
Situación actual de las Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud

El 29 de junio de 2012 la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay organizó una Mesa Redonda para tratar el tema del título. Participaron la Prof. Dra. Laura Viola, Profesora de Psiquiatría Pediátrica; el Lic. Heber Tenenbaum, responsable del Programa Nacional de Salud Mental; el Dr. Horacio Porciúncula, Director de Salud Mental de ASSE y el Dr. Ariel Montalbán, colega de reconocida trayectoria y expresidente de la SPU.

2

Cuando en 2010 se difundió el Plan de Nuevas Prestaciones en Salud Mental en el SNIS, la SPU planteó su apoyo crítico al proyecto. En efecto, nuestra Sociedad desde hace mucho sostiene que la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico y acciones psicosociales en las instituciones asistenciales son imprescindibles para la salud mental de la población.

Desde la implementación de estas prestaciones en 2011 hemos estado atentos a su evolución, habiendo constituido en la SPU un grupo de trabajo al que concurren referentes de diversas IAMC. También asistimos a la Comisión de Monitoreo y Evaluación del Plan, convocados por el MSP junto a otras instituciones gremiales, científicas, universitarias y de usuarios.

A partir de estas instancias se generaron múltiples y variadas reflexiones y preguntas: cómo evaluar científicamente la efectividad y eficiencia del plan, calidad de la información que llega al MSP por parte de los prestadores, si está previsto el uso de guías terapéuticas, involucramiento de los psiquiatras con las prestaciones, importancia de los funcionarios administrativos, adecuada formación

e higiene laboral de los prestadores para evitar el burn out.

Señalamos también dificultades de implementación de ciertos aspectos: alta deserción de pacientes, problemas en la derivación, resistencia a las modalidades grupales, necesidad de definir claramente el concepto de IAE, integración del alcoholismo como patología adictiva, delimitación del concepto de trastorno mental severo y persistente, etc. Asimismo, efectuamos consideraciones acerca de la ausencia de los prestadores en la elaboración del plan, de la remuneración de los técnicos, y sobre si el dinero que llega a las IAMC se utiliza efectivamente para este programa.

Estas inquietudes se hicieron llegar a los expositores de la Mesa Redonda, quienes compartieron con los asistentes información relevante, tan amplia y rica que es imposible resumirla en estas líneas. Plantearon concordancias y discrepancias, dudas, preocupaciones, críticas y propuestas acerca de la marcha del plan. Generaron ideas y propuestas, intercambiando luego con los socios -algunos de extensa trayectoria en el tema- y profesionales de otras áreas que enriquecieron la discusión.

La Comisión Directiva de la SPU agradece a los expositores y asistentes. Asimismo, hace saber que tomará en cuenta el valioso material aportado en la actividad a efectos de continuar trabajando en este tema, para lo que convocamos a los socios que deseen participar.

Dr. Rafael Sibils

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia ante el proyecto de legalizar la venta de marihuana

Dada la importancia del tema, el eco que ha tenido en la comunidad, la responsabilidad que los psiquiatras tenemos para con ella y las frecuentes preguntas que recibimos a nivel individual e institucional, la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia declaran:

El consumo de marihuana (*cannabis*) tiene efectos adversos que enumeraremos resumidamente a continuación, quedando a disposición para ampliar datos.

La intoxicación aguda (efecto buscado por los consumidores debido a la sensación de bienestar, euforia y distorsión de la percepción) produce alteraciones a nivel del estado del ánimo, la atención, la concentración, la memoria, la ubicación en el tiempo y la coordinación motora (con aumento del riesgo de accidente de tránsito u otros), que persisten entre 8 a 12 horas.

Cuando el consumo es frecuente, intenso y crónico puede generar un síndrome amotivacional con apatía, desinterés, indiferencia, disfunción de las capacidades cognitivas (atención, memoria, procesamiento de la información, razonamiento), afectación de reflejos, actividad motora y coordinación. Incluye alteraciones emocionales, cansancio y aumento de peso. Se deterioran las actividades interpersonales, sociales, el desempeño escolar, laboral, atlético, etc.

Los usuarios con dependencia a la marihuana presentan un consumo compulsivo y en general no desarrollan una dependencia física. La tolerancia (necesidad de aumentar

la dosis para obtener iguales efectos) se ha observado en consumidores crónicos quienes también pueden presentar síntomas de abstinencia. El cuadro es poco específico, no abrupto y su similitud con síntomas ansiosos o depresivos facilita que pase desapercibido. Se caracteriza por aparición de ansiedad, tensión, insomnio, anorexia, cansancio, dificultad de concentración, irritabilidad, disforia y agresividad, sudoración, temblor, mialgias, náuseas y diarreas.

