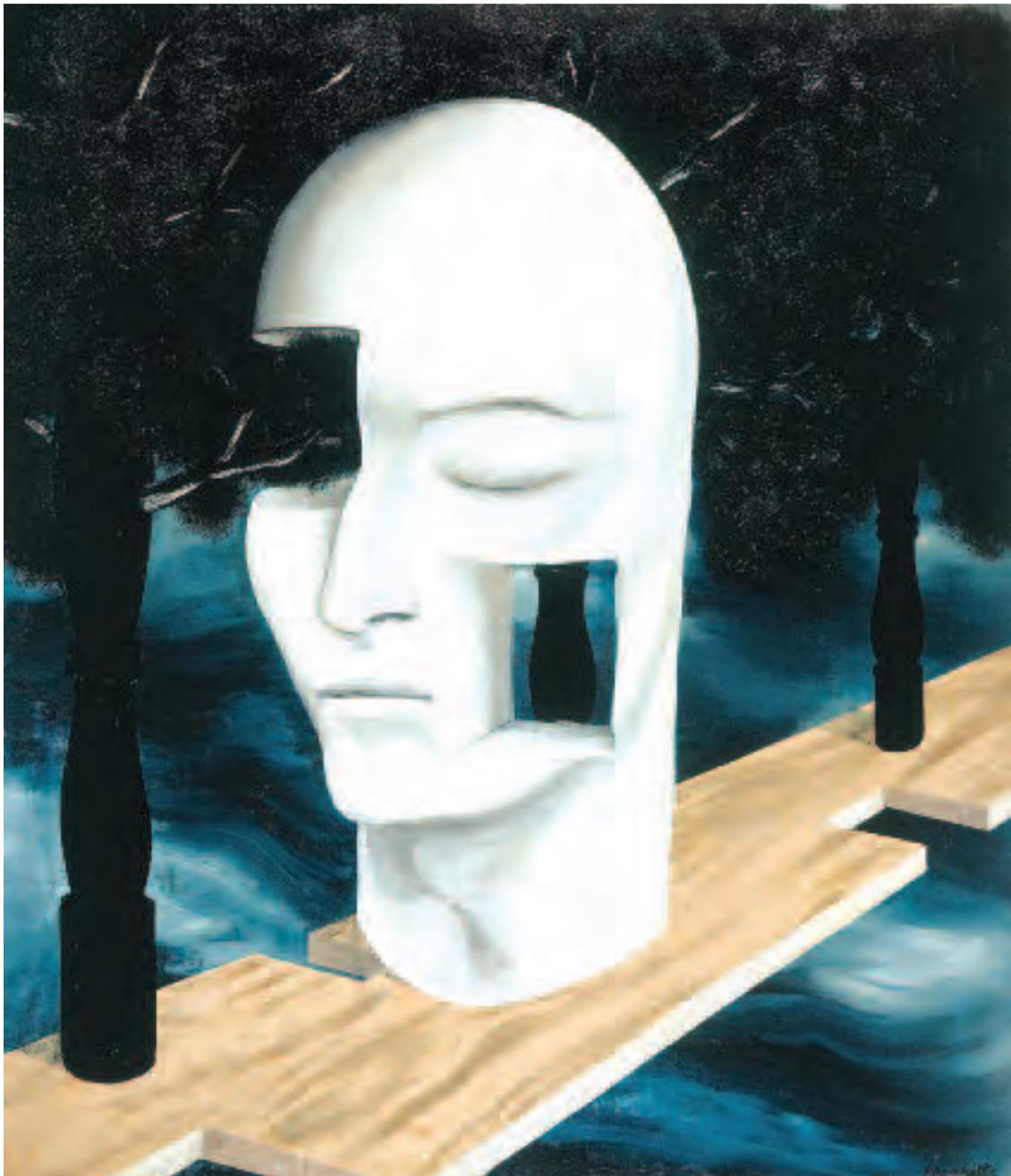




CONEXIONES

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

Año 8 N° 27 Diciembre de 2012
DISTRIBUCION GRATUITA



El Hospital de Día: historia y modalidades • La presencia del silencio • Introdução à história da infância

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: Alberto Trimboli
 VICEPRESIDENTE: Néstor Saborido
 SECRETARIO GENERAL: Juan Carlos Fantin
 SECRETARIO CIENTÍFICO: Gustavo Bertran
 SECRETARIO DE ACTAS: Liliána 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 Etchegoyen, 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*

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,
 Marachian Carlos Alberto, Galante Dario, Saborido Nestor, Coquet Carlos Alberto, Calero Susana Elena,
 Calónico Fabiana, Pardo Roberto, Schiavo Claudia, Baudron M. Belen, Bibotta Roberto, Busquets Macarena,
 Camigliano Andrea, Casal Héctor, Castellano Teresa, Contreras Estela, Díaz Tolosa Pablo, Dokser Eduardo Mario,
 Domínguez Irma Teresa, Aguerre Ersilia, Falcoff Ariel Dario, Frechino Jorge, Gallardo Ruben Dario,
 García Mª Fernanda, Gaspar Verónica E., Gutiérrez Clarisa, Kahn Clara, Kennel Beatriz, Marquis Ana Ines,
 Morazzani Ivan D., Naddeo Silvana E., Nisembaum Adriana, Olivera Patricia B., Pontiggia Susana,
 Rodríguez 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

Área Administrativa

Jorgelina Catenacci (coordinación)

Capítulos**PRESIDENTES DE CAPÍTULOS**

COORDINACIÓN GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

ACOMPANIAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: GUSTAVO PABLO ROSSI

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: JUAN CARLOS FANTIN

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS

BIOÉTICA

PRESIDENTE: SANTIAGO MAFFIA BIZZOZERO

CALIDAD DE VIDA, SALUD MENTAL Y PROBLEMÁTICAS ACTUALES

PRESIDENTE: ALBERTO TRIMBOLI

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: ANAHÍ REBAGLIATI

CONFLICTO VINCULAR: ETIOLOGÍA, PATOGÉNESIS Y TERAPÉUTICA

PRESIDENTE: GABRIEL CASTELLO

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INÉS MARQUIS

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

ESPECIALIDADES MÉDICAS: INTERCONSULTA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALFREDO ESPINOSA

FAMILIA, PAREJA Y GRUPO

PRESIDENTE: SILVIA SINGER

INTERDISCIPLINA EN SALUD MENTAL

PRESIDENTE: NORMA FANTINI

LOS SÍNTOMAS Y LA ÉPOCA

PRESIDENTE: MÓNICA CHAMA

MEDICINA, SOCIEDAD Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: FRANCISCO ALEJANDRO SAYDMAN

MOOBING Y SOCIEDAD

PRESIDENTE: ADRIANA BRESLIN

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: SUSANA E. QUIROGA

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVANA NADDEO

PSICOANÁLISIS Y CINE: REFERENCIAS APLICADAS DEL PSICOANÁLISIS AL SÉPTIMO ARTE

PRESIDENTE: CARLOS GUSTAVO MOTTA

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

PSICOONCOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA CHAB

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: GUSTAVO NAHMUD

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 - 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 COMUNITARIA Y DIVERSIDAD CULTURAL

PRESIDENTE: JULIÁN ZAPATEL

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

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA
 DE SALUD MENTAL
 Año 8 • N° 27 • Diciembre de 2012

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 Boschán (†)

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** El Hospital de Día:
 historia y modalidades
 Hugo Federico Alazraqui
- 11** La presencia del silencio
 Norberto I. J. Pisoni
- 17** Introdução à história da infância
 Jackson Bentes



René Magritte
 (1898-1967, belga).
The Face of Genius,
 1926-27.
 Óleo sobre lienzo.
 75 x 65 cm
 Musée d'Ixelles,
 Bruselas.

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

www.wmhc2013.com

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:



Declarado de interés por



Adhiere:



El Hospital de Día: historia y modalidades

Hugo Federico Alazraqui *

Historia

Si nos remontamos a la Grecia antigua, con Celso y Coelius Aurelianus¹, podemos encontrar propuestas de modalidades de tratamiento que tenían en cuenta la variable social, el trato humanitario, y el desarrollo de las potencialidades del paciente psiquiátrico.

El tratamiento que se le otorga al paciente psiquiátrico varía considerablemente según la sociedad, la cultura y la época en que éste se produce. Es en siglo XVII, de la mano del puritanismo y del liberalismo, que surge la llamada “época del confinamiento”.

