez menos visible, perceptible, y en su invisibilización arrastra al sujeto a la desincorporación del mundo, a su retiro. En este orden de cosas se crea un marco social de tensiones y rupturas difíciles de obturar; el contexto se hace texto en personalidades débiles y con pocos recursos simbólicos para soportar este embate; no afirmamos que la patología tiene un origen social, pero convenimos en que participan múltiples factores que configuran un empuje hacia el consumo compulsivo de drogas. No quedan exentas las psicosis de esta generalidad del discurso, que ofrecen a la clínica psicoanalítica sus cambios, presentándole nuevas fachadas que rechazan la castración y son efecto de la ruptura con el Otro. Casos complejos donde se entremezclan y confunden razones con causas. Las particularidades de los mismos los convierten en territorio propicio para investigar y poner a prueba aportes del psicoanálisis en una clínica freudiana de las psicosis basada en las evidencias de su propia clínica.

ESTRUCTURA FREUDIANA DE LAS PSICOSIS

Las formulaciones sobre las psicosis fueron progresando hasta la última tesis de Lacan sobre el tema: la postulación de una equivalencia entre la cadena borromea y el nombre del Padre, trabajo realizado a partir de 1975, que es un avance más en su investigación; el Padre es el Uno, que

intentará rodear un agujero; este Uno estará presente en cada anillo, ya que la ausencia de sólo uno será suficiente para romper la cadena, reduce el NP_a "dar un nombre a las cosas con todas las consecuencias que ello comporta, en particular gozar" (Maleval: 2005:128). La cadena es solidaria al acto de enunciar, crear de la nada las cosas y, apoyándose en las matemáticas, le permite afirmar que no hay no-nudo, en definitiva el nudo es ceñimiento de lo real. Maleval señala que a partir de RSI: "el síntoma se sostiene en la letra, en el uno del significante, en la medida que este Uno se puede escribir como letra y permanecer así fuera del orden del discurso" (Maleval: 2005:130). Si dijimos con anterioridad que el Otro está falto de un significante, el nombre del Padre y el síntoma concurren solidarios a ese lugar vacío; son dos elementos llamados a acudir a ese lugar; el cuarto término de la cadena es el que ciñe la cadena otorgándole su anudamiento. El término de forclusión ahora será un fallo en el anudamiento de la cadena, imponiéndose más que un rechazo, actualizando las nociones de carencia o de falla para nombrar la insuficiencia que provoca esta deslocalización del goce. Es con Joyce que Lacan satisface esta elaboración, dando lugar al concepto de *suplencia*, para el caso la escritura como reemplazo de lo que falla. La última formulación acerca de la forclusión, permite una reconsideración de la idea de rechazo absoluto, a la noción de falla, de carencia del padre, utilizando el matema Po, con esta notación que nomina la falta de identificación paterna. En base a estos desarrollos se elabora otra clínica de las psicosis, fundada en la posibilidad de un nuevo centramiento, apostando a elaborar alguna suplencia que anude esta falla estructural, permitiendo el enganche del significante a lo real. Encontramos en el valor de significación de la palabra suplencia (f. acción de suplir una persona a otra en un cargo, oficio, etc.) (Karten: 1974:1359) una estrecha relación con lo que Lacan definió como la manera de elaborar un sustituto del nombre del padre, vía lo social, la función de ser nombrado *para*, el que nombrado para un cargo adquiere, por deslizamiento metonímico, un nombre de grado o función; entonces lo social aquí adquiere la función de nudo. Ahora podemos asignarle a la tarea de suplir, también la noción de reparar la falla, hacer un nudo, reemplazar lo que falta, pero lo que surge como interrogante es si es de cualquier forma posible arreglar esta falla inicial. Lacan toma a las distintas categorías RSI, como forma de analizar retrospec-

tivamente las suplencias. Por ejemplo, una suplencia posible es la utilización del mecanismo del "como si" como elemento compensador imaginario mediante *una imitación externa*; este mecanismo, ya observado por Helen Deutsch en la sintomatología de la esquizofrenia, es vuelto a ser propuesto por Lacan como aquel que otorga el valor de compensación imaginaria del Edipo ausente, no de la imagen paterna, sino del significante del nombre del padre. Por el lado de lo simbólico, la creación de una metáfora delirante y el desarrollo pormenorizado que realiza en el seminario XXIII "*El synthome*" de la creación de un nudo donde la dirección es en lo real, con la escritura de Joyce, afirmando que lo real es lo imposible, lo material, susceptible de lógica y cálculo. Vemos entonces que la lógica del significante nos conduce a otra perspectiva de la locura, establece parámetros para la evaluación y diferenciación de las psicosis, se orienta a partir de la escucha y del nombre del padre como baliza para la realización del diagnóstico diferencial; avanzaremos así hacia las consideraciones más específicas sobre la articulación que estamos investigando en una breve viñeta clínica.



**Universidad Nacional
de La Matanza
Escuela de Posgrado**

**Asociación
Escuela Argentina
de Psicoterapia
para Graduados**

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN SEGUNDO CUATRIMESTRE 2010

MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS

ACREDITACIÓN CONEAU RES. N° 029/06 - RESOLUCIÓN M.E.C.T. 211/02

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOANÁLISIS DE ADULTOS

ACREDITACIÓN CONEAU RES. N° 461/07 - RESOLUCIÓN M.E.C.T. 169/02

Pasantías Clínicas Hospitalarias

INFORMES DE 11 A 16.30 HS.:
JULIÁN ALVAREZ 1933 (1425) BUENOS AIRES

4865.2050/4862.7767

visite nuestra web
www.aeap.org.ar

RESEÑA CLÍNICA

Javier tiene 26 años, es soltero, el menor de siete hermanos. Se queja de escuchar voces, que cree son de su madre; dice extrañarla, ya que era un apoyo para su vida. Su mundo es la droga, ahora el "paco", pero su existencia se constituye alrededor de las sustancias. Anda solo por el barrio, no tiene amigos y pide plata a sus hermanas para drogarse; cuando se le termina deambula, vende pequeñas cantidades para consumir, o realiza pequeños robos, y se droga. Dice que no quiere estar solo, su estilo es prepotente y altanero, pero establece un vínculo empático y solicita que se lo atienda con regularidad y que no se lo aisle, porque en soledad escucha voces y se va a volver loco. Con respecto a las voces, dice que seguramente son las consecuencias de la droga, aunque ya van dos meses de su internación y persisten. Su estilo de vida es el fracaso, no terminó la escuela, apenas sabe leer y escribir, no tiene formación laboral, no tiene pareja, no tiene trabajo. El único lazo social es la droga, que lo vuelve una