Según la Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas realizada en el año 2011 de la Junta Nacional de Drogas, el uso de marihuana ha presentado un importante incremento respecto al 2006. Refiere que el 16% de los consumidores presentan signos de dependencia a la misma, lo que establece una alerta respecto a los daños que puede generar el uso problemático de la marihuana, información no siempre tomada en cuenta al momento de discutir sobre la pertinencia de su consumo. Cuatro de cada diez de los que prueban la sustancia mantienen el consumo.

La marihuana puede inducir episodios psicóticos agudos: experiencias e ideas delirantes, alucinaciones, etc. Además es un factor de riesgo para la esquizofrenia, precipitando el inicio de la misma en edades más tempranas, en un número pequeño pero significativo de jóvenes, actuando como factor crítico aunque no único. También influye sobre la evolución de la esquizofrenia establecida aumentando las descompensaciones.

El consumo puede inducir la aparición de trastornos del estado del ánimo e incidir

sobre su frecuencia e intensidad y si bien los estudios no son concluyentes, acentuar el riesgo de autoeliminación. La marihuana puede desencadenar crisis de pánico, y en los dependientes la prevalencia de trastornos de ansiedad es elevada.

La comorbilidad entre trastornos de personalidad y uso de sustancias-frecuentemente cannabis- es también importante.

También presenta efectos adversos físicos: taquicardia, hipotensión postural, broncodilatación, aumento del riesgo de cáncer, alteraciones inmunitarias, de las hormonas sexuales y del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal. Respecto al embarazo, el agente activo de cannabis atraviesa la placenta y llega al feto. No se ha establecido teratogénesis ni cambios en el embarazo, parto y crecimiento fetal. Algunos estudios mostraron que los niños expuestos durante el embarazo disminuyeron su capacidad verbal y memoria, en la edad escolar fueron más hiperactivos, y en la adolescencia tuvieron mayor dificultad para actividades que requieren integración visual o atención sostenida.

Se han referido también efectos positivos del cannabis. Además del uso recreacional (relajación, tranquilidad, aumento de la empatía, sensibilización ante estímulos, sensaciones agradables) se ha utilizado con relativo éxito como analgésico, antiemético, antiespasmódico, broncodilatador, miorrelajante, anticonvulsivante, ansiolítico, para aumentar el apetito y reducir la presión en el glaucoma. Asimismo en tratamientos oncológicos para disminuir el sufrimiento. Su uso no mostró superioridad ni mayor seguridad que otros agentes, aunque aporta sensación de bienestar, lo que expone a riesgo de abuso o dependencia.

En cuanto a su uso para disminuir el consumo de otras drogas en la población –la pasta

base según se plantea- no se ha demostrado que sea una estrategia efectiva para la reducción de riesgos y daños.

En suma, a partir de la información científica consignada, es claro que desde el punto de vista médico es desaconsejable toda acción que facilite el uso de cannabis. Creemos que si desde el estado se dan señales de que su utilización es inocua o aún positiva, se aumenta el riesgo de efectos nocivos para la salud pública.

Sabemos también que en el tema de la legalización inciden múltiples circunstancias, variables, actores, posiciones y profesiones, y que nuestra perspectiva médico-psiquiátrica no es la única. Pero -en tanto el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones son temas que hacen a la salud mental de la población- consideramos que hubiera sido apropiado ser consultados como colectivo de especialistas en el tema antes de difundir la intención de legalizar dicha droga. Consecuentemente, quedamos a disposición para cualquier consulta.

Sin duda afirmamos que para una adecuada evaluación de este proyecto es necesario que quienes lo patrocinan (Poder Ejecutivo) y quienes tienen a su cargo decidir (Poder Legislativo) se basen en criterios científicos (psiquiátricos, psicológicos, sociológicos, educativos, de otras especialidades médicas, etc.) y no en suposiciones, corazonadas, ideologías o conveniencias.

La verdad que la evidencia científica aporta debe estar en el eje de todo debate acerca de la cuestión.

**Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia**

Julio 2012

Curso de Desarrollo Profesional Médico Continuo

Como lo habíamos anunciado en la editorial del boletín anterior (abril 2012) se llevó a cabo el curso de : "Problemas Prácticos del uso Clínico de los Psicofármacos".