Al identificarse el trabajo con la moralidad y el ocio con el pecado, el alienado es sometido a la reclusión en asilos que compartía con criminales, desocupados y prostitutas.

A finales del siglo XVIII, V. Chiarugi en Florencia y luego W. Tuke en Inglaterra, encabezan propuestas de tratamiento para los enfermos psiquiátricos en las que se hallaban los fundamentos de los derechos y de la protección de los mismos.

En concordancia con el ideario de la Revolución Francesa, P. Pinel propone su “Tratamiento Moral” de características más humanitarias, y valorando la importancia del trabajo y la actividad artística. En un contexto estructurado de trata-

miento y bajo un régimen de disciplina, bajo la dirección del psiquiatra, el paciente, de ese modo controlado, llegaría a la cura.

Desde la clínica psiquiátrica de Pinel hasta la elaboración de la acabada nosología de Kraepelin, se transita el camino desde una clínica sindrómica hasta los cuadros psicopatológicos que incluían ahora la variable del tiempo (diacronía) como evolución diferenciada de las entidades clínicas.

Se discriminan así, mediante acabadas descripciones, la esquizofrenia de las paranoias, y éstas a su vez de los trastornos maníaco-depresivos, en base a la estabilidad del cuadro, la intermitencia de las agudizaciones, los períodos libres de síntomas, y el curso deteriorante o no.

La psiquiatría sufre luego cierto agotamiento dada su perspectiva descriptiva y progresivamente más detallista. En la década del cincuenta retoma impulso al iniciarse la elaboración de psicofármacos y al contar con un arsenal terapéutico cada vez más variado.

La psiquiatría habría atravesado, según Rapaport, tres grandes períodos:

El primero, del tratamiento humanitario y nacimiento de la psiquiatría como rama de la medicina (P. Pinel). El segundo, en el que vendrían a adquirir relevancia la interpretación y significación de los síntomas propugnada por los desarrollos

* Médico Especialista en Psiquiatría y en Gestión en Salud. Máster en Metodología de la Investigación. Doctorado en Psicología. Jefe del Servicio de Salud Mental del Hospital Eva Perón de San Martín.
halazraqui@intramed.net

del psicoanálisis; y el tercero, en el que se incluye la dimensión de lo social. De este último movimiento participa entonces el Hospital de Día.

El H.D. se inicia como “experiencia de semi internación” en la URSS. Experiencia del año 1935, dirigida por Dzaghárov, cuyo objetivo central sería evaluar la continencia que podría brindarse en un dispositivo de atención parcial a pacientes psiquiátricos, evitándose así su internación.

Es así como la reducción de costos va de la mano de la suposición de que el tratamiento bajo régimen de internación no sería cualitativamente superior al brindarse un marco de atención parcializado.

Dicha experiencia no llevaba el nombre de Hospital de Día, sino que éste es acuñado posteriormente en Canadá por Even Cameron, en el año 1947.

En 1948, J. Brier inaugura la primera unidad de Hospital de Día en Inglaterra. En Estados Unidos los primeros Hospitales de Día se fundaron en la Yale University Clinic (1948) y en la Meninger Clinic (1949). Tanto en USA como en el Reino Unido, en la década del 60, luego de la promulgación de leyes de protección al enfermo psiquiátrico, se dio gran impulso a la apertura de nuevos centros. Con ese incentivo se pasó de 112 unidades en 1963 a 2.000 en 1980 en esos países.

Por los años 60 se iniciaron experiencias de desmanicomialización como la de Trieste, dirigida por Franco Basaglia.

En Argentina, la Sala de Internación en el Hospital Evita de Lanús, primera de América Latina en un hospital general.

En Río Negro posteriormente se implementa un programa de salud mental con atención exclusivamente ambulatoria y cierre de estructuras manicomiales.

En Francia, Manonì y Lefort, un centro para la atención de niños y adolescentes psicóticos en Boneil.

En Canadá el centro 388, dirigido por W. Apollon, propone desde el Hospital de Día, una modalidad específica de tratamiento para la psicosis.

En América Latina el primer Hospital de Día se funda en Cuba, La Habana; luego en Porto Alegre (Brasil) y en el Hospital Borda. Todos ellos en la década del 60.

Lo siguen en la década del 70, en Argentina, el Tobar García, el Moyano y el Hospital Italiano.

A partir de la reapertura democrática en el '83, el trabajo en los Hospitales de Día se relanza conformándose grupos de trabajo interhospitalarios, entre los que sobresalen los aportes que se registran en las Jornadas Municipales realizadas en forma bienal y los aportes del Lic. Rodolfo Iuorno del Hospital de Día del Hospital Alvear.

Actualmente el H. de D. es una práctica reconocida dentro de la salud mental.

Desde sus inicios, a la idea inicial de reducción de costos se han ido sumando aportes teóricos y la experiencia práctica de décadas de funcionamiento en el Hospital de Día, que permiten historiar la evolución del mismo en diferentes aspectos.

Desde el punto de vista de la difusión, fue abarcando poblaciones cada vez más específicas como gerontes, adictos, niños, especializándose en su atención y expandiéndose también progresivamente como práctica autorizada en el campo de la salud mental en Europa, América y África.

Al mismo tiempo, el H. de D. fue adoptando modalidades de atención dentro de cierto marco formal común, conformándose una idea básica del dispositivo con las siguientes características:

- Trabajo con grupos de pacientes.
- Interlocución de distintos discursos en un marco de trabajo interdisciplinario.
- Atención intensiva, varias horas al día, en jornada completa o media jornada.
- Programa individualizado de atención.
- Aspecto comunitario de convivencia a tener en cuenta.
- Atención en un marco ambulatorio, evitando la desinserción social del paciente.
- Rol activo del paciente en el marco de los diferentes espacios de atención dirigidos a la producción individual y la creatividad.
- Talleres de orientación artística (plástica, literatura, teatro, música, etc.), y oficios (carpintería, jardinería, etc.).
- Trabajo en relación a la reinserción social del paciente.

La reestructuración mencionada surge entonces como cierta consolidación progresiva de los aportes teóricos fundamentalmente desde las ciencias sociales, la psiquiatría, el psicoanálisis y la antipsiquiatría, y los enfoques comunitarios.

En la década del 80 no se observa el crecimiento esperado en este tipo de prácticas.

Hoge, en un artículo de 1992, señala esta tendencia declinante.

En base a una serie de recomendaciones de índole económica, propone orientar las investigaciones en relación a los H.D. para pacientes agudos como alternativa al tratamiento bajo régimen de internación. La revisión de artículos publicados desde entonces sobre el tema no parece haber disminuido.

Modalidades de Hospital de Día

Schene y colaboradores, a partir de un estudio nacional realizado en Holanda, proponen cuatro subtipos de hospitalización parcial (H.P.), en relación al papel desempeñado por esas unidades de tratamiento en el contexto general del sistema de salud en ese país:

- 1) Como alternativa a la internación para pacientes agudos que de otro modo serían internados.
- 2) Como continuación de la internación, acortando los plazos de la misma.
- 3) Como extensión del tratamiento por Consultorios Externos, al resultar éste insuficiente para la contención del paciente.
- 4) Como dispositivo de rehabilitación para pacientes crónicos.

Hoge y colaboradores, en el artículo mencionado, hacen referencia a tres modalidades diferentes de hospitalización parcial, según los tiempos promedio de estadía de los pacientes:

a) Cuidados diarios:

Para pacientes crónicos, con una baja relación profesional-paciente, y tiempos prolongados de estadía. En estos dispositivos se observaría un tratamiento poco intensivo, y no dirigido a la rehabilitación sino al mantenimiento del paciente con riesgo de cronificación del mismo y de sobredimensionamiento del rol de la medicación en el tratamiento. Habría una tendencia a derivar la atención de estos pacientes a instituciones y organismos de atención en la comunidad orientados en la práctica, la orientación vocacional y rehabilitación social.

b) Tratamiento de día:

Modalidad de cuidados más intensiva, con tiempos de estadía que varían de tres a seis meses, y con predominio de las “actividades verbales” (terapias individual, grupal, etc.). Resume las críticas a esta modalidad de atención en que se trataría de plazos muy cortos para la rehabilitación pero excesivamente prolongados para la resolución del síntoma agudo.

c) Hospital de Día:

Reserva esta denominación para los dispositivos que funcionarían como una alternativa a la internación del paciente en los momentos agudos. Esta última modalidad estaría en crecimiento en el sector privado, en razón de la menor erogación que representa en relación a la internación.

