

Apuntes sobre controversias que terminan por dañar a las personas más vulnerables

En este momento se está dirimiendo a nivel parlamentario la Ley de Salud Mental que regirá en el futuro los ejes de la actividad de los psiquiatras y de todos quienes trabajamos en tal área.

En anteriores editoriales y también mediante dos documentos, hemos hecho llegar a los socios la opinión del colectivo de psiquiatras conformado por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, la Asociación de Psiquiatras del Interior y las Cátedras de Psiquiatría de Adultos y Pediátrica de la Facultad de Medicina.

Con dichos documentos concurrimos al Senado a expresar nuestro parecer; están disponibles en la página web de SPU.

Hoy quisiera referirme al tratamiento que reciben algunos aspectos del tema Salud Mental en ciertos medios de prensa y redes sociales, y al enfoque que plantean algunos grupos de opinión que -más allá de una buena intención que no corresponde discutir y de la determinación a la defensa de los Derechos Humanos que expresan- actúan profundamente influidos por aspectos ideológicos fundamentados en prejuicios emocionales (un componente importante del concepto de estigma al que nos referimos en otra página de este boletín).

Esta perspectiva termina confundiendo, desinformando, sentenciando livianamente sobre medias o cuartas verdades, y generando más mucho más daño que beneficio para las personas que padecen problemas psíquicos -particularmente los más graves- y sus familias.

Tales enfoques cuestionan indiscriminada-

mente gran parte de lo que hace a la salud mental apoyándose en generalizaciones, exageraciones, discursos inconsistentes y con frecuencia ininteligibles en su esencia. Se incurre en diversos tipos de falacias, particularmente acerca de la concepción de la enfermedad mental, las clasificaciones y diagnósticos, y los procedimientos terapéuticos. Alguna prensa se ha hecho eco de tales posturas sin haber profundizado en una materia que requiere información seria para emitir opinión, dada la sensibilidad del público ante este tópico.

Las enfermedades psiquiátricas -particularmente las graves- son angustiantes para el entorno familiar y difíciles de tolerar para la sociedad. Eso lleva a que se pretenda negarlas, plantear que se trata de constructos sociales o teóricos sin sustrato, y -formulando el neologismo "despatologización"- se pretende refutar su existencia.

Sin embargo, lo cierto es que los enfermos sufren y continúan concurriendo en busca de ayuda y soluciones, y los psiquiatras en conjunto con otros trabajadores de la Salud Mental, intentamos aportarlas de la mejor manera posible.

No tiene sentido intentar negar la realidad de la patología psíquica mediante expresiones de deseo convertidas en "documentos" y declaraciones efectistas políticamente correctas, pero plenas de vaguedades, inválidas científicamente y vacías de contenido. La realidad -como decía un respetable político uruguayo- es porfiada; y los empeños de negar la existencia de la enfermedad mental, estériles y contraproducentes. Por comprensibles que sean -debido a las pro-

fundas raíces emocionales signadas por el miedo y el rechazo ante lo desconocido- no son más que manifestaciones no del todo conscientes de intentar controlar aquello que no es sencillo entender y además genera sufrimiento.

La atribución a diversas fantasías o hechos mágicos a los que le era endilgada la esencia de la patología psíquica en épocas pasadas no es muy diferente de las racionalizaciones o negaciones que se hacen actualmente, pretendiendo anular su existencia o atribuirla a aspectos puramente circunstanciales.

En otras palabras, la enfermedad mental no depende de una expresión de deseo o de si se habla de ella o se la disimula; y mucho menos se la decreta. Lo que sí se puede hacer es legislar para aportar un marco adecuado que oriente acciones dirigidas a su mejor prevención, detección y tratamiento.

También se ha hablado hasta el hartazgo de ciertos aspectos terapéuticos (o de casi todos los tratamientos) cuestionándolos o directamente denostándolos. Innumerables veces se ha acusado -en forma agresiva y marcada por el desconocimiento - a quienes los indican y aplican, habiéndose hecho eco de ello determinados artículos de prensa sensacionalistas y escasamente éticos, ya sea por su mala fe o por el nulo conocimiento del cual parten, lo que debería también constituir parte de los deberes éticos de la prensa (conste aquí que no nos referimos a toda ella, sino a la que ha actuado de modo irresponsable, aumentando el sufrimiento de las personas que reciben los tratamientos y de sus familias). La mayor parte de las veces ni siquiera es apropiado refutar tales artículos puntualmente, dado que llevaría a acrecentar su notoriedad y expandir el daño que generan.

Muchas veces la forma de enfrentar la angustia que despierta la patología psíquica es buscar culpables. A veces se le asigna tal carga al propio paciente, agregando consternación a quien obviamente menos la merece. También -y con frecuencia- se culpa a su familia o entorno, lo que es a todas luces inapropiado en general, si bien hay casos -especialmente en los que prima la agresividad o el abuso- en que el medio sí puede tener responsabilidad.

