El pasado 28 de Abril la Comisión Directiva recibió a pedido de éste, al nuevo encargado del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública (MSP), Dr. Lizardo Valdez. El objetivo, más allá de lo protocolar, era escuchar las inquietudes de la SPU con relación a la asistencia psiquiátrica tanto en los ámbitos públicos como mutuales.

En primer lugar cabe destacar que el MSP ha decidido que sus diferentes programas pasen a depender directamente del Ministro lo cual marca un cambio – por lo menos a nivel político – sustancial. El Coordinador de todos los programas será el Dr. Leonel Briozzo. En segundo lugar, se nos comunicó que para este ejercicio, el PNSM va a ser prioritario para el MSP. Lo mismo sucederá con los Programas de Niñez, Adolescencia y Salud Rural.

La primera inquietud que le planteamos es nuestra preocupación por el límite para el mutualismo de los 30 días de hospitalización psiquiátrica por usuario por año, vigente desde 1983. La respuesta fue que al día de hoy esta normativa sigue vigente salvo los casos de hospitalización por la ex – Disse. Durante el ejercicio anterior hubo una gran expectativa – a la postre defraudada – en el sentido de poder extender este plazo arbitrario. Al respecto sabemos que en la actualidad, la mayoría de las hospitalizaciones psiquiátricas son breves y que quizás no sea muy alto el número de pacientes que requiera más de 30 días de hospitalización al año. De todos modos la "abolición" de los 30 días permitiría que un número acotado de pacientes salgan de alta hospitalaria en estado de compensación.

Se le planteó al Dr. Valdez por la obligatoriedad para las instituciones prestadoras (ASSE y Mutualistas) de brindar las prestaciones de psicoterapia y rehabilitación tal como lo había expresado el Ministro Olesker a principio de año. Sabido es que algunas mutualistas brindan el servicio de psicoterapia pero con un ticket cuyo costo excede las posibilidades de muchísimos usuarios. Por otra parte, ninguna mutualista brinda el servicio de rehabilitación a sus afiliados. Se nos contestó que en tal sentido el MSP recorrerá un camino "realista y posible" lo cual nos deja dudas en cuanto a la viabilidad de este logro. En tal

sentido sabemos que no pocas mutualistas se sienten desbordadas financieramente por las nuevas prestaciones en diversas áreas de la atención que han debido implementar durante el ejercicio pasado ante exigencias del MSP. Por otra parte estamos convencidos que la asistencia en Psiquiatría y Salud mental dista mucho de ser prioritaria para la amplia mayoría de las autoridades sanitarias nacionales, incluyendo lamentablemente a no pocos médicos que ocupan altas jerarquías en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Para nuestra esperanza, en días posteriores a nuestro encuentro con el Dr. Valdez, el Ministro Olesker reiteró ante la prensa la obligatoriedad que tendrán estas prestaciones. En tal sentido la SPU, que viene reivindicando estas aspiraciones desde hace más de 25 años, estará muy atenta.

Otro punto planteado al Jerarca fue – en lo que es una vieja aspiración de la SPU – la escasez de tiempo que suponen los 15 minutos promediales de consulta por paciente que conspiran contra la mejor asistencia psiquiátrica. Se nos respondió que la aspiración del MSP es equiparar el tipo de trabajo tanto en ASSE como en mutualistas, promoviendo la atención en equipos. Sostenemos que aún trabajando en equipos, 15 minutos resultan escasos para una correcta atención psiquiátrica en la mayoría de los casos, con el consecuente riesgo por parte del psiquiatra de incurrir en mala – praxis, y por ende en procesamientos civiles y penales que sólo le cabrán a él y no a otros integrantes del equipo.

También se intercambiaron ideas acerca de las residencias de pacientes psiquiátricos crónicos – las denominadas "Casas de Salud". Le planteamos que las exigencias formales del MSP son muy elevadas en cuanto a condiciones de la prestación lo que lleva a que los dueños de dichas residencias obtengan muy exiguas ganancias, lo que va en detrimento del servicio brindado: mala calidad del alojamiento y de la comida, personal poco calificado y mal remunerado, insuficiente coordinación con los servicios médicos y psiquiátricos, etc. Ante este panorama, el subregistro de muchas de estas residencias es la vía final común de muchas de ellas. Concordamos en que es fundamental tener un diagnóstico adecuado, poner exigencias posibles de ser cumplidas, con expectativas modestas y sujetas a control. Otro punto que quedó planteado para una posterior y mejor discusión fue el del estado de las Colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi.

