



El 30 de junio pasado venció el convenio salarial en el sector privado, convocándose a una nueva ronda del Consejo de Salarios 2008-Grupo 15. El jueves 24 de julio fuimos convocados por el Sindicato Médico del Uruguay, junto a las demás Sociedades Científicas, a participar en una reunión informativa en donde se presentó la propuesta del SMU al Consejo de Salarios así como la propuesta del Poder Ejecutivo para este período.

Estamos de acuerdo con el SMU que no sólo deben discutirse las pautas para los mecanismos de ajustes salariales, sino que es necesario formar un grupo de trabajo activo y que sesione en forma regular sobre las condiciones de trabajo médico, en donde consideramos deben de participar representantes de todas las Sociedades Científicas.

En cuanto a la propuesta de acuerdo relativa a ajustes salariales, el Poder Ejecutivo propone:

- Duración: 24 meses
- Ajustes: semestrales
- Inflación: 1er. ajuste promedio entre la mediana de expectativas privadas y centro de la banda del Banco Central. Restantes ajustes, centro de la banda del B.C.U
- Correctivo: al final del convenio 1-07-2010
- Recuperación: 1% anual

Esta propuesta fue rechazada por el SMU, y sin duda nos resulta insuficiente, no sólo porque en caso que la inflación no sea la esperada, con un correctivo que está planteado recién a junio del 2010, se generaría una pérdida significativa del salario real sino que tampoco se contempla la pérdida

salarial que sufrió el sector de la salud en el período del anterior gobierno (superior a un 30 %).

El SMU propone aceptar la propuesta de realizar los ajustes por el centro de la banda del Banco Central siempre que existan correctivos semestrales. A su vez, la recuperación que se reclama, por ser la necesaria para alcanzar lo perdido en el período anterior, es de 4,9 % semestral y la presencia de una cláusula gatillo que permita realizar ajustes si la inflación se dispara sobre determinados valores a acordar. Dicha propuesta fue rechazada por el Gobierno. Al momento de escribirse el presente Editorial, se continúa la negociación en forma intensa en el Consejo de Salarios. Por otra parte, en cuanto a la propuesta de acuerdo del SMU relativa a las condiciones de trabajo, nos parece un primer paso en un largo camino de modificaciones que deben lograrse.

Este es un tema que preocupa mucho a la Sociedad de Psiquiatría como ya lo hemos transmitido en editoriales anteriores, y es por eso que uno de nuestros objetivos principales en este período es la realización de una encuesta acerca de las condiciones de trabajo de los médicos psiquiatras.

La propuesta que hoy presenta el SMU analiza varios puntos.

1. En la tarea de Policlínica, modificaciones en el número de pacientes hora; para aquellas especialidades que atienden 6 pacientes por hora pasarían a 4 pacientes por hora (15 minutos por paciente) y las especialidades que hoy tienen 4 pacientes por hora (como Psiquiatría), más Geriátrica, pasarían a 3 pacientes por hora, es decir 20 minutos por paciente. En ambos casos la primera



consulta sería de 2 pacientes por hora (30 minutos por paciente). Sin duda para ello es necesario realizar modificaciones en la retribución. Por tal motivo el SMU plantea adecuar las retribuciones del acto médico en forma proporcional a la disminución de actos que se producirá, de forma tal que no tenga incidencia en una menor retribución para ninguno de los dos grupos mencionados precedentemente y con el mismo objetivo modificar las actuales franjas de pago del acto médico.

2. En la guardia interna propone una carga máxima de 12 horas, determinando una relación mínima de Médicos de Guardia con el número de afiliados. Este es un tema discutido, ya que habría que generar un régimen de transición, y los médicos que tenían 24 horas puedan optar permanecer en el mismo sistema o cambiar. Este es un tema que no afecta a los psiquiatras del área privada ya que nuestras guardias son de retén, pero no se han hecho ajustes ni realizado propuestas respecto a los retenes, lo que sí es preocupante.

3. En Educación Médica Continua, el SMU propone fijar una licencia de 15 días anuales con la misma reglamentación existente para la actual "Licencia por Congresos", la que se sustituye por ésta, ampliándose su contenido no sólo para congresos sino para toda actividad formativa o de actualización del médico vinculado a su actividad laboral.

