



CONEXIONES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD MENTAL

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD MENTAL

Año 4 Nº 15 Diciembre de 2008
DISTRIBUCION GRATUITA



Accidente cerebro vascular y depresión / Farmacología del Síndrome de Alienación Parental / Estilo de vida juvenil y emocionalidad "producida" en adicciones / Las nuevas enfermedades del alma / SIDA y legislación: obligación de reserva / La perspectiva de derechos humanos en la reforma de una institución asilar

W. Bouguere
1850



COMISIÓN DIRECTIVA

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

MIEMBROS FUNDADORES

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

MIEMBROS DE HONOR DE LA AASM

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

PRESIDENTES DE CAPITULOS

COORDINACION GENERAL: JUAN CARLOS FANTIN

MUJER Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: M. M. BACCARO

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO FRIDMAN

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIÓN

PRESIDENTE: ARIEL FALCOFF

EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

PRESIDENTE: BEATRIZ KENNEL

PSICOTERAPIAS

PRESIDENTE: FABIO CELNIKIER

CAPÍTULO DE PSICOSOMÁTICA

PRESIDENTE: BEATRIZ GARDEY

ADICCIONES

PRESIDENTE: SUSANA CALERO

ANTROPOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ARTURO SMUD

VIH - SIDA: ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

PRESIDENTE: GRACIELA FERNÁNDEZ CABANILLAS

PSICOPROFILAXIS CLÍNICA Y QUIRÚRGICA

PRESIDENTE: IRMA ZURITA

SALUD MENTAL Y LEY

PRESIDENTE: RENÉ UGARTE

CUIDADOS PALIATIVOS Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ANA INÉS MARQUIS

MUSICOTERAPIA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PATRICIA CABRERA

CAPITULO DE PSICOONCOLOGÍA

PRESIDENTE: INÉS BOUSO

SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

PRESIDENTE: LILIANA MONETA

NEUROCIENCIAS

PRESIDENTE: GUSTAVO TAFET

DESARROLLO HUMANO, ENVEJECIMIENTO Y SUBJETIVACIÓN

PRESIDENTE: HÉCTOR CASAL

SALUD ESCOLAR - SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVIA VOULLAT

PSICONEUROINMUNOENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE: YANNY JARITONSKY

PSICOANÁLISIS Y PSICOSIS

PRESIDENTE: BEATRIZ SCHLIEPER

NEUROPSICOLOGÍA

PRESIDENTE: GABRIELA PISANO

DEPORTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: RAFAEL GROISMAN

CREACIÓN, SUBJETIVIDAD Y LAZO SOCIAL

PRESIDENTE: SILVIA KLEIBAN

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

PRESIDENTE: HÉCTOR FISCHER

SALUD MENTAL Y UNIVERSIDAD

PRESIDENTE: NORBERTO PISONI

ABORDAJES TERAPÉUTICOS INTERDISCIPLINARIOS

PRESIDENTE: JUAN CARLOS BASANI

MEDICINA INTERNA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: GABRIEL SCIANCA

CAPITULO DE REALIDAD URBANA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: ALBERTO MENDES

ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO

PRESIDENTE: GUSTAVO PABLO ROSSI

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

PRESIDENTE: PABLO BERRETTONI

NEUROPSIQUIATRÍA Y PSICOSIS

PRESIDENTE: ALBERTO COSTORE

NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN RIESGO

PRESIDENTE: SUSANA E. QUIROGA

SALUD MENTAL LABORAL Y PREVISIONAL

PRESIDENTE: NOIDA GALLAGHER

PERINATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: SILVANA NADDEO

ARTE Y SALUD MENTAL

PRESIDENTE: MARÍA JULIA CEBOLLA LASHERAS

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

PRESIDENTE: GUSTAVO F. BERTRAN

REHABILITACIÓN - REINSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL EN TRASTORNOS MENTALES SEVEROS.

PRESIDENTE: CLAUDIA RODRÍGUEZ



CONTENIDO

5

Laura Scévola, Sol Gómez Paduano, Juan Bilbao
Accidente cerebro vascular y depresión.
Tratamiento farmacológico y prevención de la depresión post ACV a partir de un caso

11

Eduardo F. Grande
Farmacología del Síndrome de Alienación Parental

13

Hugo Adolfo Míguez
Estilo de vida juvenil y emocionalidad "producida" en adicciones

18

Sara Wajnsztein
Las nuevas enfermedades del alma

23

Oscar A. Lossetti
SIDA y legislación: obligación de reserva

28

Martin De Lellis, Yago Di Nella, Jorge Rossetto
La perspectiva de derechos humanos en la reforma de una institución asilar: a propósito de una experiencia

PUBLICACION DE
LA ASOCIACION ARGENTINA
DE SALUD MENTAL
Año 4 • N° 15 • Diciembre de 2008

Directores:

Eduardo Grande
Alberto Trimboli

Director Asociado:

Carlos Marachlian

COMITE EDITORIAL

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

COMITE CIENTIFICO

Daniel Millas
Alberto Carli
Ruben Gallardo
Pedro Boschan

CONEXIONES Revista Argentina de Salud Mental es una publicación científica editada por la Asociación Argentina de Salud Mental. ISSN en trámite, Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Editor Propietario: Asociación Argentina de Salud Mental. Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación siempre que se cite el nombre de la fuente (Conexiones Revista Argentina de Salud Mental), el número del que ha sido tomado y el nombre del o de los autores. Se ruega enviar 3 ejemplares de la publicación de dicho material. Ayacucho 234 (1025) Ciudad de Buenos Aires - Argentina Teléfono: (54 11) 4952-8930

COLABORADORA: *Estela Gagliardi*

 **diseño**
carlos de pasquale
4697-4934



AASM

Asociación Argentina
de Salud Mental



WORLD FEDERATION
FOR MENTAL HEALTH

AASM 2009

IV Congreso Argentino de Salud Mental

Buenos Aires, Junio de 2009

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

INFORMES E INSCRIPCION:

AASM Ayacucho 234. Ciudad de Buenos Aires

Tel: 4952-8930 / www.aasm.org.ar

administracion@aasm.org.ar

Accidente cerebrovascular y depresión

Tratamiento farmacológico y prevención de la depresión post ACV a partir de un caso

Laura Scévola*
Sol Gómez Paduano**
Juan Bilbao**

La depresión es un trastorno psiquiátrico frecuente luego de un accidente cerebrovascular (ACV), con importante repercusión en el pronóstico y rehabilitación del paciente.

El objetivo de este trabajo es analizar el fenómeno de la depresión post ACV y realizar una revisión sobre los estudios actuales que han investigado sobre el tema, tratando de responder algunos interrogantes que surgieron a partir del caso, principalmente relacionados con el tratamiento farmacológico y la posibilidad de prevención de la depresión post ACV.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, utilizando como palabras clave *poststroke depression* y *poststroke depression treatment*, hasta septiembre de 2008. La búsqueda arrojó 543 artículos, de los cuales se seleccionaron 38 debido a su relación con los objetivos planteados y a su diseño metodológico.

EL CASO

Paciente de sexo femenino, de 61 años de edad, que se presenta a la consulta utilizando un bastón como apoyo y acompañada por una de sus hijas, dada su incapacidad motora, secuela de un ACV. En la entrevista de admisión la paciente refiere sensación de tristeza y angustia. Manifiesta sentimientos de inutilidad que no conforman una ideación delirante. Refiere disminución de interés en sus actividades cotidianas y en sus nietos, situaciones que antes disfrutaba. Presenta hipobulia, fatiga, y temores a distintas circunstancias: quedar atrapada en una multitud, caerse, sufrir un nuevo ACV o morir. Presenta insomnio de conciliación. La paciente no presenta productividad psicótica ni ideación suicida. Estos síntomas comenzaron hace 1 año, luego de una cirugía cardiovascular durante la cual sufrió un ACV intraquirúrgico. La paciente relaciona su estado de ánimo con su discapacidad para deambular. Si bien es autoválida para las actividades de la vida diaria, presenta retraimiento social y marcado temor a salir de su casa sola. En cuanto a estresores

*Médica psiquiatra,
instructora de residentes
de Salud Mental
Hospital Álvarez
**Médicos residentes
de Salud Mental
Hospital Álvarez

ambientales, cabe mencionar problemas en la relación conyugal.

No presenta antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. Niega consumo de sustancias. Como antecedentes médicos la paciente presenta hipertensión arterial de 20 años de evolución, diabetes tipo II de 4 años de evolución e hipercolesterolemia.

Refiere dos cirugías cardiovasculares: reemplazo valvular (2001) y by pass coronario, nuevo reemplazo valvular y colocación de marcapaso (2005). Es durante esta segunda cirugía que sufre un ACV con hemiplejía izquierda.

La TAC de cerebro informa isquemia silviana derecha con compromiso de cápsula interna y núcleo caudado.

Al momento de la consulta se encontraba en tratamiento farmacológico con: carvedilol 18,75 mg/d, valsartan 80 mg/d, simvastatina 40mg/d, amiodarona 200mg/d, acenocumarol 4mg/d, alprazolam 0,5mg/d.

Según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (1), la paciente cumple criterios para un "trastorno del estado de ánimo debido a accidente cerebro vascular, con episodio similar al depresivo mayor".

Se indica tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico.

Se inicia citalopram 20mg/d, luego de consulta y autorización del hematólogo que la controla.

Luego de aproximadamente 3 semanas se evidencia respuesta al tratamiento: disminuye su angustia y la expresión de sus miedos acerca de perder el equilibrio al caminar. Se evidencia mejoría de su esfera volitiva. La paciente comienza a frecuentar un club de jubilados, en donde logra relacionarse con sus pares y realizar distintas actividades recreativas.

Luego de 3 meses de tratamiento la paciente presenta remisión total del cuadro e incluso deja de utilizar el bastón.

ACV Y DEPRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud (1989) define al ACV como el rápido desarrollo de signos clínicos por una alteración cerebral focal o global con síntomas de más de 24 horas de duración sin causa **no** vascular aparente (2).

La prevalencia de depresión en pacientes que han sufrido un ACV es considerablemente mayor a la de la población general y muchas veces es subdiagnosticada. La misma varía entre el 10 y el 40% entre los distintos estudios realizados. Un factor importante que contribuye a la variabilidad de los resultados de estudios de prevalencia de la depresión post ACV es la falta de un método y criterios diagnósticos estandarizados (3,13).

La prevalencia de depresión luego de un ACV es similar a la hallada luego del infarto de miocardio y en la enfermedad de Parkinson (12), por citar algunas de las enfermedades sistémicas hacia las que varios estudios de investigación actuales se orientan, analizando el impacto funcional de la depresión.

