

## Responsabilidades, una queja y satisfacciones

La psiquiatría es frecuentemente interpelada de diversos modos por los usuarios, sus familias, la opinión pública, las disciplinas cercanas -o no tanto- a la salud mental, el arte en variadas manifestaciones, el periodismo serio o de baja categoría, otras áreas de la medicina, la justicia, etc.

Muchas veces las opiniones que nos llegan son valiosas, constructivas y oportunas; otras erráticas, falaces, signadas por la ignorancia y el prejuicio, o incluso agresivas. Comoquiera que sea, siempre nos llevan a reflexionar acerca de nuestra especialidad, y esta permanente exigencia tiene al menos dos contrapartidas positivas:

- Una es que nos permite evaluar teorías y prácticas, reconocer errores y aciertos, rediseñar formas de trabajo y actitudes, y evolucionar; corresponde a toda ciencia hacerlo. Hay cambios que la atención en salud mental está teniendo; la psiquiatría debe integrarlos y adaptarse para potenciarlos y dar lo mejor de sí.

- La otra es la reafirmación de nuestra identidad, cuando frente a los cuestionamientos o reconocimientos una y otra vez constatamos la validez y relevancia del rol científico y social que nos define.

Es responsabilidad de la SPU considerar las diversas opiniones, intentar entender sus fundamentos y darles o no lugar, importancia y respuesta, valorando su pertinencia y también el impacto que pueden tener sobre los sistemas de atención, la salud de la población y nuestro colectivo. A partir de ello

debemos generar acciones dirigidas a optimizar nuestras inserciones y conocimientos.

También llega constantemente a nuestra Sociedad información acerca de problemas que la profesión tiene; carencias y desorganización de ciertos servicios, dificultades en la atención debidas a tiempos y sobrecargas, falta de apoyo de las jerarquías, no coordinación efectiva del trabajo interdisciplinario, remuneraciones inadecuadas, desconocimiento de nuestra especialidad, exigencias desmedidas por parte de los empleadores, denuncias penales o administrativas infundadas, violencia hacia colegas, obligación de actuar como certificadores de instituciones estatales o como agentes recaudadores del fisco, etc. En fin, conflictos de variada índole que a su vez se refractan de acuerdo al ámbito de desempeño (público, mutual, particular; en la capital o interior, etc.).

Desde su perfil gremial, es responsabilidad de SPU intentar dar respuesta a tales situaciones.

Asimismo, los colegas desde múltiples y diferentes lugares aportan con frecuencia ideas, propuestas y soluciones valiosas para mejorar la atención y el trabajo de los psiquiatras; es función de SPU tratar de capitalizarlas.

Como Sociedad tenemos que asumir las mencionadas responsabilidades en medio de cambios. Entre otros destacan la discusión de la ley de salud mental y las transformaciones que -deseablemente- deparará, y la mayor

---

participación conjunta de los colectivos de psiquiatras en diversos ámbitos. Además está en curso la preparación del X Congreso Uruguayo de Psiquiatría que se realizará en octubre.

En este contexto es necesario seleccionar a qué dedicar atención, trabajo y tiempo, y definir agenda y prioridades. Por eso muchas veces apelamos -quizás demasiado insistentemente- a la participación de más colegas en las actividades. Necesitamos más información lo más fiel posible y también opiniones acerca de todos los items antes esbozados para orientar las acciones a emprender.

La Comisión Directiva junto con un grupo de compañeros cercanos muy activos y otros que participan en ocasiones puntuales es quien asume las señaladas responsabilidades. Dada la amplitud y variedad de tareas, este grupo nunca termina siendo suficiente para

todo lo que hay que hacer (esta es la parte quejoso-conminativa); sería bueno que se aproximaran más colegas.

Ser psiquiatra es un privilegio; la profesión asocia con naturalidad elementos de la ciencia pura y dura con otros de perfil profundamente humanístico, y permite ver a las personas en forma holística (uso el término muy alejadamente de su insoportable sentido new age). Nos permite y exige considerar el cuerpo, la mente y el entorno social; ver de cerca lo temido o rechazado y ayudar cotidianamente, y además cobrar por ello. La perspectiva que desde la SPU se tiene de todas esas facetas de la profesión es amplia y enriquecedora; un motivo más para invitar a todos involucrarse.