Se debatió también sobre el tema del anteproyecto de ley de reforma de la Ley 9581 de asistencia psiquiátrica – tan debatido el año pasado – cuando una Comisión Asesora del PNSM planteó la creación de una "Comisión Supervisora de los Derechos Humanos en Salud Mental" absolutamente supernumeraria y con in-

tegrantes en su gran mayoría alejados de la asistencia psiquiátrica (algunos de ellos con una notoria postura antipsiquiátrica) y la obligatoriedad para el psiquiatra de comunicar las internaciones involuntarias al Juzgado Penal de turno. Volvimos a reiterar lo expresado en nuestro editorial de Junio – Julio/2009 en el sentido de la inconveniencia de judicializar y burocratizar la hospitalización psiquiátrica. Si bien el replanteo de este anteproyecto está latente, el nuevo Jerarca expresó que cualquier nueva ley que pudiera implementarse debía ser para realizar un aporte concreto y útil. Por nuestra parte reiteramos nuestra intención de no complejizar hechos que ya están contemplados en los Códigos civil y penal, como en forma lamentable hemos tenido que comprobar y sufrir en el caso de los dos psiquiatras recientemente procesados con prisión.

Se tocaron además otros puntos y se quedó en una línea de comunicación abierta y fluida entre nuestra SPU y el PNSM. Pensamos que en la próxima actividad científica del jueves 24 de Junio sobre Políticas en Salud Mental, que llevarán a cabo los Dres. Lizardo Valdez y Ariel Montalbán, podremos seguir discutiendo en profundidad estos y otros temas.

**Dr. Vicente Pardo**

**NUEVA DIRECCIÓN DE E-MAIL:**

**socpsiquiatria@spu.org.uy**

# *¿Cuál es el saber-hacer del Psiquiatra como Médico especialista?*

## *(Sesión Científica Abril 2010) – Dr. Humberto Casarotti*

En la presentación realizada consideré tres puntos: 1) ¿qué hacen los psiquiatras en el "área de salud mental"?; 2) evolución de la psiquiatría y del rol del psiquiatra en Uruguay, respecto al proceso diagnóstico y a la organización del plan terapéutico, entendidas como su "saber-hacer" específico; 3) requisitos de formación y de condiciones de trabajo para que los psiquiatras puedan cumplir esas funciones.

***(1) ¿Qué hacen los psiquiatras en el "área de salud mental"?***

La respuesta de diversas personas (técnicas y legas) a propósito de lo que hacen los diferentes técnicos que trabajan en la llamada "área de salud mental" fue que: "atienden personas con dificultades psíquicas". Y a la pregunta respecto a qué hacen de diferente los psiquiatras, la respuesta fue que: "medican, hacen electrochoques e internan a los pacientes a veces de modo compulsivo". Es decir, en el imaginario colectivo, en esta imprecisa área de "salud mental", "todos parecen hacer lo mismo" con una diferencia: los psiquiatras asisten pacientes a menudo con cuadros agudos que implican riesgos de responsabilidad profesional (suicidio y agresión a terceros, efectos secundarios de los tratamientos biológicos, consentimiento válido y tratamiento involuntario). Este "hacer distinto", generalmente percibido de modo peyorativo, es la expresión del saber-hacer específico que fundamenta la existencia de la psiquiatría y por lo mismo de los psiquiatras, así como del espectro de técnicos más o menos periféricos.

De acuerdo al objetivo "terapéutico", esta "atención en SM" se lleva a cabo en cuatro "espacios": 1) el "consultorio", cuando se busca lograr que la persona funcione mejor que antes, 2) el "seguimiento en medio familiar", cuando el objetivo es evitar que el paciente aumente su deterioro funcional; 3) la "hospitalización" si es necesario resolver rápidamente el trastorno (la "descompensación"), haciendo que el paciente recupere su nivel de funcionamiento previo; y 4) el "asilo", en los casos en que se necesita proteger a la persona (alojamiento, nutrición, cuidado de su salud física, etc.).

