

ACERCA DE LA PSICOTERAPIA Y LOS PSIQUIATRAS

El Ministerio de Salud Pública señala que a partir de enero de 2011 se comenzará a requerir a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y Servicios de Salud Estatales que brinden psicoterapia, y que en pocos años esta disciplina alcanzará a todos quienes la necesiten y requieran.

No sabemos aún las condiciones en que se prestará, quiénes estarán habilitados para llevar adelante los tratamientos, bajo qué condiciones trabajarán y tampoco conocemos detalles de la organización de las prestaciones.

Saludamos transitoriamente el encomiable y auspicioso propósito de poner en marcha mecanismos para ofrecer tal terapéutica a toda la población, a la espera de datos oficiales acerca de su instrumentación que nos permitan apreciaciones y comentarios mejor fundados. Esta es además una oportunidad para reseñar algunas ideas acerca de las psicoterapias.

¿De qué hablamos cuando nos referimos a psicoterapia?

Según una enunciación elaborada hace algunos años por el Capítulo de Psicoterapias de nuestra Sociedad:

La psicoterapia puede definirse como un sistema interactivo entre un individuo o grupo que asumen el rol de Pacientes y un individuo o grupo que asumen el rol de

Psicoterapeutas.

Actúa en y a través del psiquismo, y tiene como propósito suprimir o disminuir síntomas, trastornos, limitaciones y sufrimientos mentales y/o físicos. Asimismo, permite enfrentar crisis vitales de diversos orígenes, propiciando un mejor funcionamiento y mayor bienestar. También puede ser su meta el desarrollo positivo de la vida emocional de personas no enfermas. De este modo, es en muchos casos preventiva. En todo caso, se trata siempre de mejorar la calidad de vida del usuario.

Su base es el vínculo entre psicoterapeuta y paciente; es el tratamiento a través de una relación personal y específica.

La técnica psicoterapéutica -arte o habilidad basada en conocimientos científicos- sirve a un proyecto dirigido a satisfacer el deseo y/o necesidad de la persona de cambiar la relación consigo mismo y con su entorno.

Muy, muy breve historia

Desde antiguo, en muchos pueblos existieron personas que trataban la ansiedad, depresión y crisis vitales. Sanadores, chamanes, "personas de la medicina", religiosos e individuos instruidos en procedimientos que mejoraban al sufriente y utilizaban métodos que podrían vagamen-

te considerarse precursores de las psicoterapias actuales.

Hace unos 200 años comenzaron a aparecer métodos con sesgo científico cuando Phillippe Pinel (1745-1826) propuso su "tratamiento moral" y médicos como Franz Mesmer (1734-1815), James Braid (1795-1860) y Jean Martin Charcot (1825-1893) en distintos países hicieron ver que la hipnosis podía ser útil como terapéutica. Múltiples reportes del siglo XIX registran el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas en Europa, y a fines de dicho siglo Sigmund Freud (1856-1839) y sus seguidores sistematizaron determinados procedimientos. Así, la psicoterapia como saber reglado y formal, *-como arte o habilidad basado en conocimientos científicos-* apareció ligada a la medicina, la neurología y la psiquiatría. A comienzos del siglo XX médicos y luego psicólogos y profesionales de disciplinas sociales y la salud (asistentes sociales, maestros, enfermeros), realizaban psicoterapias en sentido estricto.

En el mundo y en nuestro medio, *psiquiatría y psicoterapia* tienen una relación profunda y rica, con cambiantes avatares. Desde mediados del siglo XX las psicoterapias -con fuerte impronta psicoanalítica- ocuparon lugares primordiales en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales y las psicosomáticas, pretendiendo incluso abarcar situaciones que poco tenían que ver con sus capacidades. Muchos conceptos, aspectos técnicos, prácticas y léxico originados en las

psicoterapias se extendieron a la psiquiatría, medicina y otras disciplinas vinculadas a la salud. Predominó por entonces una cierta "*psicologización*" que infiltró la psiquiatría y condujo a un problemático alejamiento entre esta especialidad y la medicina.

Posteriormente -quizá como reacción- surgieron perspectivas fuertemente centradas en el modelo médico, *organicistas* y aglutinadas en torno a la clasificación (DSM-IV y CIE 10), con enfoques diagnósticos basados en configuraciones estadísticas a partir de las cuales casi en forma automática se definen terapéuticas. Estas son de predominio organicista (farmacológicas, ECT, psicocirugía), aunque también proponen enfoques psicoterapéuticos breves que apuntan sobre todo al control sintomático.

En este transcurso fueron apareciendo ramas divergentes en el seno de la psiquiatría, en una amplia gama que va desde una visión casi netamente psicologista hasta el extremo puramente organicista. En tales vaivenes no han estado ausentes luchas por poder, intereses económicos, modas, conveniencias, rigidez, soberbia, ignorancia y prejuicios.

Mas la lógica, sumada a cierto malestar dentro de las estructuras y técnicos que trabajan en salud mental, así como de los pacientes y sus familias, ha estimulado hoy un equilibrio que parece adecuarse a la realidad clínica y con el que nos proponemos ser consecuentes. Podría decirse que los modelos integradores -más com-

prensivos, creativos y abiertos- ganan espacio.

Datos y Resultados

Hoy no tiene sentido preguntarse acerca de la eficacia y la eficiencia (relación recursos-resultados) de la psicoterapia. Múltiples meta-análisis y revisiones muestran su valor para mejorar la calidad de vida de las personas y reducir costos en salud. Aproximadamente 75% de quienes la reciben son beneficiados, aunque 25% no muestran mejoría, e incluso 5 a 10% de este grupo empeoran en relación al inicio del tratamiento.