En noviembre de 2011 a raíz de las encuestas realizadas entre los socios, surgió el tema como uno de los mas pedidos, es entonces que convocamos a los docentes que se han especializado en el mismo. Debo destacar que en dicha reunión, a la cual acudieron todos los invitados, se generó en poco tiempo un ámbito fermental de propuestas temáticas al respecto. Se comenzó a trabajar; para presentar el curso en mayo 2012.

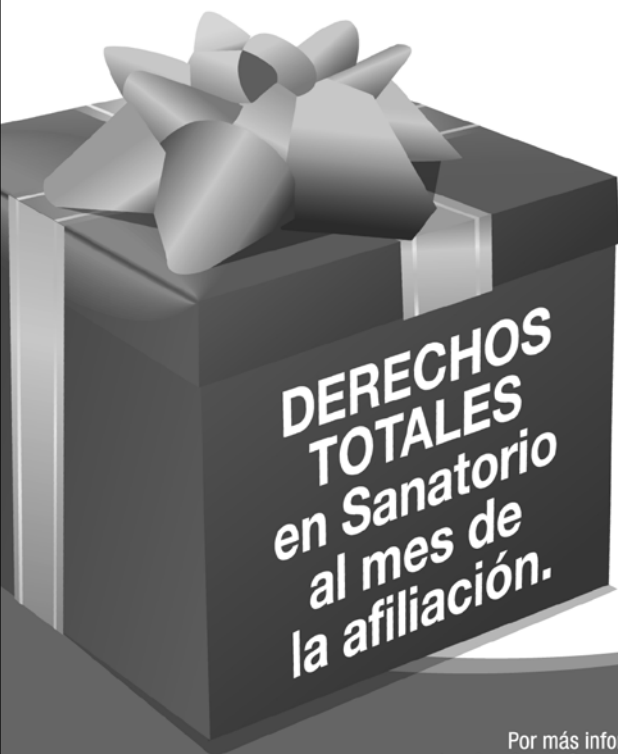
Con el mismo se lograron ampliamente los objetivos esperados. Evaluadas las encuestas

realizadas a los asistentes, la mayoría opinó que el nivel de profundización de los temas tratados fue muy satisfactorio. También de ellas recogimos el interés de los participantes en retomar algunos de los temas de las conferencias para reafirmar conceptos, ampliar algunos que quedaron acotados por motivos de tiempo y trabajar más aplicando los mismos en viñetas clínicas.

En este sentido realizaremos un nuevo curso el año que viene y esperamos contar con sugerencias y opiniones que puedan enriquecernos a todos.

Mariela Bonilla.

Coordinadora del Comité de DPMC.



Lo que esperabas para vos y tu familia

Pensando en vos, en Alcance fuimos los creadores del **Plan Convenio Familia**, un plan con **cobertura para vos, tus padres, tu cónyuge e hijos** por una **única cuota mensual bonificada y con beneficios adicionales sin costo.**

Además, si lo hacés **antes del 30 de Setiembre**, **podrás tener derechos totales en Sanatorio al mes de la afiliación.**

Promoción para afiliados de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.



Alcance
SERVICIO DE COMPAÑÍA

SESIÓN CIENTÍFICA JULIO 2012

LOS MISERABLES: Psiquiatría de la Exclusión

¡Hombre al agua!

No por ello se detiene el barco. El viento sopla; el buque tiene una senda trazada, que inexorablemente debe recorrer.

El hombre desaparece y vuelve a aparecer; se sumerge y sube a la superficie; llama; tiende los brazos, pero nadie le oye; la nave continúa, su miserable cabeza no es más que un punto en la inmensidad de las olas. Sus gritos desesperados resuenan en las profundidades. Observa el espectro de la vela que se aleja, decrece, desaparece.

Allí estaba él hacía un momento, formaba parte de la tripulación, iba y venía con los demás, tenía su parte de aire y de sol; estaba vivo. Pero resbaló; cayó. Todo ha terminado. Parece que el agua se ha convertido en odio. Pero todavía lucha, trata de defenderse, de sostenerse, hace esfuerzos, intenta nadar. En su agonía asiste a la demencia del mar. La locura de las olas es un suplicio. Llega la noche; ya hace horas que nada; sus fuerzas se agotan; aquel buque, aquella cosa lejana donde hay hombres, ha desaparecido; se encuentra solo en el formidable abismo crepuscular.

