




CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 7 N° 24 Diciembre de 2011
DISTRIBUCION GRATUITA

- 
- **Afirmar lo que no es: una orientación posible**
 - **Cuidando do cuidador familiar nos grupos de palavras: uma proposta de intervenção multidisciplinar**
 - **La violencia y sus síntomas**
 - **Consideraciones generales sobre el tratamiento psicofarmacológico de los trastornos depresivos en la niñez y en la adolescencia**

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: Alberto Trimboli
VICEPRESIDENTE: Néstor Saborido
SECRETARIO GENERAL: Juan Carlos Fantin
SECRETARIO CIENTÍFICO: Gustavo Bertran
SECRETARIO DE ACTAS: Liliana Moneta
SECRETARIO DE ÉTICA: Pablo Fridman
SECRETARIO DE ASUNTOS PROFESIONALES: Ricardo Soriano
SECRETARIO DE RELAC. INTERINSTITUCIONALES: Silvia Raggi
SECRETARIO DE PRENSA: Rosa Daniell
SECRETARIO DE PUBLICACIONES: Ariel Falcoff
SECRETARIO DE CULTURA: Ruben Gallardo
SECRETARIO DE BIBLIOTECA: Darío Galante
TESORERO: Eduardo Grande
VOCALES TIT: Irma Zurita, Beatriz Schlieper, Jimena Aguirre
SUPLENTE: Roberto Sivak, Irma Domínguez

COMISIÓN FISCALIZADORA:

PRESIDENTE: Beatriz Kennel
VOCAL TITULAR: Jerónimo Grondona
VOCAL SUPLENTE: Fabio Celnikier

Miembros de Honor

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

Capítulos**PRESIDENTES DE CAPITULOS**

COORDINACION GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

ACOMPANAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: GUSTAVO PABLO ROSSI

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: JUAN CARLOS FANTIN

ANTROPOLOGIA 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

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: HÉCTOR FISCHER

CONFLICTO VINCULAR: ETIOLOGÍA, PATOGÉNESIS Y TERAPÉUTICA

PRESIDENTE: ANGEL S. GUGLIOTTI

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INÉS MARQUIS

CULTURA, DIÁLOGO Y VALORES EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA FERNANDA CUEVA

DEPORTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RAFAEL GROISMAN

DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN

PRESIDENTE: HÉCTOR CASAL

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

PRESIDENTE: GUSTAVO F. BERTRAN

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

FAMILIA, PAREJA Y GRUPO

PRESIDENTE: SILVIA SINGER

GESTIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y PLANIFICACIÓN EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: H. HUGO BARRIONUEVO

INTERDISCIPLINA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: NORMA FANTINI

MEDICINA SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: FRANCISCO ALEJANDRO SAYDMAN

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 COSITORE

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

Miembros Fundadores

Grande Eduardo, Trimboli Alberto, Soriano Ricardo, Fridman Pablo, Raggi Silvia, Fantin Juan Carlos, Calabrese Alberto E., Bertran Gustavo, Arocha Jose, Barcan Amalia, Carrega Juan Miguel, Daniell Rosa, Marchalian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena, Calonic Fabiana, Pardo Roberto, Schiano Claudia, Baudron M. Belen, Bilotta Roberto, Busquets Macarena, Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Diaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario, Dominguez Irma Teresa, Aguerre Ercilia, Falcoff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario, Garcia Mª Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutierrez Clarisa, Kabin Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines, Morazzani Ivan D., Naddeo Silvana E., Nisembann Adriana, Olivera Patricia B., Pontiggia Susana, Rodriguez O'Connor Horacio, Rago Carina, Reggiani Hector, Romanella Arturo, Sacerdote Máximo B., Saucedo Rose M., Savignone Nicolas, Scannapieco Maria J., Stigliano Javier, Tenca Mabel Liliana, Torreiro Marcela Alicia, Treister Mario Luis, Ugarte Rene R., Villa Nora, Zirulnik Jorge

Delegación Mendoza

PRESIDENTA: Miriam Aparicio
VICEPRESIDENTA: Nancy Caballero
SECRETARIA: Jimena Aguirre

Delegación Metropolitana Norte

PRESIDENTE: Ignacio Penecino
VICEPRESIDENTE: Raúl Solari
SECRETARIO CIENTÍFICO: Lucas Leserre
TESORERO: Jorge Faraoni
VOCALES: Juan Costa, Ramiro Gómez Quarello, Valeria Cavalieri, Lorena Ausili, Delfina Lima Quintana

Area Administrativa

Jorgelina Catenacci (coordinación)
Clarisa Curti Frau

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

REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

REHABILITACIÓN – REINSERCIÓN 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 ESPIRITUALIDAD

PRESIDENTE: RAQUEL BIANCHI

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

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Ariel Falcoff

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) 4952-1923

COLABORADORA: *Estela Gagliardi*

 **diseño carlos de pasquale**
 4697-4934

Contenido

- 5** Consideraciones generales sobre el tratamiento psicofarmacológico de los trastornos depresivos en la niñez y en la adolescencia
 Liliana Verónica Moneta
- 9** Afirmar lo que no es: una orientación posible
 Natalia Neo
- 13** Cuidando do cuidador familiar nos grupos de palavras: uma proposta de intervenção multidisciplinar
 Rosana Alves Costa
 Sandra Mara Cavasini
- 17** La violencia y sus síntomas
 Laura Andrea Viudes
 Carlos Armando Nuñez Camelino

**Imagen de Tapa**

El carro del heno
 (De Hooiwagen)
 El Bosco, 1500-1502
 Óleo sobre tabla -
 Gótico
 135 cm x 100 cm
 Museo del Prado,
 Madrid,
 España

VII Congreso Argentino de Salud Mental AASM 2012



DIAGNOSTICO o ESTIGMA? ENCRUCIJADAS ETICAS

**Buenos Aires,
28, 29 y 30 de mayo de 2012**
Panamericano Hotel & Resort
Av. Carlos Pellegrini 551 Ciudad de Buenos Aires

INFORMES E INSCRIPCION

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

Consideraciones generales sobre el tratamiento psicofarmacológico de los trastornos depresivos en la niñez y en la adolescencia

Liliana Verónica Moneta

Mucho hay escrito desde la bibliografía sobre el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, pero a la hora de realizar un abordaje terapéutico en relación con la patología que nos demanda consulta, es necesario priorizar algunas consideraciones generales que resultarán de suma utilidad al momento de elaborar una estrategia:

- *Un pleno discernimiento de las etapas psico-evolutivas, descartando como patológicas ciertas conductas o emociones, que son inherentes al período por el cual atraviesa el individuo.*
- *Inclusión del individuo (niño-adolescente) dentro de un contexto determinado por su entorno inmediato familiar y un entorno mediato general en donde el niño y/o adolescente vive y se desarrolla.*
- *Considerar que el tratamiento no sólo incluye al individuo a quien se trata, sino también a su familia. Esto ayudará a elaborar estrategias de abordaje, ya sea tratamiento individual, familiar, orientación a padres, tratamiento psicofarmacológico, hospital de día y/o internación (cuando subyace como peligro la sombra del 'suicidio' y no contamos con la contención familiar suficiente).*
- *Conocer que durante las etapas más tempranas del desarrollo no siempre la depresión se manifiesta de una forma 'franca', ni tampoco su expresión es semejante a la de un individuo adulto. En innumerables ocasiones se exterioriza en lo que se denominan 'formas enmascaradas' o 'equivalentes depresivos', no siendo así en el adolescente, donde los síntomas manifestados suelen ser análogos a los del adulto.*
- *Estar al corriente de todos los recursos terapéuticos disponibles (psico-terapéuticos y/o biológicos), aunque no se apele a todos ellos.*

- *Cualquiera sea el tratamiento seleccionado, deberá contar con la aceptación de las distintas partes involucradas en su administración. Cuando se prescribe un tratamiento psicofarmacológico sobre todo a un adolescente, deberá siempre comentarse cuidadosamente con el mismo y después con sus padres, y ser aceptado por los diferentes miembros de la familia.*
- *En síntesis, se desprende al evaluar estos ítems que resultará imperioso realizar un correcto psicodiagnóstico acompañado de una exhaustiva anamnesis, los cuales nos brindarán las herramientas específicas de utilidad para implementar un adecuado tratamiento.*

Depresión en niños y adolescentes

Cuando los episodios depresivos son de inicio temprano, se los vincula frecuentemente con alteraciones a largo plazo.

Como ejemplo de ello diversos estudios han revelado que, entre el 20 al 25% de los adolescentes que presentaron depresión en algún momento, desarrollaron a posteriori trastornos por abusos de sustancias; y del 5 al 10% presentaron tentativa de suicidio y/o suicidio, dentro de los 15 años del episodio depresivo inicial.

En las últimas décadas se ha comenzado a reconocer la existencia de trastornos de este tipo en niños y adolescentes. A medida que se va acrecentando el conocimiento acerca de este tópico, se han logrado precisar aún más los diagnósticos y, en consecuencia, se ha logrado un uso racional de los recursos terapéuticos.

Psiquiatra Infanto Juvenil. Psicoanalista. Presidente del Cap. de Salud Mental de la Asoc. Argentina de Salud Mental (AASM). Presidente del Cap. de Psiquiatría Infanto Juvenil de la Asoc. de Psiquiatras Argentinos (APSA). Secretaria de Actas de la Asoc. Argentina de Salud Mental (AASM). Admisora en Salud Mental Infanto Juvenil de la Obra Social Luis Pasteur.