Las psicoterapias son formas de abordaje de la patología psiquiátrico-psicológica altamente *abarcativas*. Una buena aproximación realizada por un técnico competente evalúa no sólo aspectos clínicos y psicopatológicos, sino diversos ejes: somáticos, sociales, relacionales, creencias y convicciones, capacidades y posibilidades, etc. No quiere decir esto que el psicoterapeuta pueda resolver toda la problemática de una persona, pero a buena parte de ella podrá aproximarse desde un lugar privilegiado por los aspectos transferenciales.

Además, los tratamientos psicoterapéuticos pueden ser -al mismo tiempo- sumamente específicos y enfocar campos puntuales y concretos, profundizando en cada problema y circunstancia, buscando orígenes y soluciones. Pueden dedicarse muchas horas de trabajo a un aspecto

concreto de la vida del paciente.

Es importante destacar que hay problemas y trastornos que son sólo abordables mediante Psicoterapia, para los que nada sirven otros recursos. Que para ciertas patologías la psicoterapia es tan o más efectiva que la farmacoterapia y que en otros casos la combinación de ambas es superior a cada una por separado. También debe mencionarse que la psicoterapia presenta menos efectos adversos que los fármacos.

Así, sabemos que *el fenómeno complejo y global que es la psicoterapia da resultado*.

Además existen presunciones consistentes acerca de cómo funciona en términos de los soportes orgánicos que lo subtienden, desde el *nivel molecular hasta el de las estructuras del neuroeje*. Tales hipótesis toman en cuenta los genes y estructuras que determinan la neurobioquímica, y proponen explicaciones acerca del impacto de la experiencia en términos de plasticidad neuronal. De hecho, como lo plantea Eric Kandel, todo proceso mental deriva de operaciones del cerebro, por lo que *las enfermedades mentales son siempre trastornos de la función cerebral*, aun cuando su causa sea ambiental.

Asimismo, las experiencias vitales -físicas o psicológicas- interactúan con otros factores (genéticos, biológicos, ambientales, psicológicos, socioculturales) determinando respuestas que dependen de circuitos preformados, pero también de otros en continua formación. La psicoterapia - como estímulo ambiental privilegiado por

su valor emocional y conceptual- promueve cambios comportamentales modificando la actividad de las conexiones neuronales, lo que a su vez induce modificaciones en su anatomía.

Más acerca de los psiquiatras y la psicoterapia

Históricamente nuestra formación –médica- tiende a buscar las mejores soluciones (curativas, paliativas o para mitigar el sufrimiento) y se inclina fuertemente hacia utilizar todos los recursos disponibles: la psiquiatría tiene como responsabilidad y cometido aportar todo lo que le sea posible para diagnosticar, prevenir y tratar la patología psíquica, disminuyendo el sufrimiento y la pérdida de libertad que conlleva. Las psicoterapias son un instrumento potente para ello; para casi todas las patologías y situaciones que los psiquiatras enfrentamos existe algún tipo de aproximación psicoterapéutica útil en mayor o menor grado.

Así, la formación e identidad del psiquiatra deberían incluir el concepto de que no es posible ejercer buena psiquiatría sin conocimientos y acciones de psicoterapia, del mismo modo que sería impensable llevarla adelante sin adiestramiento en recursos médicos o psicofarmacológicos.

Aunque más de la mitad de los psiquiatras refieren tener estudios de psicoterapia y utilizarla en su trabajo -en general en la práctica privada- es claro que tal recurso muchas veces queda en segundo plano en la mayor parte del ejercicio profesional.

Pareciera que la formación (universitaria y recibida en varios ámbitos), identidad e intereses del psiquiatra en cuanto a terapéutica suponen esencialmente trasladar lo que ha aprendido en medicina somática a la enfermedad psiquiátrica: medidas pragmáticas, consejos bastante lógicos y tratamiento estrictamente farmacológico. No se trata de que *explícitamente* se desestime la psicoterapia, o que se la ataque, o se la desvalore en forma consciente e intencionada. *Teóricamente* se le da lugar, y en la mayoría de las exposiciones acerca de temas de clínica psiquiátrica o de psicopatología, luego de amplias discusiones diagnósticas y planteos terapéuticos organicistas, en los últimos minutos, cuando los asistentes comienzan a retirarse, se hace alguna referencia a ella. En general alcanza con una imprecisa mención de tipo “ah, no debemos olvidar que este paciente (o esta patología, o esta situación clínica, etc.) necesitaría además psicoterapia” para cumplir con la formalidad y concluir la actividad.

Habitualmente esto sucede de modo implícito; parece que la mayoría de los psiquiatras tuviéramos arraigada la idea de que hay que atender en primera instancia lo orgánico mediante fármacos y que para lo demás siempre habrá tiempo y eventualmente recursos.

No queda claro cuáles son las razones que motivaron este progresivo distanciamiento de la psicoterapia como ejercicio inherente a la psiquiatría. Probablemente son variadas: la incidencia de los modelos clasificatorios, la estructura de los servicios

de salud, las carencias en la formación, la asequebilidad y sencilla instrumentación del recurso farmacológico, el rápido acceso al empleo médico cuando el profesional opta por modelos tradicionales.

También inciden posturas filosóficas, ideológicas, e incluso religiosas, mas no es del caso extendernos aquí en estos aspectos. Por supuesto, algo tienen que ver los intereses económicos, particularmente el de la industria de los psicofármacos, pero también el de algunas personas e instituciones asistenciales.