Proyectando los datos de prevalencia de patología mental en EEUU (de 12-14%, más un 6% de consultas por "códigos V o Z" o sea de "no patología mental") sobre la población uruguaya de 18 años o más (unos 2.400.000) las personas a "atender en el "área de SM" serían alrededor de 400.000. En base a esa hipóte-

sis, puede estimarse por año: a) que los pacientes "asilados" (600-1000) más los pacientes "hospitalizados" (10.000) y los pacientes severos seguidos en consultorio (140.000), generarían cerca de un millón de consultas; b) que los pacientes con patología mental menor (200.000) y con motivos de consulta por problemas existenciales (códigos V) (150.000), generarían cerca de 4 millones de consultas.

¿Quiénes realizan este importante número de consultas?

Diversos técnicos trabajan en el "área de SM": los psiquiatras, un número difícil de precisar de médicos generales y neurólogos y un alto número de psicólogos (de diferente formación).

¿Qué espacios de atención cubren estos diferentes técnicos?

Los psiquiatras (alrededor de 600) llevan a cabo la asistencia de los pacientes severos y de los hospitalizados y asilados. El número máximo de consultas que pueden realizar por año sería de 1.5-2 millones, trabajando promedialmente 8 h/día, 5 días a la semana y durante 48 semanas. Esa estimación implica que entre 50-60% de las consultas en el "área de SM" (unos 3 millones: la mitad por enfermedad mental y la mitad por motivos psicológico-sociales) son realizadas por otros técnicos.

De acuerdo a estos números, los psiquiatras trabajan, por un lado "solos" en un 4.0% de la prevalencia, (patología mental aguda y crónica que se asiste en los espacios de hospitalización y asilo), y por otro, lo hacen conjuntamente con diversos técnicos en el 16% (patología mental crónica menor y códigos V que se atiende en consultorio o que es seguida "en familia"), donde los psiquiatras asisten menos de la mitad de las personas que allí consultan.

***(2) Evolución de la psiquiatría y del rol del psiquiatra en Uruguay, respecto al proceso diagnóstico y a la organización del plan terapéutico, entendidas como su "saber-hacer" específico.***

En Uruguay, desde hace ya varias décadas, se viene pasando de una psiquiatría limitada a la atención de la patología mental, a hablar de un "área de salud mental de modelo bio-psico-social", en la que se incorporan progresivamente al sistema asistencial personas mentalmente sanas que consultan por dificultades existenciales. Esta evolución determina, entre otros, dos problemas económicos: primero, el de atender "problemas existenciales" que no pueden estar cubiertos por ningún seguro, y segundo, relacionado al primero, que se resiente la asistencia de los pacientes psiquiátricos, especialmente de los más severos (lo que repercute en los psiquiatras, tanto en la atención que pueden prestar como en su calidad de vida).

De los factores que han determinado esta "inflación" destaca el progresivo restar importancia al diagnóstico psiquiátrico, consecuencia a su vez de operar con modelos causales psicogenéticos. Cuando la semiología psiquiátrica pierde relevancia, no existen criterios para distinguir la pato-

logía mental de los códigos V, y en consecuencia suceden dos cosas. Por un lado, se desdibuja una de las funciones específicas del psiquiatra: la del diagnóstico diferencial entre salud y enfermedad mental y por consiguiente la de la necesaria limitación del campo psiquiátrico a la patología mental. Esta consecuencia negativa es remediable si se toma conciencia de la necesidad del diagnóstico (como aconteció en la psiquiatría mundial a partir de los 80, pero no del mismo modo en nuestro medio). Y por otro, los problemas existenciales, las cuestiones de psicología médica y de medicina psicosomática, etc., que no son psiquiatría, son presentados como si lo fueran (aunque no hablando de "psiquiatría", sino de "psicología clínica", "clínica psicológica", etc.).

Pero como "los hechos son tercos", a pesar de la pretendida homogeneización de "pacientes y técnicos", en el "área de salud mental" siguen existiendo dos grupos de personas que consultan. Por un lado, pacientes con patología psiquiátrica severa y moderada atendidos por psiquiatras que son vistos peyorativamente, y por otro una población de pacientes con patología psiquiátrica leve y personas "sanas con problemas", atendidos mayoritariamente por psicólogos, percibidos estos por el público de modo positivo. Este segundo grupo requiere, para que quienes consultan reciban el trato que realmente necesitan, que los pacientes sean diferenciados de los no-pacientes. Para poder así los primeros beneficiarse del saber-hacer de los psiquiatras, y para no ser los segundos, "psiquiatrizados" incorrectamente.

