



GACETA PSIQUIATRICA

Algunas consideraciones sobre la relación médico-paciente

Dr. Luis Pedro Torrebiarte

En el diario quehacer de ejercer la profesión que escogimos practicar cuando decidimos ser médicos, las demandas de servir con prontitud y eficiencia en un medio social en que los medios de diagnóstico de laboratorio, la tecnología y los fármacos parecen ser la respuesta para todos los males que aquejan a la humanidad, con frecuencia olvidamos o desvalorizamos la importancia de la relación entre el profesional (los médicos) y los pacientes. Esta es una relación que debe analizarse cuidadosamente, puesto que como todo en esta vida, está evolucionando constantemente.



En su libro sobre dicho tema titulado: La relación médico-paciente, el Dr. Pedro Lain-Entralgo nos habla sobre la naturaleza de dicha relación, describiéndola como de naturaleza diádica. Esto significaría que es una relación de mutua necesidad, es decir que si no hay pacientes no existirían los médicos. Para explicar esta situación nos lleva a la antigüedad clásica, cuando nos cuenta del poder de la palabra en la Iliada y la Odisea, escogiendo párrafos de dicha obra donde se describe como los guerreros se sanaban unos a otros con cantos, aceites y pócimas, después de las batallas. Estos actos de propósito terapéutico no se

referían a la intención de sanar solamente las heridas, golpes y magulladuras que hubieran presentado fruto de los golpes recibidos en la batalla, sino también se aplicaban a los dolores causados por la tristeza a causa de los compañeros caídos o gravemente heridos y la nostalgia por haber permanecido tantos años lejos de casa. En este caso los guerreros intercambiaban roles según las circunstancias, las que dictaban la naturaleza del quehacer a desempeñar, según las circunstancias lo demandaran. En esta era post-industrial en que nos hemos ido especializando, se ha hecho necesario que los roles a desempeñar sean cada vez más

específicos, por numerosas razones que van desde lo vasto de los conocimientos, que no nos permiten abarcar muchos temas con el mejor dominio de los mismos, por lo que nos hemos de conformar con trabajar en un área restringida del conocimiento.

Sin embargo aún desde ese punto de vista tan restringido la relación entre el médico (sanador) y su paciente (enfermo) son sumamente importantes, pero parte de la premisa de la mutua necesidad para existir, pues el uno sin el otro serían una ecuación incompleta, que no serviría para mucho. El médico necesita de pacientes

para serlo en la práctica de la realidad, y no solo porque tiene un título o diploma que dice que lo es. El enfermo no es paciente hasta que está bajo la responsabilidad del cuidado profesional del médico, aunque sea por medio de algún profesional como enfermeras, terapeutas, técnicos y otros profesionales, que se provee la atención directa. En esto vale la pena recordar la máxima aquella de que "La autoridad se puede delegar, la responsabilidad no".

Vemos pues que la situación se ha complicado, puesto que cuando dos individuos, a saber: El médico y el paciente se encuentran, hay una serie de

DIRECTORIO: Fundador: Dr. Carlos Enrique Berganza C. Editor: Dr. Luis Pedro Torrebiarte L. Consejo Editorial: Dr. Rolando Lemus, Dra. Sibyl Prado, Dr. Julio Roberto Barrios, Dr. Hernán Ortiz. JUNTA DIRECTIVA: Presidente: Dra. Sibyl Prado. Secretario: Dr. Enrique Mendoza. Tesorero: Dr. Guillermo Andrade. Vocal I: Dr. Vladimir López. Vocal II: Dr. Mario Martínez. E-mail: gaceta_psiquiatria_apsg_ca@yahoo.com

variables que hacen la situación potencialmente entreverada. En la práctica moderna de la medicina, con pagos de terceros como es el caso de seguros tanto privados como estatales o institucionales de otra naturaleza, nos pone en una situación de potencial conflicto de intereses entre lo que es mejor para el paciente o para el que nos paga los honorarios. En otros casos será el que nos paga el sueldo y el beneficiario del servicio.

Por esto debemos estar muy claros de los principios éticos que rigen nuestra profesión, así como de los aspectos legales, para no incurrir en errores o negligencias que puedan tener consecuencias negativas para ambos. En esto de aclarar la relación, pareciera que debiéramos aclarar más amplia y específicamente lo que queremos, podemos y debemos hacer por los pacientes al iniciar una relación

terapéutica, puesto que las expectativas que cada uno lleva a la relación, puede hacer que haya malentendidos con las consabidas consecuencias negativas, que además de los problemas legales, habrán de hacer que fracase el propósito primario de la relación, que sería ayudar al paciente a recuperar la salud, en el caso de los enfermos y a mantenerla en caso de las consultas como las de niño sano o control prenatal.