Entonces se abandona; toma el partido de morir, se deja llevar, se entrega a la suerte y rueda para siempre en las lúgubres profundidades del sepulcro.

¡Destino implacable el de las sociedades humanas, que van perdiendo a los hombres y a las almas en su camino!

El mar es la inmensa miseria, inexorable noche social en la que se arroja a los condenados. El alma, navegando en ese abismo, puede transformarse en un cadáver, ¿quién la irá a resucitar? (Víctor Hugo, Los Miserables)

La vida empieza bien, empieza encerrada, protegida, toda tibia en el regazo de una casa. Antes de ser "lanzado al mundo", el hombre es depositado en la cuna de la casa. Es el primer mundo del ser humano. Lo sostiene a través de las tormentas del cielo y de los tormentos de la vida. Es cuerpo y alma. Todos los refugios, todos los albergues, todo espacio realmente habitado lleva como esencia la noción de casa, ese no-yo que protege al yo.

Algo cerrado debe guardar los recuerdos y el valor de las imágenes: la casa es el mayor poder de integración para el pensamiento, la memoria y los sueños del hombre. Al perderla, pierde su rincón en el mundo. (G. Bachelard, La poética del Espacio).

Aquel que cayó del mundo en que vivía quedando en la calle, despojado de todo lo que fue, de lo que tuvo y de lo que soñaba, ha quedado excluido, y sin la posibilidad de identificarse humanamente en su nueva condición.

Sorprendido al principio, pone en marcha mecanismos de defensa, se mantiene a flote, sostiene la investidura afectiva de los objetos sociales y los pilares de su identidad. Luego, humillado, se enoja mucho, después se cansa, sufre, lo acometen vivencias psíquicas que van desde la angustia hasta la nada, y finalmente -extenuado- elige la nada.

De ese anonadamiento psíquico al que llamamos Síndrome de Autoexclusión, tenemos que hablar.

LA SITUACIÓN DE CALLE COMO FORMA DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Hay un aluvión de personas en calle, cientos

de seres humanos viven y pernoctan a la intemperie. Segregados, invisibles, accidentes poco relevantes de un paisaje humano al que nos fuimos acostumbrando.

Están los que trabajan, los que piden y los que roban, alcohólicos y adictos, enfermos psiquiátricos, discapacitados, y unos pocos que aparentan estar sanos. Todos sin embargo son excluidos, todos están alienados, en el sentido de pérdida de la razón, de la libertad, o de ambos.

Hacia la situación de calle están bien señalizados los caminos de llegada: pobreza, analfabetismo, negritud, discapacidades, catástrofes económicas y familiares, adicciones y enfermedades mentales invalidantes... en suma: exclusión.

Una vez perdidas las redes familiares y sociales de sostén, muy pocos encuentran el camino de retorno, quedando apartados.

Y quedar aparte es el máximo castigo de un ser humano, porque el individuo aislado es inconcebible: siempre se es con referencia a un grupo, ya sea perteneciendo o sintiéndose al margen de él.

En la actualidad, la marea de la Modernidad, hace difícil que podamos seguir todos en el mismo barco. La vida tiende a organizarse basada en la convicción de que el débil debe ser excluido, el débil tiene que irse.

Como en un reality show, alguien siempre debe salirse, lo que importa es que no sea uno mismo. Las alianzas son transitorias, cada cual salva su pellejo, la exclusión es inevitable. No hay lugar para todos, y todos, enfrentamos, el peligro lejano o próximo, de ser excluidos. La amenaza es constante. (Z. Bauman, La Modernidad Líquida).

En su obra "Malestar en la Cultura", Freud se refiere al sufrimiento de origen social como el más difícil de aceptar por el sujeto, el más doloroso, y lo atribuye al funcionamiento

deficiente de los dispositivos que regulan las relaciones de los seres humanos entre sí: familia, estado y sociedad. (S. Freud, El Malestar en la Cultura).

Vivir en la calle no puede considerarse una opción, es la situación social de mayor restricción de libertades y derechos humanos que se pueda concebir.

DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL A LA AUTOEXCLUSIÓN

Una persona psíquicamente sana, cuando cae, lucha, mantiene a flote sus valores y la representación del mundo. Es gregario, si inicialmente no acepta ayuda institucional, por ejemplo negándose a acudir a los Refugios, es para evitar identificarse con el abatido, en un aferramiento saludable a la esperanza de volver. Pero de prolongarse, la situación de calle lo humilla y lo mortifica tanto, que termina por expulsar de sí lo que lo hace sufrir, que es precisamente aquello que fue histórico-personal, todo lo que quiso o meramente tuvo.

De este modo se llega a la Autoexclusión, desalojando del psiquismo el recuerdo de los seres y de las cosas, renunciando a todos los vínculos que desde el nacimiento lo fueron construyendo, hasta alcanzar un anonadamiento hipoestésico donde no haya frío ni calor, asco, vergüenza, esperanza o dolor. La abolición de la parte más subjetiva y sustantiva de la propia existencia, despersonaliza al ser humano quedando sólo un fantasma de sí mismo, un mero vestigio corporal. Y así, desaparecido, siente que está bien.

En el caso de la persona que deriva en la situación de calle teniendo previamente un trastorno psiquiátrico, al desembocar en el contexto pernicioso del aislamiento social, acelera su curso, exagera los síntomas negativos, va sumando desgracias y penalidades

y se agrega, al trastorno de base, la Autoexclusión. El trauma del aislamiento social, no sólo agrava la enfermedad preexistente, sino que provoca, como mecanismo inicialmente defensivo, un nuevo desgajamiento psíquico, por el cual, el excluido se desentiende del mundo y se vacía de él.

LA ESCISIÓN COMO DEFENSA

Es mucho lo que debe ser deconstruido, hasta quedar despojado interiormente.

El recién deshabitado, atesora cosas o mantiene hábitos que son reliquias de la vida del hogar, pero la situación de calle exige el abandono de todo lo superfluo, e impone la sustitución de lo que era una manera de vivir por una estrategia para sobrevivir.

En una lógica de supervivencia, la memoria subjetiva y la sensibilidad son estorbos que deben ser desalojados, junto con la representación que se tenía del mundo y la propia historia personal.

Al perderse la historicidad biográfica, restitutamente, se instala el delirio en su lugar. La persona se condena a un existir delirante que, paradójicamente, le permite no sufrir.

El Dr. Henry Engler lo ha dicho: tras años de aislamiento siendo rehén de la dictadura, asediado por una angustia sin tregua, halló el nirvana autoexcluyéndose. Se alimentaba con una galleta diaria y un poquito de leche en polvo, permanecía todo el tiempo frente a una pared, mirando en ella fijamente, un círculo, sin pestañear y a los recuerdos de todo lo perdido, que hasta entonces le provocaban un sufrimiento insoportable, los encerraba ahora en ese círculo, haciéndolos desaparecer.

“Sentía el dolor -dice-, lo sentía, pero como en otro plano y entonces comencé a delirar”.

(de la película El Círculo).

La descripción de Engler coincide con el concepto de “desmentida” en la obra de Freud, y la consecuente escisión del yo como mecanismo de defensa, en la que, enfrentado a situaciones extremas, “se sacrifica el juicio de realidad, para instilar la creencia de que no hay razón alguna para tener miedo”. (S. Freud, Esquema de Psicoanálisis, La escisión en la defensa)

No se trata de un trastorno disociativo, sino de escisión o clivaje, un mecanismo de defensa tajante, que opera en diferentes situaciones de abuso o de aislamiento, y cumple, por un tiempo al menos, una función adaptativa. Se produce una escisión psíquica que consigue, prescindiendo de la realidad, abolir el sufrimiento y hacer posible la subsistencia, con el mínimo gasto, en condiciones casi de hibernación, como una vida enquistada a la espera de otras condiciones.

Pero este clivaje, de persistir, tiende a organizarse, constituyendo en sí mismo un fenómeno psicopatológico grave, irreparable y abismal.

En todo momento, existe el riesgo psíquico de que lo prescindido retorne; eso explica las conductas aparentemente extrañas de rechazar toda ayuda o contacto humanizante, de rehusar propuestas que lógicamente mejorarían las condiciones de vida, pero que conllevan el peligro de volver a sentir. Muchas reacciones terapéuticas negativas y algunas conductas paradójales, que confunden y desalientan a los trabajadores sociales, pueden ser explicadas por este mecanismo de defensa.

Un episodio de alcoholización, puede revertir de súbito la escisión y la prescindencia, provocando actings violentos o comportamientos inesperados, debido a la suspensión momentánea del anoadamiento defensivo.