De especial relevancia como obstáculo para estos tratamientos son las legítimas críticas y el desprestigio que ciertas escuelas, aplicaciones y/o técnicos de las propias psicoterapias han generado. Hay posturas rígidas e intransigentes -algunas rayan en lo ridículo o absurdo- que surgen desde distintas líneas de psicoterapia y obstaculizan la credibilidad de la disciplina. Abusos, errores y acciones de personas que no están en sus cabales o actúan con mala fe, también han repercutido en la credibilidad de las técnicas psicoterapéuticas.

Seguramente la combinación de varias de las razones arriba expuestas ha llevado a que el lugar de las psicoterapias haya sido minimizado, aun cuando constituyen un recurso que beneficiaría a nuestros pacientes y nos haría sentir más útiles y efectivos frente a ellos. Particularmente, cuando la mayoría de los psiquiatras tenemos posibilidades de acceder con relativa facilidad -dada la instrucción de grado y postgrado que compartimos- a teorías y

técnicas de psicoterapia.

Es un territorio que en buena medida hemos dejado de lado, tanto en su ejercicio profesional como en su indicación. Parece entonces necesario propender a incluirlas en primer plano como parte del arsenal terapéutico del psiquiatra.

Para ello son importantes algunos puntos:

- 1) Es prioritaria una formación que integre plenamente y desde un principio las psicoterapias en su real dimensión, de modo de consolidarlas como recurso inherente a la psiquiatría.
- 2) La existencia de estructuras de salud que permitan al psiquiatra derivar con fluidez pacientes a terapeutas confiables, si es que él no puede o desea llevar el tratamiento adelante.

Para aquellos pacientes diagnosticados como portadores de patología psiquiátrica el tratamiento debería siempre ser indicado por un psiquiatra, y además evaluado en sus resultados por él. No sería tan así para las personas que deciden consultar por problemas de corte existencial, cuya subjetividad y acciones no sean clasificables dentro de los trastornos psíquicos. Pero para aquellos cuyos síntomas constituyan enfermedad psíquica, la continuidad de la observación del psiquiatra es necesaria. Habrá casos en que los límites no sean claros y otros en los que son obvios (enfermedades graves que requieran rehabilitación, por ejemplo).

- 3) Generar ámbitos y posibilidades para que el psiquiatra efectúe psicoterapia como técnica específica, en horas defini-

das además de las que destina a la actividad clínica y que reciba una remuneración acorde a la prestación.

4) La entrevista en clínica psiquiátrica es siempre –o debería ser, si se realiza correctamente– un encuentro con cualidad psicoterapéutica en sentido amplio. Conseguir que la consulta sea efectuada en ámbitos y con tiempos adecuados, que las entrevistas tengan frecuencia y duración suficientes para permitir a los psiquiatras diagnósticos e intervenciones que integren a la clínica conocimientos y acciones psicoterapéuticas, es imprescindible.

5) Tener en cuenta algunas características específicas del psiquiatra en su tarea como psicoterapeuta:

Para un psiquiatra es difícil escudarse con éxito tras una práctica psicoterapéutica teórica, aplicar un procedimiento estandarizado y conformarse con los resultados. Partimos de una formación que desde el inicio de la carrera propone casi como obligación resolver los problemas o dar respuestas concretas que mejoren la situación, lo que supone altos niveles de compromiso con el paciente. Dado que en el aprendizaje la flexibilidad y el eclecticismo son condiciones valiosas, muchas veces el psiquiatra puede integrar diver-

sos recursos eficazmente.

Por otro lado, es prácticamente imposible que el médico soslaye los ejes diagnósticos, independientemente del valor que les dé en el modelo psicoterapéutico que utiliza.

Además, el psiquiatra ha estudiado el cuerpo y la mente. Para el entorno social suele encarnar la fantasía del que todo lo sabe, con la carga que ello conlleva. De hecho, puede conjugar procedimientos médicos, psiquiátricos y psicoterapéuticos, lo que trae aparejados beneficios y complicaciones, pero es insoslayable en la práctica cotidiana.

6) Parece importante que nuestra Sociedad de Psiquiatría como colectivo y cada psiquiatra desde su lugar, aliente críticamente un sistema de salud que contemple la eficacia y eficiencia de la psicoterapia. Por derecho propio nos corresponde un lugar relevante en él. Se trata de no resignarlo, ampliarlo y consolidarlo.

Estimados compañeros agradecemos nos hagan llegar opiniones acerca de los conceptos expuestos, a la dirección de correo electrónico:

socpsiquiatria@spu.org.uy

COMISIÓN DIRECTIVA

CONDICIONES DE TRABAJO MÉDICO

El Sindicato Médico del Uruguay ha convocado con gran éxito a todas las Sociedades Científicas para trabajar en conjunto sobre condiciones de trabajo médico, frente a las nuevas negociaciones en el Consejo de Salarios en el ámbito privado y para la renovación del convenio en el sector público.

Es así que la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de la Infancia y la Adolescencia (SUPIA) deciden elaborar un informe preliminar conjunto sobre condiciones de trabajo médico (que se transcribe a continuación), aprobado por Asamblea el 9 de junio de 2010, donde se aprueba también la creación de una

comisión para continuar trabajando sobre el tema.

