

## Recursos psicoterapéuticos en la entrevista clínica: derecho de pacientes y psiquiatras.\*

En casi todas las especialidades médicas el tratamiento es higiénico, dietético, farmacológico, quirúrgico, etc., y el vínculo tiene como función primordial sostener tales recursos. En psiquiatría la patología es esencialmente de las ideas, emocional, cognitiva, simbólica, relacional; y se reedita y es pasible de intervenciones en la entrevista. Por ello el instrumento terapéutico más importante con frecuencia es la relación paciente - profesional, si éste último dispone de enfoques psicopatológicos y técnicas psicoterapéuticas.

Los psiquiatras podemos recurrir a fármacos y/o derivar al paciente a psicoterapia, aunque esto último no siempre es necesario ni viable. Esta derivación se realiza a la denominada "psicoterapia específica", que implica técnicas fundadas en concepciones psicopatológicas, modelos minuciosos, entrevistas prolongadas y eventualmente instrumentos complementarios, además de costos y tiempos no siempre accesibles.

Aquí me centraré en la "modalidad inespecífica de psicoterapia", entendiendo por tal los recursos psicoterapéuticos que es posible utilizar en la consulta psiquiátrica. Es lo que muchos pacientes necesitan y no obtienen. Es asimismo un privilegio para los colegas ejercer con esa perspectiva.

La mayoría de las personas que consultan trae -además de síntomas clasificables- problemas vitales, circunstancias complejas, dudas y

decisiones que tomar. Necesitan reflexión, información, sugerencias, interpretaciones, continencia, empatía, dilucidar conflictos, evaluar funcionamientos propios y ajenos; en fin, ayuda en la interacción para modificar su realidad.

Las denominadas "enfermedades mentales menores" -95% de los trastornos mentales- afectan la calidad de vida y la economía en forma relevante. Constituyen gran parte de nuestra tarea cotidiana, representan en buena medida su valor social y generan una amplia proporción de los ingresos del colectivo de colegas. En ellas los recursos psicoterapéuticos tienen mayor eficacia y eficiencia, reduciendo costos sanitarios y mejorando la vida de gran cantidad de personas y familias.

La psicoterapia tiene menos efectos adversos que los fármacos; es abarcativa (puede operar sobre aspectos clínicos, psicopatológicos, somáticos, sociales, relacionales, creencias y convicciones, capacidades, posibilidades) y también específica (permite profundizar en campos puntuales).

Es un derecho del paciente que su psiquiatra tenga la posibilidad de integrar aproximaciones psicopatológicas en su tarea; no sólo agrupar síntomas y dar respuestas farmacológicas. Así, una entrevista -potencialmente psicoterapéutica- puede ser iatrogénica por omisión. Citando a Donald Winnicott,

\* Extracto del trabajo presentado en la Mesa "Clínica psiquiátrica y psicoterapias" en el XXX Congreso de APAL y XXXVI Congreso Brasileño de Psiquiatría, Brasilia, octubre de 2018.

“Cuando no es posible derivar a terapia, lo que no se logra en la consulta no se logrará en ningún lado.”

## Competencias, problemas y dificultades

Para utilizar técnicas psicoterapéuticas es necesario conocerlas, y -según la OMS- sólo 50% de los países reporta aceptable formación en psicoterapia en los psiquiatras. Incluso en muchos de ellos la mayoría de colegas no cumple los requisitos de los organismos que acreditan como psicoterapeuta.

La educación psiquiátrica en Latinoamérica privilegia clínica y farmacología. En cuanto a psicoterapia, según una encuesta reciente de APAL, es escasa o nula en 51% de los colegas y en 49% es suficiente, buena o excelente (no dispongo de cifras de nuestro país; quizás difieran un tanto de las latinoamericanas dada la tradición psicoterapéutica de las márgenes del Plata).

Más allá de poseer conocimientos, no es sencillo estructurar modelos propios de consulta psiquiátrica integrando recursos psicoterapéuticos. La psicoterapia se aprende en instituciones que se definen por un modelo teórico y proponen programas específicos, pero no es habitual que se enseñe a incluirla en el ejercicio psiquiátrico cotidiano. Por otro lado, parte del saber hacer se obtiene siendo paciente de terapia, y sólo un número limitado de colegas tiene tal experiencia.