Respecto a los técnicos que trabajan en este grupo "mixto", lo que los diferencia es lo que especifica el trabajo de los psiquiatras. Estos, en la medida que han trabajado con pacientes psiquiátricos, han podido formarse para diagnosticar (es decir, afirmar el carácter patológico de la organización mental y su tipo), así como para organizar de acuerdo al momento evolutivo, el plan terapéutico.

En cuanto al diagnóstico, se debe aceptar que el método clínico de los psiquiatras es 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. Por eso, J. Piaget lo utilizó para poder descubrir las estructuras cognoscitivas del niño, que siendo virtuales en el adulto, requirieron, para ser develadas, usar de la metodología psiquiátrica, como único modo para poder "percibir" las diferentes etapas evolutivas: preoperacionales, de operaciones concretas, etc.

Algunos factores parecen orientar la psiquiatría local hacia la recuperación del diagnóstico: a) el tener una actitud más activa en tratar a los pacientes, b) el disponer de nuevas y mayores posibilidades terapéuticas, c) el haber comprendido que ciertos encuadres psicoterapéuticos tienen menos eficacia en patología mental que la que previamente se les otorgaba, d) el surgimiento de las cuestiones de respon-

sabilidad profesional, consecuencia directa de la eficacia de los tratamientos y del incremento correlativo de los riesgos, y e) el comprender que el diagnóstico constituye el paso primero y fundamental en la atención psiquiátrica y en las situaciones de responsabilidad profesional, riesgo que corren casi exclusivamente los psiquiatras que medican y que asisten en los espacios de hospitalización (con frecuencia las situaciones más exigentes, más riesgosas, y también peor pagas).

El otro aspecto específico de la función del psiquiatra es el del plan terapéutico y es aquí donde se percibe qué actitud tiene el técnico respecto a la psiquiatría como medicina. Afirmar que la psiquiatría es un saber-hacer médico implica: a) que la enfermedad mental es un desorden orgánico, b) que ese desorden debe ser curado porque la persona está alterada en su poder de normatizar-se y c) que ningún método puede ser, ni rechazado, ni aplicado de modo dogmático.

***(3) Requisitos de formación y de condiciones de trabajo para que los psiquiatras puedan cumplir sus funciones específicas.***

Cuando se reflexiona desapasionadamente sobre lo que especifica y diferencia el saber-hacer del psiquiatra en un equipo de "salud mental" son evidentes algunos aspectos.

En primer lugar, que para que pueda cumplir con sus responsabilidades deben mejorarse las condiciones de su formación. Es necesario que el psiquiatra se identifique con lo que lo que especifica su trabajo, y para lograr ser un profesional en sentido estricto y no un simple amateur, debe tener una formación diferenciada (durante el postgrado igual que a lo largo de su formación continua).

En segundo lugar que para que el psiquiatra cumpla con su función debe contar con mejores condiciones de trabajo profesional (en espacios, en tiempo y en remuneración), y además debe ser quien dirija los equipos asistenciales, contando naturalmente con el saber-hacer de diferentes técnicos. Esta afirmación que es de sentido común, deriva necesariamente del hecho de que es el psiquiatra quien debe responder en situaciones de responsabilidad profesional.

**Dr. Humberto Casarotti**

# Topilep®

Topiramato Noas Farma Uuruguay

## 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, at col.
Effects on weight and outcome of long-term olanzapine - topirmate combination treatment in bipolar disorder. J Clin Psychopharmacol. 2004 Aug;24(4):374-8

# Terladep®

Mirtazapina Noas Farma Uruguay

## Respuesta antidepresiva
más rápida que con los IRSS (1) (2)

## Menor uso de Benzodiazepinas por su Efecto sedante (2)

noas

(1) Versiani M. Comparison of the effects of Mirtazapine and Fluoxetine in severely depressed of patients. CNS Drugs - 1 Jan 2005; 19(2) 137 - 46

(2) Gardner M., Malone D., Sey M., Babington M. Mirtazapine is associated with less anxiolytic use among elderly deppressed patients in long - term care facilities. J Am Med Dir Assoc. 2004 Marz - Apr; 5(2): 101-6

