

Cuando este boletín esté llegando a los lectores nuestra Sociedad ya habrá festejado su 85º Aniversario. Mas allá de la celebración, vaya en primer lugar el reconocimiento para aquellos pioneros forjadores de una de las primeras Sociedades de Psiquiatría de América Latina que el 8 de Noviembre de 1923 firmaron el Acta de Constitución: Dres. Bernardo Etchepare (1º Presidente), Rafael Rodríguez, Camilo Paysée, Francisco Garmendia, Elio García Austt, Walter Martínez, Antonio Sicco, Juan Paperán y Pedro Villamil (1). Asimismo queremos recordar a uno de nuestros más insignes asociados, el Prof. Dr. Juan Carlos Rey fallecido este año, al Prof. Emérito Dr. Daniel Murguía, siempre presente en nuestro recuerdo, y a nuestro homenajeado, el Prof. Agdo. Dr. Esteban Gaspar – otro de nuestros socios honoríficos – en reconocimiento a una trayectoria profesional que dignifica y enaltece a nuestra profesión. En tal sentido y como actuales autoridades esperamos poder estar a la altura de nuestros predecesores. En segundo lugar la Sociedad sigue preocupada por las condiciones laborales en las que trabajamos los psiquiatras en los ámbitos público y mutual. Ya establecimos en editoriales anteriores que - más allá del tema remuneraciones - varios problemas

siguen sin solución: escasez de tiempo de la consulta ambulatoria, sobrecarga de pacientes en las consultas de emergencia, lapsos demasiado largos entre las sucesivas consultas, discontinuidad de la asistencia e insuficiencia de los tratamientos psicosociales, entre otros. Esto hace que muchos de los colegas trabajen en condiciones laborales que los ponen en alto riesgo de cometer errores y por ende de malpraxis y de las consecuentes demandas por responsabilidad profesional.. De todos modos, la Psiquiatría nacional ha tenido en los últimos años transformaciones significativas en un sentido positivo: extensión de la psiquiatría a todo el país, mayor pragmatismo de la atención con apertura a la comunidad, desplazamiento académico a instituciones no públicas y tendencia a la integración de modelos(2). En otro orden, la Sociedad se ha abocado a un proceso de intensificar y mejorar las actividades de Desarrollo Profesional Médico Continuo, hecho fundamental en una época donde los conocimientos en nuestra disciplina aumentan de modo exponencial. En tercer lugar pensamos que este aniversario nos pone de cara a la Psiquiatría del Siglo XXI con todas sus promesas y desafíos. Por un lado la Psiquiatría hoy posee nociones diagnósticas y terapéuticas más

precisas y eficaces que en décadas atrás. La alta demanda de servicios psiquiátricos ya no es sólo de los pacientes de la "Psiquiatría pesada"(3) (Psicosis agudas y crónicas, trastornos neuróticos graves), sino que un número creciente de pacientes con depresiones de leves a moderadas, trastornos de ansiedad "menores", trastornos de adaptación, trastornos de la personalidad, etc. solicitan nuestros servicios día a día. Desde ámbitos habitualmente "no tradicionalmente psiquiátricos" como el consumo de sustancias, el abuso sexual, la violencia doméstica y hasta para el permiso de tenencia de armas de fuego, etc., se solicita nuestra opinión. Uno de los cambios más importantes en las últimas décadas ha sido el retorno a un encuadre médico de la Psiquiatría. Sin embargo, esto ha conducido a muchos psiquiatras a caer en un

reduccionismo biológico - como otrora lo fue el psicológico - con una praxis que podría denominarse "neurociencia aplicada", con acentuada exclusión de los abordajes psicopatológicos. Tal como sostiene Paris pensamos que "ninguna teoría exclusivamente basada en la biología o la psicología puede explicar por qué las personas sufren de enfermedades mentales"(4). La complejidad de la Psiquiatría desafía todo tipo de reduccionismo. Por la amplitud y extensión de sus fundamentos conceptuales (5) y de su objeto de estudio, la Psiquiatría necesita de un "modelo común" (6), de una síntesis conceptual de nivel superior - con una fuerte impronta en la práctica - que logre englobar las diversas aproximaciones parciales. El desafío sigue vigente.

**Dr. Vicente Pardo**

(1) Casarotti, H. Comunicación personal

(2) Casarotti, H. Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. Rev. Psiquiatr. Urug. 2007; 71 (2): 153 - 163

(3) Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray - Masson, s.a. 8ªed. Barcelona. 1980

(4) Joel Paris. Prescriptions for the mind. A critical view of contemporary psychiatry. Ed. Oxford University Press. New York. 2008

(5) Mc Hugh P R; Slavney P R. 1998. The perspectives of psychiatry. 2ª ed. Baltimore. John Hopkins University Press

(6) Casarotti, H. Reflexiones sobre responsabilidad médica en Psiquiatría. Rev. Psiquiatr. Urug. 2004; 68 (2): 181 - 193

## SESIÓN CIENTÍFICA SETIEMBRE 2008

### “ENCRUCIJADAS DE LA VIOLENCIA EN LA ACTUALIDAD”

#### Múltiples formas en que se organiza implicando nuestras prácticas

A medida que la violencia va adquiriendo más presencia en nuestras vidas, profesional o privada, vamos modificando nuestra sensibilidad –de acuerdo a un mecanismo de regulación automática- pudiendo llegar hasta la insensibilidad.