Los datos obtenidos de investigaciones en psicoterapia son extrapolables a la acción del psiquiatra en su consulta clínica: todas las escuelas basadas en evidencia tienen la misma eficacia. Esta proviene del vínculo más que de teorías y formatos; se trata de comunicación entre personas con creencias,

expectativas, emociones y convicciones que se influyen mutuamente en determinado entorno sociocultural.

Una amplia investigación de habilidades, dificultades, estrategias y sentimientos de los terapeutas realizada por la Sociedad de Investigación en Psicoterapia permite conjeturar datos acerca del potencial psicoterapéutico del psiquiatra: la atención es mejor cuando el técnico se compromete y la “neutralidad cordial” da paso a una actitud profesional adaptada al paciente, comunicando interés por sus problemas, comprensión, autenticidad y tolerancia. Especial importancia tienen la amplitud teórica, la creatividad, el uso de variadas estrategias y la planificación conjunta.

Además de las condiciones para aplicar recursos psicoterapéuticos es necesario la voluntad de hacerlo. La tarea exige proximidad, empatía operativa y disponerse a pensar psicopatológicamente. Todo ello desgasta, compromete y desafía más al psiquiatra que la pura recopilación de síntomas seguida por una indicación farmacológica. Así el cansancio, la sobrecarga, la tentación por la línea de menor esfuerzo, pueden promover una atención más distante del paciente, tengamos o no conciencia de ello.

Además hay rápido acceso al empleo en modelos tradicionales, las empresas pagan más por psicofarmacología, y en el mundo son cada vez más los equipos en los que el psiquiatra indica fármacos y otros profesionales hacen psicoterapia a menor costo.

También hay interferencias para el uso de psicoterapia en la entrevista psiquiátrica que provienen del entorno. Existe cierta resistencia –reacción– de algunas personas e instituciones frente a los cambios que difi-

cultan lo que este enfoque requiere: tiempo, frecuencia, y buenas condiciones de consulta. Quizás al inicio los gastos sean mayores, mas a la larga disminuirían las internaciones, descompensaciones y problemas tanto de los pacientes psiquiátricos crónicos como de aquellas personas que llegan esporádicamente a nuestras policlínicas.

No es menor el peso de la industria de los psicofármacos, que promueve determinada concepción de consulta: “sumatoria de síntomas → diagnóstico manualizado → fármaco”. Su propósito –lógico, comprensible- es vender, y está probado que las técnicas de marketing son eficaces por más prevenidos o escépticos que seamos, por más claro que tengamos que la información que proveen tiene amplias posibilidades de estar sesgada. Seguramente es necesario revisar el vínculo que tenemos con la industria de modo que sea más sano y provechoso en ambos sentidos.

En fin, en nuestro país la mayor parte del trabajo psiquiátrico se realiza en instituciones, mediante consultas de 15 minutos y frecuencia esporádica. En ellas es difícil habilitar enfoques psicopatológicos e instrumentar recursos psicoterapéuticos, lo que redundaría en una psiquiatría de limitada calidad que resuelve de forma no demasiado inadecuada: aproximación diagnóstica, fármaco, eventualmente consejo, a veces derivación a psicoterapia con otro profesional. Así, nuestra profesión relega y cede una de sus características más gratificantes: entender en profundidad y desarrollar relaciones terapéuticas con los pacientes.

La formación médica y psiquiátrica es prolongada y rica, y si incluye habilidades en

psicoterapia, entonces posee la facultad de proporcionar la mayor gama de modalidades terapéuticas e integrar comprensivamente el tratamiento.

A partir de tal formación es posible aproximarse a cómo y cuándo utilizar recursos psicoterapéuticos: es necesario evaluar síntomas, problemas, vivencias, diagnóstico, psicopatología y estructura psíquica del paciente, continencia del entorno, y características del servicio asistencial donde se desempeña la tarea. En fin, la percepción clínica junto con el sentido común -o sea lo artesanal de la profesión- son determinantes.