Pero también es frecuente la búsqueda de culpables en quienes trabajamos en el cuidado de la Salud Mental, en particular por no poder resolver los problemas en forma sencilla, inmediata o absoluta. Estas demandas -nacidas en la complejidad y dificultades que conlleva la patología que nos toca enfrentar- recaen sobre quienes más cerca de los pacientes estamos, los que los cuidamos tratando de utilizar conocimientos científicos que nos ha llevado años de formación adquirir. Las acusaciones inciden sobre todos los trabajadores del área, y naturalmente sobre los psiquiatras, dado que estamos en la primera línea de contacto, además de ser quienes tradicional y legalmente tenemos mayor responsabilidad ética y legal. Por otra parte, nos hacemos cargo de los pacientes con patología más grave y que requieren tratamientos complejos, prolongados y no exentos de efectos secundarios.

En fin, la gente tiende a alejarse de la locura, negarla, expulsarla de sí y tratar de culpar a alguien. Esos mecanismos -si bien comprensibles y en parte contrastables mediante información, educación y discusión (a ello se refiere otra nota en este boletín)- han signado la historia de los psiquiatras de todos los tiempos y probablemente lo sigan haciendo. La elección de esta profesión implica saber

y aceptar que un cierto grado de estigma recaerá sobre nosotros acompañando el que afecta a los pacientes, y si bien podemos sostener con claridad y solidez nuestros argumentos así como demostrar dedicación y responsabilidad, no siempre será posible vencer los prejuicios.

De hecho somos la única profesión que tiene "anti". Los psiquiatras tenemos "antipsiquiatras", y que yo sepa es la única especialidad cuya nominación tiene antónimo.

Por otra parte, la sociedad, la medicina y la psiquiatría han cambiado, y la relación médico-paciente-familia-sociedad exige hoy otras actitudes por parte de todos los implicados. Considero que en este punto los psiquiatras tenemos compromisos que a veces no asumimos adecuadamente.

El modelo médico clásico ha ido variando desde hace tiempo –creo que para bien y alivio de todos- pero muchas veces los cambios son difíciles de ajustar para usuarios y prestadores, y deben ir poco a poco integrándose en nuestra forma de desempeñar la tarea. Cierta responsabilidad tenemos en ello, y nuestra actitud merece ser revisada en forma crítica permanentemente: no somos dueños de la verdad; sólo somos expertos en una parte de ella.

De hecho la psiquiatría avanza y cambia constantemente, y para nosotros es obligatorio estar al día con nuevas concepciones teóricas, enfoques, abordajes clínicos y opciones terapéuticas. Acerca de muchas de ellas no siempre estamos suficientemente informados y menos aún entrenados, y tampoco tenemos los recursos institucionales como para cubrir las demandas y las expectativas de pacientes y familias. Es significativo es que muchas veces la sobrecarga laboral y las condiciones asistenciales de los lugares

de trabajo no permiten efectuar la tarea con la tranquilidad y probidad necesarias. También lo es que suele no haber tiempo –y a veces tampoco costumbre- de dar explicaciones a los familiares acerca de una patología que es particularmente difícil de conceptualizar. Esos son problemas contra los que hemos luchado desde siempre y debemos seguir exigiendo más tiempo y mejores condiciones para dar a nuestros pacientes lo que merecen.

En fin, podríamos entender (entender en el sentido de comprender en profundidad el porqué de ciertos fenómenos, no en el de aceptar pasivamente) que cuando determinadas personas o grupos se quejan y culpan al psiquiatra, algo de "razón" les asiste, no necesariamente porque el psiquiatra esté actuando en forma inapropiada (lo que también puede suceder) sino porque las características de la patología y/o de las condiciones asistenciales no permiten un mejor curso de los hechos.

Ciertamente, en los discursos que critican el modelo con el que se aborda hoy la Salud Mental se mencionan puntos en los cuales los psiquiatras estamos plenamente de acuerdo. Existen importantes carencias y fallas, y es necesario incorporar nuevas modalidades de atención. Sabemos que hay muchísimos aspectos a mejorar, y en ellos los psiquiatras coincidimos con buena parte de las críticas, no sólo en su tipificación sino también en las soluciones propuestas. Quien vea nuestra opinión acerca del Proyecto de Ley hoy en discusión constatará nuestros acuerdos y discrepancias.

Obviamente estamos dispuestos a actuar en forma conjunta y coordinada con las personas, organizaciones, instituciones y

medios de comunicación que tengan como objetivo una mejor Salud Mental en el país, contribuyendo con nuestro saber y esfuerzo. Es necesario que los aportes de todos se funden sobre bases realistas y científicas, naturalmente con la participación integral de todas las disciplinas que hacen al tema de la Salud Mental.

Mas –siendo un tanto reiterativo- con gran frecuencia no es eso lo que surge en ciertos artículos o entrevistas de prensa, ni en los discursos que muchas veces llegan a ámbitos oficiales como el parlamento, donde esperamos que primen la ponderación y el reconocimiento a los saberes disciplinarios a la hora de definir los puntos específicos de la nueva ley.