Consideramos este nuevo ámbito una oportunidad para que las Sociedades Científicas comiencen a ser escuchadas y puedan tener incidencia en las pautas de desarrollo profesional desde su trayectoria y experiencia. Queda mucho camino por recorrer, y sabemos que muchas serán las dificultades, pero creemos fundamental que este nuevo espacio se mantenga para continuar unificando criterios entre todas las especialidades y manteniendo un frente común esencial para las negociaciones

Dra. Cecilia Idiarte Borda

INFORME PRELIMINAR

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

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia han decidido elaborar en forma conjunta el informe preliminar sobre trabajo médico, atendiendo a las similitudes y especificidades de cada una de ellas.

En líneas generales compartimos el espíritu del documento elaborado por el SMU, y en ese marco definiremos algunos conceptos particulares de la especialidad.

Partimos de un escenario complejo donde prevalecen particulares condiciones laborales que inciden directamente en la calidad de la atención que reciben los usuarios y en la calidad de vida de los médicos psiquiatras, a saber:

- 1** Multiempleo asociado a extensas jornadas laborales.
- 2** Dificultad para acceder a puestos de trabajo, sobre todo a nivel privado.
- 3** Inestabilidad laboral con cargos de

suplentes durante varios años.

4 Remuneraciones no acordes a la especialización y a la responsabilidad profesional.

5 Persistencia de remuneraciones por régimen de contrato como complemento o única forma de pago en Servicios dependientes de ASSE.

6 Dificultades económicas para acceder al retiro.

7 Escaso tiempo asignado por paciente.

8 Condiciones de infraestructura deficitarias en varios centros asistenciales.

9 Inseguridad e indefensión en el medio laboral.

10 Frecuentes demandas civiles y denuncias penales.

El **rol del Médico Psiquiatra** debe ser claro ya que tiene un lugar protagónico en los Equipos de Salud Mental tanto por su formación académica como por la responsabilidad inherente a su profesión médica. Los Médicos Psiquiatras, ya sea de adultos como pediátricos, desempeñan sus funciones en diferentes áreas:

1 Atención en policlínica, sanatorio, interconsulta, retén y domicilios (ámbito mutual).

2 Asistencia en salas de corta, mediana y prolongada estadía, salas de seguridad, emergencia (Hospital Vilardebó y Colonias de Asistencia Psiquiátrica), Policlínicas centralizadas y descentralizadas, Servicios de Salud Mental e interconsulta en Hospital General (ASSE), Servicios de

Rehabilitación en unidades centralizadas y descentralizadas.

3 Centros de alta especialización (Ej. "Centro Nacional de Referencia de la red-drogas "Portal Amarillo").

4 Asistencia en salas generales para psiquiatría pediátrica, así como interconsultas.

5 Actividades de psicoterapia en algunas IAMC.

6 Horas destinadas a actividad comunitaria (ASSE).

Sobre la base de los puntos considerados más arriba, es que entendemos básico exigir:

1 El **ingreso** a las diferentes instituciones debe ser por concurso. Exigencia de Título habilitante para cargos de la especialidad.

2 La **titularidad** para todos los cargos mayores de un año en la función.

3 Reconstitución de la **carrera escalafonaria**, reconocimiento de la **anti-güedad**.

4 Propender a la **departamentalización** de los servicios asistenciales más complejos, definiendo responsabilidades y remuneraciones en relación a la dimensión de la cobertura (medida en términos de población asistida).

5 En cuanto a la **concentración del trabajo médico** deberíamos tener en cuenta las condiciones de trabajo en las zonas periféricas y las exigencias surgidas de las graves problemáticas allí planteadas, las cuales inciden en la calidad de vida del médico, cuando se trata de definir

una alta carga horaria. Todo ello debe estar asociado a las debidas garantías laborales (estabilidad, etc.).

Remuneraciones:

- Tender al laudo único .
- En ASSE, canasta básica así como presupuestación inmediata con incorporación del incentivo al sueldo.
- En lo privado, 25% de recuperación salarial y reajustes del 100% de IPC.
- Aumento del valor hora de retén; pago a los psiquiatras pediátricos.

Carga horaria:

- Jornada laboral general máxima de 40 hs. semanales, con una carga horaria diaria máxima de 8 hs, con media hora de descanso paga, para policlínica o sala. Jornada mínima de 4 hs. diarias.
- Carga horaria diaria máxima para los psiquiatras en régimen de guardia interna de 12 hs.
- Retenes a evaluar. Tiempo de llegada a la consulta 2 hs.
- Domicilios de coordinación, división por zonas, dentro de las 48 horas.

Atención al paciente:

- **Psiquiatría de adultos:** cuarenta minutos mínimo para una primera consulta y veinte minutos, mínimo, para los controles, teniendo en cuenta que en muchas oportunidades se debe entrevistar al familiar.

- **Psiquiatría Pediátrica:** una hora para una primera consulta y treinta minutos para los controles, teniendo en cuenta que siempre se debe entrevistar al familiar.
- Eliminación del límite de 30 días para las internaciones psiquiátricas en las IAMC.
- Derecho del paciente de asistirse con su médico tratante durante la internación.
- Definición de acto médico psiquiátrico en lo Mutual que no implica realización de informes psiquiátricos (incapacidad, porte de armas, etc.).
- Prestación obligatoria en Psicoterapia, Adicciones y Rehabilitación.
- Proporcionar un ámbito de seguridad y bienestar para el desarrollo del rol (infraestructura, domicilios, guardias, etc.).

Licencia ampliada: sumado a la licencia reglamentaria de 30 días planteada por el SMU, 10 días en el año.