Antes mencionaba que es un derecho de los pacientes recibir la mejor psiquiatría posible. Es también un derecho de los psiquiatras ejercerla: estudios de diversos países muestran que los colegas que utilizan psicoterapia y dedican más tiempo a sus pacientes tienen mayor satisfacción con su carrera. También señalan que no realizar trabajo psicoterapéutico es un predictor de burnout en nuestra profesión.

Parece entonces relevante consolidar y difundir el aspecto psicoterapéutico de la psiquiatría, así como aspirar a formación y entrenamiento en consultas terapéuticas, a recibir psicoterapia, y reivindicar ante las instituciones tiempo y frecuencia adecuados para llevar adelante tal tarea con remuneración acorde.

Se trata de ser garantes de los derechos de los pacientes a una buena atención y también de proteger nuestra salud mental y condiciones laborales.

**Rafael Sibils**

---

## 95 años de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

En Montevideo, a los 8 días del mes de Noviembre de 1923, reunida en el Hospital Vilardebó los Dres. Bernardo Etchepare, Rafael E. Rodríguez, Camilo Payssé, Francisco Garmendia, Elio García, Walter Martínez, Antonio Sicco, Juan A. Paperán, Pedro Villamil, el Dr. Bernardo Etchepare pasa a informar el motivo de la reunión, cuyas decisiones provisorias son las siguientes:

1. Constitúyase la Sociedad de Psiquiatría con el número actual de médicos que se dediquen especialmente a las enfermedades mentales y su fin será el estudio exclusivo de la psiquiatría y sus
2. relaciones con las demás ciencias y con la sociedad.

El punto 8º. Del acta de fundación, expresa que las sesiones (científicas), se efectuarán mensualmente en el Hospital Vilardebó, salvo que determinada circunstancia aconsejara otra sede.

El Dr. Bernardo Etchepare, compañero de generación de los Dres. Soca, Ricaldoni, Quintela, fue el primer Profesor de la Cátedra de Psiquiatría, después de haber sido Profesor de Anatomía y de haber ejercido la cirugía, y el primer Presidente de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

El Dr. García Austt, en una semblanza que hace del Dr Etchepare, en el No. 1 de la revista de psiquiatría, en enero del año 1929, dice, "luchó constantemente por elevar en

el público el concepto que merece y en las autoridades la atención que debe dispensarse, al enfermo mental.

### **Temprano nace la Sociedad de Psiquiatría.**

Uruguay no era conocido entonces por sus hazañas olímpicas de Colombes y Amsterdam, ni por ser campeón del primer campeonato mundial de fútbol en 1930.

Tan sólo un año antes de su fundación, el 6 de noviembre de 1922, se producía en el Uruguay la primera transmisión de una radioemisora, Radio Paradizábal, posteriormente, radio 810 AM ESPECTADOR.

En el mes de enero del año 1929, aparece el primer número de la Revista de Psiquiatría del Uruguay, y comienza su editorial, diciendo, "ni pretensiones desmedidas ni aspiraciones limitadas". "Esta Revista aspira a reflejar en el campo de la Psiquiatría y las disciplinas anexas todo lo que nuestro cuerpo médico puede producir si su labor se encauza, y halla en un órgano de expresión regular y ordenado el estímulo fecundante de la publicidad".

"Motivos de otra índole nos impulsan asimismo. A pesar de la enorme importancia que supone el conocimiento de los trastornos psíquicos por la vasta repercusión social que envuelven, es lamentable la ignorancia al respecto en que se vive entre nosotros. Es tal el desconocimiento que ni siquiera compasión inspiran los enfermos mentales".

---

“El aislamiento, el abandono y el olvido parecen constituir para muchos, la única terapéutica aplicable”.

Finaliza dicho editorial, diciendo; “Es a combatir este censurable estado de cosas que se aplicará también nuestro esfuerzo y nos consideraremos ampliamente compensados si logramos disminuir la ignorancia de algunos y atemperar el desdén de los más, en lo que se refiere a la suerte del enfermo mental”.

En el mes de noviembre de 1935, reaparece nuevamente la Revista de Psiquiatría del Uruguay, constituyéndose en la revista de psiquiatría más antigua de América Latina.