Luego de una descripción general de las múltiples formas en que se expresa la violencia, implicando al psiquiatra, la presentación se centró sólo en algunas de ellas.

#### **Violencia: estructurante & destructiva**

Desde el psicoanálisis podemos considerar una **violencia necesaria, estructurante** del psiquismo y otra **destructiva** que obstaculiza la diferenciación y el crecimiento. La finalidad primaria de esta última es infligir daño, en la medida que, por defusión pulsional, los elementos crueles quedan disociados de Eros.

Luego de repasar algunos ejes teóricos freudianos y postfreudianos, señalamos la tendencia a caer en esquematismos simplificadores, con consecuencias sobre

nuestras prácticas, a la hora de explicar las manifestaciones de violencia destructiva. Esto ocurre tanto cuando se las hace depender exclusivamente de una *esencia humana*, como cuando se las considera exclusivamente en relación con *variables históricas y políticas*.

#### **Relación entre pertenencia y violencia social**

El *sentimiento de pertenencia* (a familia, grupo, sociedad) que hace a la identidad de cada sujeto, se construye mediante un mecanismo de atribución con dos movimientos: activo y pasivo. Las fallas en los mecanismos de atribución-retribución generan ansiedades de no pertenencia, como anomia, ser ignorado, excluido, marginado, que se expresan a nivel individual o grupal, como lucha desesperada por pertenecer.

Podemos pensar algunos fenómenos de violencia actuales –clínicos y sociales– como *problemáticas de la pertenencia*.

## Corrupción

La corrupción implica por una parte transgresiones y, por otra, intencionalidad de engaño con beneficio para quien transgrede y perjuicio para terceros. Una consecuencia inmediata es la banalización de las leyes explícitas y la aparición de una nueva, implícita, que es la posibilidad de transgredir al servicio de intereses.

El acto corrupto siempre implica un desconocimiento del otro como semejante, desconociendo su sufrimiento o desconociéndolo como persona con necesidades. Se pierde el sentimiento de solidaridad. Sólo desde cierto ejercicio de poder se puede establecer la corrupción como tal. La inclusión del paciente en acciones sociales transgresivas y su implicancia en el tratamiento, pocas veces son tenidas en cuenta por los tratantes.

## Violencia familiar

Teniendo en cuenta la multiplicidad de formas en que pueden establecerse *interdependencias familiares violentas* -enfermizas y enfermantes- su clasificación puede realizarse atendiendo a la *modalidad*, al *destinatario*, a la *dirección*, etc.

La consideración, a manera de ejemplo, de los mecanismos por los cuales la *conducta violenta de un joven* puede estar sostenida tanto por *padres violentos* como por otros

*excesivamente permisivos*, muestra, en ambos casos, una **dificultad para reconocer la alteridad y la independencia de los hijos**.

## Incesto

El *incesto* borra los límites de los miembros de la familia e introduce confusión entre las generaciones y los sexos. Se produce un ataque masivo a la triangulación edípica con borramiento de los vértices que designan los lugares de padre, madre, hijo. El deseo incestuoso es el de querer ocupar todos los lugares a la vez y negar la incompletud y la falta.

El efecto traumático se vincula con la excitación venida del exterior sin acuerdo ni deseo. El enemigo deviene no sólo el abusador, sino también el propio cuerpo vivido con vergüenza y hasta con desprecio.

## Paidofilia

### ***Paidofilias secundarias*** -

Comprenden los actos paidófilos asociados con trastornos psicóticos graves o patológicas psico-orgánicas (demencias, retardo mental).

### ***Paidofilias primarias*** -

Formas invariantes: inicio temprano y como única forma de satisfacción sexual.

- Formas seudoneuróticas: estructura con

mecanismos defensivos neuróticos, que alcanzaron a establecer relaciones sexuales con adultos, la inclinación paidófila subyace de modo firme y la practican en forma periódica y persistente.

Todas las formas de paidofilia tienen en común:

- el no reconocimiento de la autonomía del menor
- avasallamiento del equilibrio pulsional ante la inundación de estímulos exógenos.
- borradura de la asimetría generacional

*Dificultad del trabajo diagnóstico-pericial con víctimas de un supuesto abuso sexual*

Destacamos: a) el cuidado necesario por no **re-victimizar** al menor cuando se lo expone a material escindido y b) la necesidad de incluir en el diagnóstico a toda la **constelación familiar**.

Se alerta acerca del papel del *narcisismo del profesional* que, movido por su ideología o la necesidad de reconocimiento, arrasa con la singularidad del periciado.

Por último, hay que saber reconocer los *límites de las técnicas diagnósticas*.

### **Neopaidofilia**

Tiene que ver con el ingreso en el mercado de la droga, la explotación sexual y la pornografía.

Son condiciones determinantes: la ruptura de lazos sociales, la corrupción e impuni-

dad y el desprestigio del trabajo y del orden jurídico.

