



CONSECUTIVO:

FECHA

15

11

2016

DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS:

MAGNOLIA DEL PILAR BALLESTEROS CABRERA

CORREO ELECTRÓNICO:

magnoliaballesteros@usantotomas.edu.co

INSTITUCIÓN DESTINO:

X Congreso Argentino de Salud Mental y III Congreso Regional de la World Federation for Mental Health

CIUDAD DESTINO:

Buenos Aires

PAÍS DESTINO:

Argentina

OBJETIVO:

Visibilizar los resultados de investigación Estado del Arte: Estrategias de prevención de la conducta suicida en ámbitos universitarios 2000-2015, por ser el III Congreso regional de la World Federation for Mental Health y X Congreso Argentino de Salud Mental la plataforma perfecta para realizar ejercicios de difusión del conocimiento, intercambio del mismo e identificación de redes de investigación que permitan validar los resultados.

TIPOS DE MOVILIDAD

1. MOVILIDAD DE LA COMUNIDAD USTA

ESTUDIANTES		DOCENTES/DIRECTIVOS/ADMINISTRATIVOS	
Curso corto/Entrenamiento		Conferencista/ponente/organizador de un evento	x
Misión institucional		Formación Curso corto/entrenamiento	
Ponente u Organizador de evento		Docencia en programa internacional	
Auxiliar de investigación/Miembro semillero		Estancia doctoral o postdoctoral	
Pasantía investigación/Práctica Académica		Misión/gestión/asesoría externa	
Presentación Buenas Prácticas		Estancia de investigación	
		Presentación de Buenas Prácticas USTA	

2. MOVILIDAD EXPERTOS EXTERNOS A LA USTA

Profesor en pregrado o posgrado		Asesoría Institucional	
Conferencista/ponente		Estancia de Investigación	
Cursos cortos /entrenamientos			

PLAN DE TRABAJO

Describa las actividades que realizó durante la movilidad, las cuales pueden incluir: visitas, formación, actividades individuales o en grupo, otras actividades desarrolladas en la institución destino. Incluya su apreciación frente al objetivo propuesto, justifique su respuesta

Se participó en un panel de 80 minutos sobre prevención, psicoeducación, sociedad y comunidad. El objetivo es realizar la difusión de resultados de investigación a nivel internacional

APORTE A DOCENCIA, INVESTIGACIÓN O PROYECCIÓN SOCIAL



Beneficios recibidos por el programa, la Facultad o la Universidad en términos académicos, económicos, sociales y/o culturales en el marco de las funciones sustantivas de la movilidad realizada.

Visibilizar los resultados de investigación Estado del Arte: Estrategias de prevención de la conducta suicida en ámbitos universitarios 2000-2015, en el medio Latinoamericano e identificar posibles programas de Maestría que compartan intereses investigativos. Este escenario permitió sentar las bases para adelantar el 11 de Noviembre de 2016 la primera Mesa de Diálogo denominada Salud y Trabajo. Este evento se llevó a cabo en el Auditorio Fundadores de 8am a 12m y contó con la asistencia de personal externo a la universidad.

ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN

Describe las actividades complementarias o paralelas, diferentes al objetivo de la movilidad, que realizó durante la movilidad, para contribuir al fortalecimiento y dinamización de alianzas estratégicas para la USTA, las cuales pueden incluir: entrevistas con otras unidades académicas, científicas o administrativas de la institución destino, consecución de oportunidades de cooperación, etc. Incluya su apreciación frente a las metas establecidas

Se realizó visita a la maestría de salud pública de la universidad de Buenos Aires, a propósito del convenio marco establecido entre esta institución y la Universidad Santo Tomás con el fin de explorar posibilidades de intercambio de experiencias estudiantiles y redes de conocimiento. Esta visita no tuvo éxito ya que este programa no está interesado en el intercambio estudiantil.