Existen otras propuestas de agrupamiento de las distintas modalidades de hospitalización parcial, como la de Edwards y la de Klar, pero que no difieren en gran medida de las anteriores.

De todos modos, en la práctica, muchas unidades de Hospital de Día funcionan con diferentes grupos de atención según la patología presentada por el paciente, así como de acuerdo a la severidad de las mismas, organizando en el mismo centro programas diferentes de atención.

Como ejemplo puede citarse el H.D. de la Universidad Federal de Río de Janeiro, que propone²:

- a) un programa básico con actividades predominantemente no verbales (carpintería, huerta, actividad física);
- b) un programa intermedio orientado hacia las actividades dramáticas (teatro, psicodrama);
- c) un programa avanzado en el cual se desarrollan actividades tendientes a la expresión de la subjetividad del paciente (talleres de música, escritura, grupo operativo y de reflexión, y cerámica) y con orientación vocacional.

Las clasificaciones citadas adquieren relevancia en función de distinguir distintas modalidades de tratamiento para la evaluación de las mismas.

En los últimos años se observa una extensión de los Hospitales de Día para el tratamiento de casi todas las patologías psiquiátricas.

Los estudios recientes, en especial los de origen norteamericano, se desarrollan en relación a experiencias de tratamientos con pacientes psicóticos, fóbicos, obsesivos, adictos, border-line, demencias y retraso mental.

En relación a la franja etaria de la población que puede atenderse en este dispositivo, se ha agregado últimamente a los adultos, niños y adolescentes ya clásicamente tratados, y los gerontes.

Inclusive existen desarrollos, ya hace algunos años, de Hospitales de Día para el tratamiento de pacientes que padecen patologías clínicas: pacientes oncológicos, con daño neurológico, gestantes de alto riesgo, diabéticos, etc.

En los trabajos de origen latinoamericano se constata una preocupación por la descripción del dispositivo, un mayor énfasis en el trabajo multidisciplinario, la perspectiva teórica desde la cual se piensa el dispositivo y sus efectos, y el enfoque grupal.

Este interés en la dinámica grupal y en el equipo tratante, se demuestra relevante dado que diversos autores³ coinciden en que se trata de un área crítica, en la cual suelen presentarse conflictivas entre miembros del equipo y dificultades de adaptación para la tarea, que no surgen en ninguna otra instancia terapéutica con esa importancia.

Otro aspecto importante del dispositivo se revela en la posibilidad, como ámbito de enseñanza, para profesionales médicos, psicólogos, enfermeros y asistentes sociales, que realizan sus primeras prácticas. Un número importante de estos dispositivos se organizó en universidades y unidades académicas.

En vista de la gran diversidad de modalidades y de poblaciones abordadas mediante este dispositivo es que se ha delineado una serie de definiciones.

La Asociación Americana de Hospitalización Parcial (AAPH) y la Asociación Nacional de Hospitales Psiquiátricos Privados (NAPPH)⁴, define la hospitalización parcial como un método de tratamiento para un grupo de enfermos psiquiátricos de todas las edades con abordaje ambulatorio, que incluye la posibilidad de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, médico, psicosocial, dentro de un programa amplio de tratamiento que no requiere más de 24 horas de participación, indicado para pacientes con serios trastornos mentales que requieren para su tratamiento coordinación, intensidad, amplitud y enfoque multidisciplinario, que no pueden ser obtenidos a través del tratamiento ambulatorio clásico.

También destaca en su definición la posibilidad de evitar o acortar la duración de una internación, favoreciendo además la resocialización del paciente, y ofreciendo al paciente agudo un plan de tratamiento personalizado, confeccionado por especialistas cualificados, que debe ser revisado periódicamente.

El dispositivo de tratamiento debe ofrecer al paciente:

- Diagnóstico.
- Asistentes sociales y enfermeros entrenados para el trabajo con este tipo de pacientes.
- Terapias: individual, grupal y familiar.
- Actividades y terapia ocupacional.
- Actividades educativas.
- Tratamiento farmacológico.

El Congreso norteamericano, en 1987, incluye esta modalidad de tratamiento dentro de los ser-


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

vicios garantizados en su Acta de Seguridad Social (Medicare), definiéndolo de este modo: “un servicio de tratamiento ambulatorio intensivo, organizado y diferenciado, de menos de 24 horas de tratamiento diario, específicamente indicado para el tratamiento y diagnóstico activo de determinados pacientes en los que es razonable esperar una mejoría, o a fin de mantener el nivel de funcionamiento individual, prevenir recaídas u hospitalizaciones”.

Di Bella y colaboradores lo definen como un programa de ocho o más horas de atención semanal, diseñado para promover mejoras en un grupo de seis o más pacientes, provisto de un equipo de tratamiento de dos o más personas, con cuidadosa coordinación de terapias multimodales e interrelacionadas, dentro de un ambiente terapéutico, con la asistencia del paciente de por lo menos dos veces por semana y un mínimo de tres horas en cada oportunidad, y nunca de 24 horas.

Como se ve en las diferentes definiciones, la apuesta terapéutica a una mejora en las condiciones clínicas de los pacientes es un denominador común de las mismas.

Algunos autores critican la falta de una definición clara de la población de pacientes que más se beneficiaría con este tipo de tratamiento, y consideran que esa es la causa de la sub-utilización del dispositivo.

La respuesta a este interrogante podría pensarse en relación al criterio clínico del equipo y un trabajo de admisión resultante, a partir del cual se arribara a un acuerdo terapéutico con el compromiso y acuerdo imprescindible por parte del paciente.

Como señalan Raimundo y colaboradores⁵, existen falencias metodológicas en los estudios del tema en relación a:

- Pequeño número de pacientes.
- No randomizados.
- Poco control de variables como:
 - diagnóstico y criterios diagnósticos;
 - medicación utilizada;
 - tratamiento realizado entre el alta y la evaluación de seguimiento (foyo-up);
 - tipo de hospitalización parcial;
 - estandarización de resultados;
 - criterios de mejoría clínica.

El mismo autor considera que los estudios comparativos con otras modalidades de tratamiento en general no toman en cuenta:

- Perfil sociodemográfico de la población.
- Gravedad de la enfermedad.
- Ventajas en cuanto al costo financiero del tratamiento (comparativamente).
- Carga familiar (comparativamente).
- Aislamiento (y costo) social (ídem).

Eficacia - Costos

Existe cierto acuerdo general en relación a la eficacia del dispositivo.

De todos modos, las consideraciones apuntadas acerca de ciertas falencias en los estudios convierten ciertos datos en controvertibles.

En general coinciden en que es un tipo de tratamiento más apto para la rehabilitación social del paciente.

Los resultados de los trabajos del grupo del “388”, encabezado por W. Appollon, avalan que el tratamiento de pacientes psicóticos en su dispositivo de tratamiento redundaba en una mejoría progresiva en cuanto a la reinserción laboral, menor grado de dependencia respecto del entorno, menor uso de medicación, y disminución del número y duración total de las reinternaciones.

En este dispositivo que funciona en Quebec, Canadá, desde 1982, el eje del tratamiento es la toma de responsabilidad de su propia palabra por parte del paciente (llamado por ellos “usuario”), apuntando a mejorar su situación psíquica y a disminuir la discapacidad social.

Más específicamente, se apunta a restituir una esfera de actividades psíquicas subjetivas a partir de las cuales puedan articularse con la vida social y reconquistar un control suficiente de su vida⁶.

En general, los estudios al respecto avalan que la hospitalización parcial respecto al régimen de internación resulta considerablemente menos costosa, variando esta reducción de costos del 50 al 75%.

Sin embargo, la hospitalización parcial es considerada un recurso sub-utilizado, en razón de varios factores.

Si bien la causa de esa sub-utilización no se halla claramente dilucidada, se cree que intervendrían:

- Prejuicios por parte de profesionales y familiares.
- Falencia en la formación curricular de grado.
- Fallas en la definición y homogeneidad en los criterios de admisión.
- El no contar con este tipo de tratamiento como parte habitual del sistema de atención en salud mental.

Conclusiones

El Hospital de Día, en función de su diversificación respecto de la población a la que apunta, ha visto complejizado su espectro de acción e indicaciones.

Un factor común que subyace, a nuestro criterio, es que más allá de la cuestión de costos, aspecto por otro lado nada despreciable, la institucionalización del paciente, en cualquier tratamiento de que se trate, debe ser detenidamente evaluada dados los potenciales efectos negativos que puede implicar.