Es necesario estar atentos y defender nuestra profesión, su historia, saber y métodos con posturas científicas firmes, racionales y sensatas, porque ello implica defender a nuestros pacientes y a la Salud Mental de la población. Asimismo estamos dispuestos a modificar nuestro accionar en la medida que las sociedades y sus conocimientos van cambiando, y a ocupar de pleno derecho nuestro lugar como una de las disciplinas que trabajan en la Salud Mental, respetando a todas ellas en su especificidad y exigiendo que se nos respete en la nuestra.

Por último, debemos tener siempre presente que ejercemos una profesión conformada por dos grandes vertientes: la humanista y la científica.

La primera nos ha comprometido siempre con la defensa de los Derechos Humanos, y vaya si las sociedades que nos nuclea y cada uno de nosotros de modo individual actuamos en tal sentido, habiendo trabajado para ello en

innumerables ocasiones conjuntamente con organizaciones de diversa índole (usuarios, familiares, profesiones cercanas).

La vertiente científica nos obliga a una permanente actualización y rigor en los diagnósticos y tratamientos, y también implica estar abiertos a los cambios, siempre y cuando estos estén sustentados en la realidad y no en el deseo o el voluntarismo.

Es un derecho de toda persona acceder a los más adecuados procedimientos preventivos y terapéuticos y es nuestra tarea intentar que los reciba; para ello estamos formados y es ahí donde confluyen con más fuerza y claridad las vertientes científica y humanista que nos definen.

Rafael Sibils

Cuestionamientos a la Psiquiatría y los psiquiatras

Todos nosotros hemos sido testigos directos o indirectos últimamente de un recrudecimiento de distintos cuestionamientos que se hacen a la Psiquiatría y a los psiquiatras en distintos ámbitos públicos y culturales.

Lejos de ser una novedad, quizás por su lugar disciplinar complejo y mal entendido o por identificarse con su objeto -la enfermedad mental- y con el carácter misterioso, desconocido y temido de ésta, y tal vez por la existencia sostenida en el imaginario popular de un conjunto de mitos y preconceptos, la Psiquiatría es una disciplina médica expuesta permanentemente a la crítica.

Últimamente, sin embargo, hemos asistido a un aumento considerable de distintos cuestionamientos. La discusión de la Ley de Salud Mental ha sido un escenario en el que entre otras cosas, estos han encontrado un lugar de exposición. Así lo podrán atestiguar quienes han participado de distintas discusiones, diálogos e intercambios promovidos por las instituciones para debatir acerca de esa nueva ley. También se puede encontrar en las manifestaciones públicas de distintas individualidades y colectivos que -asumiendo posturas estéticamente atractivas y políticamente correctas- encuentran eco en los medios de comunicación y en el ámbito político. Hemos visto asimismo que desde algunos medios de comunicación se ha tomado una postura activa de crítica y detracción.

En discusiones en distintos ámbitos nos hemos preguntado y nos preguntamos aquí ¿qué actitud debemos tomar los psiquiatras frente a esta situación? Creemos que, sobre

todo en el ámbito de la exposición pública y con algunas salvedades, hemos tendido a un rol pasivo cuando no ausente.

Independientemente de cuál sea la causa de esta pasividad pensamos que tenemos la obligación de tener una respuesta más activa (parafraseando el escrito del que pronto se van a cumplir 40 años de publicación) “en defensa de la psiquiatría”.

Esta obligación debe estar motivada no en una actitud de defensa corporativa sino en el entendido de que salvaguardar el buen ejercicio de la psiquiatría es proteger el beneficio del que se favorecen nuestros pacientes. Ellos deben ser el objeto de esta defensa.

Sin embargo ésta no es sencilla, y por algún motivo no la hacemos. Por un lado es cierto que los psiquiatras somos médicos clínicos que ocupamos mucho tiempo y dedicación a nuestra tarea; también es cierto que los médicos en general hemos adoptado cierta actitud precavida y defensiva ante una cierta hostilidad y desconfianza que creemos observar en la gente. Pero consideramos también que -entre otras- una de las causas es que los psiquiatras hemos menguado y desagregado ámbitos de discusión y reflexión interna acerca de nuestra disciplina y su ejercicio. Es que, si bien sostenemos unidad en cierto cuerpo de conocimientos así como en una tradición e identidad cultural, también creemos que en otros aspectos y cuestiones de la disciplina tenemos distintas posiciones y puntos de vista.

Vale la pena hacer referencia a distintos tipos de cuestionamientos que recibimos:

1. *Mitos y prejuicios.*

“Los psiquiatras dan pastillas a sus pacientes sin prestar atención a su sufrimiento ni considerarlos en su subjetividad” o “Los psiquiatras los sedan y tranquilizan para que no molesten”. Por pueriles que suenen este tipo de comentarios, muchos de ellos son sostenidos “seriamente” en ocasiones. En estos casos sencillamente no nos sentimos identificados ni interpelados, ni sentimos identificada ni interpelada a nuestra disciplina.

Hay algunos “falsos cuestionamientos conceptuales” típicos:

- Se toma como ejemplo una mala acción individual y se generaliza adjudicando su origen a la disciplina entera.