(3) Wase A., At 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

# Galtamin®

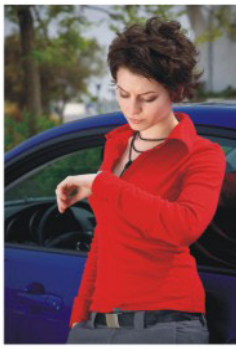
Galantamina Noas Farma Ururguay

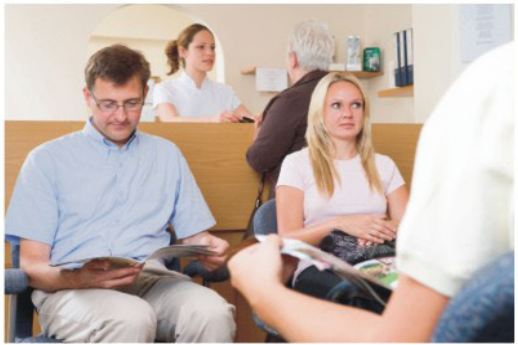
noas

# Tiadipona®

Bentazepam Noas Farma Ururguay

*"El ansiolítico de lo cotidiano"*





# IX CONGRESO URUGUAYO DE PSIQUIATRÍA
# "SALUD MENTAL E IDENTIDAD PROFESIONAL"

Es de sumo agrado comunicarles que ya echamos a andar la realización de nuestro próximo Congreso para principios de mayo de 2011. Es nuestro deseo que sea un Congreso amplio en tanto participen todos los profesionales vinculados a la Salud Mental, intentando así un verdadero acto interdisciplinario, donde las diferentes visiones no caminen en forma paralela, sino que éste sea un punto de encuentro.

El interés por las políticas de Salud Mental, si bien puede remontarse a los orígenes de la psiquiatría, formalmente lleva en nuestro país por lo menos veinticinco años, desde la aprobación del Plan de Salud Mental. Hoy todo este trabajo está en un primer plano, ya que el Sistema Nacional de Salud está dispuesto a darle un rol importante. En este contexto, nos planteamos como desafío un tema tan trascendente para nuestra identidad profesional. Por eso más que nunca, el rol del psiquiatra debe ser claro ya que tendrá un papel protagónico en los equipos de salud, tanto por su formación académica como por la responsabilidad que la sociedad nos otorga en el cuidado de los pacientes.

Aspiramos a un Congreso abierto a otras disciplinas afines y al ámbito internacional, tomando en cuenta las experiencias exitosas llevadas adelante en otras regiones, por lo que pondremos especial interés en invitar personalidades destacadas en el tema.

La organización del mismo nos compromete a tomar una actitud participativa, por lo que el Comité Organizador convoca a todos los asociados a integrarse en las diferentes comisiones cuyo llamado haremos a la brevedad. Es nuestro deseo que este congreso pueda ser un referente para las políticas de Salud Mental en nuestro país, como también reafirmar una identidad profesional abierta, informada, solidaria y responsable.

**Por el Comité Organizador:**
**Dr. Luis Villalba**

# PREMIO
## Sociedad de Psiquiatría del Uruguay
### Auspicia Neurociencias ROWE

**1. DE LOS OBJETIVOS**

**1.1** La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay llama a concurso entre sus socios de trabajos en diversos campos específicos de la Psiquiatría y la Salud Mental, instituyendo el PREMIO SOCIEDAD DEL PSIQUIATRIA DEL URUGUAY.

**1.2** Su objetivo es fomentar la investigación y el progreso en cualquiera de estas áreas.

**2. DE LOS TRABAJOS**

**2.1** Los trabajos podrán ser proyectos o investigación, pudiendo desarrollarse en los sectores de conocimientos básicos, clínica, experimentación, psiquiatría social, laboratorio, metodología, historia de la Psiquiatría, o cualquiera otra de sus ramas.

**2.2** En su contenido deberán incluir algún aporte original, ampliar o corregir conceptos corrientemente aceptados o realizar aportes importantes para la psiquiatría nacional.

**2.3** Los trabajos presentados deberán ser inéditos y originales. Estarán redactados en correcto idioma español.

**2.4** Los trabajos podrán tener una extensión de hasta 60 (sesenta) páginas de texto tamaño carta a doble espacio.

**2.5** La estructura se ajustará a las Normas de Publicación para los artículos originales de la Revista de Psiquiatría del Uruguay, sin que ello implique su publicación en la misma.

**2.6** Los autores deberán presentar cuatro ejemplares impresos y un CD.

**2.7** La fecha límite de presentación será el **20 de octubre de 2010** hasta las 17:00 horas en la Secretaría Administrativa de la Sociedad, Bulevar Artigas 1569, Sala Psiquiatría.