Se adelantó contacto con el Doctor Mario Rovere, Director de la Maestría de salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario con el fin de explorar posibilidades de intercambio de experiencias estudiantiles y redes de conocimiento. Este contacto fue exitoso y ya se adelantó la primera gestión para posibilitar la apertura de una pasantía en 2017.

CONTACTOS

NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO	INSTITUCIÓN/CARGO	OBJETIVO DEL CONTACTO
Mario Rovere	[REDACTED]	Universidad Nacional de Rosario – Director de la Maestría Instituto de la Salud Juan Lazarte - Pje. 12 de octubre 860 (Rioja 4100). Rosario 2000	Realizar Convenio para realización de pasantía estudiantil

PLAN DE TRANSFERENCIA

Describe las actividades que realizó en la USTA posterior a la movilidad, para difundir los resultados de la misma. Las actividades de difusión pueden incluir charlas, conversatorios, noticias en página web, emisora, reuniones administrativas o académicas, diseño de nuevos programas, asignaturas o actividades académicas, entre otras.

Realización 1ª Mesa de diálogo en Salud y Trabajo el 11 de Noviembre de 2016 (se adjuntan imágenes del evento)

EVIDENCIAS (ANEXOS)



Informe de movilidad académica

Registre el nombre de la evidencia (documento, correo, fotografía, acta de reunión, documentos de la institución destino, certificados, etc), para verificación de sus actividades y reconocimiento para el acceso, consulta y reproducción en beneficio de la Facultad, además de la ubicación de las mismas.

Se anexa:

1. Fotografías de evento organizado como 1a mesa de diálogo salud y trabajo con estudiantes e invitados MSP
2. Capítulo de libro publicado a partir de presentación en Congreso
3. Certificados de participación como ponente y asistente

IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Registre las oportunidades de mejora de su movilidad, tanto positivas como negativas dentro y fuera de la Universidad. Incluya las recomendaciones para ayudar a la difusión /explotación de la experiencia/los resultados de su periodo de movilidad en la facultad o universidad; especificar, si el evento fue apropiado para la disciplina, si cumplió con sus expectativas, si considera que vale la pena realizar más movilizaciones al mismo y por qué; sugerencias para futuros eventos; y conclusiones.

Se recomienda participar con otros trabajos en este evento que reúne grupos de todos los continentes.











LOS LÍMITES DE LA CLINICA

COMPILADORES

Alberto Trimboli • Eduardo Grande

Silvia Raggi • Juan Carlos Fantin

Pablo Fridman • Gustavo Bertran

AASM | Asociación Argentina
de Salud Mental

SERIE  **CONEXIONES**

Los límites de la clínica / Alberto Trimboli ... [et al.] ; compilado por Alberto Trimboli ;
Eduardo Grande. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asociación Argentina de
Profesionales de Salud Mental - AASM, 2016.

576 p. ; 28 x 20 cm.

ISBN 978-987-45937-1-9

1. Salud Mental. I. Trimboli, Alberto II. Trimboli, Alberto, comp. III. Grande, Eduardo, comp.
CDD 362.2

© AASM

Guardia Vieja 3732 1° A, Buenos Aires, Argentina

Tel. 2000-6824

administración@aasm.org.ar

www.aasm.org.ar

Diseño de tapa y armado de la edición:

Carlos De Pasquale

Tel. 4697-4934 • depasquale@speedy.com.ar

Impreso en Argentina

ISBN 978-987-45937-1-9

Fotocopiar libros esta penado por la ley.

Las opiniones vertidas en este libro son responsabilidad exclusiva de los autores.
Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio de impresión o digital,
en forma idéntica, extractada o modificada, en castellano o en cualquier otro idioma,
sin la autorización expresa de la editorial.

Quienes, junto con Ulloa, pretendemos sostenernos psicoanalistas en el campo social, intentamos recuperar el valor del concepto de Salud Mental, inherente a este campo, sacudiéndole el polvo de la mala prensa que adquirió al interior del corpus psicoanalítico.