4. Otro punto importante es la concentración del trabajo médico, en donde se propone, en el marco de un nuevo régimen de condiciones de trabajo, analizar las condiciones

económicas y de estabilidad laboral en la concentración laboral. Este es un tema que debe analizarse detenidamente ya que la concentración del trabajo médico en una misma institución genera una gran inseguridad. Esta propuesta debe ir acompañada de seguridad laboral, ya que todos hemos vivido de cerca la situación de colegas que han quedado sin fuente laboral por el cierre de varias instituciones en las cuales trabajaban.

En el área pública (A.S.S.E.), luego de varios años de conflicto y negociación, en los cuáles los delegados generales de Salud Mental hemos participado en forma activa, el pasado 30 de mayo se firmó el acuerdo entre A.S.S.E y las gremiales médicas (SMU, FEMI, SAQ). Dicho convenio regula la actividad de algunas condiciones de trabajo y de las retribuciones de los médicos desde el 1º de junio de 2008 hasta el 31 de marzo de 2010.

Venimos de muchos años con una gran variedad de situaciones laborales irregulares, con diferentes formas de contratación y diferentes formas de remuneración, con médicos con menor carga horaria y mayor remuneración en relación a médicos con el doble de carga horaria y una remuneración menor, médicos con misma carga horaria y misma tarea y remuneraciones diferentes, etc. Es por eso que creemos que este convenio intenta comenzar a ordenar el caos reinante e histórico.

Es justo que cada médico perciba su remuneración proporcional a la cantidad de horas efectivamente trabajadas, que el médico



especialista tenga un 20% de diferencia en el salario en relación con el médico de medicina general y que los médicos nos comprometamos a cumplir con nuestra carga horaria por la cual fuimos contratados. También es justo que por nuestra tarea percibamos una remuneración justa y digna, y en el curso de los dos próximos años lograremos aumentos que irán ordenando las diferencias de pago entre los médicos y nos irán acercando a la remuneración del sector privado, objetivo final.

También se logró el reconocimiento de la quinta guardia y se consideraron las guardias de retén, fijando una serie de criterios para el pago de las mismas.

En cuanto a los médicos que facturan en su totalidad para "Comisión de Apoyo y Patronato del Psicópata" se establece que durante el convenio se llevará adelante un proceso, de elección voluntaria por parte del médico, en el cual se intentará incluir en contrataciones en relación de dependencia, en nuestro caso con el Patronato del Psicópata, sin pérdida de ninguna fuente laboral y manteniendo el salario líquido. Este punto tendremos que analizarlo y discutirlo los psiquiatras en asamblea, más allá que la decisión final sea personal. ¿Será conveniente agregar una nueva forma de contratación en un mismo lugar de trabajo? ¿Cómo se registrarán los médicos en un mismo centro, por las normativas de A.S.S.E o por las privadas? Sigue siendo un reclamo de la última Asamblea de Salud Mental la salarización con presupuestación en A.S.S.E.

Por último, es de suma importancia la conformación de la pirámide organizacional y la carrera funcional médica en A.S.S.E, por la cual venimos peleando hace mucho tiempo y que se encuentra contemplado en el Acuerdo.

Sin duda este convenio genera algunas incertidumbres, pero es un primer paso para una etapa de cambios con compromiso por parte de todos. Nos parece una actitud que merece ser mencionada, que el Presidente del SMU junto con otros colegas del Comité Ejecutivo y asesores se hayan acercado a las instituciones para hablar con las Direcciones de los Centros y reunirse con los médicos para explicar y responder a las dudas. También creemos fundamental que la comisión creada para el seguimiento y monitoreo de la aplicación del convenio, así como de las controversias que puedan surgir, deba estar en contacto fluido con los delegados gremiales y las Sociedades Científicas.

Es un objetivo fundamental para la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay participar en todos los cambios venideros, ya sea desde el punto de vista gremial como en lo técnico profesional, a nivel del SMU y de A.S.S.E; lo consideramos no sólo una obligación sino un derecho.

**Dra. Cecilia Idiarte Borda**

La exposición sobre "Clínica de Fronterizos"(Dr. Danilo Rolando), fue precedida por una referencia a los aportes desde la perspectiva de la vida y obra de los artistas, así como de un enfoque desde lo cultural y los aportes psicoanalíticos al tema. La compleja patología fronteriza de la personalidad hace necesario esta pluralidad de enfoques.

Desde la perspectiva socio-cultural, la patología fronteriza de la personalidad, guarda correspondencia con algunas características típicas de las personalidades propias de nuestra época, así como la histeria se relacionaba con las subjetividades de la época de Freud.