El término depresión ha sido empleado como referencia a un síntoma, a un síndrome, trastorno o cualidad, lo cual ha conducido en varias oportunidades a una situación de diagnóstico confusa, y por ende a un tratamiento inadecuado.

Existirían evidencias que sugieren una continuación entre la depresión del niño y la del adulto, que sumado a la significativa morbilidad y mortalidad, y la eficacia que presentan los antidepresivos en el tratamiento de pacientes adultos, han convalidado su implementación en la población infanto juvenil.

Se reconoce en la actualidad que la depresión infantil es una enfermedad crónica y recurrente que origina una disfunción grave, y conduce al pequeño a padecer el riesgo de una enfermedad con posterioridad, o bien al suicidio.

La depresión no orienta hacia un cuadro único patognomónico sino, por el contrario, es probable que sea indicador de un grupo heterogéneo de afecciones. A partir del DSM-IV R, se comprobó que el trastorno depresivo mayor reunía los criterios necesarios como para ser considerado como patología en dicha población, y que además presenta una alta tasa

de morbi-mortalidad, razón por la cual amerita ser diagnosticada, y por ende así tratada.

Epidemiológicamente se revela la prevalencia de la depresión en un 2% en los niños pequeños, y en un 5 a un 8% en adolescentes. Estos últimos generalmente, cuando demandan consulta, entrarían dentro de la categoría de 'distimia', puesto que llevan más de un año de evolución en su padecimiento (resulta un observable desde la clínica).

A partir de 1980 empieza a reconocerse al abuso sexual infantil como categoría nosológica, y a re-valorizarlo como un factor significativo en el historial de considerable cantidad de adultos que presentan síntomas depresivos actuales.

Otro factor importante es el cuadro de TDAH como co-morbilidad con trastornos depresivos, fundamentalmente en el grupo que presenta trastornos de conducta, factor que es considerado por algunos autores como un indicador de riesgo para sufrir depresión.

Algunos autores señalan que entre un 40 a un 70% de la población infanto juvenil presenta asociación con:

- ANSIEDAD.
- DISTIMIA.

a-compañar
desde 1982

Director: Lic. Guillermo J. Altomano
Supervisores: Lic. Lionel Giglia
Lic. Alberto Pech
Lic. Lucas Edgar

Celebrando nuestro 30 aniversario invitamos al

2º Taller Argentino Cubano de Salud Mental

Preparatorio del V Congreso Panamericano de Salud Mental Infantojuvenil

17/03 AL 24/03/2012

SEMANA CIENTÍFICA Y TURÍSTICA EN VARADERO - CUBA

Temario:

La salud mental en Cuba y Argentina, estrategias de asistencia en psicosis y discapacidad mental en niños y adultos. Redes sociales y comunidad. Psiquiatría social e interdisciplinaria: Psicología, Psiquiatría y Acompañamiento Terapéutico. Medicina familiar. Asistencia institucional y domiciliaria.

Otras Actividades: 5 días de sol y playa

Organizan:

- *a-compañar* Asistencia y Formación en Salud Mental (Argentina)
- Grupo Nacional de Psiquiatría Infantil
- Sociedad Cubana de Psiquiatría (Cuba)

Informes e inscripción: secretaria@acompaniar.com.ar

Te.: 4374-6966

CIERRE DE RESERVAS 30-11-2011

- ABUSO DE SUSTANCIAS.
- TRASTORNOS DE CONDUCTA.
- TRASTORNO DE DÉFICIT DE LA ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.

(Tomado de la Asociación Americana de Psiquiatría. Año 2002.)

Es importante remarcar, pues, que el concepto de ‘DEPRESIÓN’ y su desarrollo pueden ser planteados desde diferentes ópticas (o planos), si se la considera:

- Desde lo EVOLUTIVO-BIOLÓGICO.
- Desde lo CONDUCTUAL (APRENDIZAJE).
- Desde lo SOCIO-CULTURAL.
- Desde lo PSICODINÁMICO (INDIVIDUAL Y FAMILIAR).

En la integración de estos planos podrá concebirse un mejor diagnóstico y tratamiento.

Es viable considerar al desarrollo como un ‘continuo’ a través de la vida, con cambios en los ambientes ‘externos’ e ‘internos’, los cuales interactúan entre sí, produciendo modificaciones en el ‘ánimo’, la ‘conducta’ y el ‘pensamiento’, siendo estos ‘cambios’ de mayor intensidad en la infancia y adolescencia.

Consideraciones neurofisiológicas

En relación con las cuestiones neurofisiológicas y su responsividad al tratamiento, las diferencias entre los cuadros depresivos de los adultos y de la población infanto juvenil, se enmarcan dentro de las siguientes evidencias:

- No se ha demostrado prueba evidenciable de ‘hipercortisolemia’, la cual es frecuente hallar en los adultos.
- Existe una menor respuesta a los ATC (Antidepressivos Tricíclicos), en niños y adolescentes.
- Otras diferencias se evidencian en los ‘índices de inmunidad celular’ (proliferación linfocítica y apoptosis). Estas discrepancias estarían dadas por factores propios del desarrollo, estado de la enfermedad y heterogeneidad de la muestra.

La expresión de los receptores a **5-HT (5-HIDROXI-TRIPTAMINA)**, **NA (NORADRENALINA)** y **DA (DOPAMINA)** ocurre durante estadios tempranos y adquiere alta sincronización en corteza cerebral.

El desarrollo mono-aminérgico, su síntesis y almacenamiento, es muy variable.

La **SEROTONINA**, su síntesis y actividad madura, es relativamente temprana.

La inervación de estas vías a la corteza prefrontal ocurre aproximadamente entre los 5 y los 6 años en los seres humanos. En contraste, la síntesis y desarrollo de la NA y de la DA continúan durante la pubertad, y la inervación de la vía dopaminérgica a la corteza prefrontal no finaliza hasta la juventud.

Diversos hallazgos sugieren que la corteza prefrontal dorsolateral, responsable de la memoria de trabajo, presenta mayor superficie y activación difusa en los niños en relación con las personas adultas. Es por esto mismo que en los últimos se ha encontrado un déficit de la memoria en aquellos que han sufrido trastorno depresivo recurrente.

En los adultos también se ha observado una reducción en la estructura y función de la corteza prefrontal dorsolateral a través de estudios de neuroimágenes. Por contraposición, no se han encontrado los mismos resultados en niños.

Las diferencias detectadas a través de neuroimágenes en la estructura y la función de la corteza prefrontal (CPF) dorsolateral y los haces del ganglio basal oculomotor-tálamo cortical -parte del circuito del ‘razonamiento visuo-espacial’, presentes en la depresión de inicio temprano, presentarían cierta oposición y explicarían las discordancias acordes al ciclo vital.

El volumen hipocampal reducido se visualiza en adultos, y es más intenso cuando los episodios son recurrentes y de cierta duración. No existirían estudios en la población infanto juvenil.

El marcador más frecuente en el suicidio es la disminución de la concentración del **ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOLACÉTICO (5-HIAA)**, que es un metabolito de la **5-HIDROXI-TRIPTAMINA (5-HT)**, en el LCR (Líquido Cefalorraquídeo) de suicidas, en relación al resto de los controles.

Consideraciones terapéuticas

Entre los fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, hallamos las siguientes moléculas:

1) **ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS:** Durante las últimas décadas estos fármacos han tenido un lugar prominente en el tratamiento psicofarmacológico de niños y adolescentes. Su eficacia está probada en el tratamiento de las siguientes entidades:

- ENURESIS,
- TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS (TOC),
- TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD,

- Y UNA EFICACIA RELATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

La presencia de efectos adversos cardiovasculares y los reportes de casos de muerte súbita, han conducido a una disminución en su implementación.

Dentro de los **efectos adversos** más comunes, predecibles a corto plazo, encontramos:

- Anticolinérgicos:** boca seca; visión borrosa; diplopía; retención urinaria y constipación. Éstos, de leve intensidad.
- Con la suspensión abrupta puede producirse un ‘síndrome de tipo gripal’.** Es por ello que se recomienda su suspensión de manera gradual.

INDICACIONES Y DOSIS DE ATC (ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS). DROGA	INDICACIÓN PRINCIPAL	DOSIS DIARIA	DOSIFICACIÓN
IMIPRAMINA	ENURESIS, DEPRESIÓN TDAH Y ANSIEDAD	2-5 mg/kg	Al acostarse o 2v/d
AMITRIPTILINA	ENURESIS, DEPRESIÓN TDAH Y ANSIEDAD	2-5 mg/kg	Al acostarse o 2v/d
NORTRIPTILINA	ENURESIS, DEPRESIÓN TDAH Y ANSIEDAD	2-5 mg/kg	Al acostarse o 2v/d
DESIPRAMINA	ENURESIS, DEPRESIÓN TDAH Y ANSIEDAD	2-5 mg/kg	Al acostarse o 2v/d
CLOMIPRAMINA	TOC, DEPRESIÓN TDAH Y ANSIEDAD. ENURESIS	2-5 mg/kg	Al acostarse o 2v/d

2) INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS): A

partir de su surgimiento, estas moléculas son las de mayor uso en la práctica clínica infanto juvenil, en base a la extrapolación de datos en adultos y debido a los estudios clínicos, que evidencian su beneficio y tolerancia en dicha población.