**2.8** En el momento de la entrega del trabajo, se entregará un recibo donde conste nombre de autor o autores o quien lo presenta; en caso de equipo el del autor principal, título del trabajo y día y hora de recepción.

**2.9** El trabajo deberá ser presentado firmado con seudónimo y en sobre cerrado constará en el exterior el seudónimo con el que se firma el trabajo y en el interior la identidad y dirección del o los autores.

**3. DE LOS CONCURSANTES**

**3.1** Por lo menos uno de los autores deberá ser Psiquiatra y socio de la SPU. Por lo menos la mitad de los autores médicos deberán ser socios adherentes o titulares de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay con una antigüedad no menor a seis meses y estar al día en sus cuotas al momento de su inscripción.

**3.2** Si se presenta un equipo deberá adjuntarse una nota firmada por cada uno de los integrantes autorizando la inclusión de su nombre entre los coautores del trabajo.

**4. DEL PREMIO Y SU DISTRIBUCION**

**4.1** El Tribunal adjudicará un primer premio de U$S 2.000.- (Dólares Americanos dos mil).

**4.2** El Tribunal podrá otorgar hasta dos menciones honoríficas.

**4.3** El Tribunal podrá declarar el premio desierto.

**5. DEL FALLO**

**5.1** El Tribunal dispondrá de hasta cuarenta días desde su designación para emitir su fallo.

**5.2** Una vez resuelto el fallo, se abrirán los sobres cerrados para identificar al o los autores, en acto al que podrán concurrir los interesados.

**5.3** El Fallo del Tribunal es inapelable, salvo vicios de forma.

**6. DEL TRIBUNAL**

**6.1** El Tribunal estará integrado por el Presidente de la Sociedad de Psiquiatría quien lo presidirá, el Director de la Clínica Psiquiátrica y un delegado de los concursantes.

*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**

- Sexualidad en psicoanálisis
- Nuevas formas de comunicación
- Características de la clínica psicoanalítica en contexto de cambio

**Destacamos la presencia en nuestro Congreso del Presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Profesor Dr. Charles Hanly, que participará junto a los numerosos especialistas de la región y de nuestro medio.**

INSCRIPCIONES, formas de pago y más información www.apuruguay.org

---

**CURSOS CENTRO DE INTERCAMBIO**
"DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS"

**1)** DESARROLLOS TEÓRICO-CLÍNICOS EN PSICOANÁLISIS - Miércoles 20:15 hs. - JUNIO
- Transferencia y Contratransferencia en Patologías Narcisistas: Clara Uriarte, Nancy Delprétitto
- Reacción Terapéutica Negativa: Clara Uriarte

**2)** PSICOANALISIS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES - Jueves 20:15 hs. - JUNIO
- El síntoma en Psicoanálisis de niños. La Clínica Psicoanalítica de niños: Myrta Casas de Pereda, Sandra Press
- Diagnóstico Psicoanalítico en Equipo Interdisciplinario: Ema Ponce de León y colaboradores

Inscripción mensual general: $ 850 -

**Propuesta completa en: www.apuruguay.org**

---

**CURSOS A DISTANCIA**

Presentamos dos cursos para el año 2010:
- **"Subjetivación, procesos de simbolización y consultas terapéuticas en la primera infancia".**
Docente Psic. Víctor Guerra. Duración del curso: Junio, Julio, Agosto y Setiembre.
- **"Alianza de trabajo, transferencia, relación real, vínculo terapéutico".**
Docente Psic. Silvana Hernández. Duración del curso dos meses: Setiembre y Octubre.
**Costo mensual:** Residentes: $ 1.000 – No residentes: USD 60

**Propuesta completa en: www.apuruguay.org**

---

Por más información visite nuestro sitio Web www.apuruguay.org
Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU)
Canelones 1571 -Montevideo –Uruguay - Telefax (5982) 410 7418 - apu@netgate.com.uy

**SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA DEL URUGUAY**

**SESIÓN CIENTÍFICA JUNIO 2010**

## Políticas de Salud Mental

**Dr. Lizardo Valdez**
**Dr. Ariel Montalbán**

FECHA: 24 de Junio de 2010

HORA: 20:30

LUGAR: Salón a confirmar

SOCIOS: ENTRADA LIBRE NO SOCIOS: $ 250

**Al finalizar la Actividad Científica se realizará el lanzamiento del próximo IX Congreso Uruguayo de Psiquiatría "Salud Mental e Identidad Profesional" a realizarse a principios de Mayo de 2011.**