y otra vez al hospital, repitiendo este ciclo hace años. Todo comenzó a los 8 años, donde probó pegamento con unos chicos un poco mayores, después THC, cocaína, LSD; allí comenzaron las fugas de su casa, vivir en "ranchadas", y la intervención del estado como instancia de organización. Afirma que allí comenzaron sus problemas: una inquietud corporal, como una "electricidad" que le recorre el cuerpo; entonces tiene que drogarse, o golpearse, cortarse, pasar al acto. Desde los 10 años de edad empezó su recorrido por hogares, institutos para menores, comunidades terapéuticas, tomando medicación para "controlar su impulsividad", ya que se autoagredía. Su familia naufragaba, su padre era violento y alcohólico, y maltrataba a sus hermanas y a él, sugiriendo que abusaba sexualmente de alguna de ellas. Pese a esto no realiza ningún juicio sobre su padre, su madre o su familia, diciendo solamente que la muerte de su madre por cáncer, hace poco tiempo, lo sumió en la tristeza y en sentimientos de soledad. En una hospitalización anterior, estando aislado, no dudó en cortarse los brazos, una oreja, y prenderse fuego, llamar al Otro de esta manera, cuestión por la que casi muere.

Corolario del caso: El consumo de drogas es un recurso a constituir un cuerpo, la simbolización de un cuerpo que mitigue, detenga, la producción de una efracción, una hemorragia. La inquietud corporal se mitiga con drogas, otorgándole una falsa opción, un presunto bienestar que se oscurece y lo deja en la soledad, segregado. Parece que la droga lo vuelve al lazo social, un llamado al padre, que aparece representado en las Instituciones, forma de inscribir una suplencia. El tratamiento de su cuerpo, cuerpo marcado y recortado con automutilaciones, cortes, quemaduras, intenta escribir un simbólico en el cuerpo que está faltante, rubricar un nombre, el del Padre. Poner a distancia el propio cuerpo y maltratarlo masoquícticamente, puede revelar una modalidad perversa de anudamiento. Lacan no desestimaba el masoquismo como posible para la función de para-psicosis (protección contra la psicosis) que aisló en Joyce. El cuerpo como objeto maltratado por la droga, los cortes, las quemaduras, la mutilación, nos permite hipotetizar que no se trata de armar escenas para el manejo del otro; no hay escenas donde posar la mirada del otro y angustiarse, sino de un ¿lazo perverso? en una estructura psicótica. Un cuerpo a construir mutilando.

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 POSGRADO EN CLINICA
PSICOANALITICA DE LA INFANCIA
Y LA ADOLESCENCIA**

duración 2 años (Médicos, Psicólogos, Psicopedagogos)

SEMINARIOS PRIMER CUATRIMESTRE 2010

Intensivos – semanales – quincenales – mensuales
Áreas de INFANCIA – ADOLESCENCIA
DISCAPACIDAD – FAMILIA – ORIENTACION
VOCACIONAL Y PSICOPEDAGOGIA
EJERCICIOS CLINICOS NO ARANCELADOS
SUPERVISIONES – JORNADAS

CENTRO ASISTENCIAL:
"Prof. Dr. Mauricio Knobel"

(diagnósticos, orientación y tratamientos)
honorarios institucionales

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

CONCLUSIONES FINALES

Recibimos en las instituciones públicas sujetos-desecho de la sociedad como objetos caídos del gran Otro. Encontraremos al analista entonces propiciando operaciones de remiendo, sostenimiento del lazo social y acompañamiento en funciones de *significantización* desde una posición sostenida por el deseo del analista, aun sabiendo de los límites del psicoanálisis frente a las psicosis, y evitando actitudes pietistas y las que se desprenden de cierta cosmovisión que, basadas en un idealismo psicologista post-freudiano, Robert Castel denominó *psicoanalismo*. Una clínica de las psicosis no solamente orientada a constituir simplemente al secretario del alienado, sino a posibilitar la construcción de una barrera contra este goce mortificante, morigerando, intentando menguarlo en una renovación de la clínica que direcciona una nueva manera de dirigir la cura de un psicótico.

En nuestro país los psicoanalistas hemos andado siempre *un poco por allí al encuentro*; valga mi

gesto de agradecimiento y humilde homenaje a aquellos maestros que transmitieron y transmiten el psicoanálisis, y no lo dejan relegado a la comodidad burguesa de los consultorios, llevándolo a toda manifestación donde lo social se hace presente.

BIBLIOGRAFÍA

- Freda, F. y otros. 1988: Forclusión, acuñaición y suplencia del Nombre del Padre. Clínica diferencial de las psicosis. Manantial. Bs. As.*
Lacan, J. 1993. Seminario VII: La ética del psicoanálisis. Paidós. Bs. As.
Lacan, J. 1990. Seminario III: Las Psicosis. Paidós. Bs. As.
Lacan, J. 1987: Tratamiento posible de la Psicosis. Escritos 2. Siglo XXI. Bs. As.
Legendre, P. 2008: La fábrica del hombre occidental. Amorrortu. Bs. As.
Maleval, J.C. 1995: Suplencia perversa en un sujeto psicótico. La Cause freudienne. Revue de psychanalyse N°31, Navarin-Seuil, París. P.109-116. Hay traducción.
 2005: *La forclusión del nombre del padre. Paidós. Bs. As.*

Descuento del
25%
para los socios
de la AASM

Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental

Acreditada por la CONEAU Resolución 411/04

El posgrado forma profesionales con competencias para: La conducción y gerencia estratégica de servicios, establecimientos y sistemas de salud mental, la gestión de políticas y programas de salud mental y el desarrollo de la calidad de la atención en salud mental, así como cumplir funciones de investigación y consultoría en este campo.