La cronificación y el hospitalismo por sí mismos representan un factor negativo para la evolución clínica del paciente, más allá de las implicancias económicas que conllevan.

Los tratamientos en salud mental, en la actualidad, pueden y deben estructurarse a partir de objetivos más amplios que la pura función custodial.

La resocialización del paciente psiquiátrico es un concepto fundamental de la hospitalización parcial, y no debe perderse de vista.

La complejidad y polideterminación del trastorno mental, implican un abordaje terapéutico del mismo que considere estas características.

El trabajo multidisciplinario, polimodal y coordinado, se hace necesario en las patologías graves como las psicosis.

El H.D. en los diferentes tipos ya descriptos, actúa en los tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.

Aborda al paciente en su momento agudo, y trabaja en la rehabilitación del mismo y en contacto con su entorno social (familia, instituciones).

Distintas cuestiones aparecen sin resolver, entre ellas:

- 1) La cuestión del tipo de paciente que se vería más beneficiado con esta modalidad de tratamiento.
- 2) La concepción teórica que subyace a las prácticas implementadas que son abordadas descriptivamente.
- 3) La dificultad metodológica que implica dar cuenta en forma sistemática de los efectos del dispositivo de tratamiento.

Como expone Cuyler en el artículo citado, las estrategias del mercado tienen una rapidez mucho mayor que los avances en el conocimiento clínico para determinar los diferentes tipos de prestaciones que se brindan a los pacientes, por lo que resulta de capital importancia profundizar y sistematizar los avances hallados hasta el momento respecto a este tipo de prácticas, y estimular la producción de nuevos desarrollos.

Bibliografía

- 1 Pinho, Lloba. "La historia de Philippe Pinel: La esperanza de los insanos". Río de Janeiro, 1984, Edición de la autora.
- 2 Zusman, José Alberto. "Hospital de día: una perspectiva histórico-crítica". En *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol. 41, Brasil, 1992.
- 3 Kaplan, Harold y Sadoc, Benjamin. "Psiquiatria Clínica". Editorial Médica Hispanoamericana, Argentina, 1990.
- 4 "The National Association of Private Psychiatric Hospitals and the American Association for Partial Hospitalization". *Definition of Partial Hospitalization*. En *Psychiatric Hospital*, Vol. 21, USA, spring, 1990.
- 5 Raimundo, Ana María y otros. "Hospital de Día en psiquiatria: revisión de los últimos años de literatura". *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol. 43, N° 4, Brasil, abril de 1994.
- 6 Apollon, Willy y otros (1997). "Tratar las Psicosis". Introducción. Capítulo Buenos Aires. Editorial Polemos.

La presencia del silencio

Norberto I. J. Pisoni*

**“Enamorados del silencio, a los poetas,
no les queda otro recurso que hablar”**

Octavio Paz

La motivación de este trabajo surgió a partir del interrogante que generaba en la práctica clínica la presencia de silencios donde cabía esperar palabras y también, aunque con menor frecuencia, de palabras donde se esperaban silencios.

Esto hizo consciente que el uso y el sentido del silencio ofrecían matices diferenciales reveladores, que por lo general son dejados de lado o negados debido a salidas pragmáticas o reduccionistas. La comprensión de la realidad del silencio no se logra reduciéndolo a la condición de hecho lingüístico, sino entendiendo que tanto el silencio como la palabra hablada son complementarios, un conjunto que une al sujeto con el semejante y a ambos en el contexto del intercambio social.

Podríamos decir que el pilar que sustenta toda teoría de la comunicación humana parte de la premisa de que quien comienza ese proceso de intercambio, espera recibir una respuesta. Su interrupción u omisión, el silencio del interlocutor, en cualquier ámbito de las relaciones interpersonales, pone en movimiento una serie de alternativas no consideradas suficientemente en el ámbito de la psicoterapia.

En efecto, el silencio está siempre presente en esta disciplina, aunque no se ha hablado lo bastante de él; dada su aparente escasa importancia es que hoy se propone redimensionarlo; probablemente se constituye en el acto más común en el encuadre psicoterapéutico. No creo que haya adquirido el espacio de lo trivial o de una simple convención sólo por azar, pues sus implicancias son tan decisivas como las de una palabra realmente pronunciada. Si tenemos que comenzar por dimensionar su importancia es porque, en general, o pasa desapercibido o crea tensión.

Cada vez que como terapeutas nos enfrentamos con el silencio en la clínica, surgen en nosotros, a modo de respuesta, distintas opciones que ponen a jugar el funcionamiento de nuestra subjetividad, en un plano poco conveniente para llegar a cierta esperable objetividad del método.

El silencio se puede diferenciar y clarificar como ordenador y organizador en la relación discursiva con el otro. La oración gramatical, aquella que comunica, no es sin los nexos, y con ellos puede aparecer el silencio como pausa, intervalo o lapso.

* *Doctor en Psicología. Magíster en Dirección y Administración Hospitalaria. Profesor Titular de Psicopatología y Psicología Clínica (Universidad Argentina John F. Kennedy). Vicedirector Unidad Académica Asistencial del Departamento de Psicología Clínica (UAJFK). Miembro del Comité Científico de la Carrera de Especialistas en Psicología Clínica (UAJFK). Miembro Titular y Presidente de Capítulo en la Asociación Argentina de Salud Mental. Primer premio al mejor trabajo (2008): “Suicidio en Adolescencia” (Asociación Argentina de Psiquiatras).*

En la búsqueda conceptual del término nos encontramos con distintas acepciones que nos llevan a reflexionar sobre su uso:

Silencio: Circunstancia de no haber ningún sonido en un sitio o en un momento // Ausencia total de ruidos // Abstención de hablar // Hecho o situación de no estar hablando una o más personas // Hecho de permanecer callado, de no expresar su opinión o sus sentimientos // Hecho de no citar a una persona, cosa, o no hablar de ella (1).

Aunque también es sigilo profundo, religioso, sepulcral, acallar, callar, guardar silencio, áfono, callado, callantino, insonoro, sordo, cauteloso, mansamente, como en misa, quedadamente, sordamente, no oírse el vuelo de una mosca, chiss, chito, chsss, silencio, callar (2).

Silencio deriva de *Silentium* (divinidad del paganismo), pero también de *discretio*: discreción, prudencia y moderación. Es sinónimo de *sedatio*, *tranquilitas*: seguridad, paz.

Está asociado a “*site tace*”, que es una interjección que resalta alguna cosa y concibe inconveniente en que se sepa, o a “*silentium loquendi prohibitio inibitio*”: prohibición de hablar o de decir alguna cosa.

Ahora bien, estar en silencio puede ser una actitud pasajera o permanente (carácter intransitivo); es uno quien se silencia. O callar, acentuando lo discreto, es quedar en silencio, no decir o no hablar, permanecer callado. Correspondiente al verbo silenciar. Carácter transitivo (impositivo). Imponer silencio, hacer callar a alguien (2).

Pero quizás lo que resalta como más significativo es que la palabra silencio debe su raíz etimológica latina a dos verbos cuyos significados apuntan a estar silencioso: *TACEO* y *SILEO*. El primero, más frecuente en la época arcaica; y el segundo, apenas se usaba en la época imperial. En la época clásica se unifican y pasan a tener el mismo significado.

Sileo: designaba no tanto al silencio como tranquilidad y ausencia de ruido y movimiento, sino que se usaba para referirse a personas y objetos. *Silentes* eran los muertos, el mar, la noche. Ausencia pretendidamente total de palabra y de sonido. No existir ningún sonido.

Taceo: callar se empleaba más a menudo para aquel que teniendo la palabra mantenía en reserva su uso // Raíz castellana es *tácito*, *taciturno*, *reticente* // El término callar proviene del latín vulgar “*callare*”, y conserva el mismo significado en el castellano actual // Del griego bajar la voz // Callar no independiza al sujeto del lenguaje; quien calla no guarda silencio sino que baja la voz, incluso la apaga, no pronuncia lo que dice; si de su boca no sale palabra es porque una abstinencia, calculada o no, inhibe su decir.

Callar: el que escucha al percibir y comprender el significado de un decir asume al mismo tiempo una posición de respuesta activa, está de acuerdo o en desacuerdo (en forma total o en parte), lo completa, lo aplica o se prepara para seguirlo, y esta posición de respuesta se forma en el curso del proceso de escuchar y de la comprensión desde que empieza. Toda comprensión implica, bajo una forma u otra, alguna respuesta. La respuesta no es siempre proferida en forma inmediata ni a viva voz; la respuesta puede presentarse también como comportamiento o ser diferida en el tiempo. Es decir que actúa sobre la respuesta o el comportamiento.

