



## *El Dr. Henry Engler será uno de los expositores en nuestro Congreso Latinoamericano*

El Dr. Henry Engler, uruguayo, Director Médico de Uppsala Imanet en Suecia, trabaja hace 7 años con enfermedades caracterizadas por pérdida de memoria y trastornos cognitivos. Dentro de ellos se ha especializado en la enfermedad de Alzheimer, en la que ha realizado sus mayores descubrimientos.

El trabajo del equipo consiste en la detección de una proteína precursora de las placas de amiloide que se forman y van aumentando a medida que progresa la enfermedad de Alzheimer. Esta detección se realiza mediante la Tomografía de Emisión de Positrones (P.E.T.) y consiste en el seguimiento de una sustancia fluorescente, previamente marcada en forma radiactiva llamada PIB (Pittsburgh Compound B), que se adhiere a las proteínas de las placas. La técnica PET aun no se encuentra disponible en nuestro medio.

En el caso de la TAC (Tomografía Axial Computarizada) se utiliza una fuente externa que emite rayos X. Las radiaciones atraviesan el cuerpo para impactar cristales que giran alrededor detectando las emisiones que luego son procesadas por una computadora para crear imágenes anatómicas.

En el caso de la PET se inyecta en el paciente una sustancia que se ha hecho radiactiva, de modo que es la persona la que emite positrones desde dentro del cuerpo hacia afuera. Al aniquilarse los positrones contra los electrones presentes

en los átomos del cuerpo, se generan un par de fotones que impactan los cristales ubicados alrededor del cuerpo. Una computadora detecta los impactos, localizando el sitio de la colisión para formar imágenes tridimensionales, tanto del cerebro como del resto del cuerpo.

Con la PET se puede ver la funcionalidad de los órganos, se pueden también ver los porcentajes de diferentes receptores que hay en el cerebro y la presencia de sustancias como el amiloide, que no son detectables por la TAC.

Mediante el uso de la PET se pueden detectar áreas del cerebro que están en funcionamiento en ese momento. También se usa para la detección de tumores, metástasis de pequeño tamaño y para seguimiento de patologías cardíacas. En el Alzheimer permite la detección de las placas de amiloide y su seguimiento, abriendo así la posibilidad de valorar nuevos fármacos que se están desarrollando hoy, tales como vacunas u otras sustancias capaces de detener el desarrollo o eventualmente disolver las placas de amiloide, frenando o haciendo retroceder la enfermedad.

Engler también ha hecho estudios en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, con la misma metodología. Con esta técnica se han comenzado a desarrollar marcadores para la localizar focos epilépticos que no se pueden captar con la TAC. También es un método para diferenciar entre la enfermedad de Parkinson y parkinsonismo.

Por lo antedicho, esta tecnología permite



el diagnóstico diferencial entre un trastorno de memoria por una depresión severa o un trastorno por sometimiento a stress excesivo, del producido por enfermedades orgánicas cerebrales, no reversibles hasta el momento actual.

### **RECONOCIMIENTOS**

El Dr. Henry Engler ha recibido el premio Schering/Molypharma otorgado por la Academia de Imagenología Molecular (AMI) con sede en San Francisco, EEUU al mejor trabajo (abstract) científico del año 2003. El premio reconoce los avances científicos en la investigación del diagnóstico por imagen.

La imagen Molecular es un área científica nueva, que combina la acción de agentes moleculares con herramientas de diagnóstico por imagen para visualizar procesos

moleculares específicos en el cuerpo. El Diagnóstico molecular presenta la posibilidad de unir diagnóstico, seguimiento y tratamiento del paciente.

Su equipo de colaboradores recibió el mismo año un premio de farmacología en Versailles, Francia, por el desarrollo del concepto "microdosing", concepto que es usado en su trabajo para determinar la toxicidad de la nueva sustancia PIB.

Recientemente, en la Conferencia Mundial sobre Alzheimer celebrada en Filadelfia, se le ha otorgado al Dr. Engler en coautoría con el Dr. William Klunk el Premio Neuroimagenología al mejor artículo científico que ha sido publicado en el mundo entre agosto del año 2002 y julio del 2004. El artículo fue publicado en la prestigiosa revista "Annals of Neurology".