El término Organización Fronteriza , Trastorno Límite o Borderline de la Personalidad tiene distintos sentidos.

1. Borderline como tipo de función mental, entre neurosis y psicosis (concepto de los psicoanalistas).
2. Criterio psicodinámico: "Organización límite de la personalidad." (O. Kernberg), caracterizada por difusión de identidad, mecanismos defensivos primitivos, con conservación del criterio de realidad.
3. Criterio fenomenológico, como síndrome clínico, (Gunderson, Grinnker, Singer).
4. Criterio de los genetistas: como forma atenuada de una condición más severa, sobretodo relacionada con el espectro afectivo (Akiskal).
5. Criterios del DSM-IV: como tipo de personalidad.

O. Kernberg describe el síndrome fronterizo de la personalidad en base a los siguientes conceptos:

1. ansiedad flotante, crónica y difusa.
2. manifestaciones neuróticas sintomáticas.
3. tendencias sexuales perverso-poli-morfos.
4. estructura pre-psicótica de la personalidad
5. tendencias impulsivas y a las adicciones
6. desórdenes caracterológicos de nivel inferior.

El viernes 25 de julio el Dr. Alvaro D´Ottone expuso su conferencia sobre "Psicofarmacología del trastorno Borderline: alcances y limitaciones".

El expositor hizo referencia a los fármacos más utilizados en el tratamiento de estos Desórdenes, antidepresivos, antipsicóticos atípicos y timo-reguladores, destacando que no hay trabajos científicos serios que permitan afirmar que mejoren categóricamente las condiciones psicopatológicas de estos pacientes.

El sábado 26 de Julio se llevaron a cabo las exposiciones sobre dos de las técnicas más utilizadas en el tratamiento de Desórdenes Borderline de la personalidad:

### **Psicoterapia Dialéctico-Comportamental (DBT) de Marsha Linehan.**

La conferencia fue dictada por el Dr. Pablo Gagliesi (Foro DBT-Argentina), especialista

en el tema. A continuación extraemos ideas del artículo del Dr. Pablo Gagliesi, publicado en la revista electrónica del IAEPD (Instituto Argentino para el Estudio de la Personalidad y sus Desórdenes), vol. 7-suplemento 1-julio de 2007, que sirvieran de base para su exposición.

“La Terapia Dialéctico Comportamental (Dialectical Behavioral Therapy, DBT) evolucionó de la aplicación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC). La Dra. Marsha Linehan, intentaba usar la TCC para crear un tratamiento posible para pacientes severamente perturbados y multiproblemáticos. Inicialmente los primeros trabajos de investigación se centraron en mujeres con numerosas tentativas de suicidio y auto excoiraciones.”

“A medida que las estrategias de aceptación fueron agregadas a las estrategias de cambio, los consultantes sintieron que sus terapeutas los entendían mucho mejor. Permanecieron en terapia en lugar de abandonar, se sintieron mejor en la relación con sus terapeutas y mejoraron más rápidamente. El balance entre estrategias de cambio y de aceptación forma la dialéctica fundamental que da nombre al tratamiento. Dialéctica significa ‘valuar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve las contradicciones’. En la DBT, consultados y consultantes trabajan arduo para balancear cambio y aceptación, dos fuerzas o estrategias aparentemente contradictorias”.

“La complejidad del modelo implica que se trata de un programa y no sólo de una psicoterapia. Incluye en el programa clases grupales de habilidades, psicoterapia individual o generalización, entrenamiento para familiares y allegados y reuniones de los terapeutas, donde todos y todas deben compartir los mismos principios y supuestos básicos.

Quizás cobre importancia recordar los principios básicos que adopta el equipo tratante con inspiración DBT:

1. Los consultantes hacen lo mejor que pueden.
2. Quieren mejorar.
3. Necesitan mejorar, probar, intentar más y estar más motivados al cambio.
4. Podrían no ser la causa de todos sus problemas pero los tienen que resolver ellos mismos de todos modos.
5. La vida como TLP es insoportable en la forma que es vivida.
6. Los consultantes deben aprender nuevas conductas y todos los contextos son importantes.
7. Los consultantes no fracasan, las terapias sí – que no dispongamos de la tecnología para asistirlos es parte de un déficit de nuestra profesión, no de ellos y su problema.
8. Los terapeutas también necesitan sostén, asistencia y colaboración.”