- Se critica una institución psiquiátrica concreta y se adjudica a la lógica disciplinar problemas que en verdad son de funcionamiento institucional.

2. *Cuestionamientos verdaderamente conceptuales* (admitiendo la existencia de la enfermedad mental, se cuestionan específicamente algunos elementos concretos). Que existan es comprensible, si se tiene en consideración las complejidades epistemológicas de la psiquiatría.

Hay ciertos cuestionamientos “externos” que en verdad coinciden con los “internos”, o dicho de otra manera, determinadas posiciones o puntos de vista que dialogan y controvierten internamente.

Este tipo de controversia forma parte del debate conceptual de la disciplina (qué son y cómo definimos los trastornos mentales, cuáles son, qué diagnósticos y cómo los usamos, cuál es nuestra relación y qué lugar tenemos en la concepción de la “salud mental”, cuáles son los mejores dispositivos sanitarios que deberíamos desarrollar, cómo usamos nuestros fármacos y cómo nos relacionamos con los laboratorios farmacéuticos, etc.).

3. *Cuestionamiento fundamental*

Se trata de las posiciones de la denominada “antipsiquiatría”, que realiza una crítica fundamental al cuestionar (o directamente negar) la existencia de la enfermedad mental.

Los *mitos, prejuicios y falsos cuestionamientos* (¿quizás los más abundantes?) no merecen más que nuestro enérgico rechazo; su enunciación descalifica más a quienes la realizan que a los destinatarios. Deben ser enfrentados enérgicamente.

Frente a los *cuestionamientos conceptuales* habría dos posibilidades.

Una sería que, si bien aparecen actualmente situaciones de ataque, considerar que no es buen momento para desatar debates internos, siendo mejor opción cerrarse sobre grandes pilares.

La otra es la que -por el contrario- creemos más adecuada: debemos profundizar el nivel

y las instancias de debate; esa debería ser nuestra obligación ya que cualquier debate reflexivo y serio sólo puede tener como resultado el enriquecimiento de los debatientes, incluso ante la posibilidad de no llegar a acuerdos (recordemos la complejidad de nuestra disciplina, complejidad en la que algunos podrán ver riqueza y otros verán debilidad y probablemente ambos tengan un poco de razón). El objeto último de nuestra defensa son nuestros pacientes, y resulta evidente que ellos serían los beneficiarios de la profundización de un debate interno serio.

Ante el *cuestionamiento fundamental de la "antipsiquiatría"* deberíamos recordar que la "piedra del escándalo" es el hecho de que los psiquiatras reconocemos en los fenómenos patológicos que determinan una alteración de la organización del psiquismo y de las infraestructuras que permiten ordenar la realidad, una disminución de grado variable en la autodeterminación del individuo (y que sólo en pocos casos, requiere acciones terapéuticas contra-intencionales). En el debate actual no hemos encontrado en los cuestionamientos recientes argumentaciones serias en este sentido, sino una repetición de eslóganes sin demasiada fundamentación. Esto no quita el hecho de la necesidad de que los psiquiatras tengamos especial cuidado en ofrecer una debida justificación de esta idea a la sociedad, en especial en momentos en que estamos siendo cuestionados, fundamentadamente o no.

En cuanto al modo en que deberíamos movernos en el ámbito público (el de los medios de comunicación) es necesario reconocer nuestra impericia en general, sumado al hecho de que defendemos posiciones de gran complejidad conceptual y de difícil trasmisión. Es más fácil hacer críticas banales, con argumentos livianos pero estéticamente bonitos ("rayados estamos todos"), que defensas complejas sobre realidades desencantadoras.

En encuentros que hemos tenido en distintos ámbitos se ha desarrollado la idea de generar una instancia dentro de la SPU (una comisión) que tenga como objetivo centralizar y organizar la tarea de expresarse frente a los medios de comunicación y al público en general, con los asesoramientos correspondientes y el auxilio "académico" que requiera. Estamos de acuerdo.

Por otro lado insistimos en que es fundamental que paralelamente los psiquiatras profundicemos los debates conceptuales sobre nuestra disciplina, robusteciendo nuestras posiciones y reafirmando nuestro compromiso con el mejor ejercicio de la psiquiatría para beneficio de nuestros pacientes.

Ramiro Almada

Informe Marconi

La policlínica Ruben Misurraco, ubicada en la calle Enrique Castro 4148 y Aparicio Saravia, es la referencia en salud para la población del barrio Marconi. Dicha policlínica cuenta con servicios de odontología, medicina interna, medicina familiar, ginecología, pediatría y policlínica de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Existe además un equipo de salud mental conformado por 4 psiquiatras, 2 de adultos y 2 infantiles, y 4 psicólogos, uno de los cuales es el coordinador del equipo. Además de las funciones dentro de la policlínica, los médicos psiquiatras realizan visitas domiciliarias en la zona catalogada por el ministerio del interior como zona roja. Estas visitas son realizadas por el profesional en forma individual sin ningún tipo de compañía, ya sea enfermeros o personal de seguridad, con los riesgos que conllevan los traslados, muchas veces a pie, en zonas tan conflictivas.