Áreas que comprende la Maestría:

- **Socio/Política.** Materias: Estado y Políticas Sociales, Sistemas de Protección Social, Políticas y Programas de Salud Mental, Legislación en Salud Mental.
- **Económica.** Materias: Economía de la Salud, Evaluación Económica de Proyectos Sociales, Contabilidad y Finanzas.
- **Gestión.** Materias: Seguros de Salud, Recursos Humanos, Gestión Estratégica de Servicios, Calidad de Atención en Salud Mental, Marketing, Gestión y Análisis Organizacional, Planificación y Gerencia de Servicios de Salud Mental.
- **Metodológica.** Materias: Estadística, Epidemiología, Metodología de la Investigación, Taller de Tesis.

Convenios: Maestría en Economía y Gestión Sanitaria de la Universidad Pompeu Fabra (España). Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS). Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP). Miembro de la Organización Universitaria Interamericana y de la Asociación Latinoamericana de Educación en Salud Pública.

Director: Dr. Hugo Barrionuevo

Coordinador: Dr. Carlos David Silva

Título: Magíster en Gestión de Servicios de Salud Mental

Duración: 2 años de cursos y tesis.

Cursada: 3 días seguidos, una vez por mes (jueves, viernes y sábados)

Informes e inscripción
Venezuela 931, Ciudad de Buenos Aires
+54 11 5239-4000/22/33

informes@isalud.edu.ar - www.isalud.edu.ar

Enfermedad Crónica, trauma y subjetividad en la adolescencia

Rosana Alves Costa Garino

*Psicóloga Clínica
e investigadora.*

*Dra. en Psicología Clínica y
Psicopatología. Doctorado y
Máster II Investigación de la
Universidad Paris Descartes.
Actualmente participa en una
investigación en los servicios
de nefrología y salud mental
pediátrica del Hospital
Italiano de Buenos Aires,
con adolescentes que padecen
de Insuficiencia Renal Crónica
y sus familias, en convenio con
el Laboratorio de Psicología
Clínica y Psicopatología de la
Universidad Paris Descartes.*

El objetivo que nos proponemos desarrollar en este trabajo es analizar los efectos traumáticos del diagnóstico y el desarrollo de la Insuficiencia Renal Crónica, en el período de la adolescencia y en el grupo familiar.

Este trabajo se basa en una investigación en curso en el servicio de salud mental pediátrica del Hospital Italiano, en convenio con la Universidad Paris Descartes.

Describiremos cómo esta enfermedad crónica afectaría la salud y la vitalidad del adolescente, y lo traumático que vendría a ser esta enfermedad para el buen desarrollo de la adolescencia, en los casos que aún estén en tratamiento de diálisis o ya trasplantados.

Los comportamientos y la subjetividad del adolescente podrían estar atravesados por el trauma del diagnóstico, el dolor, el retraso estaturponderal y la aparición tardía de los caracteres sexuales secundarios, cuestiones estéticas debidas a las cicatrices, a la polifarmacia, así como también a las frecuentes hospitalizaciones y diversas restricciones médicas, incluida la dieta, la sobreprotección de los padres, la falta de autonomía, la inmadurez, la responsabilidad y la imposibilidad de llevar una "vida normal" durante el proceso de la adolescencia.

Tenemos, como principal hipótesis, que el adolescente que padece de Insuficiencia Renal Crónica es propenso a problemas físicos y psíquicos, que tienen una incidencia en su desarrollo, causando en él desequilibrios intra psíquicos. Cuerpo y funcionamiento psíquico no están disociados.

El psicoanálisis, desde su origen, se preocupó por la construcción del yo a partir de las sensaciones corporales. La vivencia corporal representa una experiencia fundamental para la formación del individuo, la constitución de su personalidad y el desarrollo de las funciones del pensamiento.

Estar cómodo en su cuerpo o "bien en su piel" está relacionado con un proceso de integración y elaboración de las sensaciones y sentimientos.

Didier Anzieu (1993) sostiene que la piel posee una función substancial, como una superficie sensorial y límite del cuerpo. Ésta envuelve y delimita al cuerpo, como el yo con el psiquismo. Sus trabajos se refieren a la relación entre la piel y la formación de la envoltura psíquica.

Numerosos trabajos referentes a la psicopatología de la infancia, se interesaron por el desarrollo psíquico en los procesos corporales. El cuerpo herido del adolescente en relación con el aparato psíquico es la materia principal de este artículo. El adolescente podría sentirse locatario y encerrado en un cuerpo tiránico y defectuoso. El fantasma de muerte estaría presente en el adolescente que padece esta enfermedad renal, y en los vínculos familiares.

Sufrir de IRC¹ puede tener, como consecuencia, la aparición tardía de los caracteres sexuales secundarios y el retraso estaturponderal. Suponemos que en el adolescente hay distorsiones de su imagen corporal, así

¹ *Insuficiencia Renal Crónica.*

como una disminución del aprecio por sí mismo, trastornos de ansiedad y depresión.

La enfermedad podría desorganizar el aparato psíquico, no solamente porque ésta compromete el funcionamiento corporal, sino también porque viene acompañada de efectos colaterales que pueden ser traumatizantes.

El trauma psíquico se entiende como la condición en la cual el yo se encuentra ante exigencias tales que no puede escaparse, soluciones imposibles para el sistema psíquico. Laplanche y Pontalis (2007), sostienen que el traumatismo psíquico es un acontecimiento de la vida del individuo que se define por su intensidad, la incapacidad para responder adecuadamente, la conmoción y los efectos patógenos duraderos que causa en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por una afluencia de excitaciones que es excesiva, en relación a la tolerancia y la capacidad de controlar y elaborar psíquicamente estas excitaciones.