#### **Etapa 1- Objetivos:**

- Disminuir las conductas que interfieren con la vida:

- Disminuir las conductas que interfieren con la terapia.
- Disminuir las conductas que interfieren con la calidad de vida.
- Aumentar las habilidades conductuales

#### **Etapa 2** - Objetivos:

Reducir el estrés postraumático.

#### **Etapa 3** - Objetivos:

Aumentar el autorespeto

Alcanzar logros personales

#### **Etapa 4** - Objetivos:

Resolver el problema de la sensación de vacío o incompletud. Encontrar la libertad y la alegría.

### **Las funciones**

El programa tiene cinco funciones:

#### 1- Aumentar las capacidades:

- a) regular las emociones,
- b) prestar atención a la experiencia del momento presente y regular la atención (habilidades de conciencia plena o mindfulness),
- c) Efectividad en navegar las situaciones interpersonales – que incluyen poder pedir algo a otros o decir no - , y
- d) tolerar y sobrevivir a las crisis sin empeorarlas - partiendo de la idea de que cuando se está en una crisis rara vez se puede “resolver el problema”-.

Por eso se desarrollan las clases grupales de habilidades en formatos de módulos específicos que tienen un manual con ejercicios.

2- Generalizar habilidades: Llevar los recursos aprendidos a la vida cotidiana.

3- Mejorar la motivación y reducir los

problemas conductuales: Motivar a las personas a cambiar y abandonar las conductas que son inconsistentes con una vida que merezca ser vivida.

4- Mantener y aumentar la motivación y capacidades del terapeuta: Ayudar a personas severamente perturbadas con muchos problemas puede ser estimulante y desafiante. Sin embargo la complejidad puede poner a prueba las competencias, capacidades y resiliencia de los profesionales. Las conductas suelen tener impacto fuera de las sesiones en las relaciones entre los pares, los sistemas de salud, la justicia y la seguridad pública, las aseguradoras de mala praxis, las relaciones con el sistema familiar del consultante y la vida privada del consultado.

5- Estructurar el ambiente: El ambiente debe ser estructurado de tal manera que refuerce las conductas más efectivas y el progreso y, por el otro lado, no refuerce las maladaptativas o problemáticas

### **Conclusiones**

“La construcción de una vida que valga la pena ser vivida es un objetivo general de todos los tratamientos. Y es la motivación que los sostiene.

Ese viaje – como suele referirse a la psicoterapia Sara Baringoltz – sólo es posible si las variables de esperanza y confianza en sí mismo están presentes. Estas dos variables aparecen empobrecidas sistemáticamente en todos los tratamientos con pacientes

con DLP, y por alguna razón los terapeutas solemos interferir con ellas, al repetir los modelos de invalidación que los consultantes establecieron con el mundo.

La DBT es un modelo de tratamiento que aporta una singular conceptualización y permite así validar y proponer el cambio. Nos mantiene atentos a los consultados sobre nuestras propias emociones, nuestros juicios de valores y nuestras propias conductas”.

Psicoterapia enfocada en la transferencia (O. Kernberg, J. Clarkin, F. Yeomans).  
Expositor: Dr. Danilo Rolando.

Esta modalidad de psicoterapia ha sido descrita en manuales de tratamiento que aclaran y estandarizan conceptos y técnicas, que tiene soporte en evidencias empíricas y estudios randomizados.

A diferencia de la mayoría de las terapias manualizadas, en esta modalidad no se instrumentan procedimientos terapéuticos a seguir sesión a sesión., pero se aportan principios generales de manejo de la psicoterapia y un conjunto de técnicas (clarificación, confrontación, interpretación) utilizadas con un sentido progresivo.

Las modificaciones más importantes, que introduce esta forma de terapia son:

1) La estructuración, que comienza con la fijación de las características del encuadre y el contrato.

2) El trabajo terapéutico centrado en el “aquí y ahora transferencial”.

Estos elementos constituyen factores dinamizadores de la terapia.

### Objetivos

La psicoterapia enfocada en la transferencia apunta a producir cambios no sólo conductuales, sino también psico-estructurales que se traducirán por:

- Relaciones objetales más flexibles y maduras.
- Disminución de la escisión (splitting).
- Disminución de la difusión de identidad.

Para que se produzcan estos cambios deben resolverse las primitivas relaciones objetales y esto implica un trabajo psíquico de integración de las representaciones del self y de los otros significativos, que han permanecido escindidas.