En el año 1929, el Dr. Rafael Rodríguez elabora un proyecto sobre la creación del Servicio de Psiquiatría en los hospitales generales, y del Dr. Santín Carlos Rossi presenta un proyecto sobre la reforma del Hospital Vilardebó.

El Prof. Antonio Sicco, en un artículo del año 1928, Enseñanza de la Psiquiatría, sostiene que la clínica debe estar en el hospital general, equipara la clínica psiquiátrica a las otras clínicas y al enfermo mental a los otros enfermos, realizando así uno de los más altos postulados de la psiquiatría contemporánea. Habla de las relaciones con las otras clínicas así como de disponer de los servicios y tecnología del Hospital.

Durante el Congreso Médico del Centenario, en 1930, la Sociedad de Psiquiatría lee el informe de los Dres. Santín C. Rossi, Abel Zamora, Camilo Paysée sobre “Bases Médicas para una legislación de alienados y toxicómanos”.

Señalo aquí tres puntos fundamentales, que fueron preocupación de la SPU desde su creación, la formación científica de sus asociados, la preocupación por mejorar las condiciones de vida de las personas que padecen enfermedad mental, y las políticas de salud, en relación a las prestaciones de los servicios de salud mental.

Desde temprano también, la SPU fue consultada por las Autoridades de Salud, tan es así, que consta en las publicaciones de la Revista de Psiquiatría, que en el mes de octubre de 1933, El Consejo de Salud Pública, solicita, “la autorizada opinión de ese centro científico sobre la organización de la asistencia de alienados en nuestro país y la formación de un anteproyecto de ley”.

Asimismo aparecen dos publicaciones en el año 1929 sobre la “Asistencia familiar de Alienados: lo que podría hacerse en Uruguay, del Dr. Rafael Rodríguez y otra del Dr. Elio García Austt, Asistencia familiar en el Uruguay.

La Revista de Psiquiatría es el testigo de las innumerables participaciones y propuestas de los psiquiatras a lo largo de estos 95 años en lo que se refiere a la mejora de las condiciones de atención de las personas que padecen enfermedades psiquiátricas.

No es éste el momento ni el lugar para relatar en forma pormenorizada lo anterior, pero deseo poner énfasis en esa participación para llegar al año 1983, en que una Asamblea de la SPU, “reunida para considerar la problemática de la Asistencia Psiquiátrica en el país, entendió necesario crear una Comisión de Salud Mental que realizará un análisis de la realidad asistencial”

---

Citaré nuevamente a la revista de la SPU, del año 1986, Situación de la Asistencia Psiquiátrica y propuesta de cambio.

Esa Comisión, a lo largo del año 1984, trabajó en relación a tres puntos:

- 1) Conocer algunas características personales de formación y laborales de los psiquiatras;
- 2) Investigar las estructuras asistenciales psiquiátricas de adultos, públicas y privadas;
- 3) Analizar los planes de Salud Mental que han sido propuestos en el país, para realizar desde su perspectiva, una revisión crítica de las medidas que durante el proceso político actual, han determinado cambios administrativos y técnicos en la asistencia pública.

Finalmente propone al MSP un conjunto de medidas inmediatas que encaren la situación de emergencia actual.

La Comisión, entendiendo que la Salud Mental constituye un problema complejo, y que lo realizado es sólo el inicio de una tarea que debe involucrar a diversos sectores médicos

y no médicos, ha invitado especialmente para esta jornada, a destacados colegas, y a representantes de las siguientes instituciones:

Asociación Psiquiatras del Interior; Cátedra de Psiquiatría; Curso de postgrado Psiquiatría Infantil; Curso de Geriatría-Gerontología; Coordinadora de Psicólogos; Coordinadora Intergremial Médica, Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica; Asociación Uruguaya de Nurses; Asociación Uruguaya de Asistentes Sociales; Asociación Psicoanalítica del Uruguay; Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica; Asociación Psiquiatría Psicoanalítica; Asociación Psiquiatría Psicopatología Infancia y Adolescencia; Sociedad de Gerontología y Geriatría.