Se puede ver combinada la problemática de la imagen corporal y emocional; el cuerpo del adolescente es objeto de distintas manipulaciones por parte del equipo médico: exámenes, controles, medicamentos, trasplantes, extracción sanguínea, etc., que implican la pérdida de intimidad. Éste puede sentirse desposeído de su propio cuerpo. La enfermedad crónica es objeto de estudios, de análisis, por el equipo médico. El adolescente experimenta ciertamente estos actos médicos como una intrusión contra su persona. Georges Canguilhem sostenía que es importante interesarse tanto por el enfermo como por la enfermedad.

Pueden añadirse problemas de identidad. Las pérdidas corporales se vivirían como una privación en el funcionamiento orgánico, como también del placer corporal, implicando un proceso de luto. El adolescente puede verse diferenciado.

¿CUÁL ES EL LÍMITE DEL DOLOR FÍSICO Y EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO?

Bouquet, E. y al (2008), destaca que la definición del dolor integra un concepto fisiológico esencial, que está en relación con la lesión de los tejidos orgánicos. Tener dolor significa que hay una lesión. La aparición de fenómenos dolorosos severos puede marcar irreparablemente al cuerpo y a la psiquis como una cicatriz inalterable, aunque el dolor haya pasado. Las cicatrices son resultado del catéter o de las infecciones causadas por

él. Este proceso de cicatrización del catéter es extremadamente doloroso, así como las cirugías post trasplante u otras como, por ejemplo, las cirugías a raíz de traumatismos óseos, ya que estos adolescentes con frecuencia son víctimas de dolores en las articulaciones, así como también de frecuentes fracturas, resultado de la descalcificación y de la desmineralización.

Duverger, A. y al (2005), refieren que con el trasplante el niño se ve confrontado con una imagen traumatizada de su cuerpo. Cuerpos y órganos serían defectuosos, insuficientes, mutilados por la fístula artero-venosa y las cicatrices. El cuerpo se impregnaría de mortificaciones.

Estas complicaciones son frecuentes en los pacientes renales, y causan un gran sufrimiento por el aspecto estético. Frente a eso, pueden encontrarse privados, impotentes y traumatizados. Se dividirán completamente la imagen corporal real y la imagen corporal idealizada. El otro, la alteridad, estas alteraciones causan desestabilizaciones psíquicas.

Las cicatrices se imprimen sobre la piel, y ésta no es ya aquella que desean, no es estética. Es el objeto de numerosas estrías, cicatrices y heridas en



**Asociación
Escuela Argentina
de Psicoterapia
para Graduados**

Conferencia:
Marta Gerez Ambertin
VERSIÓN ANIQUILANTE Y BENÉVOLA DEL SUPERYO:
CONSECUENCIAS EN LA CLÍNICA Y LA CONTEMPORANEIDAD

CICLO DE CONFERENCIAS SOBRE TRANSDISCIPLINA
Cecilia Millonschik Sinay
29/4, 24/6, 25/8, 28/10, 25/11 - 20 hs.

**CURSO DE FORMACIÓN EN COORDINACIÓN DE
ENCUENTRO ENTRE PADRES**
Susana García Rubio y Graciela G. de G. Hamilton
Miércoles de 19.30 a 22 hs.

**AGENDA DE FORMACIÓN PERMANENTE
PRIMER CUATRIMESTRE**
(cursos - seminarios - talleres - espacio transdisciplinario)

INFORMES DE 11 A 16.30 HS.:
JULIÁN ALVAREZ 1933 (1425) BUENOS AIRES
4865.2050/4862.7767
visite nuestra web
www.aeapg.org.ar

cicatrizaciones, sobre todo si el adolescente está aún en tratamiento de diálisis. Estas complicaciones estéticas desestabilizan al adolescente, que termina por sentirse mal en su piel, en su percepción del bienestar. Estos adolescentes se enfrentan en su diario al dolor físico y psíquico. Este dolor físico y el sufrimiento psíquico no ayudan ciertamente a tener una buena imagen corporal, esta imagen de la cual el adolescente necesita para un buen desarrollo en este período evolutivo que está atravesando, lo que lo podría conducir a la frustración.

Según Malka, J. y al (2005), la enfermedad vendría a perturbar el desarrollo de la adolescencia, volviendo muy difícil para el adolescente conducir simultáneamente el trabajo de adolescencia y la enfermedad crónica; de hecho hay confusión de las zonas de influencia de cada uno de estos registros sobre su vida.

¿CÓMO ESTOS ADOLESCENTES INTEGRAN SUS CONFLICTOS INTERNOS Y SUS ESTADOS EMOCIONALES?

Maurage, C. (2002), sostiene que el cuerpo del adolescente enfermo crónico resulta herido y es fuente de dolores, temores, al contrario de lo que él pudiera esperar, una fuente de placer.

Una desorganización intrapsíquica se refleja en la relación intersubjetiva en el grupo familiar, como también en sus grupos de pares. Los vínculos pueden verse afectados, llevando al adolescente a tener algunos comportamientos no adecuados. El límite entre lo que es normal y lo que es patológico es complejo, y el adolescente puede encontrarse en la necesidad de un acompañamiento psicológico o psiquiátrico. En efecto, las depresiones son frecuentes en esos casos. La no observancia de los tratamientos es un reflejo de este estado.

Malka, J. y al (2007), analiza que la enfermedad crónica trastorna las relaciones al objeto, la dinámica de las definiciones propias a la adolescencia. La enfermedad puede transformar la imagen púber que el joven acaba de descubrir, e inducir un riesgo de fijación de los mecanismos regresivos. Los efectos de la enfermedad inciden en el narcisismo del adolescente, en sus fundamentos. El cuerpo del adolescente, que está en pleno proceso de sexuación, es sitiado por la enfermedad crónica. Cuerpo sexuado y cuerpo enfermo cohabitan en un mismo cuerpo y psiquis.