EL DELIRIO DE IDENTIDAD

Desde el punto de vista psicopatológico, el clivaje parece ser lo primordial, cabiéndole al delirio un papel secundario.

Los autoexcluidos construyen, con fábulas y alucinaciones, delirios más actuados que vividos, que consisten generalmente en la dramatización de roles. A veces francamente iracundos y expansivos, otras estereotipados y laboriosos, encarnan -igual que en el teatro callejero- a personajes triviales y sobreactuados, que tal vez estén sustituyendo al ser humano que pudieron o desearon ser. Una mujer en situación de calle, usa barba postiza, e imposta voz y postura como para infundir, proyectivamente, el temor.

Otra, barre noche y día una plaza arbolada en la que vive y cambia a cada rato, inútilmente, su carpita de lugar; aunque duerme sentada, come con la mano y ya no se higieniza, asegura ser la hija de una reina. Un hombre bajo un toldo en una esquina, una especie de antiguo portero de banco, siempre atareado con su vieja máquina de escribir sin cinta y sin papel, dice solícito "pasen a mi oficina". Lleva al cuello un collar extravagante: hilo sisal que enhebra por su ojo, hojas de tijera. De una en una, por supuesto: desmontadas las hojas, escindidas. Algún sentido debe tener esta composición absurda de personajes.

¿Deliran -digamos- realmente, o sueñan que son?

EL SINDROME DE AUTOEXCLUSIÓN

El Síndrome de Autoexclusión, fue descrito inicialmente por Jean Furtos, que dirige en Lyon el Observatorio Nacional de la Prácticas en Salud Mental ("Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale", résultat de deux recherches-actions, décembre 1999). En resumen, es el resultado de la exposición

prolongada del yo a situaciones atroces de abuso y de aislamiento.

En su primera etapa se caracteriza por desánimo, una desesperanza que va dando paso a la desesperación, y después a la iracundia y al odio.

Luego se produce el clivaje, que empieza por provocar anonadamiento afectivo e intelectual, y una hipoestesia corporal llamativa que los médicos de las puertas de Emergencia y de las ambulancias conocen bien; es impresionante.

En tercer lugar, con la profundización del clivaje, se establece la prescindencia del mundo, que se traduce en actitudes de aparente desdén e, interiormente, consiste en un trabajo de demolición de la memoria, una progresiva omisión de la representación psíquica de los objetos, los vínculos y la propia historia personal.

En cuarto lugar, como relleno, se instala ese delirio de identidad.

La siguiente etapa es la muerte, la peripecia ha derrotado al ser humano, que depone toda defensa, se abandona a su suerte y se deja morir.

El clivaje, una vez que se ha organizado, puede ser tan irreversible como la muerte. La prescindencia u omisión psíquica de la realidad, así como el delirio, remiten en forma parcial o casi totalmente debido a la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y -sobre todo- a la reinclusión del paciente en un ámbito social o institucional donde recupera su nombre, se le trata como persona humana, se siente protegido, cuidan de él. Pero si la escisión ya ha cristalizado, en el fondo del abismo algo debe quedar: escombros del yo demolido, o vestigios del intento delirante de reconstrucción.

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME

En sus primeras etapas, el Síndrome de Autoexclusión es plenamente reversible, luego remite en forma solamente parcial, permaneciendo la escisión como secuela, lo cual se expresa clínicamente por un corte en la noción de realidad o -como si fuese tejido de granulación reparatorio- por un trasfondo delirante.

Por ejemplo: el hombre de las hojas de tijera, cuando llegó a la Colonia Etchepare en Agosto de 2010, había recibido atención en el Hospital Vilardebó, pero sólo durante dos semanas. Sin embargo, al ingreso en la Colonia, se consigna en la Historia Clínica que ese hombre “de 57 años aporta datos biográficos imprecisos de escasa confiabilidad, está tranquilo, eutímico, no presenta elementos delirantes, autorreferenciales, alucinatorios, ni automatismo mental. Tiene los pragmatismos alterados globalmente. El pensamiento es pobre y no logra armar su historia de vida, no pudiendo dar cuenta de múltiples sucesos”.

El hombre del simbólico collar, que vivió durante años bajo un toldo en una esquina de Capurro creyéndola su oficina, maníaco, inabordable, dos semanas después estaba eutímico y no deliraba. Extraña forma de alienación ésta, de apariencia radical, que mejora más por el trato que por los tratamientos.