**Dra. Mónica Rossenblatt**

En la actividad científica del mes de junio hemos presentado el material clínico de un paciente con crisis psicóticas, en tratamiento desde hace algunos años, para intercambiar ideas acerca de las características del vínculo psicótico en general y la utilidad del tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico en estos casos. Para proteger la confidencialidad del trabajo clínico tomaremos sólo algunos de los puntos teóricos y técnicos mencionados en dicha actividad, que giran en torno a los problemas que surgen en el proceso psicoterapéutico con pacientes psicóticos o patologías graves. Nos planteamos la necesidad de trabajar con las múltiples interrogantes que se nos presentan a partir del trabajo con estos pacientes que siempre tienden a establecer relaciones dependientes con alguien que idealizan y le atribuyen un poder que finalmente los aprisiona. ¿Cómo entender este modo de vincularse? ¿La tarea analítica es la misma que con un paciente neurótico? ¿Es posible lograr en estos casos un cambio psíquico significativo con el tratamiento psicoterapéutico, junto a los tratamientos de índole biológica o de rehabilitación que requiera cada situación en particular?

En este paciente se nos destacó particularmente la importancia del desamparo y fragilidad en que se encontraba y que nos llevó a pensar en importantes fallas en los momentos fundacionales de la constitución psíquica. En su historia se destacan las carencias en la función materna por la incapacidad de esta madre para investir libidinalmente a su hijo, que seguramente fue un obstáculo fundamental para impedir que se diera el proceso de separación necesario para acceder a la condición de sujeto. A la ausencia de madre se sumó también el abandono del padre, que tampoco pudo ejercer suficientemente la función separadora imprescindible para evitar que se mantuviera ese vínculo fusional con la madre. Estas vivencias, que habitualmente suelen tener los pacientes con patologías graves, se volvieron a reeditar

posteriormente en otra situación, llevándolo a establecer un nuevo vínculo fusional idealizado y a la vez frustrante, aplastante y enloquecedor que terminó haciendo tambalear su frágil identidad. En estas situaciones, el sufrimiento tiene que ver con la amenaza de fragmentación de un yo poco cohesivo. Al no disponer de una suficiente ligazón representacional, que habilite el espacio psíquico de simbolización, el paciente tiende a recurrir al delirio o a las actuaciones. Y el delirio aparece entonces como la búsqueda de una salida a lo angustiante que esto resulta. Es mediante esa construcción que intentan establecer algún modo de ligadura que les permita escapar del derrumbe psíquico. Por eso entendemos que el delirio configura una defensa frente al quiebre en las posibilidades de lograr una cohesión interna, un intento de escapar a las vivencias del vacío interior.

A veces, como en el caso de este paciente, los delirios suponen una continuidad de mentes y de cuerpos, haciendo una radical desmentida de la alteridad y buscando establecer ligazones, que finalmente terminan siendo persecutorias, para escapar de ese mundo interno escindido. En otros casos, los pacientes buscan neutralizar su sentimiento de impotencia y fragilidad con el delirio de grandezas. O bien, intentan escapar de los perseguidores aislándose y prescindiendo del otro. Pero de una u otra forma, tanto los delirios megalomaniacos, persecutorios, como los de comunicación a través de un espacio sin límites, no son más que la expresión de estas distintas formas de manifestarse el tipo de vínculo que establecen.

Desde una perspectiva teórica metapsicológica podríamos decir que estamos en el terreno del narcisismo patológico o arcaico, vinculado a fallas en la constitución del yo. Como consecuencia de esto se dan: por un lado, la indiscriminación entre el mundo interno y externo y, por otro, el borramiento de las diferencias entre el registro consciente-preconsciente y el inconsciente. La tendencia a establecer

ligazones patológicas sería consecuencia de la no diferenciación yo-no yo. Y la irrupción de lo inconsciente al desdibujarse la barrera de la represión, daría lugar a trastornos a nivel del pensamiento y de los afectos, que promueven muchas veces actuaciones riesgosas para el paciente o para quienes establecen vínculos con él.