# PUBLICACIONES RECIBIDAS

• CNS Spectrums – Vol. 14, No. 10, Suplemento 8 – Clinical Case Update in Fibromyalgia Management
• CNS Spectrums – Vol. 14, No. 11, Noviembre 2009 – Sexual and Other Axis I Diagnosis of 60 Males Arrested for Crimes Against Children Involving the Internet
• Actas Españolas de Psiquiatría – Vol. 37, No. 4, Alteraciones neuropsicológicas en el trastorno límite de la personalidad: estrategias de detección
• Actas Españolas de Psiquiatría – Vol. 37, No. 5, Two year diagnostic stability and prognosis in acute psychotic episodes
• Actas Españolas de Psiquiatría – Vol. 37, No. 6, Tratamiento para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción.

Clínica Privada Serena

**Internación los 365 días del año**
**Avda. Sayago 878 esq. Millán**

**-Discapacidades – Adicciones – Esquizofrenia – Psicosis crónica - Bipolar -Trastornos de la personalidad – Autismo – Otras patologías psiquiatricas.**

**Teniendo como objetivo LA INSERCION SOCIAL fortaleciendo lazos de la personalidad. El tratamiento de rehabilitación de pacientes mayores de 18 años, mediante la implementación de diversos talleres. Internación permanente, semi internación, centro diurno de 9 a 21 hs.**

**Equipo Médico y Técnico:**
Directora Técnica: Dra. Giselle Duarte
Coordinadora General: Alicia de Souza
Psicólogo: Martín Rodríguez
Dpto. Comercial: Claudia Motta
Talleres: Rosario Fernández y Alicia De Souza
Profesor de Música: Eduardo Tellagorry

Sayago 878 esq. Millàn- Tel. 203 8777 - 099 45579 - 094 917787 Atención 24 hs.

**SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA DEL URUGUAY**

**CURSO DE DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO**

**Adolescentes hoy**
**Inclusión del psiquiatra en el equipo multidisciplinario**
**Nuevo código del Niño y el Adolescente**

**Coordina: Dra. Susana Balparda**

FECHAS
29 de Julio – 20:30 horas
30 de Julio – 20:30 a 22:30 horas
31 de Julio – 9 a 13:00 horas

CUPOS LIMITADOS (80 personas)

SOCIOS - SIN COSTO
NO SOCIOS: $ 500

INFORMES E INSCRIPCIONES a partir del 20 de Junio
Tel: 401.47.01/Int. 160 – E-mail: socpsiquiatria@spu.org.uy

## SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA DEL URUGUAY

**SESION CIENTIFICA JULIO 2010**

**CONFERENCIA**

# ¿Cómo pensar las adolescencias desde la psiquiatría y otros vértices?

**Dr. Marcelo Viñar**

Jueves 29 de julio de 2010 - 20:30 hs

SOCIOS: Entrada Libre NO SOCIOS: $ 250

# 2010 CALENDARIO DE CONGRESOS

| | | |
|---|---|---|
| **JULIO** | **10** | **"Arte, Salud y Comunidad",** Buenos Aires, Argentina. Organiza: Sección de la WPA sobre Medios y Salud Mental.<br>Informes: E-mail: materazzi@arnet.com.ar |
| **AGOSTO** | **19 – 21** | **VII CONGRESO MUNDIAL DE ESTADOS DEPRESIVOS Y Simposium Internacional de Desorden por Estrés Postraumático –** Auspiciado por OMS y WPA – Mendoza, Argentina. Informes: www.mendoza2010.org |
| | **28 - 30** | **XXI CONGRESO PERUANO DE PSIQUIATRÍA "Psiquiatría: Ciencia y Cultura"** – Centro de Convenciones de Cusco – Cusco – Perú –<br>Informes: www.app.org.pe |
| **SETIEMBRE** | **15 - 17** | **I CONGRESO IBEROAMERICANO DE PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNOS ADICTIVOS** – Organiza ACAPI – Buenos Aires – Argentina.<br>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.<br>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 BRASILERO –** Fortaleza, Brasil. –<br>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.<br>Informes: www.apal2010.com |
| **NOVIEMBRE** | **18 – 21** | **IX CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS.** Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo – Buenos Aires. Informes: congreso@madres.org |

**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.mednet.org.uy/spu

**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