Ahora sí, finalmente, lo conocido por todos nosotros, la participación de los Psiquiatras, en la elaboración y aprobación de la Ley No. 19.529, que no es un hecho puntual, es el compromiso histórico que a través de estos 95 años de existencia ha permanecido inalterable: de participar en todo lo atinente a mejorar las condiciones de existencia de las personas que padecen una enfermedad mental y aliviar sus sufrimientos y el de sus familiares.

Ángel Valmaggia

---

## Nueva ley de Salud Mental: ¿en qué estamos?

Hace poco más de un año que fue aprobada la nueva ley de Salud Mental (SM). Representa el comienzo del cambio normativo, condición necesaria pero no suficiente, para el cambio del modelo de atención en SM. La Ley de Psicópatas 9581 y la ley 11.139 crea la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, junto a otras normas que se fueron agregando al cabo de los años con la perspectiva de aquellas, constituyen el marco normativo en el que se sustenta el modelo todavía vigente que se caracteriza por una marcada debilidad en el desarrollo de dispositivos intermedios, en el desarrollo de las instancias de rehabilitación-inclusión, en la coordinación intersectorial, en el trabajo en equipo, en la implementación de referencia y contrareferencia, en la organización del trabajo médico entre otras.

La aprobación de la ley 19.529 de Salud Mental es necesaria para la adecuación del marco normativo a partir del cual se desarrollará el nuevo modelo que debe superar las antedichas debilidades.

La segunda ley de SM tendrá que ser la que modifique el nombre, la integración y los cometidos de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, para transformarlo en el organismo que haga efectiva la coordinación de las políticas intersectoriales. Su misión será: la inclusión social de las personas con enfermedad mental.

En el año transcurrido desde la aprobación de la ley, el MSP ha trabajado en su reglamentación, comenzando con aspectos en los que la norma dejaba vacíos que dificultaban

su implementación: la Hospitalización y su Notificación (Art. 24), Hospitalización por orden judicial (Art. 33, 34 y 35), la definición de "riesgo inminente" (Internación involuntaria Art. 30) y sobre las competencias de la Comisión Nacional de Contralor (Art. 40). Todos estos artículos quedan reglamentados por el Decreto 226/018. Luego se reglamentó el artículo 11 referido a la interinstitucionalidad que será materia del Gabinete Social y que, al momento de escribir el presente, se encuentra a la firma del Presidente de la República. El MSP tiene listo un borrador que define los nuevos dispositivos de Salud Mental que integrarán la red y que pronto será puesto a la consideración de las organizaciones que venimos trabajando.

Este trabajo, si bien importante, fue valorado como exiguo a la hora de evaluar el grado de avance. Por otra parte, a pesar de poner a disposición del MSP a la SPU para avanzar en otros aspectos de la ley, no habíamos sido convocados.

Por esa razón, la SPU hace unos tres meses, realizó un amplio llamado a las organizaciones sociales que trabajamos en el proyecto de ley a los efectos de coordinar acciones para lograr la convocatoria del MSP a trabajar en el Plan Integral de SM. La gestión realizada tuvo éxito. Una declaración que fue publicada en prensa y cuyo borrador fue elaborado por la SPU, fue firmada incluso por organizaciones que antes tuvieron una oposición a nuestra perspectiva. Ese fue el disparador de la convocatoria del MSP para trabajar en el Plan de SM.

Desde entonces tenemos una coordinación permanente con la Coordinadora de Psicoló-

---

gos del Uruguay, con Radio Vilardevoz, con los Grupos de Familiares Caminantes y La Esperanza, con el Gremio de las Enfermeras Universitarias, entre otras.

En las reuniones mantenidas entre las organizaciones y el Programa de SM, se definieron los ejes estratégicos del plan, los coordinadores de cada grupo de trabajo, los días y horarios de reunión (que luego podrá modificarse entre los integrantes de acuerdo a disponibilidad) y las fechas para presentar documentos con grado de avance. Los ejes estratégicos son:

1. Atención (tiene que ver con todos los aspectos de la asistencia sanitaria por lo que deberán definirse sub ejes de trabajo).  
(Lunes de 12.30 a 14.30 hs.)
2. Prevención y Promoción de SM
3. Sistemas de información y evaluación  
(Lunes de 12.00 a 14.00 hs.)
4. Formación y Capacitación  
(Lunes de 14.00 a 16.00 hs.)
5. Estigma, DDHH y Cambio cultural.  
(a confirmar)
6. Interinstitucionalidad  
(Lunes 10.30 a 12.30)

También se encuentra abierto el llamado del MSP junto con OPS a un consultor que será responsable de los aspectos metodológicos y de redacción del plan.