Estas fallas en la estructuración del psiquismo remiten a los momentos fundacionales del psiquismo y configuran lo que podríamos pensar como una grieta a nivel del yo, que se constituye en una potencialidad psicótica y que en ocasión de diversos factores desencadenantes da lugar a escisiones psíquicas de entidad, que obstaculizan las posibilidades de disponer de un espacio psíquico imprescindible para procesar los estímulos externos e internos, generando diferentes manifestaciones clínicas más o menos ruidosas. Por otra parte, estas mismas escisiones dan lugar a importantes oscilaciones en las representaciones de sí, como expresión de lo afectadas que están también las identificaciones. Los factores desencadenantes generalmente se vinculan a situaciones que condensan diversos factores causales, generalmente difíciles de precisar, aunque otras veces se pueden establecer posteriormente en el trabajo de resignificación elaborativa. ¿Cómo pensar esa grieta de los orígenes? Entendemos que no puede estar ajena a las dificultades de ese yo mal constituido para neutralizar el impacto de los efectos desligantes de la pulsión de destrucción que tiende a la fragmentación psíquica. Y a la vez, esta amenaza de destrucción suele proyectarse y retornar como un ataque que proviene de afuera.

En cuanto al papel de los padres en estas fallas estructurales que dan lugar a la psicosis, en los hechos no es posible establecer una causalidad lineal en cuanto a lo que se transmite desde el punto de vista psíquico y tampoco podemos desconocer los factores genéticos,

constitucionales o accidentales que pudieron haber contribuido al derrumbe psicótico. Sin embargo, si bien es importante considerar lo que los padres transmiten a sus hijos en esos primeros momentos de constitución del psiquismo, hay que tener en cuenta que esa transmisión se realiza a partir de su inconsciente y que a su vez ellos están inmersos en una red que remite a lo vivenciado inconsciente, muchas veces silenciado, de otras generaciones. Y los efectos transmitidos por otras generaciones en lo inconsciente de los padres, que de alguna manera alcanzan también al hijo, quedan en oscuridades a las que no podemos acceder o sólo lo hacemos muy limitadamente. Por eso nos parece importante destacar que la psicosis está multideterminada.

En cuanto al tratamiento, no podemos desconocer los límites de lo que se puede lograr en el trabajo con estos pacientes, dado que los núcleos patógenos seguirán siempre existiendo como amenazas de nuevas crisis y descompensaciones. Pero también hay que tener en cuenta que se benefician mucho de un abordaje psicoterapéutico, como es el caso del paciente que presentamos. El análisis, sostenido en la transferencia, permitió empezar a construir una distancia operativa a partir del propio espacio analítico, en el cual el trabajo permanente de la analista con la contratransferencia apuntó a transmitir esa fuerza alterizadora que ayudó a que el paciente se rescatara en alguna medida de lo fusional. Las intervenciones al modo de construcciones, suelen tener un efecto organizador en ese psiquismo que tiende a fragmentarse. Y el aporte sostenido de este tipo de intervenciones va generando una red de núcleos estabilizadores que, junto a la fuerza y el poder de la transferencia, pensamos que favorecería la transformación de las ligazones patológicas en otras que le permitan al paciente desprenderse de las ataduras que lo condenan al sufrimiento y la marginación.

**Dra. Susana Balparda**

6 y 7 de agosto de 2004

La 8ª. Convención Médica Nacional, al culminar el proceso de discusión sobre los temas:

- Políticas de salud
- Trabajo Médico
- Ética y Colegiación Médica
- Formación Profesional

cuyas actividades se iniciaron en noviembre de 2003, a través del trabajo de las comisiones temáticas, relatoras, regionales, departamentales y zonales, en un proceso de intercambio y discusión, que culmina con las sesiones plenarios resolutorias de los días 6 y 7 de agosto de 2004,

### DECLARA:

#### EN RELACIÓN A LA SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA

La actual situación de crisis de la asistencia médica en el país y su repercusión sobre el estado de salud de la población, requiere la definición y aplicación de profundos cambios en la estructura, organización y financiamiento de los servicios, así como en el modelo de atención.