Las características de la depresión post ACV parecen ser diferentes de la depresión mayor primaria, en que la depresión post ACV suele presentar mayor cantidad de síntomas somáticos, no suele cursar con síntomas melancólicos y se objetivan menos trastornos del pensamiento (14, 15).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión son: lesiones de los ganglios basales (sobre todo izquierdos), lesiones frontales izquierdas, atrofia subcortical, género femenino, antecedentes personales de trastornos afectivos, historia familiar de trastornos afectivos, menor edad al momento del ACV, mayor disfunción en las actividades de la vida diaria por el impedimento funcional y cognitivo, y contención sociofamiliar inadecuada (16, 17).

En el caso presentado, los factores de riesgo para depresión son la lesión en ganglios basales, el género femenino, la disfunción en sus actividades por el déficit motor y la contención sociofamiliar inadecuada. Cabe destacar que la paciente cuenta además con una enfermedad cardiovascular, que conlleva un aumento de prevalencia de depresión (18).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN POST ACV

Si bien existe controversia en cuanto a la fisio-

patología de la depresión post ACV, muchos investigadores acuerdan en la necesidad del tratamiento con antidepresivos (AD).

Según un estudio realizado con nortriptilina, se obtuvo mejoría clínica en la medición obtenida por la *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D). En algunos pacientes los efectos adversos de este antidepresivo tricíclico fueron lo suficientemente molestos como para generar el abandono del tratamiento (19). Este obstáculo podría superarse hoy en día con el uso de AD más modernos.

Otro estudio comparó los beneficios del uso de trazodona comparado con placebo en pacientes con depresión post ACV. Los resultados no arrojaron diferencias significativas (20).

Un estudio que comparó citalopram y placebo, halló diferencias significativas entre los pacientes asignados al grupo de tratamiento activo. Durante el seguimiento también se mantuvieron los beneficios a favor de los pacientes que recibieron citalopram (11).

Otro estudio, con diseño doble ciego, aleatorizado, comparó fluoxetina, nortriptilina y placebo. Se obtuvo la mejor respuesta con el uso de nortriptilina, con descensos significativos en el puntaje de la HAM-D, en comparación con el uso de placebo y fluoxetina (21). Sin embargo, otro estudio posterior que comparó fluoxetina con placebo, mostró datos favorables con el uso de este AD (22).

En nuestro caso se eligió citalopram debido al perfil favorable de interacciones farmacológicas (23) del compuesto y a que la paciente se hallaba polimedicada.

Una de las limitaciones del tratamiento con ISRS es el riesgo de sangrado y fractura de cadera, predominantemente durante las primeras semanas de tratamiento (24, 26).

Esto enfatiza la necesidad de realizar un monitoreo estricto de esta población de pacientes que suelen ser ancianos, medicados con anti-coagulantes.

Sin embargo, dado el significativo efecto positivo de los AD en la mejoría funcional y mortalidad, los beneficios obtenidos por esta medicación parecerían superar los riesgos anteriormente mencionados (27).

Otros fármacos que han probado ser seguros y eficaces en algunos estudios son la dextroanfetamina y el metilfenidato (28, 29).

DEPRESIÓN POST ACV, REHABILITACIÓN Y MORTALIDAD

Se ha postulado que reconocer la existencia de un cuadro depresivo en un paciente luego de un ACV y abordarlo terapéuticamente permitiría una mejor recuperación funcional. Es así que las guías de tratamiento del ACV incluyen el *screening* para depresión y, en caso de encontrarse posibles casos de depresión en este primer rastreo, se recomienda la evaluación por parte del especialista para la pronta instauración de un tratamiento (30).

La recuperación luego de un ACV varía con el tratamiento del episodio depresivo. Se evidencia una mejoría en la recuperación de las actividades de la vida diaria, en los déficits cognitivos y en la calidad de vida (12, 31).

Con el tratamiento también disminuye la mortalidad. Desde 1993 al menos 4 estudios han demostrado la asociación de depresión post ACV y el aumento de la mortalidad (32, 35).

Según Morris et al. los pacientes internados con depresión post ACV presentan una posibilidad 3,5 veces mayor de morir en el seguimiento a 10 años que los pacientes sin depresión (32).

En la paciente del caso se evidenció, junto con la mejoría anímica, una notable recuperación de sus capacidades motoras.

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POST ACV

Dada la cantidad de datos que demuestran la asociación entre la depresión post ACV y la evolución desfavorable de las funciones cognitivas, actividades de la vida diaria y supervivencia, es lógico preguntarse si la utilización de AD puede llevar a una mejor evolución del cuadro que el tratamiento estándar de esperar a que la depresión ocurra (36).

Muchos autores consideran la posibilidad de tratar con AD a todos los pacientes sobrevivientes a un ACV para evitar la depresión, considerando el subdiagnóstico que presenta esta patología y ante la posibilidad de que el cuadro depresivo no se evidencie inmediatamente después de ocurrido el ACV pero se desarrolle más tarde. Asimismo se postula que los AD mejorarían las funciones ejecutivas y la rehabilitación física, independientemente de la existencia de síntomas depresivos (37, 38).



En un estudio longitudinal se vio que algunos pacientes que no desarrollaron depresión en la fase aguda luego del ACV, sí lo hicieron en el período que comprende desde los 3 meses hasta los 2 años post ACV. Es entonces que se decidió evaluar el efecto preventivo de la administración de AD en pacientes que no tenían depresión en la evaluación psiquiátrica inmediata al ACV. Un primer estudio de mianserina contra placebo no arrojó resultados significativos (39).

Un segundo estudio doble ciego, controlado, aleatorizado, comparó el efecto preventivo de fluoxetina, nortriptilina y placebo administrados durante 12 semanas, observándose que ambos AD eran eficaces para prevenir la depresión. Sin embargo, una vez que los pacientes discontinuaban el tratamiento, aquellos que habían recibido nortriptilina tenían mayores

tasas de depresión que los que habían recibido placebo o fluoxetina. Este fenómeno fue interpretado como un síndrome de discontinuación o bien como debido a los cambios en los neurotransmisores y receptores inducidos por los AD (40), con lo cual cabría investigar si un período más prolongado de administración de nortriptilina impediría el desarrollo de la sintomatología depresiva.

Cuando se administró escitalopram inmediatamente luego del ACV se demostró que éste ofrecía beneficios. En un estudio realizado por Robinson, se reclutaron 176 pacientes que habían sufrido un ACV durante los 3 meses previos a su inclusión y no presentaban síntomas depresivos. Aquellos pacientes que recibieron placebo tuvieron 4,5 veces más posibilidades de desarrollar depresión que los que recibieron escitalopram durante el seguimiento de un



Inscripciones 2009

Saber, Hacer, Creer, Crecer

Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental

Acreditada por la CONEAU Resolución 411/04 | Aprobada por Resolución 499/02 MECyT

Director: Dr. Hugo Barrionuevo

Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología

Acreditada por la CONEAU Resolución N° 88/02 | Aprobada por Resolución 275/00 del ME

Directora: Mag. Silvia Gascón

Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad

Acreditada por la CONEAU Resolución 474/06

Directora: Mag. María de los Ángeles Domínguez

5239-4000

Dec. 1914/2007 P.E.N.

www.isalud.edu.ar

Venezuela 931 / 758 - Ciudad Autónoma de Bs. As. - informes@isalud.edu.ar

año. Esto demuestra que la frecuencia de aparición de depresión post ACV puede disminuirse significativamente con el uso de escitalopram, en comparación con el uso de placebo durante el primer año luego de un ACV (36).

CONCLUSIÓN

Según hemos analizado, la depresión post ACV es un cuadro altamente prevalente, que muchas veces es subdiagnosticado, con importantes consecuencias sobre la rehabilitación y la mortalidad. Está demostrado que el tratamiento con AD, una vez instaurada la depresión, produce beneficios tanto sobre los síntomas depresivos como sobre las secuelas físicas del ACV, lo que trae aparejado una mejora en la calidad de vida. Dentro de los fármacos más estudiados, el citalopram ha mostrado ser seguro y eficaz para el tratamiento de la depresión post ACV.

Sin embargo, en lo que respecta al tratamiento preventivo con AD luego de un ACV, aún no existe consenso sobre su uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR. 4ta Edición.* Washington DC. American Psychiatric Association, 2002.
2. World Health Organization. *Recommendations on stroke prevention, diagnosis, and therapy: report of the WHO Task Force on Stroke and other cerebrovascular disorders.* Stroke 1989;20:1407-31.
3. Robinson RG, Price TR. *Post-stroke depressive disorders: a follow-up study of 103 patients.* Stroke 1982;13(5):635-41.
4. Finklestein S, Benowitz LI, Baldessarini RJ, Arana GW, Levine D, Woo E, Bear D, Moya K, Stoll AL. *Mood, vegetative disturbance, and dexamethasone suppression test after stroke.* Ann Neurol 1982;12(5):463-8.
5. Sinyor D, Amato P, Kaloupek DG, Becker R, Goldenberg M, Coopersmith H. *Post-stroke depression: relationships to functional impairment, coping strategies, and rehabilitation outcome.* Stroke 1986;17(6):1102-7.
6. Ebrahim S, Barer D, Nouri F. *Affective illness after stroke.* Br J Psychiatry 1987;151:52-6.
7. Wade DT, Legh-Smith J, Haver RA. *Depressed mood after stroke. A community study of its frequency.* Br J Psychiatry 1987;151:200-5.
8. Robinson RG, Bolduc P, Price TR. *Two-year longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnosis and outcome at one and two year follow-up.* Stroke 1987;18:837-43.
9. Finset A, Goffeng L, Landro NI, Haakonsen M. *Depressed mood and intra-hemispheric location of lesion in right hemisphere stroke patients.* Scand J Rehabil Med 1989;21(1):1-6.
10. Morris PLP, Robinson RG, Raphael B. *Prevalence and course of depressive disorders in hospitalized stroke patients.* Int J Psychiatry Med 1990;20:349-64.
11. Andersen G, Vestergaard K, Riis J, Lauritzen L. *Incidence of post-stroke depression during the first year in a large unselected stroke population determined using a valid standardized rating scale.* Acta Psychiatr Scand 1994;90(3):190-5.
12. Robinson RG. *Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression.* Biol Psychiatry 2003;54(3):376-87. Review.
13. Carod-Artal F. *Depresión postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo.* Rev Neurol 2006;42(3):169-75.
14. Beblo T, Driessen M. *No melancholia in poststroke depression? A phenomenologic comparison of primary and poststroke depression.* J Geriatr Psychiatry Neurol 2002;15: 44-9.
15. Morris PL, Robinson RG, Raphael B, Bishop D. *The relationship between the perception of social support and post-stroke depression in hospitalized patients.* Psychiatry 1991;54(3):306-16.
16. Carod-Artal F. *Depresión postictus (II). Diagnóstico diferencial, complicaciones y tratamiento.* Rev. Neurol 2006;42(4):238-44.
17. Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, Nolfi G. *The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke.* Stroke 1993;24(10):1478-83.
18. D. McManus, S. Pipkin, M. Whooley. *Screening for Depression in Patients With Coronary Heart Disease.* Am J Cardiol 2005;96:1076 -1081.
19. Lipsey JR, Robinson RG, Pearlson GD, Rao K, Price