**Rafael Sibils**



En el X Congreso Uruguayo de Psiquiatría y III Encuentro Regional de Residentes y Psiquiatras en Formación contaremos con dos destacados cursos de **Educación Médica Continua**, con acreditación en la Escuela de Graduados. Cada curso tendrá una duración de seis horas, con tres módulos de dos horas. Cada módulo tiene un formato de 45 minutos para una conferencia motivadora, 45 minutos para taller y 30 minutos para plenario. Los cupos son limitados.

1. **Trastorno Bipolar a lo largo de la vida**, organizado por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay y por la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, a desarrollarse el jueves 19 a partir de las 8.30 hs.

Es coordinado por el **Dr. Segio Strejilevich**, médico psiquiatra graduado en la Universidad de Buenos Aires. Actualmente es *Director del Programa de Trastornos Bipolares y Profesor Titular del Instituto de Neurociencias de la Universidad Favaloro* de Buenos Aires, Argentina. Desde el año 2014 es *Presidente del Capítulo Argentino de la International Society for Bipolar Disorders*. Participarán también las Dras. Sonia Abadie y Eliana Marengo de Argentina.

- Primer módulo: Trastorno Bipolar en la infancia/ Dra. Sonia Abadie de 8.30 a 10.30 hs
- Segundo módulo: Trastorno Bipolar en la edad reproductiva/ Dra. Eliana Marengo de 11 a 13.00 hs
- Tercer módulo: Trastorno Bipolar en el transcurso del envejecimiento/ Dr. Strejilevich de 14.00 a 16.00 hs

2. **Trastorno por déficit atencional en el adulto**, organizado por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay, a desarrollarse el viernes 20 a partir de las 8.30 hs.

Es coordinado por el **Dr. Carlos Roncero**, Especialista en Psiquiatría por la Unidad Docente del Hospital Universitario Pere Mata de Reus (Tarragona). Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (España). Especialista en el ámbito de las Drogodependencias y la Patología Dual. Profesor asociado del departamento de Psiquiatría y Medicina legal de la Universidad Autónoma de Barcelona. En la actualidad es Jefe de Sección de Adicciones y Patología Dual del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Valle Hebrón, Barcelona.

- Primer módulo: Prevalencia y epidemiología de 8.30 a 10.30 hs
- Segundo módulo: Diagnóstico clínico y comorbilidades de 11 a 13.00 hs
- Tercer módulo: Tratamiento del TDAH y sus comorbilidades de 14.00 a 16.00 hs

**Comité Organizador**

---

## El largo camino de la nueva Ley de Salud Mental y la etapa que viene

El proyecto de ley de Salud Mental constituye el primer eslabón de la reforma de la "salud mental" en el Uruguay. Es el comienzo de la adecuación del marco normativo sobre el que luego se apoyarán y legitimarán los planes y las acciones que conducirán a la reorganización de los servicios y de los procesos asistenciales. Esta secuencia es ineludible. Obviamente, el nuevo marco normativo es condición necesaria, pero no suficiente. El nuevo marco normativo habilita, constituye las reglas del juego, no es el juego. En esa etapa estamos como sociedad.

4 En la larga carrera de obstáculos que viene corriendo dicho proyecto de ley, los psiquiatras no le perdemos pisada. Nos entrevistamos con casi treinta diputados de todos los partidos y además, con la bancada de diputados del Frente Amplio. Les entregamos el Plan de Acción 2013-2020 de la OMS. También, junto al SMU, concurrimos a entrevistarnos con la OPS. Finalmente el proyecto se votó en la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Cámara de Diputados.

Siempre dijimos que la nueva ley debería contener una perspectiva de Derechos, y la tiene. Hace lugar a la calidad de asistencia, al trabajo intersectorial y a la lucha contra el estigma, los tres ejes que garantizan, (todo lo que un texto de este tipo puede garantizar), la perspectiva de derechos. Otro tipo de consideraciones, que planteaban una tutela y una interferencia con el desempeño profesional del psiquiatra en nombre de

una supuesta defensa de derechos de los pacientes, no han tenido cabida. Veamos qué cambios tuvo el proyecto en la Comisión de Salud de Diputados.