1. Resulta indispensable definir una política de salud explicitada claramente como tal. Que mantenga la necesaria coherencia con las acciones que se adopten en torno a los demás componentes del nivel de vida del individuo (trabajo, educación, vivienda, alimentación, salario). Que esté dotada de la asignación de recursos necesaria para asegurar su viabilidad y que sea determinada por el Estado con la participación de los médicos y trabajadores de la salud, de los partidos políticos y de las demás estructuras representativas de la comunidad, de forma

tal de asegurar su vigencia en el mediano y largo plazo, con características de política de Estado.

2. Los objetivos y definiciones, planes y programas que integren esa política, deberán priorizar:
  - a. La reafirmación del concepto de salud, como derecho constitucional de los habitantes, expresada como posibilidad de acceso igualitario a los niveles de atención requeridos, con independencia de la situación socio-económica.
  - b. La organización de los recursos humanos y la infraestructura a través de un sistema nacional único de salud, que coordine, complemente e integre los servicios públicos y privados sin fines de lucro, encargados de asegurar y facilitar el acceso oportuno, equitativo, solidario y continuo a prestaciones de calidad adecuada en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
  - c. El mantenimiento dentro de ese sistema de las competencias indelegables del M.S.P., que incluyen las funciones de normatización, control, vigilancia epidemiológica y policía sanitaria.
  - d. El funcionamiento de las estructuras sanitarias dependientes del Estado, actualmente agrupadas en ASSE bajo forma de persona jurídica pública independiente del Ministerio de Salud.
  - e. La puesta en vigencia de un modelo de atención bio-psico-social, que abarque las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con atención longitudinal familiar y comunitaria, priorizando la puerta de entrada al sistema a través de un primer nivel de

atención jerarquizado, dotado de equipos interdisciplinarios, que dispongan de los recursos necesarios para ser efectivamente resolutivos.

- f. La vigencia de fórmulas y estructuras que aseguren el financiamiento del sistema con la participación del Estado y de todos los habitantes en forma proporcionada a su capacidad contributiva.

#### **EN RELACIÓN AL TRABAJO MÉDICO:**

Las condiciones actuales de trabajo médico, diferenciales e inadecuadas, conspiran contra una actividad vocacional y económicamente satisfactoria. Coexisten variadas formas de precarización laboral, tanto en el sector público como en el privado, que desconocen salarios vigentes, derechos y beneficios sociales básicos, actuando en forma ilegal. Frente a tal situación se propone:

1. La vigencia de un Estatuto de Trabajo Médico que deberá contener las siguientes características:
  - a. Condiciones de trabajo que contemplen el desarrollo profesional y la carrera funcional.
  - b. Remuneraciones definidas en Consejo de Salarios con participación tripartita, equitativas, válidas para todo el sector.
  - c. Las retribuciones deberán ser mixtas, contemplando el sueldo básico, la capacitación profesional y la productividad médica.
  - d. Deberá priorizarse el primer nivel de atención, mediante incentivos apropiados.
  - e. Se procurará racionalizar y concentrar el lugar y horario de trabajo médico.
  - f. Se aplicarán reglas para una carrera

funcional, definiéndose un escalafón, departamentos asistenciales, equipos de trabajo, desarrollo profesional continuo y la radicación en pequeñas comunidades.

- g. Se propenderá al retiro médico obligatorio, bajo determinadas condiciones económicas que aseguren un retiro digno y la posibilidad de analizar formas de retiro parcial.
2. Deberán analizarse fórmulas para solucionar la situación de los médicos desocupados y subocupados.
3. Se procurará la adecuación de la legislación vigente en materia de responsabilidad médica.
4. Se encarga a la Comisión Permanente la continuación de las gestiones tendientes a la culminación de las propuestas.