Conclusiones

Freud contribuyó decididamente a cambiar el mundo, a pesar de que no tuvo chance, en lo que a la cultura de la numerosidad social se refiere, de involucrarse en su transformación. No obstante que sus trabajos, todos, inclusive los últimos que marginó del psicoanálisis, respaldan los esfuerzos de muchos psicoanalistas, y de quienes lo hacen desde otros oficios, en esa transformación. (Ulloa, 2004)

La clínica psicoanalítica consiste en el discernimiento de cosas que importan y cuando se haya tomado conciencia de ellas, serán de gran envergadura.

La especificidad de la clínica psicoanalítica no está dada *per se* por la presencia del diván, del uno a uno, en este sentido, la clínica psicoanalítica "es lo que se dice en un psicoanálisis" (Lacan, 1981: 38). Pero cuando del lecho psicoanalítico se trata, y para que no devenga - como decíamos- lecho de Procusto, el psicoanálisis no puede dejar afuera la numerosidad social que constituye a todo sujeto que allí se recuesta. No, al menos, sin los costos de escotomizar un decir.

Una clínica psicoanalítica implica una interpelación no sólo al psicoanálisis como *praxis* sino, y fundamentalmente, a los analistas. En este sentido, resulta pertinente retomar los aportes de Lourau a propósito del concepto de Implicación, definido como "el conjunto de relaciones, concientes o no, que existen entre el actor y el sistema institucional" (Lourau, 1970:270).

El escrito constituye, entonces, un llamamiento primero al análisis de la implicación para la construcción de una ética clínica. Un análisis de la implicación que tenga en cuenta no solo los conocidos puntos ciegos del analista, sino los puntos ciegos que lo social construye en cada momento histórico. En este sentido, si la clínica es lo real, en tanto lo imposible de soportar, cabe la pregunta respecto de lo imposible de soportar para cada quien. Por lo tanto, "[s]e trata de reconocer, que como decía Ortega y Gasset: 'No hay razón alguna para no entender aquello que siendo necesario se presenta como imposible'. Idea que activa las necesidades de intentarlo" (Ulloa, 2004).

Bibliografía:

- Guattari, F. (1996) "Acerca de la Producción de subjetividad" en *Caosmosis* Buenos Aires: Manantial
 Lacan, J. (1987) *El Seminario. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Libro 11.* Buenos Aires: Paidós
 Lacan, J. (1981) "Apertura de la sección clínica" en *Ornicar N° 3 (edición castellana)* Barcelona: Petrel
 Lourau, R. (1970) "Hacia la intervención socioanalítica" en *Análisis Institucional.* Buenos Aires: Amorrortu.
 Pelbart, P. (2009) *Filosofía de la deserción.* Buenos Aires: Tinta Limón
 Ulloa, F. (1995) *La novela clínica psicoanalítica.* Buenos Aires, Paidós
<https://www.topia.com.ar/content/pr%C3%B3logo-del-dr-fernando-ulloa>



UNIVERSIDAD Y CONDUCTA SUICIDA: ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Magnolia del Pilar Ballesteros-Cabrera [A]

La prevención del suicidio es un imperativo a nivel mundial, con un registro de más de 800000 muertes por suicidio al año (1), no obstante las estrategias de prevención varían mucho al igual que su fiabilidad. Por grupos específicos, el suicidio de estudiantes universitarios en general ha sido poco explorado, razón por la cual este trabajo sintetiza las respuestas institucionales frente a la conducta suicida de estudiantes universitarios de Bogotá, las estrategias de prevención utilizadas por las universidades y su relación con la literatura disponible para su abordaje. Se trata de un estudio cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo que contrasta los resultados de la consulta a la memoria en 5 universidades de Bogotá a través del uso de entrevista semiestructurada (2) y el estado del arte de la literatura sobre prevención del suicidio.