Los hechos por todos conocidos, acaecidos el 28 de mayo del corriente en el barrio Marconi, entre los que destacamos la brutal agresión sufrida por un colega médico cuando se dirigía hacia la mencionada policlínica y cuya vida corrió serio peligro debiendo ser internado en CTI, con consecuencias que aún no se han podido establecer claramente, podrían catalogarse como “crónica de una muerte anunciada...”. De acuerdo a las versiones de nuestras compañeras y colegas Dra. Verónica Santos (psiquiatra de adultos) y Dra. Eugenia Hernández (psiquiatra infantil) la situación para los que viven y/o trabajan allí es de constante tensión, debido al riesgo constante de vivir hechos similares a los ocurridos el 28 de mayo. Durante los años que ellas han venido trabajando en ese centro, han experimentado en varias oportunidades el miedo de llegar y/o salir de la

policlínica y andar por las calles del barrio. Aquellos funcionarios que no cuentan con transporte propio, deben ser trasladados en un vehículo dispuesto a tales efectos, hasta la parada del ómnibus, para proteger, dentro de lo posible, su integridad física. El día de los incidentes, según nos cuenta la Dra. Santos, se encontraba en el referido centro asistencial, cumpliendo con su policlínica y debía salir de allí en el mismo momento en que el mencionado médico era brutalmente atacado. Poco tiempo antes se había producido un enfrentamiento a tiros, con el resultado de un adolescente muerto, que motivó los graves incidentes en los que se apedrearon e incendiaron autos, ómnibus, etc.

En este punto se hace imprescindible destacar que, a pesar de la gravedad de los incidentes que se venían desarrollando, tanto las autoridades de ASSE como las del Ministerio del Interior, no alertaron al personal del centro asistencial de lo que afuera estaba sucediendo y de lo riesgoso que era salir en esas circunstancias.

A punto de partida de lo ocurrido, la mayoría de los trabajadores se ha rehusado a volver a trabajar en esas condiciones y dado que no se han producido cambios que garanticen la integridad del personal que concurre a trabajar en el mencionado Centro Asistencial, fueron redistribuidos en otras policlínicas cercanas con más seguridad y mejor flujo de salida a calles transitables. La inserción del equipo de salud en dichos centros será un proceso lento y requerirá de un gran compromiso y responsabilidad por parte de todos los actores intervinientes.

Gabriela Wolcan



SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA DEL URUGUAY

**“Trastornos del Estado de ánimo.
Actualización del tratamiento farmacológico del Trastorno
Depresivo Mayor y del Trastorno Bipolar”**

Dr. Sebastián Alvano

“Actualización en trastornos de la conducta alimentaria”

Dra. Mariana Moncaut

Viernes 29 de Julio 20.30 hs.

Sábado 30 de Julio 9.30 hs.

Salón de Actos del SMU (Bvar. Artigas 1569)

Socios SPU: Sin costo

No socios: UYU 500

Adhesión:



Estigma

Del latín *stigma* “marca hecha en la piel con un hierro candente”. También “nota infamante”, “señal en el cuerpo; desdoro, afrenta, mala fama; signo de esclavitud”, y “trastorno orgánico o funcional que indica enfermedad hereditaria”.

El concepto implica una condición, rasgo o comportamiento que incluye a su portador en un grupo social menospreciado; se cataloga a sus integrantes como diferentes, inapropiados, inferiores.

En su génesis y desarrollo concurren tres factores:

El estereotipo es el componente cognitivo; las creencias erróneas que gran parte de la población tiene acerca de determinado grupo social, las ideas que sesgan la valoración de sus miembros. El prejuicio supone la predisposición emocional -habitualmente negativa- que la mayoría de las personas experimenta hacia dicho grupo. La discriminación expresa las conductas adoptadas -frecuentemente en términos de distancia social- hacia ese conjunto. Estos aspectos se interrelacionan y refuerzan mutuamente.

El estigma afecta a muchos grupos sociales. Uno es el de las personas que padecen trastornos mentales (particularmente los graves), sus familias y allegados. Agrega una cuota injusta, inapropiada y en cierta medida evitable al sufrimiento que de por sí implica la propia condición que lo determina. Las actitudes varían en relación a las distintas enfermedades, problemas, contextos socioculturales y características: no son las mismas hacia quienes tienen esquizofrenia que para con los que padecen trastornos de ansiedad o depresión. Hay una base común de rechazo, pero existe un gradiente que va desde los problemas “entendibles, que pueden afectar a todos”, hasta la imagen clásica de la locura en los trastornos graves, a quienes se les asigna peligrasidad, extrañeza, impredec-

tibilidad, dificultad de relación, incapacidad para manejar la vida e incurabilidad. A estos estereotipos se asocian prejuicios: miedo, rechazo, desconfianza, y eventualmente compasión, aunque manteniendo distancia. Todo ello afecta los contactos sociales, el ejercicio de derechos y el acceso a servicios, vivienda, empleo y educación.