El silencio no es sin la palabra

Los lingüistas se refieren al silencio como categoría comunicativa, donde sólo puede interpretarse como: “El lugar donde el proceso de la comunicación es percibido y esperado” (3).

Es necesario establecer ese lugar en la comunicación para poder organizar aquello que lo sustenta y le da sentido. Lo que lo caracteriza en primera instancia es ser opuesto a la palabra hablada, lo cual marca su dependencia y su estigma de “no ser...”. El estigma será esclarecer el silencio en el proceso de intercambio, partiendo del sustento de tener la misma esencia de la palabra hablada, y sin embargo constituirse en su antípoda. Para ello es necesario partir de una premisa básica: la palabra no habita el silencio pero sí lo instituye.

En la historia de la humanidad los filósofos no dejaron de lado el silencio, y lo concebían desde diferentes puntos de vista. Para Pitágoras la actitud silenciosa era privativa del sabio, y en sus discípulos instaba a la discreción y al autodomínio. Sócrates buscaba activamente la perplejidad como actitud que eleva el silencio y lo espera. En Scheler el silencio no era ausencia de habla sino capacidad, comprensión de uno mismo y, por lo tanto, entender al otro. Es Merleau Ponty quien describe que en la comprensión de un diálogo son tan importantes los esfuerzos del hablante por hacerse entender como del oyente, que no es un mero receptor; por lo tanto, son tan elocuentes sus silencios como influyentes. Es Dahrenhauer quien discrimina que cualquier acto, ya sea habla o silencio, es incompleto, y siguiendo a Husserl acenúa que ni lenguaje ni silencio son comunicables. Mientras que para Heidegger el lenguaje es soberano, la lengua es la que habla. El lenguaje nos entrega al silencio de la cosa; el silencio no a lo que aparece sino a lo que no aparece, tiene connotaciones metafísicas y existenciales, es metáfora de lo indecible o inefable. Para María Zambrano la palabra exacta es la tentativa de decir lo indecible.

La palabra y su arbitrio

Desde los orígenes del psicoanálisis (4), el precepto clínico que adopta Freud parte de la pregunta: ¿Las palabras curan? Lo que no podemos dudar es que las palabras son el vehículo de sentimientos o emociones que, de acuerdo a quien las profiera, el momento en que lo haga y la situación, su influencia tendrá la dimensión de afectar al otro. Si las palabras enferman, las palabras y sólo las palabras pueden curar, y se constituyen así en el instrumento esencial para la práctica analítica. Freud restituye a la palabra su raigambre mágica, un tratamiento psíquico que no deja afuera el alma; para ello la necesidad de creación de un Aparato Formal (Aparato Psíquico) (5), que decodifique el modo de procesamiento psíquico a partir de lo pulsional (propio de la especie) y

como esquema de lo singular. En esa línea se ubica la angustia, como brújula, resistencia mediante, presente en la organización del material patógeno y de sus núcleos. Lo psíquico depende de lo reprimido, y ello no es un cuerpo extraño que se debe extraer sino un infiltrado cuya categoría se extiende a todo el psiquismo. La expresión sintomática puede leerse en la superficie de las palabras, en las inscripciones del soma o en las traducciones de los actos o comportamientos.

En el origen, la representación palabra (RP) oída acopla la huella mnémica (HM), inscripción de vivencias motrices, esfuerzo por repetir la palabra oída. No sólo escuchar sino repetir lo percibido. La proyección función configurante plasmadora de la espacialidad.

Los procesos inconscientes (Icc) inscriptos por la primera experiencia de satisfacción, se reencuentran en la percepción como ilusión de lo paradisiaco. Todo aquello que se desea aparece como si el mundo fuera la réplica sensorial de los estados pulsionales, una especie de sensorialidad creada por el proceso proyectivo (6).

Tanto el hombre primitivo como el niño poseen una exterioridad mundana a partir de procesos proyectivos. Con las investiduras de palabras más refinadas se pierde esta ilusión de lo paradisiaco, y queda desautorizado el supuesto de que esta realidad tiene que otorgar aquello que se anhela.

A jóvenes y adultos, a veces, se les presenta la imposibilidad de renunciar a la proyección y sustituirla por la palabra. “¿Vale la pena hablar?, ¿en qué cambia la realidad si hablo?”. En la sustitución de los procesos proyectivos la palabra constituye una herida, una injuria al narcisismo.

Con la caída de la proyección por la organización a partir del complejo de castración, se da paso al proceso de simbolización y estructuración u organización psíquica. Como principio expresivo de esta organización, la negación como constitutiva, estructurante de lo psíquico (mecanismo originario constituyente).

La palabra, al decir freudiano, es resistencial por naturaleza; en este terreno ubicamos la censura. Ésta funciona a la manera de una aduana, pro-

moviendo las condiciones de decibilidad, lo que puede o no decirse. La función de la palabra es expresarse exterior al yo como desafío, basada en la hipótesis del preconscious como representación de la HM, cuya función primordial es el pensamiento.

La palabra es, entonces, ajustarse a las exigencias pulsionales y expresarlas. Atenerse a la realidad interindividual y amoldarse, para establecer vínculos con los semejantes. Acceder a reclamos de instancias psíquicas configurantes de la normatividad (Superyo) para expresarlos o cuestionarlos. La conquista espiritual de la humanidad es el privilegio del pensar sobre el percibir; esto se consigue por la renuncia a la voluptuosidad de la imagen.

A modo de conclusión

Partimos de la etimología como propuesta para abordar el silencio desde un punto de vista más objetivo y exhaustivo en sus raíces, buscando incluir su concepción histórica. El lenguaje de la poesía o, mejor dicho, el planteo de los poetas, es utilizar el silencio como metáfora; es quizás la empresa más decidida a dar expresión a la totalidad de lo vivido, a base de quebrantar el sistema de la lengua y sus códigos, apuntando a designar algo que florece al lenguaje diciendo lo indecible. Esta parábola funciona como una ventana en la cárcel de la lengua. Es característica del lenguaje místico y religioso de la poesía lírica y de la especulación metafísica (7).

En cuanto a la clínica, cuyo objetivo es el motor de este trabajo, el silencio puede ser concebido desde muy distintas ópticas difíciles de resumir, ya sea en el trabajo con niños, tomando en cuenta sus diferentes planos de expresión, presente también en el mutismo del niño autista. En el proceso puberal, donde el silencio es determinante a la hora de construir un diagnóstico y un pronóstico del tránsito adolescente (7). Y en las consultas en general, buscando diferenciar al paciente silencioso “per se” del proceso silencioso, del trabajo de duelo. Aquél conecta con la pérdida y la carencia, el sufrimiento de lo irrecuperable que vincula a la ausencia del otro.

Por lo demás, vale la pena dejar en claro que hay silencios que sin un contexto de significación y comprensión, pueden presentarse en distintas alteraciones del lenguaje e incluso ser en algunos pacientes el flagelo conducente al suicidio; de allí la importancia que tiene el poder registrarlos también en un contexto preventivo. Las coordenadas estarán marcadas por aquellos silencios presentes en la ruptura con la realidad y en consonancia con la angustia.

El silencio está siempre presente en el seno de la consulta, y es tan determinante como la expresión verbal. Conlleva siempre el inconveniente de la moderación, no en el terreno del paciente, cuya utilización es tan azarosa como determinante en sus procesos psíquicos, sino como parte de una técnica que el manejo del analista circunscribe al método.