La enfermedad crónica no es un "entorno suficientemente bueno" para desarrollar convenientemente una adolescencia, si utilizamos los términos de D. Winnicott, citado por Lachal, C. (2002), y que se aplica este análisis a los efectos nocivos sobre el desarrollo y la expansión de la adolescencia. El joven individuo construye su subjetividad a través de la experiencia vivida y el vínculo intra-psíquico impuesto por su desarrollo, vínculo con los pares, la familia, etc.

temente una adolescencia, si utilizamos los términos de D. Winnicott, citado por Lachal, C. (2002), y que se aplica este análisis a los efectos nocivos sobre el desarrollo y la expansión de la adolescencia. El joven individuo construye su subjetividad a través de la experiencia vivida y el vínculo intra-psíquico impuesto por su desarrollo, vínculo con los pares, la familia, etc.

EL IMPACTO DE LA IRC DE UN HIJO Y EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN EL GRUPO FAMILIAR

La queja principal de estas familias está en relación con los efectos de la enfermedad crónica sobre el grupo familiar, el cual es invadido por un acontecimiento: inicialmente el diagnóstico, y posteriormente el desarrollo de todo el proceso de la enfermedad y la puesta en la práctica de los acompañamientos y cuidados necesarios. Se podría prever que la familia tendría dificultades para administrar los excesos debidos a este traumatismo.

Bouquinet, E. y al (2008), menciona que el anuncio de una enfermedad es un traumatismo para la familia, trastorna sus intercambios y puede causar dificultades psíquicas encubiertas.

La enfermedad crónica se define como de larga duración y habitualmente sin cura. Suponemos que todo vínculo que es cruzado por una enfermedad crónica conoce transformaciones.

Isidoro Berenstein (2008)² analiza que la IRC imprime una marca en la subjetividad, provoca un sufrimiento biológico que altera el órgano y la subjetividad, altera las formas de ser, y otro en la familia. El diagnóstico se transforma en una marca de identidad con ideas implícitas y explícitas. Consideramos, como Jérôme Pradère y al (2008), al traumatismo en su acepción psicoanalítica, con los conceptos de choque violento, de fractura, y sus consecuencias sobre el funcionamiento psíquico.

En el marco de este estudio pudimos observar los problemas del adolescente aún en tratamiento de diálisis, situación más que compleja. Este contexto lleva a tener comportamientos como la pasividad, la ausencia de proyecto, el aislamiento, síntomas depresivos, de no adherencia, etc. Por otra parte, los que ya se trasplantaron pueden aún tener estos mismos comportamientos. Pudimos encontrar proyectos ambiciosos para el futuro, en

² Jornada en el Hospital Italiano, donde se presentó un caso clínico y simultáneamente una dramatización.

algunas excepciones, en los trasplantados. Por regla general, eran más bien modestos en la proyección de su futuro. Cuando expresaban el deseo de ser médico o abogado, o de casarse con personas de estas profesiones, se podían comprobar deseos de reparación. Por lo que se refiere al trasplante, observamos que los pacientes pueden percibir el órgano injertado simultáneamente de manera ambivalente. La idealización de que el trasplante sería perfecto y de que el paciente tendría a continuación una vida enteramente normal. Por otro lado, lo más problemático, la reconstrucción de la imagen corporal.

D. Anzieu (1985)³, sostiene que el órgano trasplantado amenaza la integridad corporal del que lo recibe. Se modificarían entonces las fronteras de la individualidad. La problemática del trasplante hace oscilar lo imaginario y lo simbólico del cuerpo entre los conceptos de mutilación y reparación, y rechaza los límites del cuerpo hacia una reconstrucción, no sólo biológica, sino también psicológica y representativa. Con relación al origen del órgano, E. Bouquinet (2007) analiza el hecho de que el trasplante puede generar temores, vinculados a la incorporación psíquica del

injerto. Más aún si es un adolescente, ya que puede ser consciente de que su vida está vinculada a la presencia de un cuerpo extraño en él. Puede tener sentimientos ambivalentes, perseguidores, frente al órgano trasplantado. El temor al rechazo también estaría presente.

Jean-Luc Nancy presenta un extraordinario testimonio sobre su trasplante y, en consecuencia, su cáncer. A través de su experiencia, este filósofo analiza la relación del hombre con su trasplante. Cuestiona el injerto, aunque de éste dependa su vida.

*"El intruso se introduce a la fuerza, por sorpresa o por truco, sobre todo sin derecho y sin haber sido admitido."*⁴

Excelentes reflexiones que nos permiten ponernos en el lugar de un individuo que sufrió un trasplante, y comprender su sufrimiento.

La trasplantación es muy compleja, y en cualquier momento existe la posibilidad de un rechazo, hecho que comprobamos en algunos casos de

³ Carvais (2000) in Ziegler, C. y al (2007).

⁴ Nancy J-L. (2000), *L'Intrus*, ed. Galilée, Paris.



Salud y Arte

Una forma de educar en Salud Mental

ENTREVISTAS - CONSULTAS DEL PÚBLICO - NOTICIAS

TODOS LOS SABADOS TRASNOCHE (1:00 AM del Domingo)
por CANAL 13

0800 - 55 58526 (Lujan) / 4963 - 5072

www.saludyarte.com - info@saludyarte.com



Idea y Conducción: Lic. Gabriela Gabino

nuestra muestra. Así pues, teníamos adolescentes en diálisis que habían perdido su trasplante.

El aprecio por sí mismo es alterado por la enfermedad, causando un estado de retractaciones emocionales y sociales, dificultades para revelar sus imaginaciones y muy poca creatividad en la mayoría de los casos, como lo comprobamos en los resultados. La espontaneidad y la expresión verbal resultaron muy comprometidas con comportamientos defensivos.

Observamos que el modo de vida -hospitalización, diálisis, prescripciones médicas- era incompatible con proseguir la escolaridad de manera adecuada.

Para un desarrollo normal de la función simbólica y los procesos de pensamiento, incluido el ámbito verbal y gráfico en el niño, las interacciones sociales son fundamentales. La interacción social es un mecanismo general que favorece tanto la comprensión como la producción de símbolos. Observamos que estos adolescentes están aislados y con dificultades a nivel de la vinculación con sus pares. Estas dificultades son el resultado, a la vez, de la cronicidad de la enfermedad y del seguimiento médico, como también debido al sobredimensionamiento de las necesidades de los cuidados que requiere la enfermedad y a la sobreprotección por parte de los padres.