### **El núcleo de la violencia destructiva**

***Lo nuclear de la violencia se encuentra en la incapacidad para reconocer al otro y aceptar las diferencias***

Implica:

- doblegar, forzar la voluntad de quien la padece  
 -anular la autonomía (libertad), violentando. Cuando sólo existo yo (o el otro en función de mí o el otro como obstáculo a dominar) entra en juego la dinámica del narcisismo. "Yo voy a hacer lo que deseo, a apoderarme de lo que quiero, por más que tu te niegues".

Habría que diferenciar la *agresividad constitutiva* del bebé que no habiendo establecido la alteridad, se apropia violentamente del cuerpo de la madre, de la *desmentida de la alteridad*, que nos ubica del lado de la perversión, de la violencia destructiva o la crueldad.

La capacidad para reconocer la alteridad y aceptar las diferencias, es un logro siempre parcial y que varía según la situación del sujeto y el tipo de vínculo.

Existe una tendencia expansiva del yo que en su avance borra las diferencias, por lo que la discriminación es una posición que debe ser reconquistada permanentemente.

## El consumo de sustancias en la violencia

Si bien todos los psiquiatras conocen el interjuego de factores que se representan con el trípode (sustancia, individuo, medio –puede incluirse el delito como un cuarto elemento que da especificidad a algunos casos) muy frecuentemente, cuando salimos de la teoría para interpretar una situación concreta, funcionamos desconociéndolo. El análisis de varias situaciones clínicas permitió evidenciar errores frecuentes de abordajes parciales.

Es posible discriminar en cuatro categorías lo que suele colocarse en la bolsa común de la "delincuencia relacionada con las drogas".

### Algunos elementos del tratamiento farmacológico

Las anormalidades neurobiológicas encontradas en la agresividad patológica, son: *reducción del sistema serotoninérgico e hipe-*

*ractividad noradrenérgica y dopaminérgica.*

Además de revisar el abanico de fármacos que se han venido utilizando en el manejo del paciente agresivo, se sugiere:

#### Al medicar:

- realizar una valoración global (no sólo sintomatológica)
- preguntarse ¿quién necesita la medicación? (el paciente, la familia o la institución) cuidando no formar parte, involuntariamente, de un sistema de dominio y anulación.
- recordar que no toda conducta violenta es patológica

#### Medicar:

- para evitar la destrucción
- para promover la capacidad de vivir junto a otros y consigo mismo
- cuidando no anular la capacidad de rebelarse y transformar la realidad.

**Dr. Luis Bibbó**

Psiquiatra, Psicoanalista, Miembro Asociado de APU, Miembro de ATEFAS, Director del *Instituto Nacional de Criminología del Uruguay.*

Comentarios sobre el trabajo “Secuelas neuroconductuales de las lesiones cerebrales traumáticas: evaluación y tratamiento” de MCALLISTER, T.; publicado en World Psychiatry Vol 6 N° I Abril 2008 (edición en español).

El autor revisa brevemente aquellos aspectos de la Lesión Cerebral Traumática (LCT) de mayor utilidad en la práctica psiquiátrica. En las últimas décadas, al mejorar la atención aguda al traumatizado ha aumentado su tasa de supervivencia, constituyendo la LCT un problema de salud pública de considerable magnitud. La mayoría de los que sobreviven a las LCT de moderadas a graves, presenta secuelas neuroconductuales crónicas, como déficits cognitivos, cambios en la personalidad y aumento de las tasas de enfermedades psiquiátricas. Este tipo de lesión es más frecuente en hombres jóvenes y en personas arias (por caídas). Este trabajo se centra en las lesiones por traumatismo encéfalo craneano no penetrante.

En grandes líneas existen dos tipos de fuerza que originan lesiones cerebrales: lesiones

por contacto y por inercia. En el caso de las lesiones por contacto se deben a que el cerebro entra en contacto con un objeto. Las regiones en las que más frecuentemente se ven este tipo de lesiones son los polos temporales anteriores, las cortezas temporales laterales e inferiores, los polos frontales y las cortezas órbita frontales.

Las lesiones por inercia son por efecto de la rápida aceleración - desaceleración del encéfalo; siendo los vasos sanguíneos y los axones los más afectados. La lesión axonal difusa es provocada por este mecanismo. Las regiones en donde se ven más frecuentemente este tipo de lesiones es el cuerpo calloso, el tronco encefálico y la sustancia blanca subfrontal.

Lo que predomina es que las lesiones sean por una mezcla de ambas fuerzas. Los

efectos de la lesión son inmediatos (lesión primaria) y a posteriori (lesión secundaria). En esta última intervienen la hipoxia, el aumento de la presión intracraneana, el edema y la liberación masiva de neurotransmisores. Algunas regiones cerebrales como el hipocampo son particularmente sensibles a las lesiones secundarias. Las regiones cerebrales más implicadas en la sintomatología psiquiátrica son la corteza frontal y la materia blanca subfrontal, las estructuras profundas de la línea media, como los ganglios basales, el tronco cerebral rostral y los lóbulos temporales del hipocampo. Además en la LCT, se producen alteraciones de los neurotransmisores que desempeñan importantes funciones en el mantenimiento de la homeostasis cognitiva y conductual. Por ejemplo, disfunción de los sistemas catecolaminérgicos, alteraciones del tono colinérgico central (recordar su rol en la memoria y la atención) y activación del sistema serotoninérgico.