La SPU ha realizado un llamado a todos los colegas que quieran integrarse a los grupos de trabajo de manera de poder contar con los aportes de los psiquiatras en cada uno de ellos.

Está prevista la coordinación con API, SUPIA y la SPBU.

En eso estamos

**Ricardo Acuña**



## “Psiquiatría, paradigmas actuales y proyecciones de futuro. Intercambio Rioplatense”

El viernes 27 y el sábado 28 de julio se realizó la actividad científica “Psiquiatría, paradigmas actuales y proyecciones de futuro. Intercambio Rioplatense”, en la que participaron el Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro y Dr. Guillermo Belaga. Ambos colegas tienen gran trayectoria en el vecino país y están involucrados profundamente en las actividades académica e institucional. Creo que fueron dos conferencias de suma relevancia para la comprensión de la situación de la psiquiatría desde el nivel teórico -se reflexionó sobre la historia de nuestra disciplina y los diferentes paradigmas en los que fue evolucionando- hasta el estado actual, que definieron como crítico, en el que para algunos el último paradigma biológico-conductual es cuestionado, tanto en lo teórico como en lo terapéutico.

El DSM5 deja de ser un manual de referencia para el National Institute of Mental Health (NIMH) de EE.UU., quien a través de su director Thomas Insel, manifestó de manera rotunda **“los pacientes con trastornos mentales se merecen algo mejor”** y los RdoC no terminan de ser aceptados. Estamos en una etapa de fragmentación del conocimiento, donde el pluralismo teórico es la regla. En América Latina desde finales del siglo XX hasta inicios del siglo XXI han coincidido dos paradigmas en cierto sentido antagónicos, el biomédico y el social, el primero enfocado en las neurociencias y las nuevas tecnologías, y el segundo en los problemas sociales productores de sufrimiento mental.

La psiquiatría se ha volcado más hacia el modelo biomédico, y las profesiones afines al social. El Dr. Guillermo Belaga plantea la superación de este modelo, al que critica por dejar de lado la subjetividad tanto del paciente como del psiquiatra, por un modelo post-tecnológico en el que se retomem ideas psicodinámicas que permitan un pensamiento psicopatológico necesario para la comprensión del sentido de los síntomas.

El Prof. Stagnaro inició su exposición advirtiéndome que va a plantear más preguntas que respuestas, como las que se refieren al alcance de la comprensión de la situación cuando se está frente a una crisis de paradigma. Relató la riqueza de su formación con Lanteri-Laura y su diferencia frente a la necesidad de un paradigma general epistemológico para la psiquiatría frente a la aceptación de paradigmas regionales que no admiten una visión unificada del campo psiquiátrico.

En relación a la práctica, llamó a recuperar la psicoterapia en la consulta de los psiquiatras. Se refirió a la tensión entre la Salud Mental y la psiquiatría relatando la historia de los comienzos de la primera en los EEUU con Clifford Whittingham Beers en la primera **década del siglo pasado**, y que floreció en todo el mundo en la post guerra. Aludiendo al artículo de J M Bertelote dio cuenta de la polisemia e imprecisión del concepto, dada la dificultad de definir tanto “salud” como “mental”. Relató que el usa mayúscula cuando

se refiere al movimiento, y minúscula cuando lo hace a la condición de una persona.

Ambas conferencias fueron de sumo interés tanto por sus contenidos y por la calidez con la que fueron brindadas.