### Los cambios al proyecto que vino del Senado.

Si bien había un cuestionamiento generalizado al proyecto por parte de las organizaciones vinculadas a la "Asamblea Instituyente" y Facultad de Psicología, al final la discusión se centraba en los siguientes puntos:

1. La sustitución del concepto de trastorno mental por "padecimiento".
2. La creación de un órgano de contralor independiente.
3. La participación del equipo interdisciplinario desde el momento mismo de la indicación de hospitalización.
4. Que el motivo de hospitalización involuntaria fuera sólo por evaluación de "riesgo inminente de vida."
5. La necesidad de contar con una fecha de cierre de todos los establecimientos "monovalentes".

A continuación un relato descriptivo de los cambios sin emitir opinión, (por ahora). En la medida que el proyecto sigue en consideración del parlamento no sería oportuno.

---

## El concepto de trastorno mental.

El concepto trastorno mental fue sustituido en los artículos 1,4, 6 y 30.

En el Art.1 "La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental...". Antes decía "...particularmente aquellas con trastorno mental..."

La nueva redacción del Art. 4 (Principio de no discriminación): "En ningún caso podrá establecerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: ..." y sigue la enumeración: razones políticas, culturales, "identidad sexual" etc. La redacción que venía del Senado era "No se presumirá trastorno mental sin base en un diagnóstico profesional aceptado por la comunidad científica y nunca en consideración exclusiva a: ...".

La nueva redacción del Art. 6 " (Derechos).- La persona usuaria de los servicios de salud mental tiene derecho a: ...", sigue enumeración de derechos.

Antes la redacción era: "La persona con trastorno mental tiene derecho a: ...". La enumeración de derechos no cambió.

La modificación del art. 30 la veremos más adelante puesto que tiene dos modificaciones. El concepto trastorno mental permanece incambiado en los artículos:

Art. 2 (queda definido trastorno mental tal como lo definió la OMS en 1992)

Art. 3 ítem h "Debe considerarse que el estado de la persona con trastorno mental es modificable."

Art. 12 (Capacitación e inserción laboral de las personas con trastorno mental),

Art. 13 (Acceso a la vivienda de las personas con trastorno mental severo),

Art. 14 (Inclusión educativa y cultural con trastorno mental),

Art. 21 (Rehabilitación de las personas con trastorno mental),

Art. 22 (Dispositivos residenciales con apoyo para las personas con trastornos mentales severos y persistentes) y

Art. 23 (Consentimiento informado)

## "Órgano de contralor"

No se crea un órgano de contralor independiente. Solo se agrega la notificación a la Institución de DDHH y Defensoría del Pueblo (INDDHH) en los artículos 29 (hospitalizaciones voluntarias e involuntarias que se prolonguen más de 45 días), 32 (hospitalización involuntaria) y 35 (hospitalizaciones por orden judicial). Hay que aclarar que dicha institución ya tenía estas competencias conferidas por la ley de su creación. Estos agregados actuarían como mecanismo administrativo que facilitaría el cumplimiento de dicha competencia a la INDDHH.

## La participación del equipo interdisciplinario en la indicación de hospitalización.

Esto no ha tenido cambios. El Art. 31 ítem b establece para la internación involuntaria, en última instancia, la firma de dos profesionales médicos. Queda condicionado al Art. 30.

---

## Hospitalización involuntaria

Se cambió el Art.30 que, en la versión que venía del Senado decía que la persona podría ser hospitalizada involuntariamente sólo: "a) Por un trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros."y "b) El trastorno mental sea severo, esté afectada su capacidad de juicio y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo pueda aplicarse mediante la hospitalización."

Aquí hubieron dos cambios: se sacó trastorno mental en los ítems a y b. En lugar de que la internación involuntaria sea por un "...trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros quedó así: "A. Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros."El ítem B quedó:"Esté afectada su capacidad de juicio y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo pueda aplicarse mediante la hospitalización."

El otro cambio consiste en el siguiente agregado: "El Poder Ejecutivo reglamentará cuáles son las situaciones de riesgo inminente de vida para el usuario y para terceros".

### **La fecha de cierre de los dispositivos monovalentes**

Se coloca como fecha límite para el cierre de estos dispositivos el año 2025.