En relación con las respuestas institucionales, el impacto que produce el suicidio consumado en la comunidad universitaria, produce respuestas muy variadas llevadas a cabo principalmente por docentes-estudiantes, cuya característica común es la emotividad y el sentimiento de solidaridad con la víctima. Estas respuestas van desde ejercicios de reflexión, llevar flores, el uso de películas, el minuto de silencio, la escritura autobiográfica para facilitar la expresión de sentimientos, la siembra de árboles y veladas simbólicas, todas orientadas hacia la vida, hasta vestir de luto por la pérdida y el estigma que envuelve a los sobrevivientes.

Las acciones institucionales varían si se trata o no de un estudiante activo, si el lugar del hecho es en el campus universitario, del impacto inmediato percibido, el género y reconocimiento social de la víctima; sin embargo, existe una respuesta general en las univer-

[A] Psicóloga. Universidad Santo Tomás. Colombia. magnoliaballesteros@usantotomas.edu.co

sidades relacionada con asesoría económica, legal y religiosa que puede incluir el envío de coronas fúnebres, ofrecimiento de ceremonias religiosas, apoyo económico mediante el cobro del auxilio funerario, seguro estudiantil por muerte, trámites de cierre académico y grados póstumos.

Respecto a las estrategias de prevención utilizadas en los 5 contextos universitarios estudiados, se vienen adelantando propuestas que no sólo incluyen la provisión de mejores condiciones para la educación de los jóvenes y el control medioambiental de los factores de riesgo, sino también una serie de acciones multinivel enfocadas en la identificación y transformación de factores de riesgo, la promoción de habilidades para la vida, estilos de vida saludable y el fomento de la búsqueda de ayuda e identificación de síntomas.

Estas acciones incluyen estrategias psicoeducativas entre las cuales se destaca el abordaje de temas relacionados con el proyecto de vida, la prevención del consumo de sustancias, los programas que incorporan la psicoeducación en el currículo a través del uso de las cátedras regulares para promover el diálogo sobre los hechos de la vida, la propia experiencia académica y personal frente a los procesos de pérdida académica y las electivas diseñadas para promover prácticas de autoconocimiento y facilitar la expresión de la emocionalidad luego de una pérdida.

Otra de las estrategias consiste en las "figuras mediadoras" cuya función es la de escuchar al estudiante y articular las funciones de bienestar dentro de cada una de los programas académicos a través del sistema de alertas tempranas y los Programas de desarrollo integral estudiantil; tienen como tarea identificar estudiantes en riesgo académico o psicosocial, centralizando la información de seguimiento, los reportes y atenciones en los mismos consejeros. Este ejercicio ha demostrado ser bastante efectivo en facultades pequeñas donde existen relaciones de horizontalidad con los estudiantes, facilitando la comunicación entre docentes-estudiantes.

También se ubican las campañas de sensibilización que a través de talleres abordan aspectos de vulnerabilidad psicológica, estrés académico, manejo de emociones, habilidades sociales, comportamiento sexual, enfermedad mental, muerte y duelo, pérdidas afectivas (rupturas de pareja), conflictos familiares, y orientación sexual. En esta misma línea, se identifican los programas de tamizaje, el entrenamiento a gatekeepers y las acciones de promoción e identificación de las redes de apoyo que constituyen los propios compañeros "monitores-tutores", y los "brigadistas" quienes son capacitados como pares en un trabajo de acción de contención, soporte y búsqueda de recursos.

Ahora bien, al relacionar estos hallazgos con la literatura disponible sobre prevención de la conducta suicida, se observa que frente a la complejidad de la misma, es escasa la evidencia sobre efectividad de las estrategias de abordaje en ámbitos universitarios y el reconocimiento de ésta como un problema de salud pública. Al respecto autores como Chávez-Hernández, Medina Núñez y Macías-García (3), señalan que el conocimiento específico de la dinámica del suicidio sumado al reconocimiento de los factores de riesgo, debería ser suficiente para prevenirlo. Por ello, es un imperativo dirigir programas de prevención del suicidio también hacia los estudiantes universitarios, ya que no sólo son el grupo de mayor riesgo suicida, sino porque además son los primeros en enterarse de cualquier posible suicida en su grupo de amigos.