publicidad

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

- TR. Nortriptyline treatment of post-stroke depression: a double-blind study. *Lancet* 1984;1(8372):297-300.
20. Reding MJ, Orto LA, Winter SW, Fortuna IM, DiPonte P, McDowell FH. Antidepressant therapy after stroke: A double-blind trial. *Arch Neurol* 1986;43:763-5.
 21. Robinson RG, Schultz SK, Castillo C, Kopel T, Kosier JT, Newman RM, Curdew K, Petracca G, Starkstein SE. Nortriptyline versus fluoxetine in the treatment of depression and in short-term recovery after stroke: a placebo-controlled, double-blind study. *Am J Psychiatry* 2000;157(3):351-9.
 22. Wiart L, Petit H, Joseph PA, Mazaux JM, Barat M. Fluoxetine in early poststroke depression: A double-blind placebo-controlled study. *Stroke* 2000;31:1829-32.
- Nemeroff CB. Overview of the safety of citalopram. *Psychopharmacol Bull.* 2003 Winter;37(1):96-121.
- Skop BP, Brown TM. Potential vascular and bleeding complications of treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychosomatics.* 1996;37:12-16.
25. Layton D, Clark DW, Pearce GL, Shakir SA. Is there an association between selective serotonin reuptake inhibitors and risk of abnormal bleeding? Results from a cohort study based on prescription event monitoring in England. *Eur J Clin Pharmacol.* 2001 May;57(2):167-76.
 26. Hubbard R, Farrington P, Smith C, Smeeth L, Tattersfield A. Exposure to tricyclic and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of hip fracture. *Am J Epidemiol.* 2003 Jul 1;158(1):77-84.
 27. Robinson RG. Letter to the editor. *Am J Psychiatry* 2004;161:8.
 28. Lazarus LW, Winemiller DR, Lingam VR, Neyman I, Hartman C, Abassian M, Kartan U, Groves L, Fawcett J. Efficacy and side effects of methylphenidate for poststroke depression. *J Clin Psychiatry.* 1992 Dec;53(12):447-9.
 29. Johnson ML, Roberts MD, Ross AR, Witten CM. Methylphenidate in stroke patients with depression. *Am J Phys Med Rehabil.* 1992 Aug;71(4):239-41.
 30. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Patients With Stroke: Rehabilitation Prevention and Management of Complications and Discharge Planning. Edinburgh: SIGN; 2002.
 31. Andersen G, Vestergaard K, Lauritzen L. Effective treatment of poststroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. *Stroke.* 1994 Jun;25(6):1099-104.
 32. Morris PLP, Robinson RG, Andrezejewski P, Samuels J, Price, TR. Association of depression with 10 year post stroke mortality. *Am J Psychiatry* 1993;150(1):124-29.
 33. Morris PLP, Robinson RG, Samuels J. Depression, introversion and mortality following stroke. *Aust N Z J Psychiatry* 1993;27(3):443-9.
 34. House A, Knapp P, Bamford J, Vail A. Mortality at 12 and 24 months after stroke may be associated with depressive symptoms at 1 month. *Stroke* 2001;32(3):696-701.
 35. Williams LS, Ghose SS, Swindle RW. Depression and other mental health diagnosis increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry* 2004;161(6):1090-5.
 36. Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ, Escitalopram and problem solving therapy for prevention of post stroke depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;299(20):2391-400.
 37. Narushima K, Paradiso S, Moser DJ, Jorge OR, Robinson RG. Effect of antidepressant therapy on executive function after stroke. *Br J Psychiatry.* 2007;190:260-265.
 38. Narushima K, Robinson RG. The effect of early versus late antidepressant treatment on physical impairment associated with poststroke depression: is there a time-related therapeutic window? *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(10):645-652.
 39. Palomaki H, Kaste M, Berg A, RL. Prevention of post-stroke depression: 1 year randomised placebo controlled double blind trial of mianserin with 6 month followup after therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;66:490-4.
 40. Narushima J, Todd Kosier T, Robinson RG. Preventing poststroke depression: a 12-week double-blind randomized treatment trial and 21-month follow-up. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:296-303.

asappia

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

Psicoanálisis e Interdisciplina

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

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

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

ABIERTA INSCRIPCION ciclo 2009

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

ESCUELA DE CAPITAL

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

ESCUELA DE INTERIOR

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

EJERCICIOS CLINICOS - ENCUENTROS INTERDISCIPLINARIOS SUPERVISIONES - JORNADAS

INFANCIA - ADOLESCENCIA - DISCAPACIDAD - FAMILIA ORIENTACION VOCACIONAL - PSICOPEDAGOGIA

INFORMES

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

Farmacología del Síndrome de Alienación Parental

Eduardo F. Grande

*Médico Psiquiatra
Infanto-Juvenil
Presidente de la AASM*

El Síndrome de Alienación Parental (S.A.P.) es todo un procedimiento que resulta de programar un hijo para que tenga rechazo u odio hacia uno de sus padres. Cuando el síndrome está establecido, comienza gradualmente la denigración del supuesto padre alienado. El SAP puede aparecer en una familia constituida, pero es más frecuente que sea la causa del divorcio o de padres ya divorciados, con el objetivo de conseguir un beneficio, generalmente económico, o evitar que ese hijo sea visitado.

El conflicto es más marcado cuando los padres no se entienden o se juega la tenencia de los hijos. Es verdaderamente una guerra donde cada progenitor intenta demostrar que el otro es culpable o es un mal padre. Para que suceda debe pasar un tiempo.

Generalmente la tendencia está a cargo de la madre y el cargo de "alienador" es para el padre. La edad promedio del hijo para comprometerlo en este proceso es de 5 años, y generalmente no comprende lo que está pasando. Existen mensajes "orientadores" que le da la madre a su hijo cuando sale con su padre, tales como: "no tengas miedo de salir con papá" o "llamame en cuanto llegues a la casa de tu papá para saber si pasó algo" o "si te da miedo salir con papá, te voy a buscar". Esto va generando en el niño, primero una sorpresa, luego ansiedad, un temor, un estar alerta, un rechazo, una fobia, pero no puede comprender el motivo, que se agrava si su padre lo reprende por algo o se enoja por alguna situación circunstancial.

Existe como una especie de venganza por parte de la madre, celos o enojo, que es transmitido por el hijo hacia su padre

El progenitor, supuesto alienador, generalmente es el soporte económico de la familia, al cual se lo necesita y se lo rechaza.

El niño puede desarrollar un cuadro psiquiátrico, tal como depresión, irritabilidad, trastornos del sueño, hostilidad, desesperación o un malestar que se traduce en dificultades en el ámbito escolar.

Pero mayor es el compromiso cuando la madre acusa al padre de "abuso" cuando el niño concurre a visitarlo, y este es generalmente un motivo de consulta serio, muchas veces difícil de comprobar.

Como la sintomatología en el niño se va estableciendo en forma lenta, es conveniente administrar desde un comienzo un estabilizador del ánimo.

Es muy importante la entrevista con el niño y tener en cuenta la opinión que tiene respecto a cada uno de sus padres. Establecer una psicoterapia temprana y entrevistar a cada uno de los padres, individualmente al comienzo y luego una entrevista a ambos. Indicar una

terapia para los dos generalmente no resulta. Cuando se tiene certeza de quién es el que adoctrina al niño, trabajar terapéuticamente con ese progenitor, ya que es el que tiene el control del hijo. Cuando se detecta un cuadro de psicopatía se complejiza el tratamiento, porque hay una incapacidad de ver la situación o de decir la verdad. En algunos casos el progenitor alienador puede tener un discurso creíble, y llega a la consulta con denuncias policiales o judiciales. Pero cuando se plantea la necesidad de realizar un examen psicológico, hay franca resistencia o rechazo. Otras veces hay actitudes contra abogados que defienden al progenitor en cuestión, tratando de evitar las visitas periódicas, saboteando cualquier acto de acercamiento, aun ante la presencia de asistente social.

Es frecuente que se lo insulte o desvalore, o se lo implique en situaciones muy comprometedoras desde lo sexual, al padre, cuando pide tener a su hijo el fin de semana. La madre intenta generalmente que su hijo realice llamadas telefónicas, mande cartas, no acepte regalos, no salga con la pareja del padre, impidiendo de cualquier forma que ambos se vean. Cuando se hace difícil se inventan compromisos: “debo llevarlo al médico, me olvidé de comentarlo”, “hoy no va al colegio”, “está congestionado”, “no se siente bien”. Otras veces la progenitora alienante no le permite al hijo usar la ropa comprada por su padre, por ser fea, colores fuertes, ser chica o grande.

Cuando existen denuncias falsas de abuso y el niño va entendiendo qué sucede, aparecen algunos actos que aclaran la conflictiva. Entonces comienza el comentario de que su padre ya no es más miembro de la familia, y que todo lo que hizo durante años anteriores fue un sufrimiento para todos.

Hay una diferencia de interpretación en el niño muy importante cuando la acusación es, por ejemplo, “que se va a acostar muy tarde cuando está con el padre”, “que cada vez que va lo abusa sexualmente”.

El “progenitor alienador” casi siempre confía en su hijo, pero necesita que el niño crezca y pueda dar alguna explicación respecto a la denuncia realizada.

Podríamos ordenar los diferentes períodos que pasa el niño: al comienzo no existe una comprensión de lo que sucede, luego de un tiempo, se interesa en lo que piensa cada uno de sus padres, así puede llegar a dar opiniones dife-

rentes respecto a culpabilidades y recordar los hechos sucedidos.

Cuando se puede tener seguridad, la ayuda más conveniente es el cambio de tenencia. Muchas veces los tribunales necesitan que se aporten datos muy convincentes, y el único que los puede dar es el niño víctima de la situación.

Es necesario ir evaluando el cuadro psicológico, psiquiátrico del paciente y tener en cuenta los antecedentes de cada uno de los padres. En pocos casos, esta actitud “esquizofrenizante” puede desorganizar al niño, y existiendo una constitucionalidad predisponente, puede desencadenar un proceso desorganizativo de su estructura psíquica.

Es importante aclarar desde un comienzo, en las entrevistas, a cada uno de sus progenitores, que el niño recibe el impacto de las diferencias y denuncias de ambos, que esto perjudica la salud mental de su hijo, y que muchas veces un simple síntoma puede terminar en un cuadro psiquiátrico en la adolescencia. Siendo la irritabilidad, la hostilidad, la agresión, el desorden de la conducta, ciertos tipos de crisis de rabia o berrinches de difícil control, la administración de lamotrigina resulta favorable.