Pueden contribuir al estigma la atención en instituciones separadas del sistema sanitario, la divulgación de diagnósticos, el uso de servicios de salud mental, los efectos secundarios de ciertos fármacos y el contexto social del paciente tras años de evolución de la enfermedad y mala atención.

El estigma también repercute sobre el entorno familiar de los pacientes e incluso sobre los trabajadores y servicios de salud mental que los atienden.

Los medios de comunicación (periódicos, películas, televisión) son la primera fuente de información social sobre el tema, y muestran básicamente tres prototipos de personas con enfermedad mental: el maniaco homicida que debe ser recluido, el adulto con conductas infantiles que requiere control externo, o el espíritu libre y creativo que produce admiración. Los tres son habitualmente caricaturas ampliamente exageradas, pero el estereotipo relacionado con la violencia es el que suele destacar. En tal sentido la gran mayoría de personas con enfermedad mental no co-

mete nunca actos violentos hacia otros, y la violencia con que más relación tienen es la recibida: autoagresión, suicidio, abuso, ataques de otras personas.

Muchas personas con trastorno mental viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y negativa, interiorizando con frecuencia los estereotipos de peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad. La autoestigmatización conduce a vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y aumentando los riesgos.

Pero no siempre las personas afectadas siguen el modelo del autoestigma. Hay alternativas caracterizadas por la indiferencia y otras por la autoafirmación (empowerment). La respuesta depende de variables personales y también del apoyo social, institucional y de grupos de referencia; de ahí el papel de los movimientos de usuarios y familiares, y del apoyo de los profesionales para potenciar la defensa frente al estigma.

La autoestigmatización también puede alcanzar a las familias de personas con trastorno mental, afectando sus redes social y el acceso a ayuda.

Lucha contra el estigma en salud mental

En cada una de las dimensiones de los procesos estigmatización –cognitiva, emocional y conductual- es posible incidir, pero las respuestas no son sencillas.

Las estrategias más habituales son la protesta, la educación y el contacto social. La primera parece tener efectividad inicial, pero suele perderla a largo plazo, siendo las otras dos –especialmente la interacción social sostenida- más eficaces y eficientes.

Esta breve nota pretende generar interés en el tema central del X Congreso de nuestra Sociedad: “Psiquiatría y Salud Mental. Enfrentando el estigma”, que se anuncia en nota aparte.

Asimismo reafirma una de las líneas de trabajo que la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) impulsa en este momento, acerca de la cual iremos informando.

*Extractado de “Marcelino López, Margarita Laviana, Luis Fernández, Andrés López, Ana María Rodríguez y Almudena Aparicio. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83, ISSN 0211-5735.”

Rafael Sibils

X Congreso Uruguayo de Psiquiatría

Tenemos el agrado de informar que los días 19, 20 y 21 de octubre de 2017 se realizará en Montevideo el *"X Congreso Uruguayo de Psiquiatría. 3er Encuentro Regional de Residentes y Psiquiatras en formación"*. *"Psiquiatría y Salud Mental. Enfrentando el estigma"*.

Integran el Comité organizador nuestros colegas Dra. Cecilia Idiarte Borda, Dra. Sandra Romano, Dra. Patricia Labraga, Dr. Adrián Curbelo, Dr. Artigas Pouy, Dr. Marcelo Escobal, y delegados de las Comisiones Directivas de SPU, SPBU, SUPIA, API, y de las Clínicas Psiquiátricas de Adultos y Pediátrica.

Se han dado ya los primeros pasos realizando reuniones preparatorias para definir ejes estructurales y científicos, pero hay mucho por hacer.

Por ello convocamos a los colegas que deseen participar de la organización del evento a que se aproximen, para lo que pueden comunicarse con la SPU -telefónicamente o por mail- e informarse acerca de días y lugares de reunión.

Iremos aportando noticias acerca del Congreso en la medida que se vaya consolidando su programa.

Comisión Directiva

Miembro de Honor - APAL

Nos complace comunicarles que la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) ha nombrado miembro de honor de esta Asociación al Dr. Ángel Valmaggia, por su muy destacada trayectoria como Médico Psiquiatra, y la importancia que ha tenido su comprometida labor para el desarrollo de la Psiquiatría latinoamericana.

La ceremonia formal de reconocimiento se hará en el marco del XXIX Congreso de APAL, que se llevará a cabo en Antigua Guatemala del 29 de Octubre al 1 de Noviembre de 2016. Hacemos llegar a nuestro colega y amigo nuestras calurosas felicitaciones por este reconocimiento.

Comisión Directiva

Dirigido a: profesionales y estudiantes de diferentes disciplinas: psicólogos, médicos, psiquiatras, asistentes sociales, psicomotricistas, maestros, docentes, educadores y otros.