En relación con estos estudios, en 1997 se publica el primer trabajo del tratamiento del trastorno depresivo mayor con **FLUOXETINA**, en una población cuyo rango etario se encontraba entre los 7 y 17 años, avalando su eficacia en relación al placebo. En otros artículos se puso de manifiesto la eficacia de la

PAROXETINA en el tratamiento del trastorno depresivo mayor en adolescentes de 12 a 19 años (Beeckan; 1998).

Otros estudios han demostrado la eficacia de los ISRS en diversas entidades que se describen a continuación:

- TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC).
- EL SÍNDROME DE TOURETTE.
- ANOREXIA NERVIOSA.
- BULIMIA NERVIOSA.
- AUTISMO.
- CONDUCTA AUTO-LESIVA.
- TRICOTILOMANÍA.

La FDA ha aprobado la **FLUVOXAMINA** y la **SERTRALINA** en 1998, y la **FLUOXETINA** (para niños entre los 7 a 17 años), a partir de enero del 2003, para el tratamiento del **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM)** y **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)**.

Uno de los beneficios que aportarían estos fármacos al ser indicados, es que no requieren un examen de laboratorio específico previo a la instauración del tratamiento.

A pesar de ello es aconsejable realizar pruebas de función tiroidea, ya que algunas disfunciones de la misma pueden traducirse en síntomas, como ansiedad y depresión; pruebas de funcionamiento hepático; creatinina y ECG, especialmente cuando se considera la implementación de psicofarmacoterapia combinada.

Los **efectos colaterales** pueden regir la **TITULACIÓN** del ISRS y su **DOSIS REAL**, cuando se la realizó de modo rápido. Esto puede paliarse cambiando el modo de administración (o sea el momento en que se realiza la toma). De este modo, las molestias de sedación que suelen aparecer con los ISRS cuando éstos se indican por la mañana, suelen quedar atemperadas cuando su administración se realiza en forma nocturna.

Las tan frecuentes **molestias gastrointestinales** suelen aminorarse con su toma a posteriori de la ingesta.

Los **efectos colaterales** tales como: **letargo, apatía y desinhibición**, requieren la disminución de la dosis.

Debido a que el trastorno depresivo es un problema de peso y un predictor de dificultades graves a largo plazo, se tratará de instaurar fármacos antidepresivos modernos.

Es de destacar la observación de un componente endógeno en la niñez y adolescencia tempranas como síndrome puro o consecutivo a estrés repetidos. Si es posible demostrar que éstos conducen a un tipo de síndrome depresivo no reactivo, se contaría con una argumentación a favor de la implementación de terapéutica psicofarmacológica antidepresiva.

Estos trastornos pueden tornarse en invalidantes para el sujeto puntual que los padece, resultando a largo plazo en un desajuste y deterioro en el funcionamiento psicosocial y académico del individuo.

DOSIS DE LOS ISRS EN PSIQUIATRÍA INFANTO JUVENIL

ISRS	DOSIS (mg) (máxima)
FLUOXETINA	5 - 40 (60) cada mañana
SERTRALINA	25 - 125 (150) cada mañana
PAROXETINA	5 - 40 (60) cada mañana
FLUVOXAMINA	25 - 125 (150) 2 veces al día

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales". Editorial Masson. 1995.
- Brió, María Cristina (editora). "Psicofarmacología y Neurociencia en Pediatría". Ed. ScienS. Bs. As. 2007.
- Hirsch, G.S.; Ditekowsky, K. "Guía para la dosificación y el monitoreo de psicotrópicos para niños y adolescentes". Revista Psiquiatría y Salud Integral. Vol. 2. N° 4. Editorial Medworks Media Global. Julio/Agosto 2002. New York.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Perspective: guidelines for the clinical evaluation of child and adolescent sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 27:655-657, 1988.
- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect: Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. Pediatrics 103:186-191, 1999.
- American Professional Society on the Abuse of Children: Guidelines for Psychosocial Evaluation of Suspected Sexual Abuse in Young Children. Chicago, IL, American Professional Society on the Abuse of Children, 1990.
- Massei, Hugo. "Psicofarmacología infanto juvenil". Ed. Polemos. Bs. As. 2005.
- Moneta, Liliana V. "Psiquiatría Infanto Juvenil. Consideraciones actuales en clínica y terapéutica". Manual de clínica y terapéutica en Psiquiatría. Compiladores: Fantin, Juan C.; Falcoff, A. Ed. Letra Viva. Bs. As. 2009.
- Yunes, R.; Braier, M. "Actualización de diagnóstico y tratamiento en psiquiatría". Año 2. Vol. 10. AAP.
- Zieher, Luis M. y cols. "Psicofarmacología clínica y sus bases neurocientíficas". Colección de Farmacología. 3era. Edición. Año 2003. Bs. As.

Afirmar lo que no es: una orientación posible

Natalia Neo

*"...cada teorema remite a otros teoremas,
cada demostración a otras demostraciones.
Un gran viento calmo, entonces"¹*

El siguiente trabajo escribe sobre la estructura en términos de superficies.

Al hablar de estructura no se puede pensar a ésta sin el lenguaje, ya que cuando se dice estructura es estructura de lenguaje. Lacan se refiere a las su-

¹ Deleuze, Gilles: "En medio de Spinoza", Clase 1: Dios y la filosofía, Cactus, Serie Clases, Buenos Aires, 2da edición, 2008.

perficies para demostrar, en el caso de la Banda de Moebius: la topología de la constitución del sujeto, y en el caso de la Botella de Klein: la topología del sujeto en relación al Otro. Esta última es un modo de escribir la conjunción del sujeto con el Otro, en el interior de lo cual va a poder situarse la dialéctica de la demanda.

El corte, en la botella de Klein, permite obtener dos bandas de Moebius invertidas, con torsión derecha e izquierda, o sea, con simetría especular. Lacan sitúa ahí al Otro y al sujeto: el lugar del Otro y el del sujeto constituido en el campo del Otro. Entonces, el lugar del Otro es la imagen invertida de lo que nos sirve de soporte para conceptualizar la función del sujeto.

En el pasaje de adentro-afuera se puede observar cómo estas vueltas de la demanda invierten su sentido. Ello permite visualizar desde dónde el mensaje nos vuelve invertido. El Otro es el que habla en el sujeto, no es ningún ser, es un lugar, es el lenguaje, es el inconsciente.

En análisis “el Otro no sea más que esta duplicidad”² que hay del uno pero no hay del Otro. El uno dialoga solo, porque se recibe su propio mensaje en forma invertida.

La característica principal del lenguaje es su bipolaridad, su binaridad. El sentido de cada significante se define por su contrario, haciendo par, haciendo relación. Entonces, ¿qué es esto de “afirmar lo que no es”? Afirmar lo que no es implica partir de la negación y no de la afirmación, como hace el lenguaje mismo. La negación posibilita la existencia de todo lo que no es. También se puede agregar que afirmar lo que no es invita a una detención, porque si no lo que aparece es inmediatamente la comprensión, la relación, lo ordinal (el orden causa-efecto).

El lenguaje mismo identifica, quiere saber qué es cada cosa. Con lo cual se puede afirmar que el lenguaje demanda, entonces: ¿qué uso para el lenguaje? A esto se puede agregar lo imperativo del lenguaje; con esto quiero decir: lo dado, lo impuesto, la amenaza, el orden, o sea, el goce del Otro.

El goce del Otro es la versión imaginaria de una presencia real. Es contra esto que se puede hacer otro tratamiento del goce.

Entonces, como analistas, nos queda apostar al pasaje de la amenaza al riesgo.

A partir de estos lineamientos, se intenta mostrar cómo esta estructura de lenguaje en términos de

superficie aparece en el discurso de una paciente, y cómo el escribir es siempre una operación topológica.

Es a partir de esto que se han recortado las siguientes viñetas:

J dice: “Tengo la capacidad de transformarme en lo que el otro necesita, como el camaleón”. Acaba de separarse de una amiga, N, con quien vivía. Comenta que en esa relación ella “perdió su eje”, y agrega: “siempre me mimeticé mucho con la gente, con los grupos, me acoplo”; “no sé diferenciar si son mis ganas o querer complacer al otro”; “yo siempre soy el apéndice de alguien”.

Cuenta que está con S, su novio, quien la ayudó a separarse de N, su amiga, con quien estaba viviendo, y dice: “siento que no estoy enamorada de él, sólo me enamoré del primer chico que me gustó, a los 15 años, y el resto de las relaciones que fui teniendo con los hombres siempre tuvieron fecha de vencimiento”. Recuerda que su madre le decía: “cuidado con los hombres; ellos siempre te van a buscar para cogerte”.

“Siempre me engancho con los chicos que yo sé que gustan de mí. Estoy atrapada en el lugar en el que el otro me pone”. “Siempre busqué tipos que estén seguros, que me den seguridad de amor, yo soy el objeto de amor del otro”. Encima: “Soy la salvadora de ellos, todos mis novios tienen relación con la falopa”.

En estos recortes se puede ver cómo la paciente puede estar tanto de un lado, “pierdo el eje”, como del otro lado, “ser el eje del otro” (la salvadora); esto muestra los dos lados de la Banda de Moebius; puede estar tanto de un lado como del otro.