Bibliografía

- Freud, S. (1890): *Psicoterapia, tratamiento por el espíritu*, en OC. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.(4)
- Freud, S. (1895): *Proyecto para una psicología para neurólogos* en OC. Madrid, Biblioteca Nueva, 1973.(5)
- Maldasky, D. (1976): *Teoría de las representaciones*. Bs. As, Nueva Visión.(6)
- Moliner, M. (1990): *Diccionario de Uso Español (D.U.E.)*. Madrid, Gredor.(1)
- Moneva y Pujol, J. (1935): *El silencio*. Zaragoza, La Academia.(3)
- Pisoni, N. (2012): *La adolescencia y el silencio*. Madrid, Editorial Académica Española.(7)
- Terreros y Pando, E. (1987): *Diccionario Universal del Idioma y de las Ciencias Mecánicas (lengua española, francesa, itálica, latina)*. Madrid, Arco.(2)

CURSOS A DISTANCIA 2013

- **Modos posibles de conceptualizar e intervenir en el fenómeno de la violencia**
Directora: *Susana Pontiggia*
Inicio: Marzo de 2013
- **Introducción a la bioética**
Director: *Santiago Maffia Bizzozero*
Inicio: 4 de marzo de 2013
- **Curso de bioética clínica**
Director: *Santiago Maffia Bizzozero*
Inicio: 4 de marzo de 2013
- **Estrés, trauma, psicósomática e intervención en desastres: teoría y clínica**
Director: *Roberto Sivak*
Inicio: 6 de marzo de 2013
- **Actualizaciones en la clínica de las toxicomanías. El recurso a las drogas en la sociedad contemporánea**
Director: *Dr. Mario A. Kameniecki*
Inicio: 11 de marzo de 2013
- **Trauma, escisión, cuerpo y arte. El tatuaje. El arte de performance. Violencia y arte en Caravaggio**
Directora: *María Julia Cebolla Lasheras*
Inicio: 11 de marzo de 2013
- **La terapia grupal en el tratamiento de las adicciones (enfoque cognitivo-conductual y sistémico)**
Director: *Lic. Jerónimo Grondona*
Inicio: 15 de marzo de 2013
- **Terapia cognitivo-comportamental de los trastornos límites de la personalidad**
Director: *Lic. Jerónimo Grondona*
Inicio: 22 de marzo de 2013
- **Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad**
Director: *Lic. Jerónimo Grondona*
Inicio: 5 de abril de 2013
- **Condensaciones clínicas**
Director: *Omar Daniel Fernández*
Inicio: 8 de abril de 2013
- **Introducción a la clínica de la toxicomanía**
Directores: *Alberto Trimboli y Darío Galante*
Inicio: 10 de abril de 2013
- **Psicopatología juvenil**
Directores: *Dra. Liliana Moneta y Dr. Eduardo Grande*
Inicio: 12 de abril de 2013
- **Introducción a la lectura de Lacan**
Director: *Darío Galante*
Inicio: 16 de abril de 2013
- **Esquizofrenia y trastornos bipolares en niños y adolescentes**
Director: *Eduardo Grande*
Inicio: 9 de mayo de 2013

I CONCURSO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE RESIDENTES DE SALUD MENTAL

I. PRESENTACIÓN

Con el interés en incentivar la investigación interdisciplinaria y la generación científica de los profesionales en formación, la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) anuncia la puesta en marcha del **I Concurso de Artículos Científicos de Residentes de Salud Mental**, dirigidos a residentes de las diferentes profesiones que integran el campo de la Salud Mental de la República Argentina.

II. OBJETIVO

El presente **Concurso de Artículos Científicos de Residentes de Salud Mental** se realiza con la finalidad de promover la investigación y la generación de aportes científicos por parte de los profesionales en formación del ámbito público y privado.

III. PARTICIPANTES

Se encuentran habilitados para participar en este concurso los profesionales residentes de los servicios de salud mental de los hospitales públicos y privados de la República Argentina.

IV. TEMÁTICA

La temática de los trabajos es libre, pero se considerará necesario que estos sean interdisciplinarios.

IV. PREMIOS

1º PREMIO: a) USD 1.000. b) Diploma. c) Publicación del trabajo en la Revista Conexiones. d) Un año de membresía en la AASM, con todos los beneficios.
 2º PREMIO: a) USD 650. b) Diploma. c) Publicación del trabajo en la Revista Conexiones. d) 6 meses de membresía en la AASM, con todos los beneficios.

3º PREMIO: a) USD 350. b) Diploma. c) Publicación del trabajo en la Revista Conexiones. d) 6 meses de membresía en la AASM.

MENCIONES: A criterio del jurado se podrá otorgar una mención especial. En ese caso se entregará diploma y seis meses de membresía en la AASM, con todos los beneficios.

V. MODALIDAD DEL CONCURSO

El concurso se dividirá en cuatro etapas. En cada etapa el jurado seleccionará dos trabajos. Los trabajos ganadores de cada etapa se publicarán en la Revista Conexiones (Revista Argentina de Salud Mental), correspondiente a esa etapa.

Los ocho trabajos ganadores serán los finalistas del concurso. De estos trabajos se seleccionarán: un 1º Premio, un 2º Premio y un 3º Premio. A criterio del jurado se podrá otorgar una mención especial.

Los autores de los 8 trabajos serán becados para concurrir al CONGRESO MUNDIAL DE SALUD MENTAL, que se llevará a cabo en Buenos Aires del 25 al 28 de agosto de 2013.

Los trabajos premiados se conocerán durante el desarrollo del Congreso Mundial "BUENOS AIRES 2013".

Reglamento:

- a) Los trabajos deberán ser enviados al mail administracion@aasm.org.ar, dirigidos al Sr. Presidente del jurado. En el asunto debe figurar: "CONCURSO RESIDENTES".
- b) Deberá enviarse, por mail escaneado o carta, la constancia de residente firmada por autoridad hospitalaria.
- c) El jurado se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no considere apropiados o que no cumplan con los requisitos mínimos.
- d) Los trabajos serán evaluados por un jurado dispuesto especialmente para este concurso.
- e) Los trabajos presentados deben ser originales.
- f) Los trabajos deberán tener una extensión total de hasta 8 páginas con letra arial N° 12 a doble espacio, incluida la bibliografía.
- g) Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución y año de la residencia a la que pertenecen. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.
- h) Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.
- i) Deberá figurar un resumen del trabajo de hasta 200 palabras y palabras clave.
- j) Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- k) La bibliografía de libros deberá consignarse de la siguiente manera: Apellidos e iniciales de los autores, título del libro en su idioma original, página, editorial, ciudad y año, en este orden. A partir de tres autores se añadirá "y cols."
- l) Bibliografía de revistas: Apellidos e iniciales de 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, página y año.
- m) Podrá presentarse sólo un artículo por autor por etapa, aunque podrán presentarse otros en coautoría.
- n) Las decisiones del jurado serán inapelables.
- o) Los autores que se presenten en este concurso aceptan conocer el reglamento.
- p) Las fechas límite para el envío de los artículos científicos para someterlos a la evaluación del jurado son las que se indican a continuación:
 - 1º ETAPA (Revista de septiembre): Desde el 4 de junio hasta el 16 de julio de 2012 inclusive.
 - 2º ETAPA (Revista de diciembre): Desde el 1º de agosto hasta el 15 de octubre de 2012 inclusive.
 - 3º ETAPA (Revista de abril): Desde el 1º de noviembre de 2012 hasta el 15 de febrero de 2013 inclusive.
 - 4º ETAPA (Revista de agosto - Congreso Mundial): Desde el 1º de marzo hasta el 15 de junio de 2013 inclusive.

I CONCURSO DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE RESIDENTES DE SALUD MENTAL

Por decisión del jurado, la segunda etapa del concurso fue declarada desierta. Recordamos los dos finalistas hasta el momento:

"Sobre geografías fragmentadas: lo institucional y el malestar subjetivo"

Autores: *Anabel Arias, Emilia Oroño, José Clementi (Paraná, Entre Ríos)*

"Ajedrez y salud mental: una propuesta de integración comunitaria"

Autores: *Micaela Jazmín Blanco, María Laura Izzo, Diego Hernán Represa (Florencio Varela, Pcia de Bs. Aires)*

Ambos trabajos participan como finalistas junto a los otros que se seleccionarán en las próximas ediciones de la Revista Conexiones, para presentar su trabajo en el próximo Congreso Mundial de Salud Mental.

Los próximos trabajos con orientación interdisciplinaria se recibirán hasta el 15 de febrero de 2013.

Introdução à história da infância

Jackson Bentes*

Historicamente a infância começa no berço familiar, ocupando um lugar privilegiado na sociedade dos séculos XV e XVI e, de forma mais datada, no século XVII. Nessa época a criança aparece pontualmente em cena através das histórias de crianças nas lendas e na religião, principalmente através da iconografia religiosa.

Conforme Ariès (1978, p. 12) o sentimento da infância ainda era ausente na Idade Média. O que explica o porquê o recém-nascido era “denominado de *enfant* (criança), que quer dizer não falante” além de não lhe ser permitido atuar na sociedade. A independência dá-se paulatina e a escola torna-se responsável por essa ascensão da Infância na sociedade moderna. Nesse período o *enfant* passa a ter lugar no meio dos adultos, porém, com distintas funções.