La lamotrigina es un fármaco anticonvulsivo que puede utilizarse en niños mayores de 5 años; la dosis recomendada es de 25 mg./día; protege al paciente de un cuadro depresivo y mejora su estado de ánimo; resulta ser suficientemente eficaz, sin riesgos en su indicación. Estabiliza la impulsividad y mejora la calidad de vida social y, por lo tanto, escolar. Es muy bien tolerado, sin efectos adversos a las dosis mencionadas. No es un fármaco que necesita ser monitoreado, ni tiene influencia sobre el peso corporal. Mantiene la función cognitiva y controla la conducta del niño. La experiencia realizada con esta medicación no expone al paciente al uso de psicofármacos que generan dependencia, como los derivados benzodicepínicos. La dosis de inicio de 25 mg./día puede ser reemplazada de acuerdo a la evolución del cuadro clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- Gardner, Richard: *The parental alienation syndrome*, 1998.
Lowenstein, L. F.: *Parent alienation syndrome*, 2000.
Bone-Walsh, J.: *Parent alienation syndrome*, 1999.
DSM IV TR. *Elssier Masson*, 2002. *Experiencia Clínica Dr. Eduardo Grande – Htal. Álvarez* –.

Estilo de vida juvenil y emocionalidad “producida” en adicciones

Hugo Adolfo Míguez

INTRODUCCIÓN

La indagación sobre los cambios epidemiológicos del consumo de alcohol (1) y su asociación con otras sustancias psicoactivas (2) sustentaron la exploración de variables relacionadas con los estilos de vida juvenil y el “pattern” sociocultural (3) del uso de sustancias. Para este fin se utilizaron los cuestionarios epidemiológicos del Programa de Epidemiología Psiquiátrica (4) del CONICET, aplicadas por el Observatorio sobre Uso de Sustancias Adictivas de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (5).

MATERIALES Y MÉTODOS

La encuesta, de carácter voluntario y anónima, fue respondida por 1688 estudiantes de entre 16 y 20 años. El área cubierta comprendió 30 distritos provinciales que, desde 2006, conformaron un área programática de la Subsecretaría que incluye un total de 90.000 jóvenes bonaerenses. Se recogieron las prácticas, actitudes y creencias en torno al alcohol y otras drogas en el último año de colegios públicos en la Provincia de Buenos Aires. A fines de este análisis fueron seleccionadas y reorganizadas las variables como indicadores del tipo de vínculo predominante (tiempo libre), de referencias existenciales prioritarias (individuales o sociales), de la comunicación e interlocutores y de la toma de decisiones frente a la presión grupal. Esta selección fue analizada por un lado con el sistema de representaciones (imaginario) indicativo de la tolerancia al abuso de alcohol y, por otro, con la prevalencia del consumo efectivo de marihuana y cocaína.

RESULTADOS

Los datos de las sondas epidemiológicas en estudiantes señalaron distintos estilos de vida juvenil. La mitad de ellos aproximadamente priorizó las actividades de baja exposición social con vínculos intermediados por “monitores” y metas “virtuales”. La otra mitad se mostró orientada hacia una vinculación social directa que incluyó: deportes, encuentros laborales u otras reuniones.

La prioridad que dieron los jóvenes a temas de índole social y solidaria

*Doctor en Psicología.
Investigador independiente de
la carrera del investigador
científico –CIC– del Conicet,
con sede en la Subsecretaría
de Atención a las Adicciones
de la Provincia de
Buenos Aires. Profesor de
Maestría /Diploma Superior
de Especialidad en
Prevención y Rehabilitación
del Consumo de Drogas de la
Universidad Andina Simón
Bolívar / OEA. Sucre.*

(Desempleo, problemática de adicciones, igualdad de oportunidades) alcanzó a un tercio de ellos, mientras que la mayor parte se decidió por otros más vinculados a intereses individuales e inmediatos (“pasarla bien”, “comprarse lo que le gusta”, “tener dinero”). En las chicas, la brecha entre los intereses individuales y los sociales o solidarios fue algo menor que en los varones.

En situaciones de conflicto los interlocutores elegidos por los jóvenes se dividieron entre adultos y pares. Uno de cada diez estudiantes no refirió interlocutores para hablar sus problemas. Este subgrupo “solitario” fue algo mayor en los varones.

El 91,3% probó alguna vez cerveza, el 79,3% vino y el 80,6% destilados. Una evaluación menos general indicó que la mitad de los estudiantes (50,1%: 45,9% - 55,0%) manifestó consumo frecuente de cerveza (una vez a la semana o más) en el último año.

La representación del abuso de alcohol en los jóvenes fue estudiada por vía de preguntas sobre un pattern ideal de disponibilidad de alcohol en una fiesta juvenil en la casa. Estas caracterizaciones situaron a la mitad de las fiestas de estudian-

tes de último año secundario con una disponibilidad, estimada por persona, superior a 100cc de alcohol absoluto, cualquiera fuera la bebida alcohólica (vino, vodka o cerveza). No hubo diferencias significativas en estas representaciones de acuerdo al tipo de vinculación predominante (directa o virtual). La proporción de representaciones de abuso relacionada con orientaciones hacia temas individuales o sociales mantuvo la relación de siete a tres respectivamente, aun cuando la orientación individual concentró algo más los casos de representaciones de abuso. La asociación de estas representaciones de abuso con la comunicación que tenían los estudiantes, cuando se encontraban en problemas, mostró un aumento no significativo (en el caso de vinos y destilados) cuando no había nadie como interlocutor.

La toma de decisión frente a la presión de pares, tomando como ejemplo el alcohol, fue evaluada en una situación hipotética. Uno de cada veinte jóvenes estimó correcto ceder al consumo (“tomar”) en una situación de presión amistosa, con una proporción aumentada en los varones.

El 18,4% de los estudiantes reconoció el consumo alguna vez en la vida de marihuana. El 4,4% el de cocaína. Un corte precisando los datos para una frecuencia de una vez al mes o más, en el último año, alcanzó al 9,1% (6,1% - 13,1%) con marihuana y al 2,6% (1,4% - 5,2%) de ellos con cocaína.

No hubo diferencias significativas entre actividades de “monitor” o personales en el uso de marihuana: en cambio hubo una mayor proporción de casos con uso de cocaína en las actividades con vinculación más directa con los otros (deportes, bailes, reuniones). El uso de marihuana, alguna vez en la vida, se diferenció de manera significativa según la prioridad que los jóvenes dieron a los temas relevantes para su edad. La mayor proporción de reconocimientos del uso de marihuana se asoció con definiciones más ligadas a actitudes individuales y presentistas y, también, con una comunicación más centrada en los pares. No fue este el caso con el uso de cocaína. Por último, tanto el uso de marihuana como el de cocaína se asociaron significativamente con la mayor vulnerabilidad a la presión grupal para el consumo de alcohol.

CONSIDERACIONES SOBRE LA EMOCIONALIDAD “PRODUCIDA”

El desarrollo de espacios de reunión juveniles para la ingestión alcohólica antes de la fiesta, conocidos socialmente como “previa” o “pre-bolicho”,

1958
Referente indiscutido en Salud Mental
desde hace 50 años

ANIVERSARIO
50
Abrines

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

Benito Pérez Galdós 2647 - B1879AAJO - Quilmes Oeste
(+54-11) 4250-1061 (l. - festivos) / Fax: 4200-0909 / info@abrines.com.ar
www.abrines.com.ar

ha sido referido como una instancia para alcanzar un estado emocional que según algunos estudios se resume "en la tríada diversión-desinhibición-descontrol" (6). Esta emocionalidad "producida"¹ parte de un vínculo social que requiere la acción de una sustancia como facilitador para "ajustar" el estado de ánimo, la percepción o el comportamiento a una presentación social predeterminada. Esta "producción emocional" habilita la expresión de otras subjetividades y neutraliza, a la vez, aquellas consideradas disfuncionales con el requerimiento del encuentro. La manipulación por vía psicoactiva de la expresión emocional implica modificar la emoción como "guión social" (7) y, más que una relación entre individuos, muestra su vinculación con representaciones colectivas normativas del alcohol (y de otras sustancias) como alternativa a situaciones que podrían llevar a una emocionalidad desadaptativa. De esta forma se establece, entonces, un modelo de convivencia con el conflicto basado en el enmascaramiento de sus efectos.

Desde esta posición se puede considerar el inicio de la ingestión abusiva de alcohol más como una forma de alcanzar una "onda vital" para el encaje social que un mecanismo de ensimismamiento depresivo. Sin embargo, si esta es parte de su explicación, la misma no termina de dar cuenta acerca de por qué se requiere del auxilio de la química en un encuentro de intercambio placentero. Salvo que se trate, en realidad, del enfrentamiento y sobrevivencia a un mundo donde la competencia extrema juega sus premios y castigos entre las ansias de una presentación exitosa y el temor fóbico a ser condenado a la humillación o el ridículo.

Representaciones que alcanzan a más de la mitad de los encuentros juveniles con un nivel de intoxicación alcohólica importante indican no sólo la extensión de esta "producción" sino también la imperiosidad del guión social establecido. La vulnerabilidad frente a la presión grupal para el uso de alcohol y de las drogas ilícitas, mostró en los estudiantes correspondencias con estilos de vida que tienen como eje la exaltación individual y la limitación a la experiencia presente. Los grupos con diferente modalidad de interacción social, intermedia a través del "monitor" o de contacto directo con los otros tuvieron en cualquiera de los casos representaciones de tolerancia al abuso de alcohol y prácticas de consumo de sustancias ilícitas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Míguez, H. (2007) *Alcoholización juvenil en la Argentina: del consumo cotidiano al "binge drinking"* Cuadernos Actualizaciones en Alcoholología. Cuadernos Ed. Brain Center-CEDA. N°1. 5-7.
- (2). Míguez, H. (2006) *Emergencia hospitalaria y uso de sustancias psicoactivas*. Vertex. Rev. Arg. De Psiquiat. Vol XVII:92-95.
- (3). Heath, D. (1981) *Factores etiopatológicos*. AIEPA. Santiago. Chile.
- (4). Míguez, H. (2002) *Estrategias de Epidemiología Comunitaria*. Programa de Epidemiología Comunitaria. CONICET. Buenos Aires.
- (5). SADA. Observatorio. <http://www.sada.gba.gov.ar/observatorio.htm>
- (6). Arizaga, M.C. (2005) *Imaginario social y prácticas de consumo de alcohol en adolescentes de escuelas de nivel medio*. Observatorio Argentino de Drogas. Sedronar.
- (7). Le Deux, J. (1999) *El cerebro emocional*. Buenos Aires. Planeta.

¹ "Producirse": término utilizado por los jóvenes para referir al empleo de la cosmética y el vestuario necesario para modificar su aspecto personal.

FIESTA DE FIN DE AÑO DE LA AASM



El viernes 12 de diciembre de 2008 por la noche se llevó a cabo la fiesta de fin de año de la AASM. De la reunión participaron numerosos asociados que junto a la Comisión Directiva celebraron un año más juntos y el crecimiento de nuestra querida institución. Agradecemos la concurrencia a la reunión de nuestros colegas posibilitando el reencuentro entre los socios que permitió el surgimiento importantes proyectos que esperamos se cumplan durante el año 2009.