## Otros cambios

En el Art. 24 se sacó la hospitalización en unidades especializadas en psiquiatría por el de que se procurará que las mismas "se realicen en hospital o sanatorio general".

### **Lo que viene**

Ahora resta que el texto pase a la aprobación del plenario de la Cámara de Diputados y su retorno a la Cámara de Senadores para su aprobación definitiva. Por lo que sabemos hasta ahora, habría acuerdo en la bancada oficialista para que el texto no tenga nuevos cambios. Si es así no habrá perdedores; ganamos todos. La primera ganadora, la población uruguaya.

Todos los conceptos que quedan apenas esbozados en la ley: calidad, procesos asistenciales integrados, trabajo interdisciplinario, nuevos dispositivos, cierre de dispositivos monovalentes y aperturas de otros dispositivos, etc. deberán explicitarse y desarrollarse en dos nuevos documentos, uno normativo: la reglamentación de la ley, otro metodológico: el Plan Integral de Salud Mental de Uruguay.

Nuestra idea es que la metodología de trabajo que se adopte para la redacción de esos documentos sea la misma que dio lugar a este proyecto de ley de salud mental; constituir grupos temáticos convocados por el MSP, con la participación de representantes del área de salud mental de la Universidad de la República, las sociedades científicas, gremiales profesionales y las organizaciones de familiares y de usuarios.

---

Luego o en paralelo, habrá que pensar una segunda ley de salud mental, la que tiene que ver con el Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata (CHPP) y sus "derivados" (Registro del Retardo Mental y otras invalideces, el Centro Martínez Visca, el Convenio ASSE- CHPP para la contratación de personal para el área de salud mental). La CHPP ya no se articulará de manera adecuada con escenario que quedará planteado con la nueva ley. Esto también forma parte de la adecuación normativa para la reforma.

Como ven, el horizonte muestra que es mucho lo que queda por recorrer. Por esto es que otra vez los psiquiatras tendremos que participar como lo hicimos en aquellas jornadas en el MSP.

Es momento de intercambiar, de discutir, de ampliar y profundizar nuestra participación. Es momento de construcción del nuevo modelo y lo deseable es que todos lleguen con sus aportes y puntos de vista.

Tenemos que ir pensando en esto...

**Ricardo Acuña Pomiés**

*Clínica especializada en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.*

- \* Terapia Grupal
- \* Terapia Individual
- \* Comedor Terapéutico
- \* Orientación Familiar
- \* Asesoramiento Nutricional
- \* Seguimiento Psiquiátrico y Médico
- \* Asesoramiento al equipo médico y de enfermería en el curso de internaciones



**Vitalis**

CLÍNICA DE TRASTORNOS  
ALIMENTARIOS

---

## Intento de autoeliminación y suicidio en el año 2016.

En el marco del Día Nacional de Prevención del Suicidio, el día 17 de julio se realizó una Jornada en el MSP, para informar acerca de datos registrados en nuestro país, así como las acciones que se están toando al respecto y los proyectos a futuro.

Los datos aportados en la jornada hablan de un aumento de suicidios en el año 2016, siendo 709 en el año, representando una tasa de 20,37 por cada 100.000 habitantes (la más alta en los últimos 20 años, mayor aún que la registrada en el 2002 en medio de la crisis económica).

Se identifican 2 grupos etarios de alto riesgo, en primer lugar los mayores de 65 años cuyas tasas son las que más han aumentado y luego la franja etaria entre los 20 y los 24 años.

La subsecretaria del MSP, Cristina Lustemberg, refirió que dichas cifras reflejan una tendencia mundial que va en aumento. De acuerdo a los datos difundidos por las autoridades, en el mundo mueren por suicidio entre 800.000 y 1.000.000 personas por año. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en más de un 60% a nivel mundial.

Con respecto a los intentos de suicidio, se informó que se registran entre 20 y 30 IAEs por cada suicidio. Estas cifras reflejan por un lado un aumento de los intentos y por otro la mejora en los registros a raíz de la ordenanza que lo plantea como de registro obligatorio.

En nuestro país existe una prestación de salud mental específica para personas que han realizado intentos de autoeliminación, así como para sus familiares, en todos centros de salud públicos y privados del país.