Na denotação que o “corpo forte” fora há tempos, sinônimo de competência, ficou evidente quando Ariès (1978, p. 178) mostra que as crianças eram disciplinarmente tratadas como “pequenos homens” até que se tornassem capazes de assumir um papel social.

O pesquisador francês Philippe Ariès, em sua obra *História Social da Criança e da Família* (1978), descreve como a escola assumiu a função de disciplinar o comportamento da criança,

criando, inevitavelmente, “formas” efetivas a este papel. É dicotômico que ao mesmo tempo em que ela promova a ascensão do *enfant* torne-se um mecanismo de vigilância.

Segundo Foucault (2009, p. 164) o poder disciplinar funcional da escola é de adestramento, mas por um artifício que intenciona “adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” das multidões. Incentivando a criação de *dispositivos*¹ que obrigam pelo “jogo do olhar” um controle maior e eficaz sobre o homem.

Foucault (1978, p. 185) desvelou que esse controle foi arquitetado fazendo com que o “próprio edifício da Escola devia ser um aparelho de vigiar”². Assim, a escola garantiria que a “criança bem educada seria preservada das rudezas e da imoralidade, o que se tornariam traços específicos das camadas populares e dos moleques” (1978, p. 185).

Criar instrumentos de controle não edificou nossa sociedade, somente contribuiu “para a destruição da experiência, uma castástrofe de modo algum necessária”, lembra Agamben (2008, p. 21). Nosso trabalho na escola contemporânea deveria ser de reconstrução de experiências às crianças que pretendemos educar.

Conforme diagnosticou Benjamin em *Pobreza e Experiência*, alimentamos a decadência e tendên-

* Graduado em Filosofia (Unilasalle). Mestre em Psicologia (UCB). Doutorando em Educação, Arte e História da Cultura (Universidade Presbiteriana Mackenzie). Contato: jk.luis@hotmail.com. Apoio Universidade Presbiteriana Mackenzie. Instituto de Pesquisa Mackenzie - Mackpesquisa.

¹ Nas palavras de Agamben, “...por dispositivo, entiendo una especie -digamos- de formación que tuvo por función mayor responder a una emergencia en un determinado momento. El dispositivo tiene pues una función estratégica dominante... El dispositivo está siempre inscripto en un juego de poder”.

² Cada dezena de alunos tivesse um oficial à direita e à esquerda; [os alunos aí ficavam trancados durante toda a noite; e Paris insistira para que fosse envidraçada] a parede de cada quarto do lado do corredor desde a altura de apoio até um ou dois pés do teto. Foucault in *Vigiar e Punir*. Pag. 166.

cia a imobilizar-se diante do extraordinário “quando a experiência nos é subtraída” (Benjamin, 1994, p. 115). Deste modo agimos como construtores de uma educação que perde o interesse pelo universo e se detem no específico, quer dizer, não basta captarmos o que está dentro, é preciso sermos sensíveis a “interioridade”³.

Quando a preocupação não é com a interioridade e sim com a organização de meios eficientes para o confinamento, significa que os muros da escola somente ocupam o lugar (fechado) que antes era o cupado pela família. Ela assume o papel de diagnosticar os problemas infantís, trazidos para dentro de seus muros, e resolver as diversas situações de seus alunos/pacientes.

A escola em transbordamento: a educação que queremos?

O olhar dirigido à infância inevitavelmente nos remete à escola. Particularmente na cultura brasileira, a infância é marcada pela iniciação escolar, pois ela é o local privilegiado ao processo de aprendizagem. No Brasil os direitos são descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente⁴.

Por isso era lúcida a exigência de que a escola garantisse a aprendizagem de seus alunos, visando –não à especialização de alguns indivíduos– mas à *formação comum do homem* e a sua posterior especialização para os diferentes quadros de ocupações, em uma sociedade moderna e democrática (Teixeira, 2007, p. 44).

A “nova escola comum” sofreu mudanças e para isso teve que se esquivar dos métodos consagrados pela “escola antiga”. Essa nova escola, na contemporaneidade, assume uma caricatura ale-

górica. Ela foi submetida a uma carga de tarefas como a formação, o desenvolvimento pessoal, a educação para a cidadania, educação para o trânsito e outras infinitas tarefas. Segundo Novoa (2005), ela segue um desenfreado *transbordamento*. Visto que ela assume papéis que não são de sua responsabilidade.

Este cenário segundo Nóvoa (2005) caracteriza a escola como instituição de regeneração, de salvação e de reparação da sociedade. Um apelo à cidadania que deveria levar a construção de uma identidade nacional, de uma cultura *nacional legítima*. Esta é a imagem da Escola construída ao longo do séc. XIX.

Nessa sociedade, a Escola “deve *instruir e educar*”, devido sua influência sobre o ser em *formação*. E talvez por isso o conceito de *educação integral* tenha melhor representado a imagem de uma modernidade em acessão. A sociedade, precisava de “um indivíduo socialmente completo, conhecedor de todos os seus direitos, tendo uma consciência social integral” relembra Lima (1914, in Nóvoa, 2005).

A tarefa contemporânea vem acompanhada da pergunta: afinal que escola queremos? Enquanto não respondemos a pergunta limitamo-nos a conservar a escola como um “aparelho de vigilância”, permitindo assim o adestramento da criança, em prol da manutenção da *ordem*.

A “psicologização” da infância na escola

A Escola que temos não é a escola pretendida, pois ela continua a ser um “aparelho de vigilância” e de controle, por meio de diagnósticos. Suas

³ *O educador não deve cair na armadilha na barbarie demonstrando “uma total desilusão radical com o século e ao mesmo tempo uma total fidelidade a esse século (p. 116).*

⁴ *Estatuto da Criança e do adolescente. Art. 53 - A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:*

I – *igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;*

II – *direito de ser respeitado por seus educadores;*

III – *direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;*

IV – *direito de organização e participação em entidades estudantis.*

problemáticas são apresentadas como pseudos diagnósticos, e colocam a infância em imobilidade, quer dizer, criam impedimentos de viver livremente a infância.

Estas condições criadas possibilitam estabelecer o fundamento para o que chamaremos aqui de “psicologização da infância”, isto é, o estado que põe em “imobilidade a vida em torno da infância”, como afirmou Foucault (2009, p. 264).

É importante notar que essa “psicologização” foi se constituindo dentro e fora da Escola, por meio de práticas discursivas. As “doenças” detectadas em laudos⁵ iniciais como o TDAH, Dispersão, Desorganização, Esquecimentos constantes, Desmotivação, Imaturidade, Falta de autonomia, o Estresse⁶, e outras que facilmente colocariam qualquer criança em imobilidade.

Esses sintomas desenham um cenário que em nenhuma Escola seria favorável ao aprendizado. As pessoas envolvidas no processo passam a acreditar fielmente que estes são os verdadeiros empecilhos para a aprendizagem da criança.

Não se trata com objetividade a “doença”, esta aparece como uma ferida, um aberto. Não obstante a ineficiência das técnicas psicológicas usadas na “cura” as crianças para viverem como um “normal” na escola.

A percepção da doença diagnosticada, envolve a todos, mas a doença aparece realmente na obstinação familiar que obriga a escola a olhar detalhadamente a criança “anormal”. A exigência da família à Escola é para algo que ela mesma já via, sem admitir, por não conseguir lidar com a questão objetivamente.

A troca de olhares, que diagnostica a “doença” como uma “ferida”, quer dizer, um aberto, um buraco, é um sinal de algo que não foi “curado”. A “doença” detectada através do laudo médico mostraria então, um desequilíbrio, no qual o corpo prejudicado precisa ser curado. Onde está a doença? Ela é algo localizado e analisada objetivamente?

Algumas doenças foram eleitas para representar uma dualidade, pois o que era considerado como

ruim acaba aparecendo como algo bom. A doença em nossa cultura representa um estado excepcional, pois na *cultura da saúde*, “diagnosticar” não simularia o poder em resolver todos os males da criança? O “diagnóstico” dado pela Escola surge como a imediata *panacéia*. Não se exige qualquer explicação racional sobre a doença.

Na Escola não se procura a “cura” e sim o tratamento, pois a “cura” considera que um modo de existir psíquico seria absurdo. As pessoas ficariam loucas se descobrissem que não se trata de uma deficiência e sim de um modo de ser da criança. Por isso, não deveríamos pensar o corpo infantil como um modo de ser?

Neste sentido o conceito de “doença” deve ser questionado, pois, não explica as situações inadequadas, aplicadas às crianças como a Dispersão, Desorganização, Esquecimentos constantes, Desmotivação, Imaturidade, Falta de autonomia, stress e outras que facilmente colocam qualquer criança em imobilidade.