#### **EN RELACIÓN A ÉTICA Y COLEGIACIÓN MÉDICA**

La ausencia de la Colegiación Médica obligatoria establecida por una norma legal, hace que subsistan objetivamente áreas de auténtica impunidad ética ante la imposibilidad de la aplicación del debido contralor por parte de órganos competentes, con independencia de la voluntad de los actores intervinientes. En efecto, los actuales Códigos de Ética se aplican exclusivamente a los afiliados a las instituciones gremiales (SMU y FEMI). La Colegiación Médica es una herramienta para dar garantías de calidad del ejercicio de la profesión a la sociedad, respecto de la conducta de los médicos colegiados y procesar adecuadamente los apartamientos de la moral profesional.

El papel social del médico se ha modificado en los últimos tiempos por múltiples factores, entre los que deben destacarse los siguientes:

El debilitamiento de la relación médico-paciente; la creciente mercantilización y pérdida de valores de referencia básicos de la práctica médica.

Es un imperativo ético la recuperación de dichos valores, a fin de recomponer la confianza como condición indispensable para un adecuado vínculo entre el paciente y el equipo de salud.

#### **Frente a tal situación se propone:**

1. Reclamar la pronta aprobación de la Ley Orgánica de la Profesión Médica, conocida como Ley de Colegiación, encomendando a la Comisión Permanente de la Convención la realización de las gestiones necesarias para tal fin.
2. Declarar que la Colegiación médica es un mecanismo de autoregulación necesario para la práctica médica, que asegura un marco deontológico que preserva a la sociedad del riesgo del corporativismo.
3. Reivindicar que, así como el Sistema de Salud debe guardar coherencia con los principios de la Bioética, el médico en su práctica cotidiana debe garantizar un ejercicio libre de todo interés espúreo.
4. Recomendar la instalación de Comités de Bioética en las instituciones de asistencia médica públicas y privadas.
5. Recomendar la instalación de un Tribunal de Alzada que sea común para FEMI y el SMU, que entienda en las apelaciones a los fallos de dichos organismos, hasta tanto se apruebe la Colegiación Médica Obligatoria.

#### **EN RELACIÓN A LA FORMACIÓN MÉDICA**

La complejidad del tema y el manifiesto interés de los convencionales en realizar aportes y discutir en profundidad justificó que, luego de una sesión con amplia participación y largo y útil debate, se resolviera pasar la mayor parte del tema a la Comisión Permanente. Se resolvió su consideración en sesiones especiales, que culminarán con una reunión resolutive en setiembre de 2005. Se aprobó:

- Proseguir con el ingreso libre a Facultad hasta la instrumentación del Sistema Nacional de Salud. Cuando éste se instrumente, deberá planificarse y regularse la formación de recursos humanos en función de las necesidades.
- Ratificar el modelo de profesional aprobado en el Claustro en 1995.

#### **SALUD - PRIORIDAD NACIONAL**

Encomendar a la Comisión Permanente la difusión de la presente declaración a los trabajadores de la salud, a las organizaciones sociales y laborales, a los partidos políticos y estructuras de gobierno, a efectos de propiciar las acciones tendientes a declarar a la salud prioridad nacional, procurando concretar los acuerdos necesarios para cristalizar cambios que permitan que la salud se constituya efectivamente en un derecho vigente para todos los habitantes del país.



**SESION CIENTIFICA AGOSTO 2004**

Jornada preparatoria del curso sobre clínica y tratamiento de desórdenes borderline de la personalidad a desarrollarse en el próximo congreso de APAL en Punta del Este:

**1) Aspectos generales del enfoque terapéutico en pacientes borderline.  
Aspectos psicofarmacológicos**

***Prof. Dr. Néstor Koldobsky – Argentina***

**Introducción a la Psicoterapia focalizada  
en la transferencia en pacientes borderline**

***Dr. Danilo Rolando***

Viernes 27 de Agosto de 2004 - 20:30 hs  
Lugar : SALON DE ACTOS SMU - Br. Artigas 1521