Windfuhr (4), señala que pese a que aunque un número cada vez mayor de países han adoptado estrategias nacionales de prevención del suicidio, aún no logra ser una prioridad en salud, tal vez por el mismo debate sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones, donde el "patrón de oro" es deseable pero no realizable por su costo.

Mirkovic et al, (5) identifican cinco ámbitos de prevención del suicidio que coinciden con lo identificado en las universidades estudiadas: educación y sensibilización, herramientas de detección de riesgo, restricción de medios letales, tratamiento y seguimiento con farmacoterapia y psicoterapia e información en los medios. A pesar de hallar importantes avances en los programas de prevención, pocos han evaluado adecuadamente su efectividad y eficacia, señalando una serie de dificultades metodológicas que no sólo limitan la transferibilidad de resultados de la estrategia, sino que develan la complejidad del suicidio en jóvenes.

De manera reciente Zalsman et al. (6) señalaron que la heterogeneidad de las estrategias de prevención así como la falta de buenos estándares de calidad para determinar el nivel de evidencia limita las conclusiones sobre su efectividad, tal es el caso de terapias farmacológicas con antidepresivos, litio, ketamina (7) clozapina, la psicoterapia CBT, DBT y psicodinámica (8-9), así como la cadena de cuidado y seguimiento, las intervenciones basadas en la comunidad, el entrenamiento a gatekeepers (10), los tamizajes (11) e intervenciones que utilizan los medios sociales y tecnologías móviles (12), donde tampoco se encuentra evidencia conclusiva sobre su efectividad (6) pues continúan siendo sistemáticamente estudiadas.

También es posible señalar que las medidas de restricción de acceso a puentes, terrazas, armas, pesticidas y medicamentos, ya cuentan con una fuerte evidencia sobre su impacto en el decremento de casos de suicidio, así como los programas educativos que potencian los factores protectores (13-14), y en la relación entre facilidades de acceso a los servicios de salud mental y la reducción de tasas de repetición de la conducta suicida, aspecto que llama la atención ya que en el presente estudio una de las principales dificultades se relacionaba con la baja oportunidad de atención dentro del sistema de salud Colombiano (2).

Se concluye que la mayoría de programas provenientes tanto de la investigación local en las 5 universidades bogotanas como en la revisión de la literatura internacional, hacen uso de modelos de niveles superpuestos que resaltan la importancia del acceso a tiempo de los servicios de salud. Asimismo, se reconoce que el suicidio no es una enfermedad sino un acontecimiento humano complejo que se traduce en un comportamiento altamente estigmatizado, para el que no existe un único enfoque de prevención efectivo.

Referencias bibliográficas.

1. WHO Suicida Data. 2016. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
2. Franco, S., et al. Informe de investigación Suicidio en estudiantes universitarios, Bogotá 2004-2014. 2014. Bogotá, Colombia. Universidad Santo Tomás.
3. Chávez-Hernández, A; Medina Núñez, M; Macías-García, L. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental*. 2008. 31 (3), 197-203.
4. Windfuhr, K. Issues in designing, implementing, and evaluating suicide prevention strategies. *Suicide prevention and policy. Psychiatry*; 2009, 8 (7), 272- 275
5. Mirkovic, B; Belloncle, V; Rousseau, C; Knafo, A; Guilé, J; Gérardin, P. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2014, 62, (1), 33-46
6. Zalsman, Gil et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016, 0(0). DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
7. Reinstatler L, Youssef NA. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. *Drugs R D*. 2015 Mar; 15 (1):37-43.