Retiro médico: extender el decreto jubilatorio de 4 años por 3 años (jubilación anticipada), derecho ya adquirido por los funcionarios no médicos del Hospital Vilardebó.

p/ SPU

Dr. Vicente Pardo

Dra. Cecilia Idiarte Borda

Dr. Pablo Trelles

p/ SUPIA

Dra. Liliana Burgueño

Dra. Beatriz De León

Galtamin[®]

Galantamina Noas Farma Uruguay

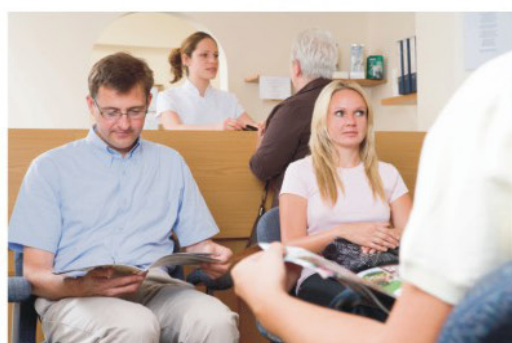
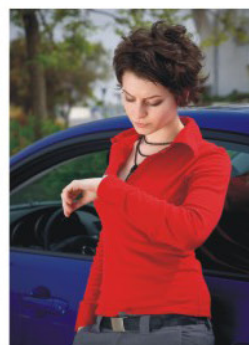
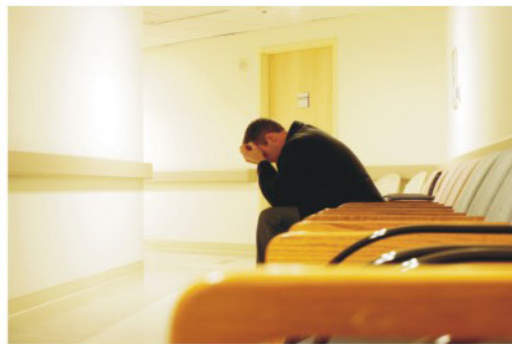


noas



Tiadipona[®]
Bentazepam Noas Farma Uruguay

“El ansiolítico de lo cotidiano”



Topilep[®]

Topiramato Noas Farma Uruguay

Antiepiléptico

de última generación
indicado para el **Síndrome bipolar**

Contrarresta el aumento de **peso**
provocado por algunos antipsicóticos (1)



noas

(1)Vieta, E; Sánchez-Moreno J, et al.
Effects on weight and outcome of long-term olanzapine -
topiramate combination treatment in bipolar disorder. J Clin Psychopharmacol.
2004 Aug;24(4): 374-8

Terladep[®]

Mirtazapina Noas Farma Uruguay

Respuesta antidepressiva
más rápida que con los IRSS⁽¹⁾⁽²⁾

Menor uso de Benzodiazepinas por su
Efecto sedante⁽²⁾



⁽¹⁾ Versiani M. Comparison of the effects of Mirtazapine and Fluoxetine in severely depressed of patients. CNS Drugs - 1 Jan 2006; 19(2): 137 - 46

⁽²⁾ Gardner M., Malone D., Sey M., Babington M. Mirtazapine is associated with less anxiolytic use among elderly depressed patients in long-term care facilities. J Am Med Dir Assoc. 2004 Marz - Apr; 5(2): 101-9

⁽³⁾ Wase A.-Al Col. A randomized, double + blind, twenty four week study comparing the efficacy and tolerability of Mirtazapine and Paroxetine in depressed patients in primary care. Int Clin Psychopharmacol - 2003May; 18(3):133-42

CURSO DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO

CONTINUO DEL MES DE MAYO

Dres. Gonzalo Valiño y Alberto Sosa

A fines del mes de Mayo en el marco de las actividades promovidas por la Escuela de Postgrados y la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, bajo el formato de Educación Médica Continua, se realizó en el Hotel Cala di Volpe, una reunión para discutir el tema: "Envejecimiento Normal y Deterioro Cognitivo Leve". La experiencia fue realizada en conjunto con médicos geriatras, psicólogos y colegas de nuestra especialidad y podemos hoy concluir que desde el punto de vista de los expositores, fue sumamente provechosa. En ella se alcanzaron algunos objetivos planteados previamente y también otros (es decir algo más de lo esperado) que surgieron en forma espontánea dada la estructura dinámica del foro discusión.

En la primera parte se intentó demarcar los elementos que en forma específica acompañan el envejecimiento normal y todas aquellas medidas que ayudan, en este período especial de la vida, a adaptarse, a prevenir (cambiando las pautas de higiene de vida) y actuar terapéuticamente si fuera necesario en lo que consideramos el proceso de envejecimiento normal. Este capítulo de la exposición aparte de los cometidos citados intentó desmitificar el período de la vida humana enmarcado en lo

que se denomina Tercera Edad, o vejez, o más "científicamente" el incremento del proceso de oxidación biológica, como una etapa que fuera a priori patológica. En este sentido podemos decir que la vejez no es patológica, sino que hay patología de la vejez. Además de esto se pusieron de relieve los elementos que nos permiten reconocer que se trata de un período de la vida, que si bien medido "objetiva y cuantitativamente" como un período de declinación, de disminución de TODAS las capacidades entre ellas las funciones "cognitivas", esta declinación más que un proceso patológico como muchos creen, se trata de un proceso de reconfiguración y adaptación de estas funciones; es decir que la capacidad disminuye pero esto se compensa con otras estrategias que permiten la adaptación, en tanto la inteligencia no depende de forma exclusiva de las funciones ejecutivas básicas.