***ENTRADA LIBRE***





## **SOLUCIÓN A LA PREGUNTA CLÍNICA DEL MES DE JULIO**

### **Respuestas a la Pregunta N° 21: a - c**

Fundamentación: La Enfermedad de Addison puede causar vómitos y pérdida de peso. Se caracteriza por pigmentación oscura, concentraciones bajas para el sodio y altas para el potasio y por bajos niveles séricos de cortisol. El síndrome de Turner se asocia con la anorexia nerviosa, sin embargo, no es parte del diagnóstico diferencial. El panhipopituitarismo puede parecerse a la anorexia nerviosa pues causa amenorrea, pérdida de peso y retraso puberal. Las fístulas tráqueo-esofágicas constituyen habitualmente anomalías congénitas mientras que la anorexia nerviosa es por lo general un trastorno de la adolescencia temprana.

### **Pregunta N° 22**

Marque la(s) correcta(s)

La psicoterapia está contraindicada en el tratamiento de la anorexia nerviosa...:

- A) Si la paciente manifiesta enojo o saturación con el terapeuta
- B) Si el peso de la paciente cae por debajo de los 40 k
- C) Si la paciente ha comenzado a abusar de los laxantes
- D) Si la paciente manifiesta que ya no quiere seguir con su terapia
- E) En ninguna de las situaciones descritas en las opciones anteriores



**EFFECTOS ADVERSOS E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DE FÁRMACOS ÚTILES EN EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS Y EN LOS TRASTORNOS DEL HUMOR**

**PROGRAMA**

**23 de Setiembre - Salón SMU**

08:00 a 08:30 Hs - Conferencia motivadora

Tema: Efectos adversos e interacciones en antipsicóticos típicos

08:30 a 09:30 Hs - Taller con discusión de historias clínicas

09:30 a 09:45 Hs - Coffee break

09:45 a 10:15 Hs - Plenario con elaboración de conclusiones grupales

10:15 a 10:45 Hs - Conferencia motivadora

Tema: Efectos adversos e interacciones en antipsicóticos atípicos

10:45 a 11:45 Hs - Taller con discusión de historias clínicas

11:45 a 12:00 Hs - Coffee break

12:00 a 12:30 Hs - Plenario con elaboración de conclusiones grupales

**24 de Setiembre - Salón SMU**

08:00 a 08:30 Hs - Conferencia motivadora

Tema: Efectos adversos e interacciones de los estabilizadores del humor

08:30 a 09:30 Hs - Taller con discusión de historias clínicas

09:30 a 09:45 Hs - Coffee break

09:45 a 10:15 Hs - Plenario con elaboración de conclusiones grupales

10:15 a 10:45 Hs - Conferencia motivadora

Tema: Efectos adversos e interacciones farmacológicas de los Antidepresivos

10:45 a 11:45 Hs - Taller con discusión de historias clínicas

11:45 a 12:00 Hs - Coffee break

12:00 a 12:30 Hs - Plenario con elaboración de conclusiones grupales

20:30 a 22:00 Hs - Conferencia

22:00 Hs - Brindis

Bulletin of the WPA Scientific Sections – No. 1 – Enero/Febrero/Marzo 2004.

The American Journal of Psychiatry – Edición en Español – Vol. 6, No. 9, Octubre 2003.

The American Journal of Psychiatry – Edición en Español – Vol. 6, No. 10, Nov/Dic 2003.

The World Journal of Biological Psychiatry – Vol. 5, Nos. 1 (Enero 2004) y 2 (Abril 2004).

Prevención del Suicidio – Un Instrumento para Docentes y demás Personal Institucional – OMS – Ginebra 2001.

Pasajes del Dolor, Senderos de Esperanza – Salud Mental y Derechos Humanos en el Cono Sur – SERSOC

The American Journal of Psychiatry – Español – Vol. 7, No. 3 – Marzo 2004.

The Journal of Clinical Psychiatry – Vol. 65, No. 5, Mayo 2004 – How Effective is St. John's Wort? The Evidence Revisited.

The Journal of Clinical Psychiatry – Vol. 65 – Suplemento 9  
Drug –Induced Movement Disorders

World Psychiatry – Vol. 2, No. 1 – Abril 2004 (edición español)

Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America – Vol. 13, No. 2, Abril 2004 – Residential Treatment

Archives of General Psychiatry – Junio 2004 – A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents – **Colaboración Laboratorios Abbott**

The American Journal of Psychiatry – Edición en español – Vol. 7, Nos. 4 y 5.