Shoras[®]



Eszopiclona

El sueño posible



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



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



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



Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.



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



Presentaciones:

*8*horas 1 mg y 3 mg

Envases conteniendo
30 comp. recubiertos

*8*horas 2 mg

Envases conteniendo
10 y 30 comp. recubiertos

Las nuevas enfermedades del alma

Frente a los neurolépticos, los gimnasios, la rectificación cosmética y genética, nos preguntamos: ¿sigue existiendo el alma?

Los médicos de la antigüedad construyeron una verdadera analogía que prefigura la psiquiatría moderna: existen unas “enfermedades del alma” comparables a las enfermedades somáticas. Las pasiones, de la tristeza a la alegría, pasando por el delirio, podrían ser algunas de ellas.

Los dualismos triunfan desde entonces, unos pensados como dinámicas de flujos complementarios, otros como antinomias problemáticas.

Más allá de las avanzadas científicas que tratan de reabsorberla en el soma, la psique, cuya localización se busca en vano (¿en el corazón, los humores, el cerebro?) sigue siendo un enigma.

Estructura de sentido, representa los vínculos del ser que se dirige a otro ser. Al garantizar la responsabilidad del sujeto animado respecto a su cuerpo, lo sustrae así de la fatalidad biológica y lo considera como cuerpo parlante.¹

Michel Foucault ha escrito la historia de esta clínica que reconoció el alma con la condición de homologarla con el cuerpo enfermo.

Freud se sitúa en la misma línea reivindicando el dualismo filosófico. Con este postulado entendemos la estructuración de un “aparato psíquico” como construcción teórica irreductible al cuerpo, sometida a influencias biológicas, pero básicamente observable en las estructuras del lenguaje. Anclada en la biología por la pulsión, pero tributaria de lógicas autónomas, el alma, que se ha convertido en “aparato psíquico”, produce unos síntomas (psíquicos o somáticos) y se modifica en la transferencia.

Al proponer unos modelos del alma, el psicoanálisis diversifica la idea de “psique”, reconoce las singularidades de nuestros medios de significación y reabsorbe la patología dentro de unas lógicas específicas.

El sujeto con su alma, que creíamos expulsado de la “verdadera” ciencia, retorna en las teorías biológicas más sofisticadas; ejemplo de ello son afirmaciones tales como: “La imagen está presente en el cerebro antes que el objeto”, o “es la red nerviosa la que es penetrada por la actividad cognitiva que en ella se desarrolla, y no la arquitectura cognitiva la que sufre los condicionamientos de la red nerviosa”.²

1 Julia Kristeva. *Las nuevas enfermedades del alma*. Ediciones Cátedra S.A. Madrid. 1995.

2 Ídem anterior.

En este contexto, es importante preguntarse de qué está hecha el alma, ¿qué tipos de representaciones, qué diversidades de lógicas la componen? El psicoanálisis no tiene todas las respuestas, pero siempre está en la búsqueda de algunas de ellas.

Cualquier texto psicoanalítico, tanto clínico como teórico, es en alguna medida una manera particular de transmitir el psicoanálisis entendido como una experiencia particular que requiere, por eso mismo, no someterse a la exigencia de generalización con la que cualquier saber establecido nos confronta.

En este sentido es que cuando contamos un material clínico no pretendemos hacer un relato exhaustivo y transparente de los hechos, sino que siendo fieles al planteo de Freud pensamos que todo texto clínico tiene una estructura narrativa:

*"...me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como unas novelas breves, y de ellos esté ausente, por así decir, el sello de seriedad que lleva estampado lo científico. Por eso me tengo que consolar diciendo que la responsable de ese resultado es la naturaleza misma del asunto, más que una predilección mía..."*³

La naturaleza del material lleva más a la novela que a la comunicación científica. Si bien los historiales clínicos tratan de acontecimientos que pueden haber ocurrido, eso no quita que puedan ser pensados como textos de ficción.

Michel De Certeau⁴ habla de la "novela psicoanalítica", a la que concibe como la ficción que vuelve posible pensar una particular experiencia, en la medida en que introduce una dimensión temporal, histórica, en el cuadro psiquiátrico del que se desprende.

La novela psicoanalítica cuenta una historia allí donde la psiquiatría describe un cuadro.

Esta novela incluye al cuadro clínico; a la descripción de los síntomas de la enfermedad se le suma la historia del padecimiento, de tal modo

que la novela no queda subsumida en el cuadro. El cuadro psicopatológico, el marco teórico, la trama científica y racional a la que Freud intenta someter el material clínico, se ve desbordada en el relato mismo.

El relato clínico no es una novela, pero no podemos pensarlo por fuera del problema de la narratividad.

C. A. F. S.

Centro de Atención al Familiar del Suicida

Asoc. Sin fines de lucro Pers. Jurídica N° 124372

Orientación individual, grupal, institucional

Escuelas-Ambitos laborales

Investigación y Capacitación a profesionales de la salud

(5411) 4758-2554 . cafs_ar@yahoo.com.ar

www.familiardesuicida.com.ar



COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES - DISTRITO XII

(Quilmes - Avellaneda - Berazategui - Fcio. Varela)



ESCUELA DE ESPECIALIZACIÓN Y POSGRADO

- ✱ CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON ADULTOS
- ✱ CLÍNICA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES
- ✱ CLÍNICA SISTÉMICA: PAREJA Y FAMILIA
- ✱ PSICOLOGÍA JURÍDICA
- ✱ PSICOLOGÍA EDUCACIONAL

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN

Para el Ciclo Lectivo 2009

Ver programas en página WEB: www.districto12.colpsiba.org.ar

CONSEJO DE DIRECCIÓN

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

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

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

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

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

INFORMES

Tel.: 4224-2831 E-mail: escspecd12@speedy.com.ar

3 Freud, Sigmund: *Estudios sobre la histeria.*

Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu editores. 1976-79. Tomo II.

4 Michel De Certeau. *Historia y Psicoanálisis.* México, Universidad Iberoamericana. 1995.

Quisiera detenerme unos instantes en la cuestión del relato y su relación con nuestra época, llamada posmoderna.

En una entrevista a Lyotard, éste plantea que se puede llamar modernas a las sociedades que anclan los discursos de verdad y de justicia en los grandes relatos históricos y científicos... en el posmoderno, es la legitimación de lo verdadero y de lo justo lo que viene a faltar.

Se produce la emergencia de un nuevo tipo de vida social y un nuevo orden económico, lo que a menudo se llama eufemísticamente modernización, sociedad posindustrial o de consumo, la sociedad de los medios de comunicación o el espectáculo, o el capitalismo multinacional.⁵

La falta de credibilidad en los “grandes relatos legitimadores” que daban sentido al presente y al futuro que había que seguir, se traduce en el arte, la política, la filosofía. Faltando un relato que nos guíe nos encontramos sin brújula, no tenemos esas verdades a qué aferrarnos que en tiempos no muy lejanos daban sentido y legitimación a las posturas que se mantenían. Nos hallamos en una situación en la que impera la incertidumbre, el escepticismo, la diseminación y la crisis.

Dice Umberto Eco: “Desgraciadamente, posmoderno es un término que sirve para cualquier cosa... sin embargo creo que el posmodernismo no es una tendencia que pueda circunscribirse cronológicamente, sino una categoría espiritual, una manera de hacer... El pasado nos agobia, nos chantajea... La respuesta posmoderna a lo moderno consiste en reconocer que, puesto que el pasado no puede destruirse (su destrucción conduce al silencio) lo que hay que hacer es volver a visitarlo, con ironía, sin ingenuidad”.⁶

En términos psicoanalíticos diríamos que no es que debemos visitar el pasado, sino que éste, en la medida en que no se lo resignifique, se nos hace presente.

Si bien es muy difícil fechar este pasaje de lo moderno a lo posmoderno, la segunda guerra mundial: “con la *solución final* y la introducción

de nuevas tecnologías en la guerra, el uso sistemático de la destrucción de poblaciones civiles, opera un cambio que es innegable. Los ideales de la modernidad son abiertamente violados, ideales que estipulaban que todo lo que se hace en materia de ciencia, de técnica, de arte y de libertades políticas, tiene una finalidad común y única: la emancipación del hombre”.

“Cada uno de los grandes relatos de emancipación de cualquier género que haya acordado la hegemonía ha sido, por así decirlo, invalidado: todo lo que es real es racional, todo lo que es racional es real: Auschwitz refuta la doctrina especulativa. Al menos ese crimen que es real, no es racional”.

Virilio dirá: “El anuncio de la tercera revolución del modo de destrucción”.⁷

El siglo de las Luces quedará reducido a las luces de la velocidad, de la revolución militar-industrial.

El Otro está virando, por lo cual lo que inscribe y aquello que se puede leer de estas inscripciones está cambiando; este viraje va en paralelo y armoniza con la Ciencia como una nueva forma de religión.

Esta mutación del Otro dotado de una enorme consistencia nos crea cierta impresión de protección y al mismo tiempo nos deja en otra forma de desamparo.

La ciencia ha perdido la inocencia: a partir del siglo XX se puso en evidencia lo que en realidad siempre había existido. La física perdió definitivamente la inocencia en Hiroshima y Nagasaki, la medicina ya la había perdido en Auschwitz.

Con los crímenes del nazismo se inaugura el permiso de atravesar la ficción de los cuerpos en su goce íntimo para que el cuerpo devenga carne de experimentación.

Con los crímenes del nazismo se inaugura una nueva modalidad de goce.

Virilio, en *El procedimiento silencio*, denuncia ante un mundo contemporáneo que califica de *colaboracionista* un *arte despiadado* ya no representativo sino mostrativo, ya no religioso ni

5 Jean François Lyotard. Artículo del Magazine Littéraire.

6 Umberto Eco. *Apostillas a “El nombre de la rosa”*. Barcelona, Lumen. 1984.

7 Paul Virilio. *L’horizon négatif, Essai de dromoscopie*. París, Galilée. 1984.

profano sino profanatorio, un arte contra natura e impiadoso, un triunfo del horror; una estética que hallaría su consumación en esa nueva eugenesia que promueve la clonación genética a través de la manipulación embrionaria y la hibridación del hombre y el animal, dando lugar a una suerte de arte transgénico y teratológico, al que reconoce en continuidad directa con la ética de Auschwitz.

¿Qué debemos pensar de una artista plástica como Orlan, que a través de cámaras de televisión exhibe en vivo y en tiempo real la realización de cirugías plásticas sobre su cuerpo al estilo de "la implantación de la nariz más grande que mi rostro puede soportar" o los *artistas cárnicos* que se cuelgan de ganchos en su piel y toman esto como una experiencia?

La distancia entre goce e ideal se acorta o casi desaparece cuando el goce es proclamado en

ideal y se expande como una **voluntad** que con su carácter **universalizante** tiende a socavar los legados particulares, fragilizando los tejidos simbólicos que albergan al sujeto.