Además para poner de relieve que, si bien en forma aislada o conjunta (homogénea o inhomogeneamente) estas funciones o capacidades, de forma natural presentan una declinación cuantitativa, esto no asegura un diagnóstico clínico de Deterioro Cognitivo o Demencia Incipiente, ya que la inteligencia (del latín *intelligere* – elegir

interiormente; tomando en cuenta el criterio que Thurstone refiere en su obra *The nature of intelligence*) sobre la que se basa la propiedad de autodeterminación, implica un diagnóstico cualitativo vinculado a una alteración del juicio, el razonamiento y la capacidad de aprender y adquirir nuevos elementos necesarios para la adaptación.

En lo estrictamente psicopatológico se dejaron claros algunos conceptos importantes:

El DCL no es un diagnóstico validado, implica más bien un conjunto de elementos formales aún poco claros, en el que el devenir determinará su valor clínico y diagnóstico, siendo hoy por hoy un constructo válido sólo en el campo de la investigación, de valor indudable en la medida que su intención es la de estudiar casos que nos permitan identificar sujetos que en un futuro podrían sufrir EA.

Que persiste desde el punto de vista de la visión "neurológica" de la psiquiatría una confusión cada vez mayor, debido a la dificultad de discriminar entre proceso físico - el proceso degenerativo - en este caso la Enfermedad de Alzheimer - y proceso psicopatológico, el Síndrome Demencial. A tal efecto se expuso el "Nun Study" de Snowdon y sus casos paradigmáticos. Una demencia es un fenotipo evolutivo psicopatológico, y más allá de su etiología orgánica, como las demás patologías, implican en forma potencial o manifiesta una desorganización del Cuerpo Psíquico, que por sus características evolutivas es progresivo y crónico, y que desde el punto de

vista psicopatológico podemos considerar como psicótico; de qué otra manera podríamos considerar a un fenómeno que implica un estado de enajenación (alienación) en tanto literalmente la demencia es un dejar de ser el que soy para pasar a ser Otro (o no ser).

Que la determinación del síndrome clínico Demencia requiere conocimiento y saber psicopatológico, y por ende es circunscribible desde este punto de vista a la disciplina correspondiente, la Psiquiatría, o a aquellos que hayan recibido entrenamiento suficiente (competente) como para reconocer clínicamente el síndrome demencial. Que el Síndrome Demencial (o el "principio" de Demencia") tiene implicancias médico - legales de enorme importancia en lo que se refiere a la capacidad del sujeto y que esta determinación de capacidad, requiere del examen psicopatológico para su confirmación. Que en la medida que la psiquiatría es en esencia en su origen y por su origen una disciplina forense, ya que es la que estudia las "intenciones" humanas, y las relaciones que estas tienen con su libre albedrío - autodeterminación - es en ese sentido la disciplina, quizás no única, pero imprescindible en la tarea de evaluar la capacidad del sujeto.

Agregamos que más confuso es lo que se viene, a lo que podemos extraer de la **Alzheimer's Association International Conference on Alzheimer's Disease 2010**, Julio 10 - 15, 2010; Honolulu, Hawaii, ya El DCL no sólo puede ser Pre - demencial, o ligado ya a la EA consolidada con alteraciones cognitivas, cuyo

desvío estándar va más allá de lo normal (¿El DCL será un trastorno comórbido, o una nueva enfermedad?); en fin que el trabajo de campo clínico, no va con la oficina. Agreguemos algo positivo, el DCL sólo puede ser diagnosticado clínicamente. Agradecemos a todos los que han participado en el curso, colegas, estudiantes

y profesionales de otras disciplinas, a la oportunidad que la Sociedad da para este tipo de actividades, al laboratorio Gramón-Bagó, por el interés y apoyo material, y por supuesto a las secretarias Inés y Daniela, las que gracias a su invaluable colaboración – y paciencia – han permitido la realización del evento.

Dr. Gonzalo Valiño

IX CONGRESO URUGUAYO DE PSIQUIATRÍA: “SALUD MENTAL E IDENTIDAD PROFESIONAL”

La propuesta del IX Congreso Regional / Uruguayo “Salud Mental e Identidad Profesional” nos abre una oportunidad para debatir, intercambiar, conocer las distintas áreas, modalidades y tareas en las que el psiquiatra ejerce su profesión. Convoca a psiquiatras tanto de la Infancia y la Adolescencia como a Psiquiatras de Adultos y de Adultos mayores, psiquiatras que ejercen en los hospitales generales y psiquiátricos, en emergencia, en salas y en policlínica, en sanatorios o en cárceles, en la comunidad o en su consultorio, realizando diagnósticos, psicoterapias, rehabilitación, docencia e investigación.

Concebida la identidad profesional como una entidad individual construida desde el espacio de formación, de trabajo y del grupo profesional de referencia, ella se encuentra siempre en construcción, como proceso dinámico que es, donde confluyen distintos aspectos del quehacer propio, de la formación, de la investigación y de los cambios científicos y sociales. Tal como ha sido señalado por distintos autores el proceso de construcción de identidad tiene un carácter individual y social en el sentido que cada uno la construye en una estrecha interacción entre dimensiones personales y sociales.

En el caso del psiquiatra su formación requiere su formación como médico y su formación específica como psiquiatra, en la

interfase cuerpo mente. Esta formación reviste, en particular, especificidades en cuanto al diagnóstico, siendo el método clínico de los psiquiatras, al decir del Dr. H. Cassarotti “el único capaz de reconocer el carácter regresivo de las estructuras psicopatológicas. Basado en el diálogo libre entre dos personas, este método permite al psiquiatra percibir las gestalts sintomáticas, las cuales significan la desorganización corporal que es toda enfermedad mental”. En su tarea de diagnosticar el psiquiatra debe dilucidar lo sano y lo patológico tanto en el funcionamiento psíquico del paciente como en sus conductas, en el momento evolutivo en que se encuentra como en su salud general pero también en su entorno, tomado éste en el sentido más amplio.