El día sábado continuamos en un intercambio más informal donde se trataron de forma más personal estos tópicos y los relativos al desarrollo de la ley de salud mental en Argentina. Ambos consideraron que nuestra reciente ley es superior a la de ellos, tanto en la precisión de algunos conceptos

-como la utilización del concepto Trastorno Mental, la necesidad de dos médicos (uno de ellos psiquiatra) para la hospitalización involuntaria y la inclusión de La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental dentro del Ministerio de Salud Pública. Señalaron como dificultades la falta de recursos financieros y humanos para la creación de los dispositivos que permitan el cierre de las viejas estructuras.

Fue una actividad relevante y se estableció un rico intercambio.

**Dr. Luis Villalba**

## “Semiología de la Esquizofrenia: ¿pasó de moda la Discordancia?”

El día 28 de Setiembre tuve el honor - invitado por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay - de participar en la Conferencia: “Semiología de la Esquizofrenia: ¿pasó de moda la Discordancia?” y la alegría de haberlo hecho en coparticipación con la colega Dra. Carina Ricciardi.

En lo personal, el enfoque fue el de jerarquizar a los autores “clásicos” y el enfoque fenomenológico – estructural de la enfermedad, es decir: aprehender la vivencia, la experiencia subjetiva conciente del paciente, los modos de vivenciar y las estructuras formales de los fenómenos psicopatológicos concientes.

Tomando como punto de partida el concepto de Henri Ey de la Esquizofrenia como “transformación regresiva de la personalidad” en cuanto a su potencial de disgregación de las funciones mentales superiores, se pasó revista a muchos autores: desde los más clásicos Kraepelin, Bleuler, Chaslin, Karl Jaspers, Minkowsky, el Prof Peryra de Argentina, etc., hasta algunos mas contemporáneos como Jablensky y Josef Parnas.

Quizá una de las conceptualizaciones clave fue la de que, en este trastorno, como en otras afecciones mentales, se desorganizan niveles superiores de la vida mental (altas funciones de integración y síntesis) conformando así el aspecto negativo – en un sentido jacksoniano y también de Ey – de la misma (abulia, apatía, indiferencia afectiva, embo-

tamiento emocional, “pérdida del contacto vital con la realidad”, disociación, autismo, etc.). Reactivamente, toman el comando de dicha vida mental niveles inmediatamente inferiores quedando evidenciados sobre todo por síntomas positivos, psicóticos en este caso (alucinaciones y delirios).

Esta aproximación fenomenológico – estructural, si bien se corresponde a un paradigma de la Estructuras Mentales (según Lanteri Laura) ya aparentemente superado, es muy rico en cuanto a la aproximación al paciente y le da un alto nivel de riqueza psicopatológica a la Psiquiatría, perdida hoy, a nuestro entender, en una mera enumeración superficial y sumatoria de los síntomas más evidentes.

Se valorizó el concepto de “quiebre (deficitario) de una biografía” de Karl Jaspers, el que, afortunadamente, nunca llegó a perderse del todo en la Psiquiatría de nuestro país, como un elemento semiológico crucial, en un análisis retrospectivo - biográfico del paciente (más fehacientemente relatado por terceros).

Se hizo hincapié en las formas más habituales de inicio de la enfermedad, a la que seguimos llegando tardíamente en cuanto al logro de su diagnóstico. Se mostraron algunos extractos de viñetas clínicas para una mejor comprensión a las diversas vivencias patológicas.

En todo momento se intentó volcar la experiencia acumulada en 31 años en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Sur Palermo, así como también jerarquizar parte de las innumerables enseñanzas del Dr. Humberto Casarotti, un verdadero Maestro de la Psiquiatría nacional, a quien le tributamos agradecimiento por su mas que generosa actitud de entrega docente a lo largo de varias décadas.

Como punto final expreso mi enorme gratitud a la Comisión Directiva de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay que nos volviera a distinguir con la honrosa invitación a participar en una jornada que espero haya sido de provecho para todos los concurrentes y para los que pudieron seguirla por conexión vía Internet.

**Dr. Vicente Pardo**



## **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 (2017-2019)**

**Presidente**  
*Dr. Rafael Sibils.*  
**Vicepresidente**  
*Dr. Luis Villalba*

**Secretario**  
*Dr. Ramiro Almada*  
**Tesorero**  
*Dr. Adrián Curbelo*