LA SEXUALIDAD DE ESTOS ADOLESCENTES

La etapa de la adolescencia es el período de la búsqueda del enamoramiento y, por lo tanto, de la sexualidad. En los resultados encontrados procuramos analizar las dificultades en la dinámica libidinal del cuerpo. Tienden a una determinada resistencia a hablar, e incluso a veces un desconcierto muy manifiesto para hacer referencia a otros adolescentes del sexo opuesto y que, de cualquier forma, “no se relacionan”. Es lo que comprendemos como una negación de la sexualidad, debido a su complejo de no ser suficientemente bellos o sanos para estar en pareja.

Podemos concluir que, en cuanto a la sexualidad, estos adolescentes no viven de la misma forma que sus pares las etapas de la adolescencia. Tendrían dificultades para desarrollar el deseo, o simplemente una ineptitud para desear, que podría asociarse a la desventaja debida a la cronicidad de la enfermedad y a la imagen del cuerpo herido. El cuerpo fue la sede de infinitas manipulaciones médicas, que tendrían la particularidad de que cuerpo erótico y cuerpo enfermo son indi-

sociables. Según Mauraige, C. (2002), el adolescente que padece una enfermedad crónica puede vivir su enfermedad inconscientemente como un castigo frente a los deseos y realizaciones sexuales que descubre. En consecuencia, hay una dene-gación de la sexualización.

FRASES RECURRENTE EN LOS ADOLESCENTES QUE PARTICIPARON DE LA INVESTIGACIÓN

“...No me gustan las chicas/los chicos...”;
“...Las chicas o los chicos no me interesan...”.

Esta investigación permitió constatar que, en la mayoría de los casos estudiados, el paciente es afectado en su vida social, sufre una ruptura de las principales actividades necesarias para un buen equilibrio emocional en esta etapa de la adolescencia. Los daños implicados por esta enfermedad crónica desestabilizan la vida psíquica del adolescente y afectan a la integridad de los vínculos en la familia, dando lugar a una especificidad en el vínculo parento-filial, afectado por la cronicidad de la enfermedad renal.

Estos adolescentes sufrieron, como pudimos observarlo, no solamente un deterioro de un órgano vital, sino también un desequilibrio psíquico resultante de pérdidas permanentes y frecuentes. La IRC causa una innegable expropiación corporal para estos adolescentes. La enfermedad ha producido así otras formas de subjetivación. Consideramos que esta enfermedad representa para el adolescente y su familia una nueva vida, si articulamos los resultados encontrados en la investigación con la enseñanza de Georges Canguilhem.

Hay una tendencia hacia una norma media supuesta ideal, dado que no hay norma estándar. La salud es la capacidad de reproducir una nueva forma de adaptación, dar uno la vuelta a un medio que se trastornó. Lo mismo podríamos decir de la salud o equilibrio psicológico del individuo sujeto a una perturbación por el accidente de la enfermedad crónica. La salud psicológica consiste aquí en la creación de nuevas adaptaciones a la situación. Para cada caso hipotético, la posibilidad de construcción de una nueva estructura familiar, para que cada uno de los miembros pueda encontrar una función que le permita reconstruir su identidad.

Las sensaciones son subjetivas; a su vez la identidad está en frecuente transformación frente a los impactos que ésta recibe.

Profesionalizar la gestión en Salud Mental

H. Hugo Barrionuevo

¿POR QUÉ UNA GESTIÓN ORIENTADA A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL?

En los últimos 50 años, Argentina ha experimentado avances tanto en la atención de la salud como en el aumento de la expectativa de vida. Sin embargo, estos progresos han estado acompañados de un aumento de la patología social, psiquiátrica y de la conducta.

Juntamente con las transformaciones económicas ha sobrevenido un aumento en las tasas de abuso de drogas y violencia. La exclusión, el individualismo, la ruptura de las formas conocidas de organización social, han tenido consecuencias epidémicas, y sabemos que en pocos campos el encuentro entre los determinantes colectivos y los determinantes individuales de las enfermedades es tan crítico y complejo como en el campo de la salud mental.

En materia de salud mental, nuestro país ha iniciado un proceso aún incompleto de transformación de las viejas estructuras manicomiales en nuevos dispositivos de servicios de salud mental. Sin embargo, nuestras instituciones de salud mental no han tenido la posibilidad hasta el momento de desarrollar estudios que permitan establecer cuáles son los modelos de gestión más apropiados para un mejor funcionamiento. Esto ha impedido establecer enfoques epidemiológicos, mejorar las formas de financiamiento, evaluar la implementación de cambios organizacionales, etc.

Los mayores desafíos se encuentran en los aspectos de organización y gestión de los servicios.

MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA SALUD MENTAL

Según la Organización Mundial de la Salud, "...la mayoría de los países son conscientes de que los problemas de salud mental constituyen una carga creciente que es preciso afrontar"¹.

Esto sólo es posible a partir de una mayor toma de conciencia respecto a la magnitud del problema y sus consecuencias. A su magnitud tanto en la extensión del problema, en el deterioro de la calidad de vida, en los costos implicados y en el impacto sobre otros servicios sanitarios, como en la discapacidad y la carga social que generan².

La extensión del problema se observa en el número de personas aquejadas en el mundo por algún tipo de trastorno mental o del comportamiento: 450 millones de habitantes, según datos de la OMS³.

Según la Encuesta Nacional de Salud de España⁴, ya a finales de los años ochenta más del 11% de los adultos confesaban padecer algún tipo de trastorno psíquico. Y en ese mismo país, según otros estudios, el 30% de la población padece de trastornos mentales (morbilidad percibida y no percibida, según el modelo de Golberg y Huxley).

En los países de bajos ingresos, 1 de cada 10 personas mayores de 65 años sufre de demencia y, según el DSM IV, por encima de los 85 años esta tasa aumenta hasta afectar a 1 de cada 5 personas⁵. Esto cobra mayor dramatismo si tenemos en cuenta el envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida.