¿Será que hoy las causas de espanto se han multiplicado? Se puede evaluar esto, pero no es seguro. Quizá, dice C. Soler,⁸ es que los recursos de los sujetos son ahora más débiles. Que los discursos que regulan los lazos sociales no logran como lograban anteriormente hacer de pantalla a lo real.

Cuando hay un discurso consistente, que propone significaciones estables, compartidas más

8 Colette Soler. *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Letra Viva. Buenos Aires. 2007.



ANUDAR Asociación Civil

Acompañamiento Terapéutico Especializado en Salud Mental

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

Declarado de Interés Sanitario de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Bs. As. (Res. 114/06)

Curso Anual de ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO con Especialización en Salud Mental



- Psicosis (Autismo, Esquizofrenia, Paranoia) - Toxicomanía y Alcoholismo
- Bulimia y Anorexia - AT en Cuidados Paliativos
- AT en Instituciones Educativas - Discapacidades congénitas y adquiridas
- Función del AT - Prácticas hospitalarias
- Espacio de Supervisión y Reflexión - Posibilidad de Pasantías rentadas

-Inicio marzo 2009-

Constitución 1738 (y Av. Entre Ríos),
CABA. Tel/fax (011) 4305-5781
www.anudar-at.org.ar
info@anudar-at.org.ar
I.G.J. Nº 582 CENOC O.N.G. Nº 9256

o menos por todos y que ordena los lazos, los sujetos están protegidos de las irrupciones brutales y de los traumas.

Por el contrario, cuando el discurso pierde consistencia, cuando la pantalla se agujerea hay *troumatisme* (en francés *trou* significa agujero) a lo cual C. Soler agrega un juego de palabras que es *tropmatisme*, donde *trop* significa exceso, demasiado. Es decir el traumatismo por la vía del exceso y no por la del agujero. Exceso de un real o de algo que amenaza.⁹

El discurso agujereado es la causa principal de la multiplicación de los traumas y es el signo de la impotencia o de las limitaciones del discurso de la posmodernidad.

Un discurso consistente puede poner distancia a lo real. Es cuando aparece el agujero que el sujeto se encuentra frente a un real sin sentido y en este caso se multiplica el trauma. Es lo que pasa ahora, nos falta el Otro.

Cuando el Otro existe, en un discurso que hace existir al Otro, hay dolor, hay sufrimiento, hay espanto, pero tiene el sentido de la voluntad del Otro.

Si nos falta el Otro, nos quedamos sin barrera contra los eventos traumáticos.

El sujeto moderno es un sujeto no engañado del discurso, que no cree más en los semblantes que permiten dar sentido a lo real, y es por eso que se vuelve más traumatizable que antes. No es que haya más irrupción de lo real, sino que hay formas nuevas.

El sujeto traumatizado nos enseña qué es la memoria, en la medida en que no puede olvidar; Freud lo llamó el *olvido imposible* porque es el retorno de algo en lo que el sujeto no se ubica, no se reconoce. Por eso el retorno del trauma es en sí traumatizante.

En relación a la *Shoa* y los diversos genocidios del siglo, Soler plantea el “deber de memoria”, que quiere decir una necesidad de inscribir y a la vez perpetuar en la memoria humana, porque cuando se perpetúa se reduce el elemento traumático.

En Freud el “peligro real” se define como exceso de excitación, que puede venir de afuera (catástrofes diversas) o de adentro, a nivel pul-

sional; en ambos casos hay una excitación incontrolable, y es aquí donde propone el término desamparo, falta de recursos.

Hay desamparo cuando el sujeto se encuentra confrontado con una cantidad de excitación que no puede soportar o canalizar.

Con estos elementos podemos definir el trauma implicando a lo real y al sujeto.

En Televisión, Lacan dice que el “el sujeto es feliz”, ¿qué alcance tiene esto? Quiere decir que cualesquiera fuesen los acontecimientos, a un cierto nivel el sujeto logra obtener siempre satisfacción.

Es en el inconsciente en el que se inscriben las marcas de los primeros encuentros, con las sorpresas de goce, ya sea el goce propio o el del Otro. Este inconsciente es también aparato de conducción que define las vías de distribución de la satisfacción de un sujeto.

En otros términos, el inconsciente preside los síntomas del sujeto, y éstos son maneras de gozar, de alcanzar una satisfacción paradójica, pero satisfacción al fin.

Freud decía que el sujeto quiere a su síntoma como a sí mismo.

Volviendo al trauma, en la concepción freudiana siempre hay participación subjetiva, por lo cual no podemos adherir a las tesis modernas, que postulan que hay traumatismos estándares, y que intentan construir tratamientos estándares para los mismos. Se construyen tratamientos estándares para las víctimas de traumas sexuales, víctimas de catástrofes, etc. Eso es desconocer que todos los sujetos no sufren los mismos efectos ante igual acontecimiento.

Un analista que no descubra, en cada uno de sus pacientes, una nueva enfermedad del alma, no lo escucha en su verdadera singularidad. Al considerar que más allá de las nosografías clásicas y su necesaria restructuración, las nuevas enfermedades del alma son dificultades o incapacidades de representación psíquica que llegan a destruir el espacio psíquico, nos situamos en el centro mismo del proyecto analítico. Renovar la gramática y la retórica, hacer más complejo el estilo de aquel o aquella que solicita hablarnos, porque ya no aguantan no hablar ni no ser escuchado, ¿no es el renacimiento, la nueva psique que el psicoanálisis se propone descubrir?

9 *Ídem anterior.*

SIDA y legislación: obligación de reserva

Oscar A. Lossetti

Docente Autorizado Cátedra
de Medicina Legal (UBA)

Médico Forense de la
Justicia Nacional

Se pasará revista práctica a la situación de obligación de reserva en casos de VIH (+) y Sida, es decir, en qué casos la legislación conforma un deber de comunicación de dicha condición por parte del médico, un poder facultativo de potencial comunicación por parte del médico bajo su responsabilidad de decisión, y una imposición de guarda de silencio. El secreto médico es una variante del secreto profesional. En la Argentina, la situación del secreto médico está contemplada fundamentalmente en dos legislaciones. Una de ellas es la **ley 17.132/67 del Ejercicio de la Medicina**, que en su **artículo 11** expresa que: "...todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer; salvo en los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal...". La otra, es el **Código Penal**, que en su **artículo 156** expresa que será sancionado "...el que teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa".

La **violación del secreto profesional es un delito de acción privada**, cuya denuncia corresponde a quien se sintiere agraviado u ofendido por dicha revelación injustificada (sin justa causa), con o sin daño consecuente: el daño es la revelación del secreto.

Ahora bien, como **en el caso del sida existe un marco legal constituido básicamente por la ley 23.798/90 y su decreto reglamentario 1.244/91**, sus fundamentos, en lo concerniente al secreto médico, configuran los supuestos que la ley 17.132/67 enuncia como: "...no podrá darse a conocer; salvo en los casos que otras leyes así lo determinen...".

Por su parte, el artículo 156 del Código Penal puntualiza: "...lo revelare sin justa causa".

Esta legislación especial tiende a resguardar la privacidad de las personas, considerándose que sus estipulados por un lado prevén situaciones concretas con la obligación de guardar silencio y, por otro lado, determinan taxativamente otras situaciones representantes de una "justa causa legal" que releva de la obligación de guardar secreto. Es de importancia su conocimiento para no cometer divulgaciones imprudentes que pueden ser pasibles de una demanda penal en contra del profesional médico, debiendo recalcar que no existe la figura "culposa" (sin intencionalidad) para esta contingencia.

ANÁLISIS DEL MARCO JURÍDICO

El **artículo 2° de la ley 23.798/90**, en relación al secreto médico, expresa: "Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda: (...)

c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva;

d) Incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina (...)."

La obligación de guardar silencio conlleva que no se afecte la dignidad del individuo VIH positivo, que se impidan actos de discriminación, estigmatización, humillación y degradación, y que se evite la individualización en cualquier registro de almacenamiento de datos por medio del empleo de un sistema de codificación.

Partiendo de dicha obligación prohibitiva de revelar la información, el artículo 2° del decreto reglamentario 1.244/91, en su inciso c), enumera las situaciones en las que un médico o cualquier persona que por su empleo u ocupación haya tomado conocimiento de que un individuo se encuentra infectado por el VIH o enfermo de sida, queda exceptuado de guardar silencio. Por lo tanto, debe revelarlo (obligación) en los casos descriptos en los puntos 1 al 6, y puede revelarlo (decisión) en la situación expresada en el punto 7.

"1) A la persona infectada o enferma, o a su representante legal si se trata de un incapaz".

Aquí se incluye como "incapaces" a los menores de edad, los enfermos mentales que no pueden dirigir sus acciones y los casos de alienación.

"2) A otro profesional médico cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma".

"3) A los entes del Sistema Nacional de Sangre creado por el artículo 18 de la ley 22.990 mencionados en los incisos a), b), c), d) e), f), e i) del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7° de la ley 21.541".

Los entes a que se hace referencia son:

- Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente.
- Comisión Nacional de Sangre.
- Autoridades sanitarias de cada provincia.
- Servicios de información, coordinación y control.
- Establecimientos asistenciales de salud, oficiales y privados, que posean servicios de hemoterapia.
- Bancos de sangre.
- Plantas industriales oficiales de producción de hemoderivados.
- Institutos que tengan relación con la utilización de la sangre.
- Asociaciones de donantes.

La ley 21.541 de Trasplantes ha sido derogada y reemplazada por la 24.193/93, interpretándose

entonces que deben considerarse a los organismos mencionados en el artículo 9° de esta última.

"4) Al Director de la Institución Hospitalaria, o en su caso, al director de su Servicio de Hemoterapia, con relación a las personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia".

"5) A los jueces, en virtud de auto judicial dictado por el juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia".

La citación judicial en causas criminales (fuero penal) obliga a un médico a testimoniar la verdad, por lo tanto se encuentra con el **deber de información veraz quedando relevado de guardar silencio** respecto de una seropositividad VIH o sida enfermedad. Lo mismo en asuntos de familia. En el fuero civil no expresa posición.

"6) A los establecimientos mencionados en el artículo 11, inciso b) de la ley de Adopción 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes".

La información sobre el cuadro o serología del niño debe ser revelada a los institutos de beneficencia o establecimientos de protección de menores públicos o privados, y a las personas que se harán cargo del menor.

"7) Bajo la responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor".

Como vemos, es el único caso en que el peso de la responsabilidad de la decisión recae sobre el médico, ya que él debe decidir a quién puede informar. Mientras que en los otros estipulados se enuncia claramente la justa causa legal de la obligación de informar y a quiénes; aquí queda el profesional médico librado a una suerte de "desamparo" al tener bajo su responsabilidad la elección de a quién o a quiénes informar. Esta situación, más allá de ser incómoda, **expone indudablemente al profesional a una posible demanda por violación de secreto**: llegado el caso el juez, analizando la situación, argumentos y circunstancias, dictaminará en definitiva si hubo violación o no. El tema no es menor.