Para conocer las prestaciones se puede consultar en la web del MSP: <http://www.msp.gub.uy/programa/prevención-de-suicidio>

Las recomendaciones son realizadas por la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, que está integrada por los ministerios de: Salud Pública (que la preside), Educación y Cultura, Interior y Desarrollo Social, así como también por la Universidad de la República.

La subsecretaria del MSP afirmó que es un tema que “desafía” a su ministerio, que en 2015 se declaró al suicidio como uno de los problemas “más críticos del país” y que está priorizado en los Objetivos Sanitarios Nacionales hacia el 2020.

En la jornada, integrantes de múltiples equipos que trabajan en el tema abogaron por visibilizar la dimensión social del suicidio a los efectos de generar políticas de Estado en torno a un tema que es la principal causa de muerte violenta en Uruguay. Se ve como importante no considerar el suicidio como un tema exclusivo de Salud Mental, ya que existen aspectos sociales que influyen de manera significativa en muchos casos, sobre todo en los intentos de autoeliminación, ya que en el caso de los suicidios la relación con una patología psiquiátrica es más clara.

Las cifras presentadas resultan alarmantes y generaron gran conmoción entre nuestros colegas, quienes manifestaron interés en generar espacios de discusión del tema en el marco de la SPU. Se ha sugerido la posibilidad de crear un Capítulo y desde ya invitamos a todos los interesados a participar.

**Dra. Soledad García**



---

## Los 30 años del centro de rehabilitación psicosocial Sur Palermo.

Hace pocos meses la Comisión Directiva de nuestra Sociedad me confirió el honor de escribir algunas líneas sobre características e historia de la rehabilitación de los pacientes mentales en Uruguay. Nuevamente se me pide - hecho que agradezco enormemente - que haga otro tanto con el Centro de rehabilitación psicosocial Sur Palermo (CPSSP), tarea ésta más difícil ya que, por ser miembro fundador e integrar el equipo técnico me comprende en las generales de la ley.

El hecho es que el 15 de Diciembre de este año el CPSSP cumplirá 30 años de existencia. En perspectiva son muchos, y como sucede cuando una persona o institución cumple "números redondos", da la oportunidad de festejar sí pero también es un muy buen momento para evaluar la trayectoria sin caer en la autocomplacencia.

El período de gestación del Centro fue en 1985 cuando la Enfermera especializada en Psiquiatría (y luego psicóloga) Renée del Castillo retorna al país de su exilio en Suiza donde se había formado en rehabilitación de pacientes con trastorno mental. Trajo con ella no sólo un proyecto de centro diurno del tipo de Comunidad Terapéutica, sino también una financiación para cubrir los tres primeros años de funcionamiento.

El contexto en 1985 era muy importante. Recién salidos de la dictadura, el movimiento de Salud Mental, comenzado por nuestra Sociedad - hecho que muy pocos saben - en 1984, era muy fermental. Diferentes institu-

ciones científicas, de familiares de pacientes y sociales crearon un Plan Nacional de Salud Mental en el que se ponía mucho énfasis en la descentralización de la asistencia psiquiátrica, el trabajo en equipos multidisciplinarios y en la rehabilitación psicosocial.

En aquel momento, además del Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, fundado en 1972, y que trabajaba con pacientes tanto del ámbito público como privado, existían otras tres instituciones de rehabilitación - todas en la esfera privada - Castalia, Aletheia y el Centro psicosocial de los Dres. Abdala y Rilla. Elegimos una vieja casona en Santiago de Chile casi Cebollatí a la que hubo que hacerle muchos arreglos y refacciones que demoraron su tiempo y que se aprovecharon para armar el equipo, estudiar y diagramar la futura actividad en sus diversos aspectos.

Finalmente, el 15 de Diciembre de 1987, con 6 pacientes y 6 técnicos dieron comienzo las actividades. El equipo técnico inicial estaba conformado por: psiquiatra, psicóloga, enfermera en salud mental y trabajador social. En el correr de tantos años los cambios de técnicos inevitablemente se fueron dando pero siempre manteniendo la multidisciplina. En principio la idea era trabajar en el ámbito regional de ambos barrios. Paulatinamente, como fueron llegando solicitantes de diversas zonas de Montevideo y sus alrededores, aquel criterio perdió de hecho su sentido.