**VIDEO** – Sesión Científica 25 de junio 2004 – Análisis con un Paciente Psicótico – Dres. Schkolnik, Svarcas y Balparda.



## Calendario de Congresos

### Agosto

2004

28 III JORNADA CIENTIFICA SUPNIE "Hacia la integración en Salud – El médico y el Psicólogo en la Clínica actual" – Hotel Lafayette – Informes e inscripciones: [supnie@adinet.com.uy](mailto:supnie@adinet.com.uy)

### Setiembre

- 1 – 3 COLOQUIO "Pensar los Adolescentes hoy: En la frontera de lo Psíquico y lo Social" Organizan: Collège International de l'Adolescence – Clínica de Psiquiatría Pediátrica – Auspicia SPU. Informes: Telefax: (+598 2) 709 32 19 – E-mail: [coloquio2004@adinet.com.uy](mailto:coloquio2004@adinet.com.uy)
- 8 – 11 2º CONGRESO URUGUAYO DE NEUROLOGIA – Colonia del Sacramento, Colonia, Uruguay – Auspicia SPU – Informes: Tel: (+598 2) 409 9160, Fax: (+598 2) 402 7561, E-mail: [bentout@netgate.com.uy](mailto:bentout@netgate.com.uy)
- 9 – 11 VIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD BOLIVIANA DE PSIQUIATRIA Cochabamba, Bolivia. Informes: E-mail: [nilsnoy@cotas.com.bo](mailto:nilsnoy@cotas.com.bo)
- 10 – 12 XVIII ENCUENTRO NACIONAL DE PSICOLOGOS – "Intervenciones y Propuestas desde la Psicología: Tendiendo Puentes hacia las Políticas Sociales". Casa de la Cultura. Treinta y Tres. Organiza: Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. Informes: Teléfono: 400.41.20 y 402.65.13. E-mail: [copsur@adinet.com.uy](mailto:copsur@adinet.com.uy)

### Octubre

- 13 – 16 XXII CONGRESO BRASILEÑO DE PSIQUIATRIA – Salvador, Bahía. Informes: E-mail: [abp@abpbrasil.org.br](mailto:abp@abpbrasil.org.br)
- 21 – 23 59 CONGRESO CHILENO DE NEUROPSIQUIATRIA – Hotel Gravina, Iquique, Chile. Informes: E-mail: [secgeneral@sonepsyn.tie.cl](mailto:secgeneral@sonepsyn.tie.cl) - Web: [www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl)

### Noviembre

- 10 – 13 CONGRESO INTERNACIONAL DE LA WPA – Tratamiento en Psiquiatría: Puesta al día Florencia, Italia. Informes: Prof. Mario Maj – Fax: (+39 81) 566 6523, E-mail: [Info@wpa2004florence.org](mailto:Info@wpa2004florence.org) – Web: [www.wpa2004florence.org](http://www.wpa2004florence.org)
- 17 – 20 XXIII CONGRESO DE APAL, VIII CONGRESO URUGUAYO DE PSIQUIATRIA. "Pensando en una Psiquiatría Latinoamericana – Sueños y Realidades" – Punta del Este, Uruguay. Organiza Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Informes: Tel: (598 2) 401 47 01 Int. 160, Fax: (598 2) 402 01 72, E-mail: [apal2004@personas.com.uy](mailto:apal2004@personas.com.uy) - Web: [www.apal2004.org](http://www.apal2004.org)



### Sociedad de Psiquiatría del Uruguay

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

Comisión Directiva (2003-2005)

**Presidente**  
Dr. Angel Valmaggia  
**Vicepresidente**  
Dr. Luis Puerto

**Secretaria**  
Dra. Laura Saettone  
**Tesorero**  
Dr. Alvaro Usher

**Vocales**  
Dr. Francisco Labraga  
Dra. Susana Balparda  
Dra. Mónica Rossenblatt