El médico tiene la **opción** de poder revelar esa información a quien crea conveniente, tendiendo a **evitar un mal mayor** que el que implica el de la propia revelación del secreto. En el derecho, el pensamiento de Wierzba es interesante: señala que esa facultad otorgada al profesional genera dudas, ya que no hay una determinación taxativa como en los otros incisos respecto de cuáles son

RECIBA DOS CONGRESOS EN SU DOMICILIO



Estos libros incluyen más de 600 trabajos seleccionados aceptados para participar del **II y III Congreso Argentino de Salud Mental**, realizados en el año 2007 y 2008 en el Hotel Panamericano de Buenos Aires y organizado por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

Esta obra, será sin ninguna duda, un manual de consulta indispensable en la que se incluyen los más variados temas relacionados con la Salud Mental. Los mismos son de gran nivel científico y sus autores provienen de universidades, hospitales, instituciones y organismos de varias provincias argentinas, de América Latina, España e Israel, entre otros.

CONGRESO 2008

Oferta!



\$115.-

**Socios AASM
10%
de Descuento**

FORMAS DE PAGO:

Tarjeta de débito - Tarjeta de crédito

Además, para Argentina puede pagarse con tarjeta de crédito en:

3 CUOTAS SIN INTERÉS

CONSULTAR POR PLANES DE 6 Y 12 PAGOS

INFORMES Y VENTA:

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

LOS PRECIOS NO INCLUYEN GASTOS DE ENVIO



CURSOS DE VERANO DE LA AASM

**A Distancia
Por internet**

1 CURSO INTRODUCTORIO INTERDISCIPLINARIO SOBRE VIOLENCIA

Directora General del Curso:
Dra. Diana Galimberti
Directores: *Dra. Maria Varas,*
Lic. Alberto Trimboli,
Lic. Susana Pontiggia,
Dra. Susana Ferrin
Coordinadora docente:
Lic. Silvia Raggi
Enero a Marzo de 2009

2 URGENCIAS EN SALUD MENTAL

Director: *Juan Carlos Basani*
Secretario Científico:
Leonardo R. Coscarello
Enero a Abril de 2009

3 “DEPRESIÓN: ENTRE LA PSIQUIATRÍA, LA PSICOLOGÍA Y EL PSICOANÁLISIS”

Director/es: *Dr. Ariel D. Falcoff*
Dr. Juan C. Fantín
Enero a Marzo de 2009

INFORMES E INSCRIPCIÓN

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

las personas que podrían sufrir un mal mayor como consecuencia de la falta de información. Si se detecta una seropositividad VIH en un hombre casado, que tiene a su vez cuatro parejas extramatrimoniales: para evitar un mal mayor, ¿el médico le puede informar sólo a la esposa legítima o a todas las mujeres vinculadas con el enfermo? Si se quisiera establecer un principio de analogía con el inciso 3 del artículo 34 del Código Penal, en el caso específico del sida no se encuentra referencia a la “inminencia de peligro” exigida para la interpretación jurídica de esa norma. Existe consenso acerca de la **prioridad del interés de la comunidad por sobre el deber de confidencialidad particular**. Según la “doctrina Tarasoff”, el deber del secreto profesional cede frente al interés de la comunidad cuando ésta se encuentre o pueda encontrarse en peligro. Entonces, el médico basará la justificación de su conducta siguiendo esos principios generales adecuados al minucioso análisis del caso particular. Las situaciones más comunes que obligarían a la decisión de informar bajo responsabilidad del profesional, son:

- Cónyuge, pareja o compañero sexual.
- Familiares directos.
- Dirección de establecimientos educativos donde concurren menores afectados, a fin de proteger al propio alumno y prevenir el riesgo de contagio a terceros.
- Dirección o jefaturas laborales, en ámbitos donde la actividad o trabajo conlleve riesgo de contagio a terceros.

Por supuesto que **obteniendo el consentimiento por escrito** del afectado para poder revelar la información sobre su afección a quien el médico le propone, le eximiría al profesional de responsabilidad penal sobre violación de secreto.

El artículo 6° del decreto reglamentario 1.244/91 expresa: “El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente...”.

Es importante destacar el aseo de la **confidencialidad** como parte integrante del secreto médico. Éste debe existir tanto en la reserva ante la solicitud de las pruebas diagnósticas como en la reserva ante los resultados.

Los preceptos legales restantes resultan en los artículos 10 de la ley y del decreto que nos ocupa. **Artículo 10 de la ley 23.798/90:** “La notificación

de casos de enfermos de sida deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidas por la ley 15.465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte”.

Artículo 10 del decreto reglamentario 1.244/91: “La notificación de la enfermedad y, en su caso del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4º, inciso a) de la ley 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2º, inciso e) de la presente reglamentación. Todas las comunicaciones serán dirigidas al Ministerio de Salud y Acción Social y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter de reservado”.

Debe destacarse que la **notificación obligatoria** que releva del secreto médico es sobre **“enfermos de sida”** (no de personas solamente seropositivas al VIH), y están incluidos pacientes VIH (+) con enfermedades marcadoras (infecciones oportunistas, neoplasias). Lo mismo ocurre con la notificación del fallecimiento. Nótese que **el artículo 4º, inciso a) de la ley 15.465/60** (notificación obligatoria de enfermedades) expresa: “Están obligados a la notificación: a) el **médico** que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver...”.

La notificación será por **escrito** y tendrá carácter de **reservado** [artículo 2º, inciso e) decreto 1.244/91] y será realizada en la ficha establecida para enfermos de sida que se envía a la Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/sida – ETS. El fallecimiento por sida, a las siguientes dependencias del Ministerio de Salud: La Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/sida – ETS y la Dirección de Estadísticas a través del Informe Estadístico de Defunción. El carácter reservado referido precedentemente consiste en una codificación de siglas de las iniciales de nombre y apellido con la fecha de nacimiento.

JURISPRUDENCIA


Una persona entabló demanda judicial civil aduciendo, entre otras cosas, que se había revelado su condición de VIH (+) a su empleador sin su consentimiento.

En primera instancia se desestimó la demanda con el argumento de que el actor había otorgado su consentimiento escrito y válido (libre y sin vicios de la voluntad) para que se le practicara el

examen de serología de VIH y además para que se le comunicara su resultado al empleador. Se apeló, y la Cámara falló determinando que: “No se viola el artículo 2º, inciso c) del decreto 1.244/91 que obliga al médico que detecta a una persona infectada por el virus VIH a no revelar o suministrar dicha información, si es el propio afectado quien otorgó expresamente la autorización para comunicarlo a su empleadora (...)”.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS

- Barbarelli, J., Babio, G. “Secreto profesional”. *Praxis Médica (Suplemento El diario del Mundo Hospitalario)*, año 7, N° 28, marzo de 2003, Asociación de Médicos Municipales de la CBA.
- Curia, M. T. y Patitó, J. A. “Secreto médico y ética en sida”. *Prensa Médica Argentina*, 83: 344-347, 1996.
- Patitó, J. A., Guzmán, C., Lossetti, O., Trezza, F. *El sida en la Medicina Legal: legislación y consideraciones éticas*, Ediciones Centro Norte, Buenos Aires, 2001.
- Patitó, J. A., Lossetti, O., Trezza, F. *Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense*, Editorial Quórum, Buenos Aires, 2003.
- Wierzbza, S. *Sida y Responsabilidad Civil*, Editorial Ad Hoc, Buenos Aires, 1992.



Centro de Terapia Cognitiva

DIRECTORA: Sara Baringoltz Coordinadora Docente: Ruth Wilner

**POSGRADO
EN TERAPIA COGNITIVA
TEORÍA Y CLÍNICA
Plan de estudio 2009**

Incluye:

- ✓ Diversidad teórica
- ✓ Entrenamiento clínico
- ✓ Tutoría y seguimiento de cada alumno con evaluación continua
- ✓ Clases presenciales semanales y mensuales (Abril a Diciembre)

Horario de clases:
Miércoles de 13 a 15.30 hs. o 18 a 20.30 hs. (dos turnos)

**Duración
2 años
(400 horas)**

22 años de trayectoria

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN

Desde Diciembre del 2008 hasta Marzo del 2009 la coordinadora docente realizará entrevistas informativas acerca de las características del contenido y formato del posgrado

**Av. del Libertador 5881 1º "A" C.A.B.A.
Tel: 4783-5114 / 4787-4666**

Horario: lunes a viernes de 8 a 21 hs. Sábados de 8 a 12 hs.

www.ctc-ar.com.ar - ctc@ctc-ar.com.ar

La perspectiva de derechos humanos en la reforma de una institución asilar: a propósito de una experiencia

*Martin De Lellis**
*Yago Di Nella***
*Jorge Rossetto ****

* Psicólogo.
Profesor Titular Regular.
Cát. I Salud Pública y
Mental. Facultad de
Psicología. UBA.
Asesor Ministerio de Salud
de la Nación

** Psicólogo.
Coordinador Programa "Salud
Mental y Derechos Humanos"
Secretaría de Derechos
Humanos. Ministerio de
Justicia de la Nación

*** Psicólogo.
Interventor de la Colonia
Nacional Manuel
Montes de Oca.
Buenos Aires. Argentina.

EMERGENCIA DEL MODELO ASILAR

El modelo asilar en Argentina se sustentó y halló concreción histórica en el proyecto desarrollado por Domingo Cabred durante los primeros treinta años del siglo XX. Juntamente con la sanción de la Ley de Beneficencia, instituyó una respuesta al problema de la indigencia, la enfermedad y la locura que, en nuestro país, inaugura el fuerte involucramiento estatal en un período en el cual sobresale el proyecto hegemónico de la generación de los años '80. La perspectiva de los Derechos Humanos se hallaba fuera del horizonte ideológico que orientaban la labor de un psiquiatra insigne como Cabred, aun cuando en numerosos pasajes de su obra se advierten críticas y denuncias respecto de la modalidad de atención previa a la emergencia del proyecto de los asilos y hospitales regionales que pueden ser resignificadas desde esta perspectiva.

Sin embargo, cien años después, la legitimación histórica del Asilo ingresó en una crisis profunda que se manifestó de la siguiente manera: a) Se cuestiona la carencia de dispositivos asistenciales que resultaran eficaces para dar respuesta terapéutica a las específicas características y dolencias que presentan estos enfermos; particularmente en el uso no suficientemente fundamentado de la medicación farmacológica, la carencia de dispositivos asistenciales alternativos y la ausencia de proyectos de rehabilitación educativa o laboral que sustituyan adecuadamente a los tradicionales, en torno a los cuales se reafirmó la sospecha de que encubrían fenómenos de abuso y sobreexplotación. b) Se cuestiona al Asilo por carecer de un fundamento científico que legitime su accionar y particularmente a la psiquiatría organicista por concebirse aliada a un régimen de naturaleza custodial; c) Se cuestiona el Asilo porque en el régimen de reclusión opresiva allí consolidado se crean condiciones para que se plantee una violación sistemática de los derechos humanos de las personas asistidas. Esta perspectiva, sin duda la más gravitante, ha promovido una profunda crítica y desnaturalización de las condiciones y situaciones que se generan en dichos ámbitos, tales como el secuestro carcelario, el abandono de los cuidados básicos o la reclusión indefinida y sin objetivos terapéuticos. Desde esta perspectiva, no obstante, el análisis se ha centrado principalmente sobre la situación de las personas asistidas, omitiendo o no tomando suficientemente en consideración los efectos de la institucionalización sobre el propio personal empleado.