Plenarios

- *Apertura: Concepción psicoanalítica del cuerpo.* Stefano Bolognini (Italia), Guy Le Gaufey (Francia), J. García. Coordina L. Bibbó.
- *Historias de familias. Familias en la historia.* Samuel Gerson (USA), M. Viñar, Carlos Liscano.
- *Género, Sexo y cuerpo.* Leticia Glocer (Arg.), Samuel Gerson (USA), A. Moreno.
- *Cierre.* Virginia Ungar (Argentina), S. García y L. Bibbó.

Paneles

- *El cuerpo invisible.* N. Mirza y S. Hernández, Mariano Horenstein (Arg.).
- *Investigación sobre vínculo mente-cuerpo.* R. Bernardi y L. Villalba, Psic. Berta Varela (SUPM).
- *El Análisis a distancia. Skype y otros.* Stefano Bolognini (Italia), A. L. López, L. Villalba, N. Delpréstito y C. Fulco, Abel Fainstein (Arg.).
- *Investigación Facultad de Psicología. Orígenes del psicoanálisis en Uruguay.* Equipo coordinado por Guillermo Milán. Comentarios: Raquel Capurro (École Lacanienne) y J. C. Capo.
- *Cuerpo del analista. Cuerpo del paciente.* S. Yardino y B. de León, E. de Andrade (Brasil).
- *Cuerpo y Artes plásticas.* Artistas: Roberto Echavarren y Yudi Yudoyoko.

Conferencia de Guy Le Gaufey *El caso en psicoanálisis.* Participan M. Labraga y D. Schroeder.

Supervisiones: Carlos Barredo y Virginia Ungar (Arg.), S. Ihlenfeld, S. Sapriza.

PARA INSCRIPTOS AL CONGRESO: ENCUENTROS GRATUITOS DE ACERCAMIENTO AL PENSAMIENTO DE LE GAUFEY: 23/7 Y 13/8, 10 A 12 HS., SEDE DE APU.

Inscripciones: Pago con tarjeta Visa hasta en 6 cuotas o en Redpagos contado

| Categoría | hasta 31/07 \$ | en el congreso \$ |
|---|----------------|-------------------|
| General | 5.500 | 6.500 |
| Miembro de FUPSI | 4.950 | 5.850 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Funcionario de ASSE, MSP, MIDES, INAU y otras instituciones públicas • Profesional con menos de 5 años de recibido • Estudiante de los Cursos Abiertos del Centro de Intercambio de APU | 2.930 | 3.300 |
| Estudiante de pre-grado | 1.320 | 1.560 |

Apoyan: CAPSA (Comité de Práctica Analítica y Actividades Científicas de la IPA) y Embajada de Francia en Uruguay. Declarado de interés por el MEC y por el Ministerio de Turismo.

Acerca de los hospitales monovalentes en psiquiatría

En el marco de la discusión sobre el nuevo Proyecto de Ley de Salud Mental uno de los temas que genera controversia es el relativo al cierre de los hospitales monovalentes. Recordemos que la necesidad de unidades hospitalarias es una realidad: sólo este ámbito permite atender adecuadamente ciertos estados patológicos, genéricamente los estados psicóticos agudos (dicho esto en un sentido amplio e inespecífico). Los sistemas actuales tienden a hacer hincapié en ubicar esta atención en unidades psiquiátricas en Hospitales Generales, en contraste con la tradicional existencia de hospitales psiquiátricos especializados (“monovalentes”). El anteproyecto de ley actual propone cerrar estos últimos (progresivamente, sin plazo estricto).

Pretendo argumentar una posición contraria a esta propuesta. Sintéticamente, sostengo que no debería establecerse por ley una medida tan radical que podría en el futuro rigidizar las posibilidades. ¿Estamos tan seguros de que los hospitales monovalentes no podrían tener ningún lugar en un futuro “sistema”? Uno de los problemas de la discusión es limitarla a considerar el Hospital Vilardebó. Me voy a referir primero a él, y luego a los “hospitales monovalentes” en general.

La realidad actual del Hospital Vilardebó. En concordancia con lo expresado por Ricardo Acuña en un escrito recientemente difundido por la SPU, quienes conocemos la realidad actual del HV debemos reconocer las malas condiciones en las que se encuentra. Sin embargo es preciso hacer algunas

contextualizaciones: si consideramos al HV como una “entidad abstracta” podríamos decir que “sufre” crónicamente una situación de abuso institucional, desde “adentro” y desde “afuera”.

Desde “adentro” en el sentido de que sufre todos los problemas de desempeño institucional que aquejan -con mayor o menor impacto- a gran cantidad de instituciones públicas y privadas en nuestro país. Podríamos referirnos a todos los problemas burocráticos y administrativos que dificultan -cuando no impiden- que se haga una correcta gestión con evaluaciones y regulaciones adecuadas, teniendo además que considerar la existencia de corporaciones que tienen gran poder fáctico, todo lo cual conduce a una realidad “cambalachezca” donde convive lo que se hace bien, lo que se hace mal, lo que no se hace, y lo que se deshace, en un ámbito donde resulta muy difícil corregir y sancionar lo uno, así como alentar y potenciar lo otro; donde todo termina prácticamente valiéndolo mismo. Cuando esto ocurre en una institución gigantesca los problemas se multiplican exponencialmente.