Las condiciones de admisión eran: personas con Trastorno Mental Severo y Persistente

(TMSP), con importante deterioro funcional, inactividad ocupacional y aislamiento social severo, en tratamiento psiquiátrico regular y con una familia comprometida y que apoyara el proceso. Los criterios de exclusión eran: consumo de sustancias psicoactivas (no tan frecuente en aquellos años), deterioro muy severo, retraso mental grave, procesos demenciantes y trastornos de personalidad con elevado nivel de impulsividad. Con el paso del tiempo se fue consolidando una constante: del 75 al 80 % de toda la población ingresada ha admitido el diagnóstico de Trastorno esquizofrénico en sus diferentes formas de presentación y evolución.

El primer Programa fue una Comunidad Terapéutica (CT) que funcionó durante un tiempo de lunes a viernes durante 8 horas al día con actividades grupales en base a diferentes actividades: asamblea comunitaria, psicoterapia grupal, expresión plástica, artesanías, recreativas, escritura, fotografía, etc., que fueron sustituidas por otras con el correr de los años en un intento de brindar variación y adaptación a los cambios. En algo que luego se ha mantenido constante hasta el momento, se puso mucho énfasis en el trabajo con la familia con objetivos de continentación, psicoeducación, manejo del estrés y diseño de objetivos de mediano plazo para y con el paciente en cuanto a reinserción social y ocupacional. Otra de las metas siempre ha sido la de prevenir recaídas y hospitalizaciones.

Con el tiempo nos fuimos dando cuenta de muchas cosas y así instrumentamos los cambios que entendimos necesarios. Por ej, 8 horas por día 5 días a la semana resultaba una "carga" de rehabilitación que muchos usuarios no toleraban y fuimos acortando el horario que, para la CT, hoy es de 4 horas por día. Para los pacientes que luego de 2 a

3 años culminaban con este período de rehabilitación "intensiva", se impuso la creación de un grupo de seguimiento de una vez por semana con el fin de mantener y consolidar los logros obtenidos.

La diversificación del enfoque con la conformación de diversos programas se fue imponiendo por su peso. Para pacientes que no soportaban o no deseaban concurrir tantas horas por semana armamos grupos en base a una psicoterapia grupal una vez por semana y dos actividades tipo curso (Inglés, Computación, Cocina, Música, Artesanías, etc) esta vez con un seguimiento familiar grupal. Ya de entrada fuimos teniendo una significativa demanda de actividades para personas que habían nacido con o desarrollado su trastorno mental en la infancia y que con el tiempo habían llegado a la adolescencia o a la adultez. De esta manera instrumentamos grupos para pacientes con Retraso mental leve y moderado y para pacientes con Trastorno Generalizado del Desarrollo (espectro Autista) con acceso al lenguaje y mínimos niveles de autonomía. Luego se fueron abriendo los espacios de inserción curricular o laboral, el "Club de los sábados" con fines recreativos en un marco de resocialización, los grupos para pacientes con severo deterioro y escasos apoyos familiares y las viviendas asistidas. Estas últimas son departamentos en donde residen de 4 a 5 usuarios (los de mejor evolución luego de haber pasado por un proceso de rehabilitación) supervisados por monitores (psicólogos, educadores sociales) en donde aquellos realizan compras, cocinan, y limpian, entre otras cosas, en un intento de dar un salto de mayor autonomía.

Desde 2011, en el marco de las prestaciones en Salud Mental instituidas por el MSP, hicimos convenios con importantes mutualistas de nuestro medio brindando psicoterapia

---

individual, grupal, y psicoeducación para familiares de personas con Esquizofrenia y Trastorno Bipolar.

El Centro Sur Palermo siempre ha tenido una actitud de mucha apertura en cuanto a mostrar nuestras actividades y el cómo las hacemos, tanto para miembros de la comunidad en general como para técnicos en salud mental. Estudiantes de Psiquiatría, Psicología, Servicio Social, Enfermería han pasado en gran cantidad por nuestro Centro a lo largo de los años.

En aras de mejorar nuestra praxis también presentamos trabajos científicos: uno obtuvo el Primer Premio compartido de la Sociedad de Psiquiatría en el año 2001 (luego publicado en nuestra Revista al año siguiente), otro tuvo la distinción de ser elegido "Mejor trabajo científico" libre en nuestro último Congreso en el 2011 también publicado al año siguiente.