En su tarea además de diagnosticar, el psiquiatra propone el plan terapéutico específico para ese paciente. Ese plan terapéutico incluye diversas dimensiones desde la internación y medicación, a la psicoterapia, a la participación en Equipos de Salud, en general y de Salud Mental, indicando de acuerdo al paciente y el momento de su desarrollo y evolución, las intervenciones médicas y psicosociales más pertinentes al caso en particular.

Es así que nuestra disciplina como forma de abordaje interactúa en forma permanente con otras disciplinas que también

operan en el complejo campo de trabajo compartido.

Este campo compartido, el de la Salud Mental, requiere el intercambio y la interacción de esas disciplinas con formación muy diferente. Desde la aprobación del Plan de Salud Mental estas áreas se han ido complejizando y enriqueciendo. Esta complejidad requiere políticas definidas y dinámicas de Salud Mental, que incluyen, o deben incluir el cuidado de quien ejerce la tarea, el psiquiatra. Cuidados en cuanto a su salud, a su formación y a las condiciones de trabajo, en espacio, en tiempo y en

remuneración como especialista que es, y siendo él quien responderá en las situaciones de responsabilidad profesional.

Este encuentro, al cual los invitamos calurosamente a participar, pretende en un clima de franco intercambio habilitar, con especial énfasis, el debate sobre la clínica actual, que permanentemente nos interroga y nos desafía en busca de nuevos modos de ejercicio. Deseamos que este intercambio fructifique en producción de conocimiento y enriquecimiento de los participantes.

**Por Comité Organizador:
Dr. Freedy Pagnussat
Dra. Rosario Oyenard**

Asociación Psicoanalítica del Uruguay

VI CONGRESO Y XVI JORNADAS de Psicoanálisis de APU y del Instituto Universitario de Postgrado en Psicoanálisis

CONGRESO INTERREGIONAL Y MULTIDISCIPLINARIO

Conmemoración de los 100 años de la Asociación Psicoanalítica Internacional

19, 20 y 21 de agosto de 2010 - Torre de los profesionales

Desafíos del psicoanálisis contemporáneo

PLENARIOS

- **Salud mental, Universidad y psicoanálisis:** Dr. Lizardo Valdéz -Director de Salud Mental, MSP-, Dra. Stella Bocchino -Prof. Clínica Psiquiátrica UdelaR-, Prof. Lic. Luis Leopold -Decano Facultad de Psicología UdelaR-, Prof. Tit. Lic. Doris Hajer -Área Psicoanálisis UdelaR-, Prof. Dra. Laura Viola -Psiquiatría Infantil UdelaR-. Coordinadora -participante: Dra. Evelyn Tellería de Seigal -Decana Instituto Universitario de Postgrado en Psicoanálisis de APU-.

- **APERTURA DEL CONGRESO:** Presidente de APU y Directora del Congreso.

- **Edipo y las nuevas parentalidades: En homenaje al Prof. José Pedro Barrán y al Artista Plástico Anhele Hernández:** Prof. Dr. Gerardo Caetano, Dra. Myrta Casas de Pereda, Dr. Daniel Gil, Dr. Marcelo Viñar.

- **En conmemoración de los 100 años de IPA: La clínica psicoanalítica en el contexto de cambio:** Profesor Charles Hanly -Presidente de IPA-, Dr. Claudio Eizirik, Dr. Pedro Boschan, Dr. Marcio de Freitas Giovannetti, Dr. Abel Fainstein (coordinador-participante), Dra. Fanny Schkolnik.

- **CONFERENCIA: Observación clínica en psicoanálisis** Prof. Dr. Charles Hanly, Presidente de IPA.

- **Las nuevas tecnologías y la comunicación:** Ing. María Simón -Subsecretaria de Educación y

Cultura-, Ing. Juan Grompone, Periodista Jorge Traverso.

- **Teatro contemporáneo, representación y nuevos imaginarios sociales:** Prof. Roger Mirza, UdelaR -coordinador participante-, Prof. Mariana Percovich, Director teatral Héctor Manuel Vidal, Prof. Claudia Pérez -UdelaR - EMAD-.

- **Las presentaciones cambiantes de la sexualidad:** Distintas perspectivas: Dr. Ricardo Bernardi, Dr. Javier García, Dra. Leticia Glocer de Fiorini, Psic. Marta Labraga, Prof. Graciela Sapriza -UdelaR, Coordina: Lic. Susana García.

CURSOS

- La cuestión del falo en el centro de la discusión sobre sexualidad en psicoanálisis, Dr. Javier García.

- Neurociencias y Psicoanálisis, Prof. Dra. Stella Bocchino (UdelaR), Dra. Graciela Bouza de Suaya, Prof. Adj. Dr. Rodolfo Ferrando, Lic. Raquel Morató de Neme, Prof. Adj. Dr. Roberto Ventura.

- Trastornos alimentarios, Dra. Cristina Martínez de Bagattini.

- Entrevista clínica: El psicoanálisis en los servicios de salud, Dr. Luis Villalba, Lic. Damián Schroeder, Dr. Enrique Gratadoux.

Plazo de inscripción: Hasta el martes 10 de agosto inclusive, sujeto a disponibilidad.