### Aspectos teóricos

La base psicodinámica es la teoría de las relaciones objetales, con las modificaciones introducidas por O. Kernberg.

Se parte del concepto que entiende la patología grave de la personalidad como repetición inconsciente de relaciones objetales primitivas internalizadas. En efecto, en los pacientes fronterizos hay una persistencia patológica de la escisión de las representaciones del self y del objeto, cuya causa fundamental se debe al exceso de agresión: primaria (constitucional) o secundaria (por frustración).

Como consecuencia de la escisión quedan representaciones internalizadas “no metabolizadas”, no integradas, que se van a activar en forma alternada y que representan disposiciones transferenciales.

Los cambios en las representaciones del mundo interno del paciente se producen a través de la experiencia del paciente en su relación con el terapeuta. (“experiencia emocional correctiva”).

### **Modelo de la psicoterapia enfocada en la transferencia.**

Los Principios generales de esta técnica comprenden:

- 1) Estabilidad del marco terapéutico.
- 2) Participación activa del terapeuta.
- 3) Tolerancia a la hostilidad del paciente (transferencia negativa).
- 4) Desalentar conductas autodestructivas (mediante clarificación y confrontación).
- 5) Uso de la interpretación (estableciendo puentes entre actos y sentimientos).
- 6) Bloqueo de acting out (poniendo límites a los actos riesgosos).
- 7) Interpretaciones tempranas en el “aquí y ahora.”
- 8) Monitoreo cuidadoso de sentimientos contra-transferenciales.

### **Aspectos técnicos**

El terapeuta fijará metas, estrategias y técnicas de tratamiento.

La meta más importante de la terapia enfocada en la transferencia consiste en modificar las características del mundo interno del paciente, constituido por relaciones objetales interiorizadas que lo han llevado a desarrollar conductas desadaptativas repetitivas, disturbios afectivos y cognitivos.

Las metas del tratamiento se implementan en tres estrategias:

- a) Reconocer las relaciones objetales dominantes o paradigmáticas del paciente, según se manifiestan en la relación transferencial entre terapeuta y paciente.
- b) Observar e interpretar inversiones de roles por parte del paciente. (ej. víctima-victimario).
- c) Integración de las visiones positivas y negativas del self y de los otros significativos.

Las tácticas específicas en las sesiones incluyen:

- Elección de un tema prioritario.
- Protección del marco terapéutico.
- Límites del encuadre.
- Mantenimiento de la neutralidad técnica.

Las técnicas a utilizar son:

Esclarecimiento, confrontación e interpretación.

La interpretación debe ser precedida por un trabajo de esclarecimientos y confrontaciones.



---

Las interpretaciones psico-genéticas se reservan para fases avanzadas del tratamiento.

### **Análisis de la Transferencia.**

Hay que analizar tanto los aspectos positivos como los negativos de la transferencia en el “aquí y ahora” de la situación psicoterapéutica., así como el análisis sistemático de las defensas primitivas, tal como ellas entran en la transferencia y manteniéndonos alertas a la contra-transferencia.

### **La contratransferencia**

Es una herramienta técnica muy importante especialmente en los primeros tiempos del tratamiento, en los que el paciente más que comunicar verbalmente, descarga sus afectos o se expresa en actos, que el terapeuta capta en si mismo.

El terapeuta somete a análisis la contra-transferencia y la devuelve en el trabajo terapéutico cuando lo considera oportuno. Por medio de la contra-transferencia puede develarse la transferencia desplegada.

**Dr. Danilo Rolando**



## *De los psiquiatras jóvenes*

En el boletín anterior se publicó una nota de la Dra. Verónica Cardeillac y el Dr. Alvaro Cardozo informando sobre su experiencia y participación en el curso “Leadership and Professional Skills Development for Young Psychiatrists”.

Los mencionados Doctores, junto con la Dra. Fabiana Azambuya se presentaron al llamado para obtener una beca para dicho curso en octubre de 2007. Sus Curriculumus fueron enviados a México en donde fueron seleccionados los tres para participar del curso. Lamentablemente la Dra. Azambuya no pudo concurrir por motivos personales.

experiencia y por haber representado a la Sociedad de Psiquiatría en dicha instancia. Destacamos también que el poster de la Dra. Cardeillac recibió un premio.