En cuanto a los cambios cognitivos, lo más frecuente son los déficits tanto iniciales como persistentes. El deterioro se evidencia en las funciones ejecutivas frontales, la atención, la memoria a corto plazo, el aprendizaje, la velocidad de procesamiento de información y las funciones del habla y el lenguaje. Los cambios en la personalidad son muy frecuentes y se manifiestan de dos formas: acentuación de los rasgos de per-

sonalidad previos o cambios en los patrones conductuales. La impulsividad suele ser acentuada y se puede evidenciar en expresiones verbales, acciones físicas, decisiones repentinas y falta de juicio, y surge de la incapacidad de considerar completamente las repercusiones de una determinada acción. La irritabilidad es desproporcionada con relación al estímulo que la provoca. Puede consistir en arrebatos verbales pudiendo llegar a heteroagresividad física.

Inestabilidad afectiva (incontinencia o labilidad afectiva). Se caracteriza por expresiones emocionales exageradas, desproporcionadas al estímulo desencadenante, y fuera del espectro de respuestas a estímulos similares que se manifestaba antes de la lesión. En general son de inicio paroxístico, de duración breve y con posterior remordimiento. Muchas veces el paciente presenta una notoria falta de conciencia de estos cambios, esto se vincularía a una disfunción frontal ejecutiva. La apatía es muy frecuente llegando al 50% de los casos. El déficit subyacente asociado a ésta se sitúa en el dominio de la conducta motivada. Es motivo frecuente de la evolución más lenta en las estrategias de rehabilitación. Los déficits en la conducta motivada pueden producirse asociados con una lesión del circuito «de recompensa».

Existe una relación entre el perfil lesional



y los cambios de personalidad. De los cinco circuitos frontales subcorticales, tres estarían implicados en la afectación de la conducta motivada. La lesión de la corteza prefrontal dorso lateral y su circuito altera las funciones ejecutivas, la lesión de la corteza órbita frontal provoca una alteración en la capacidad de autorregulación en un contexto social. La lesión de la corteza cingulada anterior afecta las conductas motivadas y relacionadas con la recompensa. La lesión de las regiones intermedias temporales altera otros aspectos de la memoria, como la integración de la memoria emocional con la experiencia actual.

### **Relaciones de la lesión cerebral traumática con trastornos psiquiátricos específicos**

Múltiples trabajos sugieren que la LCT aumenta el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos específicos, sobre todo trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y abuso de sustancias. Se mencionan diferentes trabajos en los cuales en el seguimiento a largo plazo, más del 40% de los individuos había desarrollado un trastorno psiquiátrico. Al comparar estas cifras con las tasas esperadas para la población general encuentran que son superiores a las esperadas si no hubiera existido la lesión. Esto último se verificó, especialmente en aquellas personas con trastornos psiquiá-

tricos previos. Además, las tasas fueron máximas en el punto de evaluación inicial después de la lesión y se estabilizaron o disminuyeron con el tiempo. Se plantea que los trastornos psiquiátricos predisponen a la LCT, ya que ésta es más frecuente en ellos que en la población general.

En cuanto a su relación con la demencia, muchas personas codifican para su definición de acuerdo al DSM IV, pero el desafío mayor es si la LCT aumenta el riesgo futuro de padecer demencias de otras etiologías como la enfermedad de Alzheimer. Sobre esto no hay datos concluyentes, aunque se plantea que la menor reserva funcional en la LCT contribuya a la manifestación más precoz de los síntomas en personas que desarrollan la enfermedad de Alzheimer.

### **Evaluación neuropsiquiátrica**

La presencia de déficits de memoria a corto plazo y los problemas con el secuenciado de acontecimientos en el tiempo pueden dificultar la reconstrucción de la historia. En consecuencia, es fundamental la entrevista con terceros. Lo primero a explorar es cómo era el individuo previamente a la lesión y cuanto más precozmente se haga esta evaluación, mayor será su fiabilidad. Los cambios pueden ser un efecto directo de la lesión del tejido neural, pero también pueden vincularse al significa-

do del accidente o la lesión para el individuo: por ejemplo, pueden ser una reacción a la pérdida de la autoestima a causa de una lesión desfigurante, la pérdida de movilidad o el desempleo. Finalmente, los cambios en el entorno, como en la situación habitacional, en los cuidadores o en la vida cotidiana, pueden tener un enorme impacto en la conducta y en la adaptación de un individuo con lesión cerebral u otras enfermedades neuropsiquiátricas. La evaluación neuropsiquiátrica consiste entonces en un proceso que comprende la comparación entre el perfil de la lesión cerebral y los cambios producidos en la cognición, la conducta y el funcionamiento global, y la determinación del grado de ajuste entre los resultados previstos y los reales. Esto se realiza mediante un proceso de interpretación, en el que el médico asigna pesos relativos a las diferentes contribuciones de los componentes neurales, biológicos, psicológicos y sociales.