El HV sufre un abuso desde “afuera” en el sentido de que, habiendo sido en principio planificado como un servicio de agudos, este rol resulta absolutamente excedido por la realidad de un “sistema” que toma al HV como una especie de “línea final” de atención de un conjunto de situaciones de las que el resto del sistema no puede encargarse. Así, es exigido como servicio de desintoxicación de adictos, hospital judicial,

hospital carcelario, centro de atención de problemas sociales (incluso como centro de atención de personas que sufren desamparo en el "plan invierno"), y en último término -y principalmente- como hospital de crónicos. La población de "crónicos" que no pueden egresar porque no hay en el sistema dispositivos que los reciban se ha incrementado tras el cese (o al menos la disminución) de ingresos en las Colonias, con el progresivo resultado de obtener una suerte de Colonia Urbana.

En definitiva, admitiendo que el HV se sostiene en malas condiciones ¿qué otra cosa se puede esperar de un Hospital al que se le cercena institucionalmente la posibilidad de ser bien gestionado y que además es usado por el sistema de manera abusiva determinando que sea cualquier cosa menos lo que pretende ser, un hospital de agudos? La lectura de la nota de Ricardo me hizo reflexionar que es muy difícil que el HV pueda transformarse, y probablemente la única manera de reconvertir sus funciones sea tirándolo abajo y construyendo nuevas cosas.

Y esta reflexión me hace recordar que hay un problema que en el proceso de diálogo y discusión de la ley de SM no ha sido suficientemente ponderado: el problema del funcionamiento institucional en general. Nuestras instituciones no son sanas, y no hay nada que nos haga pensar que los nuevos dispositivos sanitarios puedan funcionar bien si están sometidos al mismo tipo de estructura institucional.

Los hospitales psiquiátricos.

Por otro lado debemos considerar la cuestión de los hospitales psiquiátricos de patología aguda en términos generales. Su existencia

se basa en la idea de que requieren condiciones arquitectónicas, ambientales, y de funcionamiento especiales, distintas a las de los hospitales generales.

En primer término debemos considerar que el enfermo (no-firme) médico-quirúrgico hospitalizado presenta una no-firmeza somática que lo lleva a ser un enfermo horizontal, un enfermo en cama, y más bien en reposo.

El enfermo mental hospitalizado (o al menos muchos de ellos) tiende a ser un paciente vertical, en actividad física, que requiere espacios. El paciente agudo requiere no sólo espacio en el sentido de extensión física sino requiere distintos "espacios" de recuperación, de recreación, de reposo, y de contacto inter-individual.

En segundo término, el paciente mental agudo requiere una discriminación natural del paciente médico-quirúrgico porque la naturaleza de su patología es distinta; estos últimos están afectados fundamentalmente en su vida somático-vegetativa, y los primeros en su vida psíquica y de relación (en su humanidad). La atención de unos y otros requiere conductas específicas distintas.

Los hospitales generales que tenemos no cuentan con ambientes adecuados para la correcta instalación de estos servicios; en todo caso sus condiciones permiten salas de psiquiatría que pueden tratar adecuadamente a cierto tipo de paciente hospitalizado. La existencia de unidades psiquiátricas en hospitales generales no contradice la posible existencia concomitante de hospitales monovalentes de agudos; hay cierto tipo de pacientes que pueden manejarse adecuadamente en las primeras (como ocurre hoy en algunos hospitales de nuestro medio), pero otros serán más adecuadamente tratados en los segundos.

No encuentro grandes razones para que los

hospitales monovalentes en sentido genérico deban necesariamente eliminarse por ley. A no ser que se trate más bien de una iniciativa de orden táctica (cerrar por ley sería la única forma de cerrar los hospitales concretos que funcionan mal). Si fuera este el caso, creo que sería un uso inadecuado y perjudicial de la ley.

El otro posible motivo sería el planteo de que los monovalentes contribuyen a la “estigmatización” de los pacientes. En este sentido creo que no debemos renunciar a las acciones positivas que creemos convenientes por ser “discriminatorias”. O sea, por estar dirigidas a quienes deben estar dirigidas; hacer

eso sería huir del estigma y no enfrentarlo, huida que no tendría fin porque el estigma va a seguir estando y tomando cuerpo en las acciones que vengan indefinidamente. Ya hemos prácticamente renunciado a hablar públicamente de la “enfermedad mental” por ser un término “estigmatizante” lo cual no ha modificado un ápice el estigma, y por otro lado ha contribuido al uso equívoco e inconveniente de los términos en la discusión pública.

Ramiro Almada



Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

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

Comisión Directiva (2015-2017)

Presidente
Dr. Rafael Sibils.
Vicepresidente
Dra. Teresa Pereira

Secretaria
Dra. Ana Inés Ruiz
Tesorera
Dra. Soledad García

Vocales
Dr. Ramiro Almada
Dra. Gabriela Wolcan
Dra. Suammy Agrafojo