8. Andión O, Ferrer M, Matalí J, et al. Effectiveness of combined individual and group dialectical behavior therapy compared to only individual dialectical behavior therapy: a preliminary study. *Psychotherapy (Chicago, Ill)*. 2012 Jun; 49 (2):241-50.
9. Perry JC, Bond M, Presniak MD. Alliance, reactions to treatment, and counter-transference in the process of recovery from suicidal phenomena in long-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*. 2013; 23 (5):592-605.
10. Gould MS, Cross W, Pisani AR, Munfakh JL, Kleinman M. Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide & life-threatening behavior*. 2013 Dec; 43 (6):676-91.
11. Kaess M, Brunner R, Parzer P, et al. Risk-behaviour screening for identifying adolescents with mental health problems in Europe. *European child & adolescent psychiatry*. 2014 Jul; 23 (7):611-20.
12. Larsen ME, Nicholas J, Christensen H (2016) A Systematic Assessment of Smartphone Tools for Suicide Prevention. *PLoS ONE* 11(4): e0152285.
13. Krysinska, C., et al. (2016). Best strategies for reducing the suicide rate in Australia . *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2016, Vol. 50(2) 115-118
14. WHO, Suicide prevention (SUPRE). <http://www.who.int/mentalhealth/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html>



LOS LUGARES DE ENCIERRO A LA LUZ DEL NUEVO CODIGO CIVIL

María Anahí Brizuela [A]

HACIA UN VERDADERO CONOCIMIENTO DE UNA LÓGICA ASILAR

Si tomamos como firme la intención de dar lugar a la desmanicomialización y la desinstitucionalización tal como el nuevo paradigma de la Ley de Salud Mental y la Convención de los DDHH de las Personas con Discapacidad proponen, veremos que esta intención solo se concretará si se genera un cambio en la sociedad.

Las leyes por sí solas no modifican las relaciones sociales. Nuevas prácticas las vuelven efectivas. En nuestro caso surge la privilegiada ocasión para los profesionales que en esto desarrollamos nuestra tarea. Buscamos por tanto una opción superadora en el trato pericial y terapéutico y también cotidiano de personas con Discapacidad psico-social. (4)

El entramado social repite, a veces sin saber pautas asilares en nuevas Instituciones.

Un colectivo vulnerable sigue habitando esas instituciones y cuando se logra por razones del avance de la cultura, los cambios históricos, los avances científicos erradicar poblaciones vulnerables, una repetición inconsciente vuelve a llenarlas. En un principio fue el colectivo de leprosos, luego los pacientes con enfermedades venéreas, luego los locos, en algún momento los pacientes con TBC y por fin en estos tiempos vemos la Institucionalización de pacientes con Retraso Mental y Autismo, sin dejar de lado la cuestión de los Viejos.

IDEAS FUNDACIONALES Y PRÁCTICA ASILAR

Definición de Institución "... tanto en el derecho como en la historia, las instituciones representan la categoría de la duración, de la continuidad y de lo real, la operación de fundarlas constituye el fundamento jurídico de la sociedad (Hauriou. *Ppios. de Derecho Público*. Enciclopedia Francesa de Derecho Público y Manual Administrativo- Francia- 1929). (1)

Las actuales Instituciones hospitalarias se han basado en las Instituciones conventuales de la edad media y el Renacimiento.

Tanto quienes sean miembros de un Equipo Técnico que trabaja en una Institución o aquellos que desde Juzgados supervisamos a las personas en situación de internación, debemos tener en cuenta los indicadores de cualquier tipo de práctica asilar.

Angel Fiasche que intervino un Hospital Neuropsiquiátrico en los años 90 afirma que el hecho de haber realizado una intervención a la dirección administrativa no podía revelar toda la perversión en juego en la Institución. (2)

Refería la necesidad de:

- Investigar la ejecución real de los presupuestos.
- Revisar las historias clínicas: ¿de qué enfermaron? ¿De que murieron?
- ¿La atención se corresponde con el costo que afrontó el estado (o la obra Social o el particular en cada caso) para solventar salarios de ese personal dedicado a la asistencia?
- ¿Qué postura tienen los sindicatos de trabajadores en relación a la existencia o no de los Hospitales neuropsiquiátricos?