Otros autores españoles señalan que entre el 20 y el 34% de la población general presenta síntomas depresivos que oscilan entre aquellos que no llegan a cumplir con criterios para Depresión y la Depresión Mayor o los

- *Presidente del Capítulo "Gestión, Epidemiología y Planificación en Salud Mental". AASM.*

- *Presidente de IGESAM (Instituto de Gestión y Políticas en Salud Mental).*

- *Director de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental. Universidad Isalud.*

- *Médico Psiquiatra (UBA).*

- *Médico Sanitarista (Academia Nacional de Medicina).*

- *Especialista en Garantía de Calidad de la Atención Médica (Univ. Favaloro).*

- *Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social (UNLZ).*

- *Magíster en Economía y Gestión de la Salud (Univ. Isalud).*

hbarrionuevo@isalud.edu.ar

Trastornos Bipolares. Los trastornos de ansiedad afectan entre el 4,3 y el 8,1% de la población. Entre el 4 y el 5% de las personas hacen por lo menos un intento de suicidio en la vida y 8,34 personas cada 100 mil habitantes por año lo consuman.

Según estos autores, el Trastorno por Abuso de Sustancias en los Estados Unidos afecta al 11,3% de sus habitantes.

Estudios más recientes, y representativos para todo USA, muestran una prevalencia de 12 meses del 30% para el conjunto de los Trastornos Mentales en la población general entre los 18 y 54 años de edad⁶.

LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL COMO CARGA SOCIAL

De acuerdo a los estudios realizados por el Banco Mundial, la Carga Global de Morbilidad medida en AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) producida por el conjunto de los problemas de salud mental, incluidas las lesiones autoinflingidas, representaba en 1990 algo más del 8% del total de las discapacidades del mundo. Esta carga es mayor que la producida por el cáncer o las enfermedades cardíacas, por ejemplo.

El 34% de todas las discapacidades se debe a problemas relacionados con el comportamiento, como violencia, enfermedades diarreicas, desnutrición, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de vehículos de motor y otras lesiones involuntarias⁷.

En países desarrollados, dos de cada cinco casos de incapacidades son provocados por una enfermedad o déficit mental.

Para tener una idea del impacto económico de los trastornos mentales, basta mencionar que en los Estados Unidos la carga económica representada por la depresión es similar a la causada por las enfermedades cardíacas; y que el 16% del presupuesto en salud es consumido por los servicios psiquiátricos.

Las cifras expresadas en valores absolutos son estremecedoras: en el año 1990, en el citado país, el costo total de las enfermedades mentales, incluido alcoholismo y abuso de drogas, superó los U\$A 300.000.000.000.

EL IMPACTO FUERA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Existe un importante número de consultas que aparecen como demandas somáticas pero que se deben, por ejemplo, a la depresión, y que no son diagnosticadas por los médicos generalistas. La proporción estimada de las mismas supera el 10%

del total de consultas en adultos⁸. Estos pacientes consumen además distintos tipos de medicamentos, con resultados inciertos, y muchas veces utilizan más pruebas diagnósticas para descartar patologías orgánicas.

Entre el 20 y el 30% del total de las consultas en el nivel primario de atención que se realizan en el mundo, se debe a trastornos depresivos y de ansiedad⁹.

Otro ejemplo del impacto fuera de los servicios de salud mental lo representan los costos ocasionados por los actos delictivos y los accidentes automovilísticos en los que intervienen usuarios de drogas, los cuales duplican los costos médicos directos originados por sus tratamientos¹⁰.

LA "BRECHA" ASISTENCIAL

Para profundizar la gravedad de la situación, investigaciones más recientes han demostrado que sólo recibe atención una pequeña proporción de las personas afectadas por trastornos mentales. Esta situación es conocida como el "gap", es decir, la brecha entre las personas que requerirían atención y las que efectivamente la reciben.

De acuerdo a las investigaciones más recientes, según el tipo de trastorno de que se trate, entre un 30 y un 80% de estas personas no ha recibido ningún tipo de tratamiento en los últimos 12 meses, variando notablemente entre distintos grupos diagnósticos y entre distintos países^{11,12}.

Independientemente de estas variaciones, la proporción de personas "desatendidas" es muy importante y la presencia de esta brecha en distintos países parece indicar que se trata de un problema generalizado.

En nuestro país no existen estudios que investiguen esta situación, a pesar de que se produce una cantidad importante de información, la cual, adecuando su forma de registración y generando los mecanismos de recolección, consolidación y análisis, podría aportarnos datos sumamente útiles para mejorar la comprensión que tenemos respecto de la accesibilidad a los tratamientos de la población afectada¹³.

EL PROBLEMA DE LA CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO

La salud mental tiene como singularidad, el constituir un campo donde convergen distintas disciplinas y que se nutre de una gran heterogeneidad de modelos teóricos, que intentan explicar el padecimiento psíquico y sus posibilidades terapéuticas.

Las organizaciones y los profesionales de la salud se han desarrollado y capacitado en el abordaje del aspecto “médico” de los problemas de salud. Sin embargo, los resultados de las acciones en salud no siempre están determinados por variables exclusivamente de orden “médico” (tipo de patología, comorbilidad, diagnóstico y tratamiento adecuados)¹⁴; existen otro tipo de factores con capacidad de influir en la efectividad de los tratamientos, muchas veces incluso en forma decisiva. Los problemas de salud mental son especialmente sensibles a los factores de tipo social (“los factores sociales y culturales influyen poderosamente” en la evolución “y en las probabilidades de recuperación”¹⁵). Esto es así tanto en su génesis, desencadenamiento, evolución y pronóstico, formas de abordaje y utilización de los recursos. Identificar este tipo de factores e intervenir sobre ellos desde el sector salud es un desafío y a la vez una poderosa herramienta de gestión.