Plan de pago sin recargo: Tarjeta VISA hasta en 6 cuotas.

Secretaría del Congreso Grupoevento congresoapu2010@gmail.com - 099 965 910 - 098 633 267

Centro de Intercambio - CURSO A DISTANCIA SETIEMBRE Y OCTUBRE

Alianza de trabajo, transferencia, relación real, vínculo terapéutico. Silvana Hernández.

Por más información visite nuestro sitio Web www.apuguay.org

Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU)

Canelones 1571 -Montevideo -Uruguay - Telefax (5982) 410 7418 - apu@netgate.com.uy

**SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA
DEL URUGUAY**

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

ORDEN DEL DIA

- 1. Memoria Anual**
- 2. Balance al 31 de Julio de 2010**
- 3. Designación de dos concurrentes para firmar
el Acta correspondiente**

**8 de Setiembre de 2010
20:30 Horas**

**SALA PSIQUIATRIA DEL SMU
Br. Artigas 1569**

**CURSO DE EDUCACION MÉDICA
CONTINUA**

**EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS:
Manejo Seguro de la Excitación Psicomotriz**

Coordina: Dra. Carina Ricciardi

FECHAS

30 de Setiembre, 1º y 2 de Octubre

LUGAR: A confirmar

CUPOS LIMITADOS (80 socios)

Las inscripciones comenzarán a partir del 30 de agosto

PUBLICACIONES RECIBIDAS

- Ciencias Psicológicas - Mayo 2010 – Vol. IV (1).
- CNS Spectrums – Vol. 15, No. 1, Enero 2010 – Heterogeneity of the Jealousy Phenomenon in the General Population: An Italian Study.
- CNS Spectrums – Vol. 15, No. 2, Febrero 2010 – Methylphenidate Effect in Children with ADHD can be Measured by an Ecologically Valid Continuous Performance Tests Embedded in virtual reality.
- CNS Spectrums – Vol. 15 No. 1, Enero 2010 - Suplemento 1: Exploring novel treatment options: Cognitive decline in Alzheimer´s disease.
- CNS Spectrums – Vol. 15 No. 1, Enero 2010 - Suplemento 2: Management of epilepsy in drug-resistant patients.
- CNS Spectrums – Vol. 15 No. 1, Enero 2010 Supplement 4: Comorbid Depressive Disorders in Epilepsy.
- World Federation for Mental Health. Depression: What you know can help you, World, 2010. CD International Perspectives in Depression for people living with depression and their families.
- Psychiatric Annals – Vol. 39, No. 12, December 2009 – Brain- Body Interactions – **Colaboración Laboratorio Gador S. A.**

CALENDARIO DE CONGRESOS

2010

AGOSTO	28 - 30	XXI CONGRESO PERUANO DE PSIQUIATRÍA "Psiquiatría: Ciencia y Cultura" – Centro de Convenciones de Cusco – Cusco – Perú – Informes: www.app.org.pe
SETIEMBRE	15 - 17	I CONGRESO IBEROAMERICANO DE PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNOS ADICTIVOS – Organiza ACAPI – Buenos Aires – Argentina. Informes: E-mail: auspicios@acapi.org.ar – Web: www.acapi.org.ar
	18	"Sociedad, Multitud y Salud Mental" , Buenos Aires, Argentina. Organiza: Sección de la WPA sobre Medios y Salud Mental. Informes: E-mail: materazzi@arnet.com.ar
OCTUBRE	14 - 18	XLIX CONGRESO COLOMBIANO DE PSIQUIATRÍA "Psiquiatría y Responsabilidad Social" – Centro de Convenciones Santamar – Santa Marta – Colombia. Informes: congresoapc@psiquiatria.org.co
	27 - 30	XXVIII CONGRESO BRASILEIRO – Fortaleza, Brasil. – Informes: congresso@abpbrasil.org.uy
	29 al 2/11	XXVI CONGRESO APAL – "Los retos de la Psiquiatría Latinoamericana ante la Heterogeneidad de los Sistemas Políticos de la Región – Alianzas y Convergencias" , Puerto Vallarta, Mexico. Informes: www.apal2010.com
NOVIEMBRE	17-19	10th INTERNATIONAL FORUM ON MOOD AND ANXIETY DISORDER – Viena, Austria. Web: http://www.ifmad.org
	18 - 21	IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS. Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo – Buenos Aires. Informes: congreso@madres.org

CALENDARIO DE CONGRESOS

2011

MARZO	07-11	PSICOHABANA 2011 - Palacio de las Convenciones – La Habana, Cuba. Informes: psicohabana.2010@infomed.sld.cu – Web: http://www.psicohabana.com
MAYO	14-19	REUNIÓN APA – Honolulu, USA. Informes: www.psych.org
SETIEMBRE	18-22	V CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA – Buenos Aires, Argentina. Informes: E-mail: mcastex@congresosint.com.ar – www.congresosint.com.ar

2012

MARZO	29-31	CONFERENCIA "ADICCIONES EN PSIQUIATRÍA" , Barcelona, España. Informes: E-mail: bobes@ctv.es
--------------	--------------	--



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: socpsiquiatria@spu.org.uy | Sitioweb: <http://www.spu.org.uy>

Comisión Directiva (2009-2011)

Presidente
Dr. Vicente Pardo
Vicepresidente
Dr. Rafael Sibils

Secretario
Dr. José Luis Ruocco
Tesorera
Dra. Soledad García

Vocales
Dra. Ana María Rodríguez
Dra. Soledad Brescia
Dra. Alicia Barrachina