Ahora bien, J comenzó a decir: “Tengo muchas fantasías con mujeres y, de hecho, estas fantasías son las que me excitan al momento de estar con un hombre. Me cuesta mucho llegar a un orgasmo, es una odisea, no siento nada cuando estoy con un hombre. Tengo mucho miedo de que realmente me gusten las mujeres; muchas veces prefero no saber de eso, me angustia”.

A la sesión siguiente lleva un sueño, cuenta: “Soñé que tenía un pene y me crecía y encima me gustaba. S (su novio) me lo tocaba y me encantaba”. J dice tomar en las relaciones un rol masculino y con énfasis siempre dice: “En mi afán de no ser prototipo de mina”.

Se puede pensar que J fantasea con mujeres por curiosidad sobre cómo gozan ellas, por vía iden-

² Lacan, Jacques, Seminario XXIV: “L’insu que sait de l’une-bevue s’aile a mourre”, Escuela Freudiana de Buenos Aires.

tificatoria. Y al entrar en una competencia fálica con los hombres, esto la aparta de una posición deseante hacia ellos. Hubo que afirmar que no se trataba de una tendencia homosexual sino de una posición femenina en relación a su falo y a poder ser objeto de deseo de un hombre. J tranza con la madre en ese no permiso de sentir, de enamorarse de algún hombre. J sostiene la impotencia de los hombres; ella no está habilitada a gozar de ellos. Afirmando lo que no es permitió que J se pregunte: “¿Estoy negando el sexo con los hombres por miedo a que me lastimen o por miedo a que no me acepten como mujer?”. Esta referencia demuestra cómo la negación no implica un cierre, sino una apertura.

J comenzó a desplegar lo siguiente: “Quiero relacionarme con los hombres desde otro lugar, no controlar todo yo. A la vez, siento que me liberé de ese encierro que me producían las palabras; estoy vaciando el contenido que tienen algunas palabras, algunas ideas, y paso a ser yo la autora”.

En un momento cuenta que hay un chico que le gusta y que se animó a que él se dé cuenta de que a ella le gustaba, sin saber si él gustaba de ella.

En otra oportunidad comenta: “Tuve sexo y la pasé muy bien, al nivel de no pensar, y eso estuvo bárbaro. Fue estar con alguien y no mostrarme de la manera en la que yo creo que al otro le puede llegar a gustar”. Intervengo diciendo: “Pudiste estar ahí”. Rodolfo Kusch, *Licenciando en Antropología*, refiere en su libro que “...es el estar de ese existir y no de su ser”³, y que “el existir implica ser posible”⁴.

La interpretación cumple función de corte y sanción de que lo que se dice no se borre con lo que sigue. Corte que separa al sujeto del objeto. En la teoría de la castración lacaniana no es el corte en tanto castración del falo imaginario, sino castración del objeto en relación al Otro.

Para Lacan el lugar del corte es equivalente a la interpretación.

En seminario XI, “Los cuatro conceptos”, Lacan dice: “El objetivo de la interpretación no es tanto

³ Kusch, Rodolfo: “La negación en el pensamiento popular”, Ed. Las Cuarenta, 2008.

⁴ Ídem.



PROGRAMA VIRTUAL DE ENTRENAMIENTO INTENSIVO EN SUICIDOLOGÍA

- Asociación Argentina de Prevención del Suicidio -

Más de 15 años de experiencia formando colegas de Latinoamérica y Europa en esta disciplina.

Docente a cargo: Lic. CARLOS MARTÍNEZ (- Director General A.A.P.S. · Profesor de Suicidología de la Universidad de Palermo (Argentina) y del Diplomado Internacional en Suicidología (Medellín - Colombia). Experto de la Mesa de Trabajo sobre Atención del Intento de Suicidio en la Adolescencia-Ministerio de Salud de la Nación)

MÓDULO CLÍNICO

- EVALUACIÓN DE RIESGO Y POTENCIAL SUICIDA e INICIO DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

MÓDULO EDUCACIONAL

- SUICIDIO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO ESCOLAR Y ABORDAJE INSTITUCIONAL DE PRODUCCIONES AUTODESTRUCTIVAS

MÓDULO: POSVENCIÓN I

- EL DISCURSO SUICIDA: SU ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

- ✓ Módulos de cursada independiente
- ✓ Seguimiento personalizado online
- ✓ Espacio virtual para la supervisión de casos
- ✓ Aplicaciones al contexto laboral específico del alumno
- ✓ Bibliografía actualizada
- ✓ Presentación de casos, investigaciones e intervenciones
- ✓ Guías de entrenamiento para la Identificación, Análisis, Elaboración y Resolución de emergentes.
- ✓ Análisis, diagramación e implementación de intervenciones

Informes y Consultas

Lic. Daniela V. Martínez - Coordinadora Formación AAPS - cursosvirtuales@suicidologia.org.ar

el sentido, sino la reducción de los significantes a su sin-sentido para así encontrar los determinantes de toda la conducta del sujeto”⁵.

Se puede afirmar que el saber no es el sentido que se obtiene, el saber inconsciente es una trama que soporta. “Esta discordancia del saber y del ser es nuestro sujeto”⁶.

El análisis tiene que crear al inconsciente, porque lo que hay siempre es goce fálico, que es la imposición del lenguaje. El goce fálico está de la otra orilla del inconsciente.

Entonces está: *el sentido*, que es la captura imaginaria de lo simbólico; *el goce fálico*, que es el efecto simbólico de la falta real; y *el goce del Otro*, que es la versión imaginaria de una presencia real. Lo que vuelve al mismo lugar es lo Real, se repite la vuelta. El lugar es el mismo, lugar que descubre lo real e impide que se cubra, que se tapone, propicia lo metonímico. La repetición hará la diferencia.

Aquí aparecen las vueltas de la demanda, que en sí misma no se cierran y quedan como un espiral.

La repetición aquí es la insistencia significante; insiste porque el decir hace existir al dicho: “es lo que queda olvidado detrás de lo que se dice, en lo que se escucha”⁷. Donde se sitúa el término olvidado es el lugar de inscripción de una marca que se especifica de no poder ser dicho. Marca de la falta, condición de posibilidad de la emergencia de un rasgo inconsciente, del inconsciente como concepto de la falta; esto no puede decirse ni escribirse. Es a partir de allí que la marca se cuenta como Uno. Iniciada la cuenta el sujeto surge dividido por la representación entre significante y significante. Dividido entre saber y verdad, “sujeto, efecto de la marca y soporte de su falta”⁸.

El verbo ‘existir’ deriva del latino existo, el cual está compuesto del prefijo ex, que indica procedencia, y de sisto, que indica estar allí.

J refiere en una oportunidad: “Me liberé de ese encierro que me producía la palabra, vaciar de contenido lo pre-escrito y comenzar a ser yo la autora, es ir descubriendo ese espacio de construcción”.

J comenzó a estar con un chico, también llamado J, y dice estar enamorada por primera vez de alguien; pero se encuentra con que lo demanda y que

muchas veces dice: “Es una demanda en sí misma”; dice desesperarse si no recibe frecuentemente llamados de él (como ser: mensajes, llamados), como así también reconoce que lo está suponiendo todo el tiempo (suponiendo qué estará haciendo, por qué no le contesta). Interpreto diciendo: “Cómo contar con la presencia en la ausencia...”; la paciente hace un silencio y dice: “Mi mamá demanda todo el tiempo; ella es una demanda y la desbordan las situaciones, como a mí, cuando el otro no responde a sus demandas. Estoy pensando que este pibe con el que estoy, me cortó el pito, me castró”. En ese momento, decidí cortar. J, a la sesión siguiente, trae: “Siento que cuando él no está conmigo inmediatamente me deja de querer. Estoy todo el tiempo pensando en él. Esta es la forma de querer de mi mamá. Ella está encima del otro. A mí me faltaba el aire. Yo sufrí el exceso de mi madre. Busco saber esa garantía de amor que no existe”.

J se va de vacaciones y a su vuelta trae a su sesión el siguiente sueño: “Estaba J (su novio) dentro de una bañadera, y una mujer grande le corta el pito, le comienza a sangrar y yo le digo: ‘esperá que te voy a curar’, y él contesta: ‘no me podés curar porque esta es una herida que no se cura’”. Cuando se le pregunta qué piensa de ese sueño, ella refiere lo siguiente: “Yo no puedo ser su todo. Para mí estar en pareja fue siempre esa especie de amalgamiento, de fusión con el otro, y donde no llegaba a amar al otro; ahora siento que sí. Dejar de buscar esa garantía de amor”.

Para concluir, Deleuze escribe en uno de sus libros: “...la potencia se trata de una escala intensiva...”.⁹ Esto permite pensar que se produjo un pasaje, se pasó del poder, poder del falo y del goce fálico, a la potencia; es muy diferente pensar en términos de poder o en términos de potencia; potencia es lo que cada uno puede cada vez. A partir de este escrito se visualiza el pasaje que fue haciendo el discurso de esta paciente.

Lo que me orientó como analista fue armar otro imaginario que no sea el especular. Propiciar otro estar para la paciente. Que pase de ser hablada por el lenguaje a habitarlo, restar goce fálico. Remarco esta frase de Lacan: “El inconsciente resta al Otro”¹⁰.

⁵ Lacan, Jacques, Seminario XI: “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”, Clase XVI: El sujeto y el otro: la alienación, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1984.