Ampliando éstos puntos a la luz de los nuevos paradigmas es bueno preguntarse: ¿Reciben los trabajadores adecuada información, formación sobre las nuevas pautas de la Ley 26657 y todo lo referente a la CDDHH de las personas con Discapacidad? ¿Recibieron el texto de la Nueva ley y cursos de Capacitación como indica el art. 29 de la Reglamentación de la Ley 26657?

Estos puntos a investigar se pueden hacer extensivos a toda Institución pública o privada a la que como funcionarios o miembros de Equipos debamos acceder.

LA INTERNACIÓN PROLONGADA

No hay ningún caso que requiera internación prolongada (afirma Fiasche).

La pregunta cuánto es el tiempo que una persona permanece institucionalizada. Porque se puede decir que ese tiempo transcurre allí adentro de otra forma que en el afuera.

LA MAGNITUD EN DETRIMENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

Las Instituciones de gran magnitud favorecen cortocircuitos y verticalismo en la circulación de información, desconocimiento entre quienes ejercen una actividad allí, disolución de las responsabilidades.

[A] Médica Psiquiatra. Juzgado de Familia 7- Lomas de Zamora. Aregntina. banahi@hotmail.com

X Congreso Argentino de Salud Mental

III Congreso Regional de la World Federation for Mental Health

AASIM Asociación Argentina de Salud Mental



Buenos Aires. Agosto 24, 25, 26 de 20

Por cuanto **BALLESTEROS-CABRERA, Magnolia**

ha participado en carácter de

Asistente

Carga Horaria: 40 horas


Dr. Juan Carlos Fantin
PRESIDENTE AASIM


Dr. Eduardo Grande
SECRETARIO Científico CONGRESO


Dr. Gabby Ibvijaro
PRESIDENTE DE LA WFMH

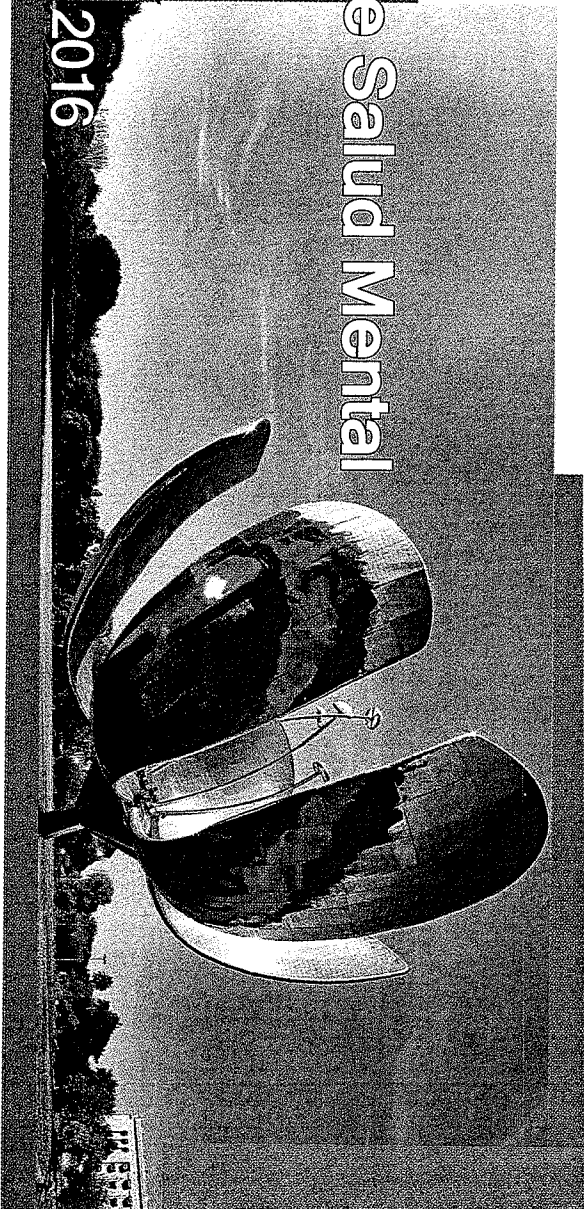

Dr. Alberto Trimboli
PRESIDENTE CONGRESO

X Congreso Argentino de Salud Mental

LOS INFANTES DE LA CLINICA

III Congreso Regional de la World Federation
for Mental Health

Buenos Aires. Agosto 24, 25, 26 de 2016




Por cuanto

Magnolia Del Pilar Ballesteros - Cabrera

ha participado en carácter de **Disertante** -

Carga Horaria: 40 horas
**Comunicación Libre: "Universidad y conducta suicida:
Estrategias de prevención "**