### **Principios del tratamiento**

Debido a déficits cognitivos y sensorio motores asociados a la LCT, puede ser que la clínica no se ajuste a los criterios diagnósticos del DSM. Por lo intrincado de los cuadros, a veces la estrategia terapéutica debe planificarse desde un nivel sindromático, y a partir de este, establecer un esquema terapéutico, modificable en caso de no obtenerse respuesta. Los individuos con trastornos cognitivos presentan una mayor sensibilidad, no sólo a la medicación, sino también al entorno en el que viven. Debe considerarse que los cambios descritos disminuyen su capacidad de responder con flexibilidad al entorno. Por tanto, el desconocer la incidencia del entorno puede significar una importante disminución de la eficacia del tratamiento farmacológico. A su vez sin una adecuada farmacoterapia, hasta las mejores estrategias conductuales pueden fracasar.

**Dra. Verónica Cardeillac**

## FIESTA DE FIN DE AÑO

La Comisión Directiva de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Los espera en la Fiesta de Fin de Año  
que se realizará en el  
Club de Golf del Uruguay

**12 de diciembre – 21:30 horas**

SOCIOS: Entrada Libre NO SOCIOS: \$ 300

# Lamictal®

L A M O T R I G I N A

*estabilidad con protección*

Primer estabilizador del ánimo  
con protección  
antidepresiva demostrada<sup>1,2,3</sup>

REFERENCIAS

1. Goldsmith D, et al. Lamotrigine: A Review of its Use in Bipolar disorder. *Drugs* 2003; 63:2029-2050
2. Bowden CL, et al. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 392-400.
3. Calabrese JR et al. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently depressed patients with bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (9): 1013-1024.



**DESCUENTO 75%**  
1era. compra

**DESCUENTO 50%**  
2da. compra  
y siguientes

**gsk** GlaxoSmithKline

Mayor información a disposición en el  
Departamento Médico de  
**GlaxoSmithKline Uruguay S.A.**  
Salto 1105, Montevideo, Uruguay,  
Teléfono 419 8333, Fax 418 8063.

LAMICUYREV1.0509DM158

## Se presenta una versión abreviada de la carta renuncia de la asociada Dra. Carla Caetano a los cuadros de Psiquiatra suplente del Hospital Británico

Montevideo, 28 de julio de 2008

### **A Dirección Técnica de Hospital Británico:**

Hace aproximadamente 15 meses fui entrevistada por la Dirección Técnica y psiquiátrica en ocasión de un llamado que realizó vuestra Institución para cubrir cargos de psiquiatra suplente. En ese momento accedimos a esos cargos la Dra. Ana Inés Ruiz como primer suplente y en segundo lugar quien suscribe Dra. Carla Caetano. Al no poder cubrir las guardias la Dra. Ana Inés Ruiz yo me hice cargo de ese trabajo a partir del mes de junio del 2007. Luego de esa fecha, se me citó para mantener entrevistas con el Adjunto a la Dirección Técnica en dos oportunidades. En la primera se me solicitó que diera información sobre una paciente que se encontraba ingresada judicialmente en Sanatorio Psiquiátrico por un episodio maniaco. En esa oportunidad planteé que la paciente no se encontraba en condiciones del alta ya que no estaba compensada, a pesar de que estaba internada hacía un mes, internación de la que se había hecho cargo otra Institución y además que el egreso de la paciente dependía del Juez actuante, situación de la que me iba a interiorizar a través de entrevistas con el Abogado de la

paciente. El Adjunto a la Dirección Técnica se mostró contrariado ya que temía que si se prolongaba la estadía en el sanatorio durante mucho tiempo el Hospital Británico tenía que cubrir los costos de la misma. Me planteó que si la paciente era dada de alta, a pesar de mantener el ingreso judicial, la familia tendría que responsabilizarse de los gastos, a lo cual repetí mi opinión sobre que la paciente no estaba en condiciones médicas del alta. Esa tarde se me comunicó vía Ancel que la paciente iba a ser atendida por el Coordinador de Psiquiatría quien le otorgó el alta en forma inmediata, sin mantener controles. Durante la segunda entrevista, aproximadamente cuatro meses después, se me planteó que la Institución estaba desconforme con mi actuación profesional dado que había dos situaciones que consideraban irregulares. La primera era que no llegaba en el tiempo preestablecido a la emergencia cuando se solicitaban mis servicios, según informe elevado por la Nurse Coordinadora. Pedí se me mostraran los registros de emergencia y se me contestó que en ese momento no estaban disponi-

bles. Afirmé que esa situación nunca había sucedido. Lo que confirmé fue que en dos oportunidades no pudiendo llegar a la emergencia en el tiempo reglamentario (2 horas) le había solicitado a dos colegas la Dra. Ana Inés Ruiz en una oportunidad y el Coordinador de Psiquiatría en otra si ellos podían cubrir los llamados, a lo que me contestaron afirmativamente. Quiero aclarar que son dos colegas que se encuentran trabajando en la Institución y que "jerárquicamente" están por encima mío. Ambos cumplen funciones de Psiquiatras de guardia. El segundo motivo de disconformidad era que los controles realizados a una paciente hospitalizada no habían tenido la frecuencia adecuada que se consideraba debía ser diaria. Expliqué que la paciente era controlada dos veces por semana, manteniéndose frecuentes entrevistas con la familia. Consideré que la frecuencia era la adecuada teniendo en cuenta que dicha paciente tenía una Psiquiatra tratante particular la que la veía en forma diaria y con la cual yo también me mantenía en contacto permanente. Aclaré que entendía que mi función como Psiquiatra de la Institución era controlar que la paciente evolucionara adecuadamente con el tratamiento instituido por la psiquiatra tratante y otorgar el alta, en acuerdo con la colega, cuando fuera necesario, de lo contrario la Institución tendría que prohibirle a los pacientes y familiares la atención brindada por psiquiatras particulares. Nunca recibí quejas con respecto a mi atención por parte de