La capacitación del recurso humano del sector salud en materia de administración y gestión de servicios, se ha convertido en uno de los pilares para la mejora de la atención sanitaria y la transformación de las instituciones. Los servicios de salud mental no han sido ajenos a dichos cambios, y gran parte de sus profesionales realiza un importante esfuerzo por incorporar estas herramientas a su quehacer. Muchos de ellos buscan capacitación en cursos y carreras cuyas currículas no contemplan la salud mental con la extensión y profundidad que ellos necesitan y esperan. De esta manera sus esfuerzos por adecuar estas herramientas a las necesidades y particularidades de la salud mental, no siempre se aproximan a los resultados esperados.

Los profesionales que trabajan en salud mental carecen, al término de su formación, de instrumentos que le permitan analizar cuantitativa y cualitativamente las necesidades asistenciales de una población determinada, su evolución en el tiempo y la eficacia de los recursos sanitarios puestos en marcha. La conducción de equipos interdisciplinarios, el análisis costo-efectividad,

el control de la calidad de los servicios que se brindan, no forman parte de los aprendizajes formales que realizan los especialistas en salud mental. Y sin el conocimiento de estos instrumentos por parte de quienes tienen algún tipo de responsabilidad en la conducción institucional, no es factible sostener en el tiempo ningún proyecto transformador.

Es cada vez más evidente la necesidad de mejorar la gestión de las organizaciones de esta especialidad a partir de la profesionalización del recurso humano.

En el análisis sobre la atención psiquiátrica en Argentina, publicado en Salud Mental en el Mundo, la Organización Panamericana de la Salud recomienda mejorar con urgencia la calidad de la atención y fortalecer la administración de las instituciones de salud mental¹⁶.

Estas organizaciones requieren profesionales con funciones directivas y de coordinación que demandan conocimientos de gestión aplicados a la especialidad y a la especificidad de ese tipo de establecimientos y ese tipo de demanda.

Ciertas particularidades de la atención en salud mental exigen que los conocimientos y herramientas de gestión propios del resto de las organizaciones de salud deban ser prudentemente adaptados e incluso plantean la necesidad de generar conocimientos propios e instrumentos específicos.

Por otro lado es sabido que la forma de concebir y responder a los problemas de la salud mental es muy diferente en cada cultura e, incluso, dentro de una misma cultura, en diferentes grupos poblacionales, lo cual agrega otro desafío al problema: el de “importar” conocimientos e instrumentos, ya no de otras organizaciones de salud sino de otras organizaciones y contextos sociales. La formación del recurso humano fue condicionada por los modelos de atención existentes, adquiriendo primacía la atención del enfermo en forma individual por sobre el análisis y tratamiento de la salud mental como interés y problema colectivo.


moebiusdifusión



MOEBIUS DIFUSIÓN PSI se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con el psicoanálisis, psiquiatría, psicoterapia, 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 y actividades vinculadas. También se especializa en organización de eventos, así como también edición de libros y gráfica en general con precios muy convenientes. Contamos con la lista más grande de suscriptos PSI de todo el mundo. La lista está compuesta por e-mails de instituciones y profesionales de la Salud Mental residentes en Argentina y del resto del mundo.

Además, en la página web encontrará una selección de videos y artículos que serán de su interés.

www.moebiusdifusion.com / info@moebiusdifusion.com



La formulación de políticas y programas destinados a la prevención, atención y rehabilitación en salud mental, debe ir acompañada de la capacitación del recurso humano para que éste pueda garantizar su factibilidad. Los objetivos de una verdadera transformación no se consiguen sin un programa político que incluya una gestión adecuada con recursos humanos capacitados integrados al resto de los múltiples profesionales que intervienen en la salud mental, con el consenso de los representantes de la comunidad sanitaria. Es necesario entonces el desarrollo de procesos sistemáticos de capacitación, con información actualizada y herramientas conceptuales y metodológicas adecuadas, para un análisis crítico de la realidad y el diseño de instrumentos que permitan construir modelos de atención y de gestión apropiados a las transformaciones que las organizaciones de salud mental requieren.

1- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales". OMS, Serie de Informes Técnicos. Ginebra. 1991.

2- BARRIONUEVO, H. "Salud Mental y Discapacidad Mental en las Obras Sociales Nacionales". Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires. 2005.

3- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas". OMS. Ginebra. 2001.

4- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA, citada en: "Libro Blanco. Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España". Sociedad Española de Psiquiatría. OFISALUD. Madrid. 1998.

5- AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM - IV". Masson S.A. Barcelona (Versión española). 1995.

6- KESSLER R. y otros. "Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003". New English Journal of Medicine 352; 24. June 16, 2005. Massachussets. 2005.

7- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos". OPS - OMS. Washington. 1997.

8- OFISALUD. "Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España". Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid. 1998.

9- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos". OPS - OMS. Washington. 1997.

10- RICE et. al., citado en: OMS. "Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos". OPS - OMS. Washington. 1997.

11- KESSLER R. y otros. "Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003". New English Journal of Medicine 352; 24. June 16, 2005. Massachussets. 2005.

12- LEVAV, I.; SARACENO, B.; KOHN, R. y SAXENA, S. "The treatment gap in mental health care". Bulletin of the World Health Organization. November 2004, 82 (11).

13- BARRIONUEVO, H.; GRAÑA, D. y SILVA D. "Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental. Pautas para su implementación en Argentina". Serie de Estudios ISALUD N° 6 - 2008. Buenos Aires. 2008. (versión digital en www.isalud.edu.ar)

14- BARRIONUEVO, H. "Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental". Ediciones ISALUD. Buenos Aires. 2004.

15- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos". OPS - OMS. Washington. 1997.

16- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Informe sobre

AASM

CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 30 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 25 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 20 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@aasaludmental.org - www.aasm.org.ar



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 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.

BIENVENIDO A
LA ARMONIA

NUEVO Kemoter

Quetiapina

El camino a la armonía

El antipsicótico atípico con eficacia
y tolerabilidad demostradas en:

- Ambas fases del Trastorno Bipolar.
- Esquizofrenia aguda y de mantenimiento.



Presentaciones:

Kemoter 25 mg Envases con 10 y 30 comprimidos recubiertos.

Kemoter 100 mg Envases con 30 comprimidos recubiertos.

Kemoter 200 mg Envases con 30 comprimidos recubiertos.

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