Dr. Juan Carlos Fanjin
PRESIDENTE AASM


Dr. Alberto Trimboli
SECRETARIO GENERAL AASM


Lic. Silvia Raggi
SECRETARIA CIENTIFICA AASM


Dr. Ariel Falcoff
PRESIDENTE CONGRESO

AASMJ

Asociación Argentina
de Salud Mental



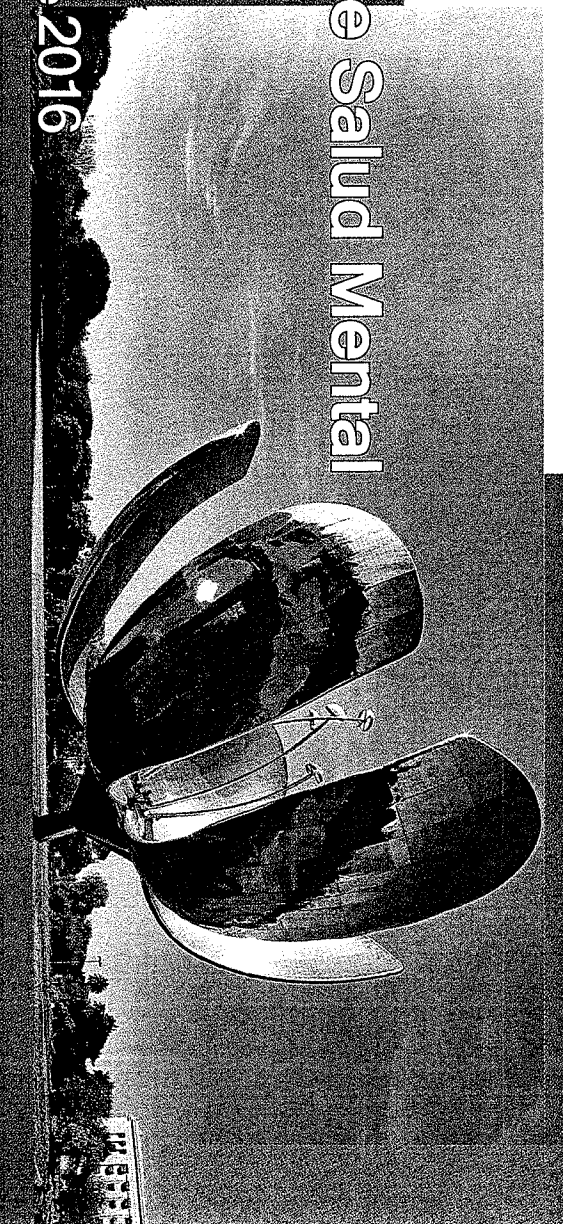
World Federation
for Mental Health

X Congreso Argentino de Salud Mental

LOS LÍMITES DE LA CLÍNICA

III Congreso Regional de la World Federation
for Mental Health

Buenos Aires. Agosto 24, 25, 26 de 2016



Magnolia Del Pilar Ballesteros Cabrera


Por cuanto

ha participado en carácter de
Asistente

Carga Horaria: 40 horas


Dr. Juan Carlos Fantin
PRESIDENTE AASMJ


Dr. Alberto Trimboli
SECRETARIO GENERAL AASMJ


Lic. Silvia Raggi
SECRETARIA CIENTIFICA AASMJ


Dr. Ariel Falcoff
PRESIDENTE CONGRESO