Instamos a todos los médicos psiquiatras jóvenes integrantes de la Sociedad a presentarse a las becas que surjan pues vemos con preocupación que para el programa Fellows del próximo XXV Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina a realizarse en Isla Margarita en noviembre de este año haya quedado un lugar vacante ya que sólo se presentó la Dra. Verónica Cardeillac.

Agradecemos a la Dra. Cardeillac y al Dr. Cardozo por la devolución de su interesante

**Comisión Directiva**

**XVIII JORNADAS CIENTÍFICAS EN PSIQUIATRÍA**  
**15, 16, 17 y 18 de Octubre**  
**Salón de Actos SMU**

**UN SIGLO DEL PENSAMIENTO PSIQUIÁTRICO**  
**NACIONAL**

**1908 - 2008**

**INSCRIPCIONES: Clínica de Psiquiatría**  
**Primer piso Hospital de Clínicas**

**Estudiantes: \$ 250 - Egresados: \$ 450**

**SESIÓN CIENTÍFICA  
SETIEMBRE 2008**

**ENCRUCIJADAS DE LA VIOLENCIA  
EN LA ACTUALIDAD**

*Múltiples formas en que se organiza*

*implicando nuestras prácticas*

**Dr. Luis Bibbó**

**Viernes 5 de Setiembre de 2008**

**Hora: 20:30**

**Lugar : KOLPING Hotel Escuela  
Br. Artigas 2714**

**SOCIOS: Entrada Libre - NO SOCIOS: \$ 150**



## Calendario de Congresos

### Agosto

2008

- 28 – 29 WFMH INTERNATIONAL FORUM ON MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL SUPPORT IN EMERGENCY SETTINGS – Londres, Inglaterra. Informes: [imh@iop.kcl.ac.uk](mailto:imh@iop.kcl.ac.uk)  
Web: [www.wfmh.org](http://www.wfmh.org)

### Setiembre

- 3 – 5 XI JORNADAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTROS TRASTORNOS COGNITIVOS  
Hotel NH City & Tower de Buenos Aires. Informes: Tel: (+5411) 4553-4095  
E-mail: [info@alzheimer.org.ar](mailto:info@alzheimer.org.ar) – Web: [www.alz.org.ar](http://www.alz.org.ar)
- 13 CONGRESO DE AUTISMO Y OTROS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO  
“Puertas adentro: una mirada en el Uruguay” – Pando, Canelones, Uruguay.  
Informes: Tel: (598 2) 292 3187 – E-mail: [congresoautismo2008@gmail.com](mailto:congresoautismo2008@gmail.com)
- 19 – 25 XIV CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA – Praga, Checoslovaquia. Organiza Sociedad Checoslovaca de Psiquiatría y Asociación Mundial de Psiquiatría  
Informes: [raboch@mbox.cesnet.cz](mailto:raboch@mbox.cesnet.cz) – Web: [www.wpa-prague2008.cz](http://www.wpa-prague2008.cz)

### Octubre

- 15 - 18 XXVI CONGRESO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA "Ciencia e Etica em Psiquiatría", Brasilia, Brasil. - Informes: [www.abpbrasil.org.br](http://www.abpbrasil.org.br)

### Noviembre

- 9 – 23 XXV CONGRESO DE APAL – “La Salud Mental de Nuestros Pueblos: Prioridad Absoluta” - Isla Margarita, Venezuela. Informes: E-mail: [secretaria@apal2008.org](mailto:secretaria@apal2008.org)  
Web: [www.apal2008.org](http://www.apal2008.org)

### Diciembre

- 02 – 06 7th INTERNATIONAL CONGRESS OF NEUROPSYCHIATRY - Cancún, Mexico. Informes: Web: [www.btcamericas.com/inacongress2008](http://www.btcamericas.com/inacongress2008)



### Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Casilla de Correo 10973 | Montevideo - Uruguay | Teléfono: (598-2) 401 4701\* int. 160 | Fax: (598-2) 402 0172  
E-mail: [spu@mednet.org.uy](mailto:spu@mednet.org.uy) | Sitio web: <http://www.chasque.apc.org/spu>

#### Comisión Directiva (2007-2009)

##### Presidente

Dr. Vicente Pardo

##### Vicepresidente

Dr. Freedy Pagnussat

##### Secretaria

Dra. Cecilia Idiarte Borda

##### Tesorero

Dra. Virginia Vallarino

##### Vocales

Dra. Mariela Bonilla

Dra. Ana María Moreno

Dra. Ana Laura Ferro