⁶ Lacan, Jacques, Seminario XX: “Aún”, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1983, p. 145.

⁷ Lacan, Jacques: “L’étourdit”, Scilicet N° 4, Paris, Ed. Du Seuil, 1973.

⁸ Lacan, Jacques, Seminario XIII: “El objeto del psicoanálisis”, Editorial Paidós.

⁹ Deleuze, Gilles: “En medio de Spinoza”, Ed. Cactus, Serie Clases, 2da edición, Bs As, 2008.

¹⁰ Lacan, Jacques, Seminario XXIV: “L’insu que sait de l’une – s’aile a mourre”, Escuela Freudiana de Buenos Aires.

Cuidando do cuidador familiar nos grupos de palavras: uma proposta de intervenção multidisciplinar

Rosana Alves Costa, Sandra Mara Cavasini

Introdução

A palavra cuidado apresenta vários significados associada ao verbo cuidar, que na língua latina está ligada à idéia de atenção e olhar para o outro e implica na concretização de um processo de prestar e receber cuidados. De acordo com Pessini (2006), existe uma necessidade de olhar o cuidado de forma atenta para que sejam contempladas as quatro necessidades humanas básicas: a de existir, a de pensar, a de sentir e a de agir no mundo. Para nós profissionais de saúde, o cuidar despendido fora do âmbito profissional, está associado ao cuidado informal que é efetuado pelo grupo familiar. O dar e receber em cuidados na saúde acarreta relações de proteção, apoio e responsabilidade. Trata-se de um processo de socialização, prevenção e proteção de riscos, assim como de promoção de autonomia e independência daquele que está vivenciando a doença. Nesse caso o cuidado é feito por alguém mais próximo do paciente, em geral um familiar. Há sempre um membro da família mais próximo do paciente, que é denominado cuidador familiar: *“Aquele que mais tempo permanece junto ao doente, correndo riscos de abandonar sua própria vida, e, quando o moribundo falece, corre o risco de cair no vazio, ou mesmo, numa identificação com o doente, passar a ter os mesmos sintomas que este”* (Esslinger, 2008, p.150). O ato de cuidar apresenta aspectos positivos e negativos. Por um lado é gerador de mudanças na rotina diária, das relações interpessoais familiares. Mudanças essas que geram sentimentos de medo, impotência e culpa quando não consegue atender as necessidades do paciente e suportar a carga imposta pela tarefa.

Todo cuidador familiar sabe do estresse e do cansaço que enfrenta ao cuidar de seu ente querido. Muitas vezes tendo que conciliar o trabalho e vida familiar

com as visitas e permanência por longos períodos no Hospital. Pesquisas relacionadas ao tema tem demonstrado que cuidadores de pessoas doentes ou em fase final de vida apresentam altos índices de depressão e outras comorbidades associadas ao stress emocional [A. C. Garino (2006-2010)].

Por outro lado, o cuidar pode se apresentar como uma oportunidade de aprendizagem e respeito pela vida humana, assim como gerar sentimentos de satisfação por ajudar o paciente a se sentir melhor.

Como afirma Boff (2009), o cuidado abrange uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro, assim como o indivíduo que cuida se sente envolvido e afetivamente ligado ao outro. O projeto cuidando do cuidador familiar através do grupo de palavras do SAPIS¹, visa oferecer aos nossos cuidadores familiares algumas possibilidades para minimizar e controlar a pesada carga de estresse a que são submetidos. Em nossa experiência, o que tem se observado no discurso do cuidador diz respeito à sobrecarga de tarefas e responsabilidades, manejo do cuidado direto com o paciente, dificuldades econômicas muitas vezes vinculadas ao afastamento de suas atividades laborais, diminuição das atividades sociais e o prejuízo da saúde do cuidador. Não raro ouvimos, por exemplo, que o cuidador principal após o adoecimento de seu filho ou companheiro, passou a ingerir mais bebida alcoólica para conseguir lidar com esse momento de dor e crise.

Ainda como consequência desse cuidado, observamos a diminuição da resistência orgânica, assim como alterações dos estados emocionais, como alterações do ciclo de sono, alimentação, tristeza, depressão, fadiga, apatia, entre outros sintomas.

Tais fatos sugerem que as pessoas estão conectadas, de tal maneira que a saúde de uma pessoa pode interferir na saúde da outra e que intervenções nas

¹ SAPIS - Serviço de Atenção Psicossocial Integrada a Saúde - Hospital São Paulo - Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

quais as pessoas possam refletir essas questões, poderiam ser especialmente úteis tanto para os cuidadores quanto para o paciente hospitalizado.

A motivação para a criação deste projeto está baseado no fato que, as conseqüências sobre a vida do cuidador familiar, que se ocupa de um parente enfermo, é um tema muito importante e que deve ser uma preocupação dentro do contexto hospitalar. Assim o cuidador deve ter um espaço para poder expressar e elaborar suas emoções e sentimentos.

A enfermidade desestabiliza a vida psíquica do paciente e repercute prejudicando a integralidade dos vínculos familiares. Considera-se que o grupo familiar deve ser o apoio emocional para o paciente mas, o que se observa, são os vínculos afetados pela cronicidade da enfermidade.

O contexto familiar atravessado por enfermidades é extremamente estressante. Esta situação repercute nos vínculos familiares, na adesão do paciente ao tratamento, no prognóstico médico, na estabilidade emocional do paciente, do grupo familiar e equipe multiprofissional. As dificuldades são por vezes resultado da cronicidade da enfermidade e dos proce-

dimentos médicos/terapêuticos, mas também devido ao sobre dimensionamento das necessidades de cuidados que requer a doença e o sobre investimento por parte dos parentes.

A definição de cuidador utilizada para este trabalho seria, o familiar ou outra pessoa próxima, que cuida de maneira não profissional, sem remuneração, plenamente ou parcialmente de um parente dependente dentro de seu entorno familiar, em relação às questões do cotidiano como: cuidados terapêuticos, curativos, controle da medicação, higiene, acompanhamento, organização de tarefas domésticas, etc.

O grupo de palavras

O ser humano antes de ser uma pessoa é sempre um grupo [Bleger (1971), citado por Lecourt (2008)].

Todo grupo é um lugar de trocas/intercâmbios. O grupo de palavras tem uma função de sustentação/contenção, pois solicita a palavra, a escuta e a reflexão, permitindo as relações, vínculos e iniciativas. Ele é um meio de construção identitária e de reparação. Permite a elaboração individual e coletiva, como também representa uma abertura coletiva para o exterior. O grupo seria o lugar de memória coletiva e individual, de trocas afetivas, espaço onde se compartilham os pensamentos de interesse de todos, favorecendo particularmente aqueles em que o aparelho psíquico encontra-se em uma situação mais fragilizada.

Os indivíduos que participam do grupo, escutam-se uns aos outros. Podemos observar que mesmo que existam circunstâncias diversas e diferenciadas, o problema principal é o mesmo para todos. Falar, exprimir-se sobre a enfermidade de um ente, sem pudor, pois todos que estão neste grupo, vivenciam a mesma situação de enfermidade e hospitalização.

Frases recorrentes em grupos de palavras:

C1- *Eu não tenho saúde, estou esgotada. Mas fazer o que?... é eu tenho que aguentar!*

C2- *Eu cuido porque ele é meu marido... mas ele me maltratava muito... agora tenho que cuidar dele... mas eu cuido porque ele é o pai dos meus filhos...*

C3- *Muitas vezes o paciente se torna um carrasco e porque está doente acha que tem o direito de dizer tudo o que quer e não se importa em magoar.*

C4- *Minha família acha que sou obrigada a cuidar da minha mãe porque sou a única filha que mora com ela. Eu não tenho tempo para mim.*

C5- *O problema é que nós cuidadores pensamos que ninguém irá cuidar do paciente melhor do que a gente.*

C6- *A doença traz coisas boas também... melhora a convivência, a aproximação, o contato físico, a conversa. Porém a doença também nos deixa amargos, mal humorados, sem fé, não sabemos no que acreditar, a fé bastante abalada...*

C7- *A minha situação é diferente... diante das dificuldades*

asappia

**Asociación Argentina de Psiquiatría y Psicología
de la Infancia y la Adolescencia**

Fundada en 1969

Psicoanálisis e Interdisciplina

Miembro de FLAPPSIP

(Federación Latinoamericana de Asociaciones de
Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis)

AÑO 2012

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

* Modalidad Intensiva (días sábados)

* Modalidad Interior (viernes y sábados bimestralmente)

Dirigidas a Médicos - Psicólogos - Psicopedagogos
Otros Profesionales de Salud Mental

2 años de duración - Clases abiertas y
Charlas informativas en febrero / marzo 2012

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.org asappia@intramed.net

que eu vejo aqui, a minha vida como cuidador está muito boa, eu tenho muito apoio e força da família...

C8- Cada caso é um caso... minha esposa usa colostomia e no dia que vem alguém para ficar com ela eu aproveito para sair e me sentir livre... porque é muito difícil para mim... não gosto de coisas ruins; gosto de coisas boas. E se eu não me cuidar eu entro em depressão. Ai vão ser dois doentes...