la paciente o de los familiares con quienes siempre mantuve excelente vínculo. Luego de planteados estos problemas, y sin que se me comunicara nada con respecto a ninguna decisión tomada por la Dirección Técnica del Hospital Británico, culminó la entrevista, luego de la cual no volví a ser convocada por la Institución. El 21 de abril de 2008 yo debía tomar la guardia de psiquiatría, y así pensé que iba a ser, porque después de haberla cubierto ininterrumpidamente durante 10 meses, sin que mediara una confirmación de la misma, era lógico que yo debía cubrirla ese mes si no se me avisaba lo contrario. Lamentablemente no se tuvo la gentileza de avisarme que yo no iba a ser más convocada, y digo lamentablemente porque una institución que pretende tener cierto nivel, creo debe respetar a los funcionarios que trabajan en ella, y considerar éticamente a los colegas médicos. Fue muy incómodo enterarme por terceros que dicha institución estaba cubriendo las guardias que yo realizaba con colegas que en el momento que yo entré como psiquiatra suplente no pertenecían a la institución y que se consideraba que yo no estaba apta para cubrir policlínicas. Por último le solicito formalmente se me retire de la lista de suplentes, a la que usted a través de su secretaria me dijo que yo seguía perteneciendo.

Sin otro particular, saluda atte.

**Dra. Carla Caetano**

## PUBLICACIONES RECIBIDAS

- Actas Españolas de Psiquiatría – Vol. 36, No. 5 – Setiembre-Octubre 2008 - El DSM-V y sus “espectros”.
- Salud Mental – Vol. 31, No. 3, Mayo-Junio 2008 – Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización sobre el tema.
- Psychiatric Annals – Vol. 38, No. 7, Julio 2008 – Difficulties of Treating Depression.  
**Colaboración Laboratorio Gador S.A.**
- Psychiatric Annals – Vol. 38, No. 8, Agosto 2008 – Early Intervention for Psychotic Disorders. **Colaboración Laboratorio Gador S.A.**
- The American Journal of Psychiatry – Edición en Español  
Vol. 11, No. 3 – Marzo 2008 – Metaanálisis de la rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia.  
Vol. 11, No. 4 – Abril 2008 – Depresión Perimenopáusica  
Vol. 11, No. 5 – Mayo 2008 – Armas de fuego, adolescentes y enfermedad mental
- CNS Spectrums – Vol. 13, No. 8 – Agosto 2008 – The Future of Depression Psychopharmacology.
- World Psychiatry – Edición en Español  
Vol. 5, No. 3 – Diciembre 2007 – Tratamiento de las personas afectadas simultáneamente por una enfermedad mental grave y un trastorno relacionado con sustancias: implicaciones programáticas.  
Vol. 6, No. 1 – Abril 2008 – Avances en la endotipificación de la esquizofrenia  
Vol. 6, No. 2 – Setiembre 2008 – Deterioro cognitivo leve: búsqueda de pródromos de la enfermedad de Alzheimer
- World Psychiatry – Edición en inglés  
Vol. 7, No. 3 – Diagnosing and treating attention-deficit/hyperactivity disorder in adults.

- International Journal of Geriatric Psychiatry – Separata en portugues.
- Revista Brasileira de Psiquiatria – Vol. 30 – Suplemento Especial – Ciencia y Ética en Psiquiatría.
- Anthology of German Psychiatric Texts – WPA (2 unidades)
- Glosario de Psicopatología – Las facultades mentales.
- Tabaco – A Guerra do Fumo
- Da Depressao a Disfuncao Sexual (e vice-versa) – Carmita Abdo
- ABP – XII Jornada Nordestina de Psiquiatria
- Ciencias Psicológicas – Vol. II, No. 1, Mayo 2008 (UCUDAL)
- Boletines de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay – Nos. 197 (agosto/setiembre 2008) y 198 (octubre 2008).
- Boletín de la Sociedad de Psicología del Uruguay – No. 47, Agosto 2008.
- CD – Psychotropics and other CNS medication – Lundbeck Institute.



ASOCIACIÓN PSICOANALÍTICA DEL URUGUAY

**CURSOS CENTRO DE INTERCAMBIO - Comienzo: Abril 2009**

Destinados a profesionales en actividad de diferentes disciplinas: psicólogos, médicos, postgrados, residentes, asistentes sociales, psicomotricistas, fonoaudiólogos, educadores, estudiantes de los últimos años de psicología, así como a todos aquellos interesados en acceder al sustrato teórico clínico del psicoanálisis. Local: Sede de APU, Canelones 1571.