En una entrevista reciente, de Julio de 2012, el hombre de las hojas de tijera, que no recibe medicación psiquiátrica, habló de su infancia en Tacuarembó, la falta de padres, su escolaridad, los trabajos, la tía con la que vivió en Melilla, su alcoholismo, el cisma familiar, la calle...y luego consigue recordar a partir de los últimos dos años de su vida, desde que llegó a la Colonia, cuando volvió a tener un techo y un grupo y un lugar de pertenencia.

Pero de los largos años vividos en la calle, nada; supone cosas, pero no recuerda nada: su máquina de escribir, el extraño collar, el personaje y la oficina, todas las cosas y el tiempo aquel, fueron recortados como por una tijera. Esta persistencia de la omisión de un sector de la realidad, da cuenta del carácter irreversible del clivaje llegado a un cierto punto.

Y la mujer de la placita de la Seccional Décima, que vivía bajo una carpa, y barría y deliraba, frente a Lou Bizarro. Cuando ingresó a la Colonia en el mes de Mayo de 2009, tras un pasaje también breve por el Hospital Vilardebó, fue diagnosticada como una Esquizofrenia compensada (iya estaba compensada!), y como diagnóstico diferencial: Parafrenia. El clínico que formuló este planteo diagnóstico, pudo ver el clivaje. En una entrevista posterior, de Julio de 2012, la paciente se mostró capaz de reconstruir, sin omisión alguna, su triste historia. Fue criada por padrinos, hasta que en Quinto año escolar murió inesperadamente el hombre “y se vino todo barranca abajo”. La peripecia posterior es contada al detalle por esta mujer de 60 años, que trabajando desde niña soportó de todo y rodó por diferentes casas y ciudades, hasta llegar a Buenos Aires donde conoció a un uruguayo, tuvieron una hija y convivieron hasta los 5 años de ésta, cuando el hombre enfermó y murió. Volvió con su hija a Montevideo; trabajando en varias casas pagaba la Pensión en que vivían y un colegio religioso en el que habían aceptado a la niña por un costo subsidiado. Un día como cualquier otro, con casi 15 años, la muchacha fue para su colegio de la calle Soriano y no regresó. Movié el cielo y la tierra buscándola, pero no la vio más. El relato es minucioso y conmovedor, al no haber omisión de lo real, sólo cabría supo-

ner la persistencia del clivaje si existiese un trasfondo delirante.

-Me enfermé de angustia -dice- y empecé a perder trabajos, un día ya no pude trabajar más y quedé en la calle. Como me pasaba todo el tiempo en la iglesia, rezando, empecé a dormir cerca de allí, en la plaza. Todos me ayudaban, el comisario fue como un padre.

-Usted fue criada por padrinos, ¿conoció a sus padres?

-No, no los conocí; esto no sé si decirlo... mi padrino conocía a un representante de la Reina y cuando ella llegó a puerto, me dio a mi padrino. Porque yo soy hija de la Reina

Dr. Esteban Acosta.



Equipo de Acompañamiento
Terapéutico Agora-Uruguay

El Acompañamiento Terapéutico es una práctica clínico- ambulatoria de índole terapéutica, complementaria a los distintos tratamientos en salud mental, con eficacia comprobada en la atención de pacientes que habitualmente desbordan los dispositivos tradicionales.

Somos un equipo de psicólogos con formación en acompañamientos terapéuticos, trabajando en el medio desde hace 3 años. Contamos con un espacio de contención y orientación familiar y reuniones de supervisión semanal, dirigidos por la coordinación general del equipo. Desde allí se promueve el intercambio y la discusión de las estrategias de intervención a partir de una mirada desfragmentada del día a día del paciente.

- Abordaje en patologías agudas y crónicas, con especial eficacia en: trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, fobias sociales y trastornos alimentarios.
- Mantenemos una comunicación fluida con el profesional derivante, con el fin de informar elementos que aporten al tratamiento, pautando en cada caso, la frecuencia y el modo de devolución.
- Contamos con un espacio de interconsulta con profesionales externos - Ágora Argentina- de reconocida trayectoria en el ámbito de los acompañamientos terapéuticos.