O grupo tem a possibilidade de compreender o sofrimento dos que ali estão, como também de sustentá-los. O indivíduo não está sozinho com a sua dor. Ele pode dividi-la com os que podem compreendê-la assim, ele não encontra somente uma escuta, mas uma verdadeira sustentação para o desespero no qual ele está submergido, como podemos ver no seguinte diálogo:

C1- O meu marido fica o tempo todo muito agoniado, e a agonia dele passa para mim e eu fico agoniada também.

C2- Eu também fico agoniado... mas é porque eu tenho medo que ela morra na minha frente... como vai ser? O que eu vou fazer se isso acontecer?

O dispositivo grupal é um espaço intersubjetivo, que precede e sustenta o indivíduo e o seu inconsciente. Escutando o sofrimento alheio, as pessoas podem relativizar a sua dor. Também podem constatar que não estão sozinhas e que é necessário enfrentar.

Podemos compreender o grupo como aparelho de transformação, como propõe René Kaes (2005), em seu trabalho *“A palavra e o vínculo”*. Assim, o grupo atua como depositário do que é complexo para o indivíduo.

Segue algumas ilustrações:

C1- Na minha visão eu acho que o cuidador não deve chorar na frente do paciente... e quando o paciente chora, o melhor é desviar dele, ligar a TV...

C2- Ah, já acho que é importante chorar para o paciente sentir que alguém o ama e que estamos ao lado dele.

C3- As vezes parece que não vamos dar conta de enfrentar a morte, mas quando chega a hora... percebemos que somos mais forte do que pensamos...

O grupo existe para favorecer/facilitar a comunicação, para que não impere mais o silêncio dia após dia. A vergonha desaparece e as resistências são compensadas pelo espírito do grupo, acompanhado pela relação empática com os outros que sofrem. Aquele cujo estado emotivo está alterado ou confuso, pode

começar em uma nova direção, graças à presença de certos membros que pertencem ao grupo e que já venceram as suas resistências.

Pierre Angel (2005), propõe 3 eixos no seu trabalho com os grupos de palavra com as famílias: falar do sofrimento, dos afetos através de trocas; falar da posição de pais em referência às imagens parentais; qual o nível de aceitação que se situam em relação aos cuidados.

O grupo de palavra SAPIS é uma proposta entre outras apostas, à disposição dos cuidadores e outros membros do grupo familiar, especificamente destinado a eles. Lugar particular e dedicado aos cuidados do cuidador para trabalhar a relação família/equipe e família/paciente.

O psicólogo atua como facilitador da comunicação, mediador para sustentar e assegurar que o grupo funcione.

O grupo tem uma função terapêutica, pois este é um espaço de intercâmbio, onde é possível verbalizar sobre o cotidiano e o sofrimento, rupturas de vínculos e, pode trazer soluções que permitem melhor suportar a complexidade e o peso de ser cuidador ou ter um membro do grupo familiar enfermo. Como pode ser o caso de mães que atendem as necessidades dos filhos enfermos, negligenciando a atenção para com outros filhos ou mesmo com sua relação conjugal.

Cada participante poderá falar de suas próprias experiências. As pessoas sentem-se dentro de um contexto mais humano, mesmo estando dentro de uma situação de internação, pois ao contrário do que se praticava anteriormente, está previsto nesta instituição hospitalar um espaço dedicado ao grupo familiar, espaço este que as famílias podem apropriar-se. O objetivo de cada um dentro do grupo, seria de melhor compreender a situação em que se encontra. Todos estão à procura de um meio de se proteger e poder exprimir-se sobre o processo de adoecer e a situação onde ele, enquanto indivíduo, se encontra em relação à sua função de cuidador. Então o grupo poderia ser uma saída, considerando que nele é utilizado a palavra.

Como já referimos anteriormente, consideramos que a palavra é terapêutica e o fato de poder falar em grupo é terapêutico.



Dr. Pedro Boschan (1939-2011)

Lamentablemente, el 13 de noviembre de 2011 falleció en Buenos Aires el Dr. Pedro Boschan, miembro de honor de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM). Fue médico, psicoanalista y profesor universitario. Apoyó desde el primer momento a la AASM. Tuvimos el honor de escucharlo innumerables mesas redondas de nuestros congresos, publicó en la Revista Conexiones y escribió el prólogo de uno de nuestros libros. Había nacido en Budapest, Hungría, el 4 de septiembre de 1939 y se fue con su último gran sueño cumplido: la fundación de la Asociación Cultural Sandor Ferenczi (ASaFer) de la que fue presidente hasta su muerte.

O grupo de palavras é uma solução à solidão e à exclusão, onde se encontram membros de outras famílias, um espaço para informar-se, escutar, verbalizar, e ser sustentado sem culpa.

Com relação à empatia dentro deste grupo, todos os participantes são familiares de pessoas enfermas, este é o principal vínculo entre elas. Enquanto alguém relata algo ocorrido no interior de sua família, este mesmo fato pode ser semelhante para outros que participam do grupo, e assim haverá outros comentários e análises. Este intercâmbio é retransmitido a todo o grupo e orientado pelo psicólogo, o que permite uma análise aprofundada das dificuldades vividas e a apropriação desta dificuldade por todo o grupo. Nestes momentos o grupo de palavra tem uma forte ressonância nas histórias individuais de cada participante. Como analisa René Kaes, o aparelho psíquico grupal circula entre os indivíduos em paralelo com o aparelho psíquico individual, e em conseqüência, cada um pode fazer seu caminho. Assim, aqui estamos utilizando o enfoque teórico do grupo como aparelho de transformação.

Assim o grupo se mantém e funciona. Enquanto as pessoas encontram respostas, saídas e interesses, elas continuam participando. O indivíduo utiliza o grupo para combater as situações difíceis.

Anzieu (1999), analisa o grupo como um envelope que permite os indivíduos continuarem juntos.

Metodologia

Trata-se de um projeto piloto desenvolvido no SAPIS. O trabalho se desenvolverá de forma rotativa para as diversas enfermarias.

Para tanto propomos que seja realizado um encontro semanal com duração de 1 hora e 30 minutos, no espaço físico do próprio Hospital. O número de participantes deverá ser em torno de 10 núcleos familiares.

Consideramos como critérios para participação no grupo os seguintes pontos:

A pessoa que participará do grupo deverá ser o cuidador principal do paciente, ou aquele da família que se encontra em situação de maior fragilidade emocional. Deverá estar em contato com a realidade, conhecer os principais aspectos da doença do paciente.

Pessoas que não possuam comportamentos destrutivos, impulsivos ou anti-sociais que possam provocar temores realísticos em outros elementos do grupo.

Pessoas motivadas para a atividade.

Pessoas que não estejam excessivamente deprimidos, paranóides, narcisistas ou psicopatas.

Que não apresentem riscos de suicídio.

Que não estejam em crises agudas que impossibilitem partilhar com o grupo suas necessidades.

Pessoas que não estejam em condições de assegurar o sigilo do grupo.

Conclusão

Para concluir, o grupo de palavra seria um suporte de enfrentamento para o cuidador e o grupo familiar face o diagnóstico considerando as seguintes metas:

Ativar recursos psicológicos para melhor elaborar e adaptar-se a enfermidade.

Ajudar o grupo familiar a criar e manter redes de apoio e sair do isolamento.

Buscar a melhor estratégia adaptada a cada grupo familiar.

Espaço de reflexão coletivo, e sustentação para resolução de situações complexas que normalmente são traumáticas.

Ajudar para revinculação e restabelecimento dos vínculos do grupo familiar quando necessário, na fratria, casal, família extensa e sobre tudo com as mães que na grande maioria são as cuidadoras principais.

BIBLIOGRAFIA

Angel, P. (2004), *Guérir les souffrances familiales*, Paris, PUF.

Angel, P. (2005), *Le bonheur en famille: Psychologie de la vie familiale*, Paris, Odile Jacob.

Anzieu, D. (1999), *Le groupe et l'inconscient*, Paris, ed. Dunod.

Boff, L. (1999), *Saber cuidar: ética do humana: compaixão pela terra*, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.

Esslinger, I. (2008), *De quem é a vida afinal: cuidando dos cuidadores profissionais e familiares e do contexto hospitalar*. In: Kovacz, M. J. "Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção", Rio de Janeiro, Ganabara Koogan.

A. C. Garino, R. (2006), *La charge des aidants familiaux face aux troubles psychiques d'un proche et les conséquences psychologiques pour le groupe familial*, Mémoire de Master 2 Recherche, Université Paris Descartes.

A. C. Garino, R. (2010), *L'IRC, effets psychologiques sur l'adolescence et les liens familiaux*, Alemanha, ed. Éditions Universitaires Européennes.

Kaës, R. et Laurent, P. (2009), *Les processus thérapeutique dans les groupes - Groupes thérapeutiques*, Toulouse, ed. Éres.

Kaës, R. (2005), *La parole et le lien – processus associatifs et travail psychique dans les groupes*, Paris, ed. Dunod.

Kaes, R. (2005), *Souffrance et Psychopathologie des liens Institutionnels*, Paris, ed. Dunod.

Kaës, R. (2000), *L'appareil psychique grupal*, Paris, ed. Dunod.

Kaës, R. (1993), *Le groupe et le sujet du groupe*, *Eléments pour une théorie psychanalytique du groupe*, Paris, ed. Dunod.

Lecourt, E. (2008), *Introduction à l'Analyse de groupe, rencontre psychanalytique de l'individuel et du social*, Paris, ed. Éres.