**1. Curso anual** dividido en cuatro módulos: Días: jueves 20:15 hs.

- a. **Conflicto psíquico.**
- b. **Estructuras psicopatológicas.**
- c. **Teoría de la técnica.**
- d. **Entrevista psicoanalítica.**

**2. Cursos de profundización** destinados a quienes tengan alguna formación previa en psicoanálisis. Ejes temáticos:

- a. **Talleres clínicos.** \*
- b. **Niños.**
- c. **Adolescentes.**
- d. **Autores psicoanalíticos.**
- e. **Psicopatología:** Neurosis – Patologías de borde – Psicosis – Perversiones.
- f. **Interdisciplina:** Psicoanálisis en relación con Psiquiatría, Literatura, Neurociencias, Educación, Neuropsicología, Filosofía, entre otros.

\* Estos cursos están dirigidos a profesionales en ejercicio de práctica clínica, y que tengan en la actualidad o hayan tenido tratamiento personal. Se requerirá certificado del mismo.

**En breve se confirmarán los docentes a cargo, detalles de las propuestas y costos.**

Por más información dirigirse a Secretaría de APU: Telefax: 410 7418

**COMISIÓN DE PUBLICACIONES**

**Anunciamos la venta de diversas publicaciones de APU en oferta. Promoción hasta nuevo aviso.**

Paquetes de Revistas de números anteriores a 2005	5 X	\$ 150
2as. Jornadas de Educación y Psicoanálisis		\$ 70
RUP 102 Violencia social y adolescencia		\$ 100
RUP 103 Debates sobre la subjetivación en psicoanálisis		\$ 100
<b>Precios de las publicaciones más recientes:</b>		
RUP 104 Simbolización y experiencia analítica		\$ 140
RUP 105 Repetir, recordar...: figuras de la memoria		\$ 140
RUP 106 Práctica psicoanalítica: trabajando las diferencias		\$ 170
3as. Jornadas de Literatura y Psicoanálisis TRAZAS Y FICCIONES		\$ 140
2º Coloquio de Emergencia Social EXCLUSIÓN/INCLUSION		\$ 100
CD RUP 1-85 (texto completo)		\$ 200

**Días y horarios de venta: Martes a Jueves de 9.30 a 12.30 hs.**

**Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU)**  
**Canelones 1571 - Montevideo - Uruguay**  
**Telefax (5982) 410 7418 - apu@netgate.com.uy - www.apuguay.org**





**AUDEPP**

## INSTITUTO DE POSTGRADO

### ESPECIALIZACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

2 años c/posibilidad de ulterior Maestría (habilitación MEC en trámite)

La formación incluye:

**Teoría - Técnica** (7 hrs. semanales en 2 días)

**Práctica Clínica Supervisada** (individual -1 hora por semana a convenir;  
grupal -1 h 30' cada 15 días)

**Dirigido a: Psicólogos y Médicos**

INSCRIPCIONES 2009 ABIERTAS

**Informes e inscripciones:** Secretaría de IPPA – AUDEPP Canelones 2208

Tel. 4034879 | [ippa@adinet.com.uy](mailto:ippa@adinet.com.uy) | [www.audepp.org](http://www.audepp.org)



## SU OPINIÓN CUENTA

Si Ud. desea compartir con nosotros y sus colegas sus ideas, propuestas, sugerencias u opiniones, envíenos una nota para ser publicada.

**E-mail: [spu@mednet.org.uy](mailto:spu@mednet.org.uy) - Fax: 402.01.72**



*Convocamos a un encuentro latinoamericano que promueva un activo intercambio científico y de real participación entre los asistentes. Aspiramos a su vez, que la interdisciplina y la investigación, sean ejes transversales de todo el Congreso.*

*Nos reuniremos en torno a PANELES, MESAS REDONDAS, FOROS DE DISCUSIÓN DE TRABAJOS LIBRES, TALLERES Y CURSOS.*

**CONFERENCISTAS CONFIRMADOS:**

Prof. Dr. Ricardo Vellutti (Uruguay) Médico, Neurofisiólogo. Doctor en Ciencias Biológicas PEDECIBA-Facultad de Ciencias - UDELAR. Gran Premio Nacional de Medicina, 2000.

Dr. Luis Hornstein (Argentina) Médico, Psicoanalista. Premio Konex de Platino en psicoanálisis, 2006. Miembro fundador de la Sociedad Psicoanalítica del Sur (SPS). Presidente de la Fundación para la Investigación de la Depresión (FUNDEP).

**VIDEO CONFERENCIAS: España/Uruguay**

**Dr. Hugo Bleichmar** (Argentina)

Médico, Psicoanalista. Director del Curso de postgrado para el título de "Especialista universitario en clínica y psicoterapia psicoanalítica", Universidad Pontificia Comillas (Madrid). Presidente de la Sociedad "Forum" de Psicoterapia Psicoanalítica (FEAP). Director de la revista "Aperturas Psicoanalíticas" y Presidente de la Sociedad Forum de Psicoterapias Psicoanalíticas.

**Dra. Emilce Dio Bleichmar** (Argentina)

Médica, Psicoanalista. Doctora por la Universidad Autónoma de Madrid. Directora académica del Curso de Especialista Universitario en Clínica

y Psicoterapia Psicoanalítica: El Niño/a y su Familia, Universidad Pontificia Comillas. Investigadora y docente en psicoanálisis y género.