Aprendimos mucho en estos 30 años. De libros, artículos, congresos, invitado con trayectoria, pasantías de nuestros técnicos en otros países sí pero mucho más y sobre todo de la experiencia cotidiana, del diario contacto con pacientes y sus familias. Fuimos tecnificando nuestra praxis en un proceso de formación continua y enriqueciendo la experiencia con la incorporación planificada de diferentes aproximaciones siempre y cuando no fueran en contra de nuestros postulados básicos.

También hemos cometido errores sin duda, Y a fuer de ser plenamente sincero confieso que al inicio, propiciamos descompensaciones de algunos usuarios por un exceso de empuje y estimulación sobre todo hacia la inserción laboral, cargándolos con una exigencia a la postre perjudicial en un aprendizaje empírico pero muy vivencial de la vulnerabilidad al estrés y de la teoría de la emoción expresada.....

Al día de hoy el CPSSP alberga en sus diferentes programas a casi 300 usuarios, la gran mayoría de ellos por vía de la Ayuda Especial que el Banco de Previsión Social otorga para rehabilitación de pacientes con discapacidad laboral significativa.

Aprendimos que muchísimos pacientes con Esquizofrenia, si toman regularmente su medicación, no consumiendo drogas, con una familia psicoeducada y apoyada y con una adecuada rehabilitación pueden lograr no sólo una estabilidad sino mejorar también – en forma lenta pero segura, en forma moderada – de sus síntomas negativos y de déficits cognitivos, permitiéndoles así una mejor adaptación y – por que no – una sensible mejoría en la calidad de vida tanto personal como de sus familias.

Además me permito insistir con un concepto ya establecido en la colaboración anterior: la rehabilitación psicosocial es un abordaje que permite al técnico un contacto interpersonal y una calidad y profundidad de vínculo y alianza terapéutica con el paciente que quizás no se de con ninguna otra aproximación terapéutica. El objetivo y el gran desafío también de la rehabilitación es crear con el paciente y su familia una nueva autoconfiguración personal, una nueva relación yo – mundo que permita la mayor autonomía posible y la obtención de un nuevo sentido de su vida con una sensación de equilibrio y bienestar interior básico (¿Calidad de Vida?).

Para eso hemos trabajado durante 30 años con una gratificación personal única e intransferible. Seguiremos trabajando y..... cumpliendo años!.

**Vicente Pardo**

---

Estimados socios:

Adjuntamos la nota que hicimos llegar a las Direcciones de Salud Mental de todas las Instituciones de salud mental públicas y privadas del país.

Solicitamos a los colegas que presten atención a los puntos en ella expresados, y que dentro de lo posible exijan que se tomen en cuenta.

Asimismo que informen a SPU y SMU ante eventuales problemas o incumplimientos.

### Comisión Directiva

Estimados Directores de Servicios de Salud Mental de las Instituciones públicas y privadas del país:

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay solicita que se consideren los puntos que se expresan a continuación, a efectos de reafirmar la mejor atención posible a los pacientes así como garantías para el ejercicio profesional.

- Disponibilidad de la Historia Clínica sin excepciones.
- Respeto de los tiempos que constan en el convenio SMU - IAMC para policlínica (cuatro pacientes por hora y doble turno la primera consulta, o tres pacientes por hora sin doble turno en la primera consulta).
- Tiempos similares para las consultas del resto del sistema de salud. (Si bien en psiquiatría frecuentemente tales tiempos son insuficientes para una buena atención, son los que figuran en el mencionado convenio y es el mínimo aceptable.)
- No agregar pacientes a la agenda establecida en ningún caso.
- Evitar la sobrecarga de los Servicios de Emergencia.
- Respeto de las condiciones laborales pautadas en términos de descripción de tareas.
- Espacios de atención adecuados en cuanto a privacidad y comodidades básicas.
- Garantía de condiciones de seguridad y protocolo institucional al respecto en los casos que corresponda.

Saluda atentamente,  
Comisión Directiva de SPU



---

### Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

Montevideo - Uruguay | Teléfono: (598) 2401 4701\* int. 160 | Fax: (598) 2402 0172  
E-mail: [socpsiquiatria@spu.org.uy](mailto: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*