Deste modo, fica evidente que a infância se torna “uma peça decisiva no novo funcionamento” (Foucault, 2009, p. 264) da “psicologização”, porque ela serve para justificar um estado de desequilíbrio funcional que afetaria a estrutura e comprometeria este aparelho de vigiar e de controle através de diagnósticos.

“Nao há doença intrínseca ao instinto, e sim um desequilíbrio funcional, uma espécie de dispositivo ruim na estrutura, que faz com que o instinto, ou certo número de instintos, se ponha a funcionar ‘normalmente’, de acordo com seu regime próprio, mas ‘anormalmente’ no sentido de que este não é controlado pelas instâncias que deveriam assumi-los, situá-los e delimitar sua ação” (Foucault, 2009, p. 262).

Considerações finais

Consideremos a necessidade de descobrir, através da História da Infância, maneiras para propor

⁵ Ver anexo 01 com quadro das síndromes e “doenças” detectadas na escola.

⁶ *Estresse Infantil. O psiquiatra Guilherme Polanczyk apresenta estresse como sintoma de um transtorno mais grave. Ver ISTO É. 28 MAR/2012 – ANO 36 – Nº 2211 participação em entidades estudantis.*

outro cenário escolar, sem aparelhos de vigilância, no qual a contribuição verdadeira vise o desenvolvimento da criança, tornando-a capaz de fazer “experiências” educativas. O segundo desafio é questionar, neste contexto, a “psicologização” da infância construída por meio de práticas de discurso quando poderíamos refletir filosoficamente sobre seu conceito desenvolvido historicamente. Estes desafios fortalecem a necessidade de uma leitura filosófica da questão da infância, para que

seja possível a reflexão sobre conceitos, “o que é infância?”, “é a criança o sujeito da infância?”. Neste sentido podemos refletir sobre desenvolvimento infantil e a relação da vida adulta com a vida da infância. A atitude mais educativa por parte da escola seria propor a reflexão filosófica sobre a infância, para pensar e entender os mecanismos de controle sobre os quais ela foi submetida. Ainda que esta seja a condição para a aprendizagem.

Bibliografía

- AGAMBEN, Giorgio. *Infância e História*. Horizonte-MG. Editora UFMG. 2008.
 _____, *Que és un dispositivo?* Em <http://libertaddepalabra.tripod.com/id11.html> capturado em 10/09/2011.
 ARIES, Philippe. *História Social da Criança e da família*. Tradução Rio de Janeiro. Editora Zahar. 1978.
 BENJAMIN, Walter. *Experiência e Pobreza*. In *Magia e Técnica, Arte e Política*. Lisboa. Editora Brasiliense. 1994.
 NÓVOA, António. *Professores Imagens do futuro presente*. Lisboa. Educa. 2009.
 REVISTA ISTO É. *Estresse Infantil*. Edição de 28 MAR/2012 – ANO 36 – Nº 2211.
 TEIXEIRA, Anísio. *Educação não é privilégio*. Editora. 2007.
-



Estimados colegas:

Durante la última semana del mes de agosto se celebrará en Buenos Aires el Congreso Mundial de Salud Mental de la WFMH, organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

Las fechas importantes a tener en cuenta son las siguientes:

Fecha límite para envío de abstracts para comunicaciones libres y mesas redondas	12 de abril de 2013
Fecha límite para envío de abstracts para Posters	10 de mayo de 2013
Fecha de notificación de aceptación de trabajos	17 de mayo de 2013
Fecha límite de pago para autores de trabajos aceptados	24 de mayo de 2013

Congreso Mundial de Salud Mental Buenos Aires 2013

Fecha límite para presentación de trabajos completos para el libro (opcional)	31 de mayo de 2013
El programa oficial provisorio estará disponible en la web desde el	21 de junio de 2013
Los cambios sobre errores detectados se recibirán hasta el	28 de junio de 2013
Ver el listado de trabajos seleccionados para el libro a partir del	5 de julio de 2013
El programa definitivo estará disponible en la web el día	12 de julio de 2013
Cena-show oficial (Tango en San Telmo) (Vacantes limitadas hasta el 24 de mayo)	27 de agosto de 2013
Fiesta Gaucha (Día de campo y show, con traslado)	29 de agosto de 2013

Información general del Congreso

Hasta el momento se han recibidos numerosos trabajos (entre trabajos libres, talleres, posters y mesas redondas) de representantes de todos los continentes.

A la fecha se han registrado inscripciones de los siguientes países: Argentina, Brasil, Ecuador, India, Costa Rica, República Dominicana, Puerto Rico, USA, México, Uruguay, Sudáfrica, Venezuela, Colombia, Chile, Australia, España, Etiopía, Ghana, Canadá, Suecia, Alemania, Paraguay y Nigeria.

Esto demuestra que este es el evento más importante del mundo en el campo de la salud mental. La actividad será una oportunidad única para que colegas de nuestro país intercambien opiniones sobre diferentes temas con representantes de otros países.

Las diferentes opciones para presentar trabajos son las siguientes:

- Comunicaciones libres.
- Posters.
- Mesas redondas.
- Talleres.

Los autores de los trabajos aceptados tienen la posibilidad de publicar los mismos de manera completa en el libro del Congreso.

Además de los disertantes argentinos, entre los disertantes del exterior especialmente invitados que han comprometido su presencia al evento se encuentran: Helen Millar (Escocia), Larry Cimino (USA), Abd Elmsiah Malak (Australia), John Copeland (UK), Juan Mez-zich (USA), Max Abbott (Nueva Zelanda), Deborah Wan (Hong Kong), Mohammed Abou-Saleh (Qatar), Tsuyoshi Akiyama (Japón), Yoram Cohen (Israel), Patt Franciosi (USA), Gabriel Ivbijaro (UK), Porsche Poh (Singapur), Shridhar Sharma (India), George Christodoulou (Grecia) y Nikos Christodoulou (UK), entre otros.

El evento cuenta con el auspicio del Ministerio de Salud de la Nación, y ha obtenido la declaración de interés del Honorable Senado de la Nación.

Para más información:

www.wmhc2013.com

info@wmhc2013.com

AASM | ACTIVIDADES



DIRECCIÓN GENERAL: *Darío Galante*
DIRECCIÓN ÁREA CLÍNICA: *Patricia Schnirelman*
DIRECCIÓN ÁREA DOCENCIA: *Alicia Prefumo*

SEMINARIOS DE FORMACIÓN CON PRÁCTICA CLÍNICA RENTADA

SUPERVISIONES CLÍNICAS

Supervisiones de casos clínicos y articulación teórica, donde se trabajarán los temas surgidos de la práctica clínica y sus conceptos fundamentales. Las supervisiones están a cargo de Pablo Fridman, Emilia Martínez, Inés Sotelo, Alicia Prefumo y Nicolás Bousoño.

POSIBILIDAD DE PRÁCTICA RENTADA

Se ofrecerá la posibilidad de atención de pacientes por parte de los participantes, previa instancia de entrevistas con un coordinador, que sugerirá y acordará con el profesional el momento de acceder a la clínica, así como la cantidad conveniente de derivaciones. Existe, también, la posibilidad de práctica en instituciones públicas.

CERTIFICACIONES

Se otorgarán certificados de participación/aprobación en la Escuela una vez finalizadas las horas de concurrencia obligatorias.

CONDICIONES DE ADMISIÓN

El dispositivo está dirigido a profesionales egresados de las carreras de Psicología, Medicina, y otras profesiones del campo de la salud mental.

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.

LA CUOTA INCLUYE:

- 1) Seguro de mala praxis en compañía de seguros de primera línea.
Este seguro cubre, además, la actividad privada fuera de la escuela.
- 2) Inclusión del alumno como socio adherente a la Asociación Argentina de Salud Mental, con todos los beneficios (descuentos en congresos y jornadas, cursos, talleres y demás actividades).

PROFESIONALES DEL INTERIOR Y ESTUDIANTES

Consultar.

AASM CATEGORIA DE SOCIOS

CATEGORIA	CONDICION	VALOR DE LA CUOTA
Miembro titular	Más de 5 años de profesión	\$ 50 mensuales
Miembro adherente	Hasta 5 años de profesión	\$ 44 mensuales
Miembro estudiante	Estudiantes universitarios	\$ 32 mensuales
Institución miembro	Institución legalmente constituida	Según convenio

Aclaración: 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@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