Pessini, L. (2006), *Bioética e cuidados paliativos: alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas*. In: C.A.M. Pimenta and Coll. *Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia*. São Paulo. Manole Ed.

Ruszniewski, M. (2003), *Le groupe de parole à l'hôpital*, Ed. De l'école nationale de la santé publique.

La violencia y sus síntomas

Laura Andrea Viudes*, Carlos Armando Nuñez Camelino**

Introducción

Corrientes es la provincia donde hemos llevado a cabo este trabajo, y su ciudad capital es donde se sitúa el barrio donde nos desempeñamos diariamente, el cual es vulgarmente conocido como el “Quinta Ferre”, que posee una población de 4500 habitantes, de los cuales 2300 son mujeres y 2200 varones. El 53% son adultos, el 42% niños y el 5% gerontes.

Este lugar, no muy alejado del centro de la ciudad, nuclea situaciones constantes de todo tipo de maltratos, tanto hacia el entorno -como ser robos, hurtos, asaltos-, como dentro de él, las cuales reflejan claramente otra imagen de la realidad social que muchos han olvidado.

Personas que sobreviven con planes, que hacen planes de sus hijos, sin planificar, valga la redundancia, la vida de los mismos.

Jubilados que nunca trabajaron y no entienden ni siquiera el significado de dicha palabra (pasar administrativamente desde un estado activo laboral a uno pasivo), los cuales tampoco comprenden, por supuesto, el deseo de la culminación de la ardua tarea, por lo tanto no hay regocijo, no hay respeto, ni valoración al acto habitual. Y escondidos como ovejas negras están aquellos que día a día, con mal tiempo, con un hijo o la mujer enferma, o con un pesar propio, no han faltado ni por un instante a su ardua tarea, ya que si bien era pesada, la recompensa era mayor, tanto en lo económico, como en lo que a la dignidad se refiere. Mujeres cansadas, cargadas de hijos, con escaso o nulo deseo de poseer un trabajo o mejorar econó-

micamente trabajando; y otras, las menos, manteniendo familias enteras porque un plan no es suficiente para cubrir las necesidades y han quedado solas, sin pareja, o bien con ellos, pero los mismos ocupan un rol pasivo en el mantenimiento del hogar. Niños que piden respeto, ya que ellos aportan monetariamente al hogar y no permiten límites parentales, generando una desestructuración profunda en los actores de cada familia.

Cada una y muchas más de estas vivencias que son percibidas durante nuestro accionar médico generan situaciones de violencia de algún tipo, y lograron que nuestra mirada se enfoque en los resultados de estas intrincadas y nuevas formas de organización familiar, y que despertara nuestro interés la relación de los hogares violentos con la sintomatología predominante en nuestro barrio.

Objetivos

Enumerar los síntomas por los que consultan personas que refieren agresiones diarias y las patologías que presentan con mayor frecuencia.

Marco teórico

La Violencia Familiar “constituye uno de los problemas más urgentes de la salud pública” (Boletín de OMS, enero 2011); informes publicados por los medios de comunicación en la Argentina relatan que, en el pasado año, 262 mujeres murieron a causa de la violencia de género; sólo con esos datos sabemos que

**Medica especialista en psiquiatria. Jefa de Servicio de Salud Mental del Hospital Maria Auxiliadora, Medica del programa de medicos comunitarios, Jefe de trabajos practicos de la Universidad Nacional del Nordeste, Especialista en docencia y gestion universitaria. Especialista en Psiquiatria y Psicologia medica.*

***Medico Tocoginecologo. Medico Especialista en Tocoginecologia y Medicina General, Jefe de trabajos Practicos de la Universidad Nacional del Nordeste, delegado para la pcia. de corrientes de la Sociedad Argentina de Ginecologia Infanto Juvenil, Director del SAPS XVIII de la ciudad de Corrientes.*

por lo menos una mujer muere cada 36 horas en manos de su pareja o su ex pareja. Es necesario aclarar que por cada femicidio hay miles de mujeres que son severamente dañadas todos los días en nuestro país, sin que esto sea reportado por ningún medio. En general, se reconoce como violencia a dos tipos de fenómenos que cada vez se tratan de diferenciar más y de explicar con sus articulaciones y particularidades. El primero lo constituye la violencia política, inscrita en la historia del país y mal llamada política, pues asume, de manera menos homogénea, diferentes formas, características y móviles, así como lleva consigo distintos tipos de fenómenos. El segundo se refiere a la violencia cada vez más acentuada en que vive el país en los últimos años, que involucra la aparición del narcotráfico, los cambios en la organización, formas de subsistencia, y todas las formas de corrupción y la guerra que ello acarrea, la agudización del secuestro y el aumento de la delincuencia. Lo común a los dos tipos de fenómenos pareciera ser un estado de explícito o implícito enfrentamiento, donde unos individuos acaban con la vida de otros abriendo una brecha muy grande en el espacio del respeto a los derechos humanos. En este sentido, la violencia es claramente un acto de agresión física, verbal o psicológica contra una persona, al margen del sistema de justicia imperante en la sociedad, en condiciones de aparente o real superioridad física con diferentes móviles, económicos, políticos, sociales, ideológicos, culturales, y con la consecuencia extrema de la muerte. Hoy el país vive conmovido por una violencia macro o social. Se asiste con inmenso dramatismo a los mayores excesos en términos de violación de los derechos humanos, de desvalorización de la vida, de delincuencia, de enfrentamientos armados. Es una violencia visible y ya cotidiana; no sólo se ve todos los días, se acerca cada vez más y se conoce todo lo posible de ella por los medios de comunicación; también se ha metido en la vida diaria a través de la zozobra, la presencia de la muerte, la preocupación y la desesperanza.

Materiales y métodos

Se trató de un estudio transversal, descriptivo, el cual surge en seis meses de recolección de datos y confección de historias clínicas, en la Sala de Atención Primaria n° XVIII del Barrio Quinta Ferre de nuestra ciudad capital de la provincia de Corrientes. En dicho SAPS se han atendido ambulatoriamente, en el área médica, a un total de 1860 pacientes durante ese período (01/06/2010 al 01/12/2010).

Resultados

En un total de 6 meses consultaron en el área médica un total de 1860 personas. De los 1860, 1302 eran mujeres (70%) y 558 varones (30%).

Del total, 93 eran niños (5%), 945 adolescentes (50,8%), 506 adultos (27,7%) y 306 gerontes (16,5%). Sólo el 7% tenía cobertura social.

Ese 7% de la población consultante que tenía cobertura social era el único que tenía trabajo estable. El resto se mantenía con planes sociales y/o eran desocupados que realizaban ocupaciones tipo changas o estacionales. Algunas mujeres (3%) comentaron que sus maridos eran ladrones, y que de esa forma se mantenían.

La mayor parte de los ingresos estables (tanto laborales formales como de planes sociales) correspondían al sexo femenino.

En los atendidos se detectó un 20% de analfabetismo, y el 45% no terminó sus estudios secundarios. En la entrevista lo atribuyen a la necesidad de comenzar a trabajar y a la falta de incentivo en la comunidad para proyectar una carrera u oficio a futuro; también a la carencia de apoyo psicopedagógico y a la frustración de reiteradas repitencias.

El 76% refirió algún tipo de violencia familiar.

Un 12% de las mujeres reconocen abuso sexual por familiar directo no denunciado a la justicia (por vergüenza, descreimiento o falta de contención familiar).

El 85% de las mujeres refirió maltrato verbal, y un



moebiusdifusión



NOEBIUS 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 suscriptores 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

62% físico en alguna ocasión, el cual era frecuentemente ocasionado por sus padres, hermanos y o parejas. Un 8% refirió maltrato físico por sus hijos, y en forma verbal un 41%.

La mayoría de las adolescentes refirieron inicio precoz de la actividad sexual (edad de inicio: 13 años +/- 2). Más de un 55% de embarazos no deseados.

Los gerontes, en general, eran afectados por el abandono o el usufructo de sus ingresos, donde más de una familia tenía la jubilación del anciano como único ingreso.

En cuanto a la estructura familiar de los consultantes, correspondían a familias donde los hijos, al formar sus propios lazos y tener sus hijos, continúan habitando en la casa de sus padres, e incluso de sus abuelos, llegando a ser hasta 15 personas por vivienda, con no más de tres ambientes.

Sólo un 23% consultó al servicio de psiquiatría por maltrato, el cual no era referido como tal, ya que el motivo de consulta era la angustia y la tristeza por soportar y callar el hecho violento.

Los motivos de consulta de las personas que incluyeron a la violencia como antecedente fueron: angustia, insomnio, miedo, inseguridad, labilidad afectiva, trastornos en el control de los impulsos, irritabilidad, aplanamiento afectivo, consultas reiteradas por diferentes enfermedades imaginarias. En el área ginecológica, la amenorrea, vaginismo, dispareunia, el descuido de la higiene y de la estética personal, y en algunos casos embarazos no deseados. Con respecto a los niños, problemas escolares caracterizados por inatención, astenia, tristeza y gran apego materno. Con respecto a los ancianos, el mutismo, es decir, el ocultar lo que sucede, el temor al abandono y también la angustia.

Conclusiones

Las personas adultas del sexo femenino que eran agredidas de alguna manera, ya sea física o verbal, presentaron como situación más repetida el problema en la comunicación, inseguridad, ideas hipocondríacas, palpitations, falta de aire, embarazos no deseados, vaginismo y dispareunia; creemos que esto puede asociarse con el temor y la represión diaria vivida en sus hogares, ya que varias de ellas refieren que se sienten violadas durante el acto sexual y que no pueden disfrutar ni esa ni otra actividad con sus parejas.