**FECHAS DE ENTREGAS**

**TRABAJOS PARA FOROS:**

30 DE DICIEMBRE DE 2008: Entrega de la base de exposición (ideas, centrales, marco teórico y bibliografía).

31 DE MARZO DE 2009: Entrega de TRABAJO COMPLETO.

**TALLERES:**

30 DE DICIEMBRE DE 2008: Presentación de Propuesta de Taller.

**POSTERS:**

30 DE DICIEMBRE DE 2008: Presentación del resumen del póster

4 DE MAYO DE 2009: Entrega de TRABAJO COMPLETO.

**URUGUAY**

Los autores del Uruguay, tanto socios como no socios de AUDEPP, enviarán tres copias y versión digital a AUDEPP. Las propuestas serán evaluadas por el Comité Científico para su aceptación.

**COSTOS**

Hasta 28 febrero de 2009	SOCIOS	NO SOCIOS	IPPA y Egresados menos de 5 años
de 1º de marzo 2009 al Congreso	\$ 2.400	\$ 2.800	\$ 1.600
CUOTAS	\$ 2.800	\$ 3.200	\$ 2.000
	SOCIOS	8 x \$ 300	
	NO SOCIOS	4 x \$ 700	
	IPPA y Egresados menos de 5 años	4 x \$ 400	

V CONGRESO AUDEPP – V CONGRESO FLAPPSIP  
 Psic. Luis Correa Aydo  
 Presidente V Congreso AUDEPP  
 Dr. Jorge Rosa  
 Presidente V Congreso FLAPPSIP

COMITE CIENTÍFICO - V CONGRESO AUDEPP  
 Coordinador: Dr. Rafael Sibils

INFORMES E INSCRIPCIONES:  
[www.audepp.org](http://www.audepp.org)  
<http://www.flappsip.com>  
[vcongresos@gmail.com](mailto:vcongresos@gmail.com)  
 Secretaría de AUDEPP  
 Canelones 2208  
 (00598-2)402 2066 – 408 4985  
[contacto@audepp.org](mailto:contacto@audepp.org)

2008

## Calendario de Congresos

<b>Noviembre 18–22</b>	<b>XXV CONGRESO DE APAL – “La Salud Mental de Nuestros Pueblos: Prioridad Absoluta”</b> - Isla Margarita, Venezuela. Informes: E-mail: <a href="mailto:secretaria@apal2008.org">secretaria@apal2008.org</a> Web: <a href="http://www.apal2008.org">www.apal2008.org</a>
<b>2009</b>	
<b>Diciembre 02–06</b>	<b>7th INTERNATIONAL CONGRESS OF NEUROPSYCHIATRY</b> – Cancún, Mexico. Infomes: Web: <a href="http://www.btcamericas.com/inacongress2008">www.btcamericas.com/inacongress2008</a>
<b>Enero 30</b>	<b>X SIMPOSIO SOBRE TRASTORNOS BIPOLARES</b> – “Avances Diagnósticos y Terapéuticos” - Auditori del Hospital Sant Joan de Déu – Barcelona, España. Informes: E-mail: <a href="mailto:info@verummedica.com">info@verummedica.com</a> Web: <a href="http://www.verummedica.com">www.verummedica.com</a>
<b>Enero 02–06</b>	<b>CONGRESO “Cultura y Salud Mental”</b> , La Habana, Cuba, organizan WPA y Sociedad Cubana de Psiquiatría. Informes: E-mail: <a href="mailto:crisma@infomed.sld.cu">crisma@infomed.sld.cu</a> Web: <a href="http://www.cubaconf2009.org">www.cubaconf2009.org</a>
<b>Abril 01–04</b>	<b>CONGRESO INTERNACIONAL DE LA WPA “Tratamientos en Psiquiatría: Una Nueva Puesta al Día”</b> – Florencia, Italia. Informes: <a href="mailto:majmario@tin.it">majmario@tin.it</a> Web: <a href="http://www.wpa2009Florence.org">www.wpa2009Florence.org</a>
<b>23 – 26</b>	<b>XXV CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRÍA “La Salud Mental: un problema de salud pública”</b> - Mar del Plata, Argentina. Informes: <a href="mailto:congreso2009@apsa.org.ar">congreso2009@apsa.org.ar</a>
<b>Mayo 16 – 21</b>	<b>REUNIÓN APA</b> – San Francisco, USA. Informes: Web: <a href="http://www.psych.org">www.psych.org</a>
<b>29 - 30</b>	<b>XI JORNADA NACIONAL DE PATOLOGÍA DUAL</b> – Madrid, España. Organiza: Asociación Española de Patología Dual. Informes: E-mail: <a href="mailto:szerman@patologiadual.es">szerman@patologiadual.es</a>


**Sociedad de Psiquiatría del Uruguay**

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

**Comisión Directiva (2007-2009)**

**Presidente**  
 Dr. Vicente Pardo  
**Vicepresidente**  
 Dr. Freedy Pagnussat

**Secretaria**  
 Dra. Cecilia Idiarte Borda  
**Tesorero**  
 Dra. virginia Vallarino

**Vocales**  
 Dra. Mariela Bonilla  
 Dra. Ana María Moreno  
 Dra. Ana Laura Ferro