COORDINACIÓN GENERAL

Lic. Estefanía Acosta - 098 52 12 50

Lic. Carina Rojas - 095 38 46 47

CONTACTO

Mail - agorauy@yahoo.com

Web - www.agora-at.com.ar

SESIÓN CIENTÍFICA AGOSTO 2012

Actividad científica conjunta

APLICACIONES DE LA FÁRMACO GENÓMICA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

Sobre este tema, que ya es una realidad en otros países y tiene gran proyección de futuro, expondrá y dialogará la **Dra. Marjorie Hawkins**, distinguida Psiquiatra Uruguaya, que ejerce su práctica en EE.UU.

INVITAN:

Clínica Psiquiátrica Prof. Dra. Stella Bocchino
Clínica Psiquiátrica Pediátrica Prof. Dra. Laura Viola
Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Psiquiatría
de la Infancia y la Adolescencia
Asociación de Psiquiatras del Interior
Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay



29 de Agosto de 2012 | Hora 20:30
Salón de actos de Laboratorios CELSIUS
Valdense 3624, casi 19 de Abril.

CUPOS LIMITADOS

Confirmar asistencia al Tel.: 2712 3534.
El ingreso de quienes no hayan confirmado previamente,
está sujeto a la disponibilidad de lugares.

 **CELSIUS**
Medicamentos de alta calidad

Actas Españolas de Psiquiatría - Vol.40 - Nº 2 – Intervención temprana en Trastorno Bipolar: el programa Jano del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Cuadernos de SUPIA - Año I - Nº 1 - Diciembre 2011

Psychiatric Annals – Vol. 41 - Nº 9 - September 2011 - Cancer and Depression – **Colaboración Laboratorio Gador S.A.**

Psychiatric Annals – Vol. 41 – Nº 10 - October 2011 – Obesity in Serious Mental Illness – **Colaboración Laboratorio Gador S.A.**

Psychiatric Annals – Vol. 41 - Nº 11 - November 2011 - New Directions in Eating Disorder Research and Treatment – **Colaboración Laboratorio Gador S.A.**

SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA DEL URUGUAY

SESIÓN CIENTÍFICA SETIEMBRE 2012

Adherencia e insight en Trastornos Bipolares Diagnóstico y abordaje de un problema crítico

**Dr. Sergio Strejilevich
(Argentina)**

Viernes 28 de Setiembre de 2012 - Hora: 20:30

LUGAR: Salón de Actos SMU

SOCIOS: Entrada Libre - NO SOCIOS: \$ 300

2012

Octubre

- 10 – 13 XXX CONGRESSO BRASILEIRO DE PSIQUIATRIA "Psiquiatría, ciencia y práctica médica". Natal, Brasil.
Informes: www.abp.org.br
- 17 – 21 CONGRESO INTERNACIONAL DE LA WPA - Praga, República Checa.
E-mail: Wpaic2012@guarant.cz - Web: www.wpaic2012.org

Noviembre

- 08 – 11 CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER - Budapest, Hungría. I
Informes: secretariat@cpadconference.com - Web: www.cpadconference.com
- 16 – 19 XXVII CONGRESO APAL "Identidad y Vigencia de la Psiquiatría Latinoamericana: Unidad en la Diversidad". Buenos Aires, Argentina.
Informes: www.apalcongreso2012.org

Diciembre

- 01- 04 LXVII Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía "La Dimensión Humana de las neurociencias"- Hotel Villa del Río, Valdivia. Informes: www.sonepsyn.cl

2013

Enero

- 10 – 12 REUNIÓN REGIONAL DE LA WPA - Asunción, Paraguay. Organiza Sociedad Paraguaya de Psiquiatría.
Informes: E-mail: sociedad@psiquiatriaparaguaya.org



Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Montevideo - Uruguay | Teléfono: (598) 2401 4701* int. 160 | Fax: (598) 2402 0172
E-mail: socpsiquiatria@spu.org.uy | Sitio web: <http://www.spu.org>

Comisión Directiva (2009-2011)

Presidente

Dra. Cecilia Idiarte Borda.

Vicepresidente

Dr. Rafael Sibils

Secretaria

Dra. Mariela Bonilla

Tesorera

Dr. Luis Eduardo Villalba

Vocales

Dr. Fredy Pagnussat

Dra. Ana María Moreno

Dr. Adrián Curbelo



ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

ORDEN DEL DIA

- 1. Memoria Anual**
- 2. Balance al 31 de Julio de 2012**
- 3. Designación de Socio Honorífico**
- 4. Designación de dos concurrentes para firmar el Acta correspondiente**

12 de Setiembre de 2012

20:30 Horas

SALA PSIQUIATRIA DEL SMU