Al investigar el porqué de la dejadez en lo que respecta a la higiene personal, las mismas refieren que es una forma de no llamar la atención del agresor, y otras lo refirieron como una consecuencia de la astenia y abulia con la que conviven.

Estas mujeres provenían de familias con padres alcohólicos, con antecedentes de separación de los mismos, falta de límites, madres solteras, padres ausentes. Los síntomas más frecuentes en los adultos del sexo masculino eran miedo a la muerte, mareos, inestabilidad, impulsividad, impotencia, y referían que lo más común era el maltrato verbal y la infidelidad.

Con respecto a los niños, todos los que en el discurso comentan violencia familiar, tienen trastornos del aprendizaje; algunos presentaron introversión, agresividad en el colegio o con sus hermanos menores, llanto fácil, miedo a enfermar, enojo hacia sus madres y hostilidad verbal hacia ellas.

Los ancianos en general presentaban síntomas depresivos, como ideas de autoeliminación o que la muerte llegue sin que ellos se la provoquen, tristeza, labilidad afectiva; varios arrojaron niveles elevados de tensión arterial y glucemia, sin control; también presentaban desaseo, astenia, abulia.

Estamos inmersos en un contexto vivido como amenazante e inseguro. Amenaza a la integridad física y psíquica. La desocupación afecta a todos, a los que trabajan, a los que están excluidos del trabajo, a los subocupados, a los sobreocupados y a las familias de todos ellos. La ausencia del Estado y las instituciones o la desarticulación en la planificación de programas también es vivenciado como manifestaciones de violencia y desamparo social.

Pero si consideramos que la salud mental se construye fuera del ámbito meramente asistencial, las carencias se hacen aún más evidentes.

Hemos utilizado el saber de estos síntomas para plantear y formular a los pacientes preguntas para detectar si existe violencia en sus vidas. Varios han aceptado esta situación y han accedido a ser ayudados por el equipo de salud.

Consideramos que para reestructurar el contexto familiar actual, debemos comenzar por enseñar o aportar valores y manejarlos con ellos, algo que la civilización actual ha dejado de lado.

Bibliografía

- ALBERDI, I. y MATAS, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales. Fundación La Caixa (PDF)*.
- ALCALE SÁNCHEZ, M. (2000). *El delito de malos tratos físicos y psíquicos en el ámbito familiar. Tirant lo Blanch. Valencia*.
- BERNÁRDEZ, A. ed. (2001). *Violencia de género y sociedad: una cuestión de poder. Recopilación de ponencias de la Universidad de Verano de El Escorial. Agosto 2001*.
- GROSMAN, C. (1989). *Violencia en la familia. La relación de pareja, aspectos sociales, psicológicos y jurídicos. Editorial Universidad. Buenos Aires*.
- TEUBAL, R. (2001). *Violencia familiar, trabajo social e instituciones. Paidós. Barcelona*.

Congreso Mundial de Salud Mental 2013 de la World Federation for Mental Health

*"Interdisciplina e inclusión social
como ejes de intervención"*

BUENOS AIRES 2013

Buenos Aires, Argentina – 25 al 28 de agosto de 2013
Panamericano Hotel & Resort

Secretaría Local del Congreso
Ayacucho 234
Buenos Aires, Argentina
Tel/Fax: +54 11 4952-1923
info@wmhc2013.com
www.wmhc2013.com

Organizado por:

AASM Asociación Argentina
de Salud Mental

Miembro de:



Auspicio:  Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Declarado de
interés por:



Adhiere:  Sociedad Argentina de
Salud Mental y
Adicciones

Congreso Mundial de Salud Mental Buenos Aires 2013

ORGANIZADO POR LA
ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE SALUD MENTAL (AASM)

Es un honor y motivo de orgullo, informar a los miembros y colegas relacionados con la salud mental que la World Federation for Mental Health (WFMH), organización internacional fundada en 1946, ha designado a la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) como institución organizadora del 25° Congreso Mundial de Salud Mental en 2013.

El 1° Congreso Mundial se realizó en Londres, en 1948. Luego siguieron otros 23 congresos en diferentes ciudades del mundo. Desde 1977 se realiza cada dos años; en los últimos 10 años se realizó en Canadá (2001), Australia (2003), Egipto (2005), China (2007), Grecia (2009) y Sudáfrica (2011). Luego de un arduo trabajo por parte de la Comisión Directiva de la AASM, Buenos Aires fue elegida sede del próximo Congreso Mundial de Salud Mental, a pesar del gran peso que los otros candidatos, con mayor antigüedad, experiencia y presencia internacio-



Miembros de la Comisión Directiva en el acto de clausura del Congreso Mundial de Sudáfrica, donde se expuso la bandera argentina en forma permanente (Eduardo Grande, Pablo Fridman, Alberto Trimboli, Juan Carlos Fantin, Liliana Moneta, Silvia Raggi y la bandera argentina).



Las autoridades locales del Congreso otorgaron a la AASM un stand de difusión del Congreso Mundial 2013, donde se desplegó un banner con el afiche del Congreso y se distribuyó material institucional.



La AASM participó, como miembro con derecho a voto de la WFMH, en la asamblea anual donde se informó la memoria y balance, y se discutieron diversos temas relacionados con la salud mental mundial.

Durante el cóctel de bienvenida.



nal, ejercieron para ser elegidos como sede del más importante evento mundial de salud mental.

La candidatura fue presentada en 2009, y luego de varias deliberaciones por parte del comité ejecutivo de la WFMH, en marzo de 2011 recibimos la noticia de que las posibilidades de que la AASM organizara el Congreso Mundial de 2013 eran bastante grandes. Es por eso que, luego de la participación en nuestro VI Congreso Argentino de Salud Mental del Dr. John Copeland, Past President y actual miembro del comité ejecutivo de la WFMH, se determinó que el Congreso Mundial de Salud Mental 2013 se desarrollará en Buenos Aires, Argentina, del 25 al 28 de agosto, en el Hotel Panamericano, y será organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

No queremos dejar de mencionar al Dr. Roger Montenegro, Secretario de la WFMH, quien ha tenido un papel fundamental en la decisión final, transmitiendo a las autoridades de la WFMH los antecedentes, el recorrido y seriedad de la Asociación Argentina de Salud Mental.

Para trabajar sobre los detalles de organización y para presentar el Congreso 2013, parte de la Comisión Directiva viajó a Ciudad del Cabo, Sudáfrica, lugar donde se desarrolló el último Congreso Mundial de Salud Mental con una concurrencia multitudinaria y con participantes de numerosos países.

Durante su estadía en Sudáfrica, los miembros de la Comisión Directiva de la AASM han mantenido numerosas reuniones con autoridades de la prestigiosa y reconocida organización internacional y también con representantes locales, quienes nos transmitieron sus experiencias acerca del arduo trabajo que significa la organización de un evento de esta envergadura.

Asimismo la AASM, como miembro con derecho a voto de la WFMH, ha aprovechado la oportunidad de participar, junto a las otras instituciones miembro,

de la asamblea anual donde se discutieron diversos temas relacionados con la salud mental mundial.

Durante el acto de cierre del Congreso Mundial de Ciudad del Cabo, en el imponente Cape Town International Convention Centre, y con una numerosa presencia de colegas, usuarios y familiares, los representantes de la AASM, conformada por el Lic. Alberto Trimboli (Presidente), el Dr. Juan Carlos Fantin (Secretario General), el Dr. Eduardo Grande

(Tesorero y ex Presidente), el Dr. Pablo Fridman (Secretario de Ética y ex Vicepresidente), la Lic. Silvia Raggi (Secretaria Interinstitucional) y la Dra. Liliana Moneta (Secretaria de Actas), exhibieron a los presentes un video que fue realizado y dirigido por el colega Gustavo Motta, con imágenes de la Argentina, de Buenos Aires y de nuestros anteriores congresos.

Los asistentes quedaron maravillados por las imágenes de Argentina que estaban viendo. Fue unánime la respuesta: prometieron concurrir al Congreso de 2013, no sólo por la cuestión científica y asistencial en materia

de salud mental, sino también por sus bellezas naturales.

Esperamos que este congreso mundial, el evento de salud mental más importante del mundo, sea recordado como el más grande, no sólo en cantidad de participantes, sino también por la calidad científica y las temáticas a desarrollar.

Es para nosotros un orgullo haber logrado tan importante distinción por múltiples motivos, pero el más importante es hacer posible que muchos colegas, estudiantes y representantes de distintas organizaciones de usuarios y familiares, tengan la posibilidad, tal vez por única vez, de participar de un Congreso Mundial de Salud Mental.

¡Los esperamos!

La Comisión Directiva



AASM CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 38 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 32 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 26 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 regirá por el estatuto de la AASM.

INFORMES

AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

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

REGLAMENTO DE PUBLICACION DE ARTICULOS

- *Los trabajos deberán ser enviados al director de la Revista Conexiones, Lic. Alberto Trimboli.*
- *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 remitidas al autor responsable para su modificación.*

Los atípicos

Kemoter[®]
Quetiapina

Simina[®]
Olanzapina

Restelea[®]
Risperidona