En este marco, la actual gestión de la Colonia decide realizar, en acuerdo institucional con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, una actividad intensiva de capacitación destinada a los agentes de salud mental durante los años 2005 y 2006. Las jornadas tuvieron como eje en sus contenidos la protección de derechos de las personas con padecimiento psíquico, planteándose como objetivo transmitir y reflexionar acerca de los derechos tal como son prescritos por la Constitución Nacional y tal como son estipulados o recomendados por las Naciones Unidas.

La metodología de trabajo siguió la modalidad de Seminario-Taller, con cuatro momentos: 1) Presentación de cada tema; 2) Conformación de grupos operativos, entrega de material y consigna de trabajo; 3) Puesta en común y síntesis de lo elaborado; 4) Conclusiones y cierre de la jornada.

En cuanto a los contenidos tratados en el mismo para alcanzar estas metas, se fue-

ron estableciendo en base a reuniones previas con autoridades de la Colonia y referentes institucionales (ej: jefes de servicio y jefes de sala) entre los cuales tuvieron un lugar destacado las Convenciones, Declaraciones, Recomendaciones y demás instrumentos de carácter internacional, las Leyes y normativas que regulan el quehacer profesional y técnico en el área de la salud mental y, en el ámbito de la discapacidad, las especificaciones del Código Civil de la Nación Argentina.

RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

- 1) Desconocimiento amplio de las normativas internacionales y, en gran medida, de las normativas nacionales en Salud Mental.
- 2) Infundados prejuicios previos acerca de dichas normativas, en el sentido de representar elementos persecutorios para la tarea, reflexionándose en torno a cómo en realidad constituyen un aporte coherente con lo pensado y anhelado por el personal para el mejoramiento de su labor.
- 3) Identificación de las situaciones de “naturalización” con que se venía asumiendo la actividad cotidiana, tales como considerar aceptable o normal la vida intrainstitucional o la falta de comunicación con los familiares por parte de los usuarios de la Colonia.
- 4) Reflexiones en torno a la necesidad de estimular procesos de comunicación entre el mismo personal de la Colonia que, al mismo tiempo, sirvieran contra la burocratización de la tarea y a favor de una permanente revisión de las actitudes y procedimientos seguidos con los pacientes. Se revalorizó así el trabajo interdisciplinario (dado el carácter tan heterogéneo de los asistentes, pudieron ser visualizados sus beneficios en las actividades grupales de resolución de problemas) como una herramienta regia para una adecuada gestión intrainstitucional y, más aún, para encarar las acciones de externación.
- 5) Indagación crítica en torno a la historia asilar de la Colonia, resignificando la labor de cada uno/a y de cada equipo, revisándose fundamentalmente el concepto de convivencia y externación. Esta resignificación de la misión institucional implicó a la vez reposicionamientos en

el personal que debía, con gran esfuerzo, orientarse en torno a la idea de “tratamiento para la vuelta a la vida comunitaria” por sobre la de “tratamiento para la adaptación a la vida en la Colonia”.

6) Se identificó una configuración de intereses políticos que sobredeterminan históricamente la ausencia y falencias de políticas públicas respetuosas de los derechos en este tema y que, en tal sentido, han perpetuado una violación sistemática de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental.

7) Se logró establecer la predominancia de problemáticas sociales y vinculares como síntesis de razones que determinan el confinamiento institucional de las personas. Los fundamentos de la internación (el episodio crítico y la necesidad de contención de la misma) suele seguirse con una innecesaria postergación de las acciones para la reintegración comunitaria, debido a problemas diversos, entre los que se destacan: a) los problemas económicos; b) la falta de espacio contenedor en el ámbito familiar inmediato, c) la falta de personal –o de capacitación específica–, para que trabaje en ese aspecto desde la institución.

8) Al revisar los instrumentos normativos vinculados a la perspectiva de los Derechos Humanos, se observó que cuando se vulnera algún derecho –cualquiera– de uno u otro modo se ataca la salud de las personas, con lo cual todos los derechos están conectados con la problemática de su salud. Se reflexionó sobre el hecho de que los pacientes en la Colonia pierden –fundamentalmente– el derecho a la libertad y que muchas veces los profesionales en aquella institución “nos encontramos vulnerando el derecho del otro” como ser, la adecuación del tratamiento, la comunicación con la familia, el respeto a la privacidad y la adecuada cesión de información; e incluso se planteó que “desde nuestra función y acto profesional se vulneran los derechos”. Esta asunción trajo importantes discusiones, acordándose como inédita la convocatoria promovida desde las propias autoridades institucionales.

9) Se reveló que subsiste, a pesar de todas las tareas realizadas en torno a la implementación del Programa de Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral (aprobado por Resolución Miniserial), una cultura



moebius
difusión psi

MOEBIUS DIFUSIÓN se especializa en difundir actividades y eventos relacionados con la salud mental y la cultura en general: congresos, jornadas, cursos, reuniones, presentación de libros y cualquier otra información que pueda interesar a la comunidad psi. Contamos con la lista mas grande de e-mails de profesionales e instituciones psi Argentinas y del Mundo. Si desea difundir un evento o actividad psi, contactese con nosotros a:

info@moebiusdifusion.com



intra-institucional dominada por “el principio de la protección” del paciente respecto del amenazante mundo externo, sin que se vincule este valor subcultural con la pérdida de derechos en el “interior” de la Colonia. Se reflexionó sobre el grado en que esto opera inconcientemente y en varios planos, como asimismo en el modo en que se caracteriza la situación del paciente y también en la tendencia a retenerlo en la sala.

10) Se expuso la necesidad de reflexionar y tomar conciencia “de que estamos todos involucrados con la problemática”, ya que “solamente este modo será posible cambiar algo”. Al mismo tiempo, se interrogó acerca del tipo y cantidad de recursos existentes, siendo la externación del paciente una lucha (...), en la que “(...) llegan piojosos y famélicos, se los ponen lindos, gorditos y al tiempo regresan de esas familias disfuncionales otra vez flacos”. Se planteó como alternativa la necesidad de disponer de subsidios y programas que permitan facilitar la externación, así como el seguimiento post-alta, y no concebir, como en la actualidad, al “alta médica institucional” como el cierre de la labor hospitalaria. Al mismo tiempo, se recalcó la necesidad de continuar el control asistencial luego de la externación como un paso importante para evitar las recaídas y, consiguientemente, la reinternación.

REFLEXIONES FINALES

Todas las personas con padecimiento mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la

mejor atención, procurando preservar los demás derechos consagrados en la Constitución Nacional. Esta visión proteccional de la vida de las personas debiera ser parte del sistema de asistencia sanitaria y social, el cual parte de una noción de Estado en tanto garante y de una concepción que plantea la responsabilidad indelegable que tienen los decisores, funcionarios y profesionales que actúan en su representación. Por ello, la indagación y reflexión en torno a estos temas con personal de las instituciones asilares introduce una nueva forma de abordar los principios que regulan la atención en Salud Mental, procurando incluir una perspectiva que subordine la acción técnica y profesional a garantizar el derecho de la persona con padecimientos mentales a recibir –por parte de personal calificado– el tratamiento menos restrictivo, alterador e invasivo posible que al mismo tiempo corresponda a sus necesidades de salud y a la protección de la seguridad de terceros.

BIBLIOGRAFÍA

- de Lellis, Martín: (2006) *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- de Lellis, M. y Rossetto, J.: *El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca*. Revista Científica Vertex. Volumen XVIII. Nro. 73. Mayo-Junio 2007.
- Di Nella, Yago: (2005) “Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental”. Ficha de Cátedra de Psicología Comunitaria, Facultad de Psicología, UNLP.
- Kraut, A: (2005) *Salud mental: tutela jurídica*. Buenos Aires. Edit. Rubinzal Culzoni.

AASM

CATEGORIA DE SOCIOS

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

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

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

INFORMES

AASM

Ayacucho 234 - Tel 4952-8930

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

SUSCRIPCION GRATUITA

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

- Nombre y apellido
- Domicilio
- Mail
- Teléfono

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

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



REGLAMENTO DE PUBLICACION DE ARTICULOS

- Los trabajos deberán ser enviados al director de la revista Conexiones, Dr. Eduardo Grande.
- El Comité Editorial de la revista se reserva el derecho de rechazar los originales que no considere apropiados o cuando no cumplan con los requisitos mínimos.
- Los trabajos serán evaluados por el comité científico de la revista.
- Los trabajos no deberán haber sido publicados anteriormente ni presentados simultáneamente a otra publicación. Si fue publicado anteriormente, y el artículo es considerado de sumo interés, el autor deberá presentar la autorización del editor que lo haya publicado con anterioridad.
- Se presentará el trabajo original acompañado de tres copias (texto, gráficos e ilustraciones si las hubiere) en diskette o CD, aclarando el formato de los mismos.
- Deberá tener una extensión total de entre 4 y 7 páginas con letra arial N° 14.
- Deberá figurar: Título del artículo, nombre y apellido de los autores, institución a la que pertenecen, localidad y país. Dirección, teléfono, e-mail y fax de los autores.
- Los autores son los responsables exclusivos de toda la información que se incluya en el artículo.
- Resumen del trabajo y palabras clave en castellano y en inglés y no excederá las 200 palabras.
- Si el artículo fuera resultado de un trabajo de investigación, deberá constar de las siguientes partes: Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: Bibliografía de Revistas: Apellidos e iniciales de todos los autores (a partir de tres autores se añadirá "y cols."), título del trabajo en su idioma original, nombre de la revista, número de volumen, primera página y año. Bibliografía de Libros: Apellidos e iniciales de todos los autores, título del libro en su idioma original, páginas, editorial, ciudad y año, en este orden.
- Las publicaciones presentadas, para que sea considerada su publicación, que no cumplan con los requisitos explicitados anteriormente serán remitidos al autor responsable para su modificación.

Hipnótico no benzodicepínico de rápida absorción

NUEVO

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

8horas[®]

Eszopiclona

El sueño posible

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

8horas Excelente tolerabilidad y mínimo perfil de efectos adversos.

8horas Sin efectos sedativos o cognitivos al despertar.



Presentaciones:

8horas 1 mg y 3 mg:

Envases conteniendo
30 comp. recubiertos

8horas 2 mg:

Envases conteniendo
10 y 30 comp. recubiertos

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



ELEA
NEUROCIENCIAS
Un paso adelante