Otra variable a tomar en cuenta es la personalidad de ambos protagonistas en esta historia. Como todos recordamos desde el punto de vista de psiquiatría la personalidad consta de 3 elementos, a saber: El TEMPERAMENTO; EL CARÁCTER y por último la INTELIGENCIA (ver gráfica 1).

El **temperamento** es heredado, por lo que no podemos hacer mucho para

modificarlo.

El **carácter** es la parte de nuestra personalidad que es el resultado de lo que hemos aprendido o las conclusiones y verdades a las que hemos arribado según hayamos vivido.

Luego viene el gran facilitador o enredador que es **la inteligencia**. Es esta la que puede hacer que derivemos lo mejor de lo que trajimos a este mundo en nuestro código genético, aunado a la experiencia de la vida, sumando, restando, estrujando, sacudiendo, etc. Es por esto que cuando veamos un paciente debemos entender que estamos viendo el resultado de muchas variables interactuando, y sus acciones aunque nos involucran, no necesariamente tienen que ver con nosotros, sino pueden ser el resultado que esta persona tenga de su percepción de lo que son las figuras de autoridad, los agentes de estado, las personas en uniforme u otro tipo de experiencia que dicho individuo pueda haber vivido o sufrido en el pasado.

Para complicar más la ecuación debemos recordar que la inteligencia está compuesta por 7 capítulos, de los cuales el que más nos afecta en este momento es la llamada "inteligencia emocional", capítulo del intelecto racional que se ocupa de darle un sentido práctico a lo que sabemos de matemáticas, relaciones espaciales, habilidades verbales, etc.

Vemos que además de la naturaleza diádica, o de mutua necesidad, la relación médico-paciente tiene una naturaleza

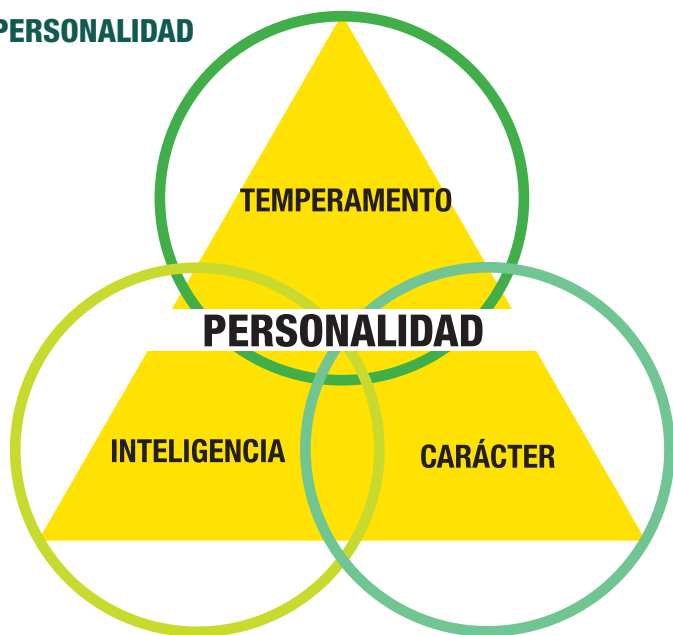
contractual, a la cual debemos poner atención para no caer de manera inconsciente o involuntaria en un "incumplimiento de contrato" con nuestros pacientes.

¿Cómo hacemos esto en un lugar de trabajo donde se nos pide que atendamos 4 pacientes cada hora, incluyendo el tiempo para llenar la papelería correspondiente a la burocracia necesaria en una institución de servicio de gran tamaño como son nuestros hospitales nacionales o las consultas externas del seguro social?. Pues no tengo la respuesta para ello, pero estoy seguro de que hay que resolver esa situación, pues de otra manera por más duro que trabajemos no lograremos una relación médico-paciente satisfactoria para ninguna de las dos partes.

También estoy seguro de que una vez identificado el problema, es más probable encontrar una solución. Si una situación de conflicto no se diagnostica de manera correcta, las soluciones que le demos no van a ser satisfactorias para ninguna de las partes, porque hay un malentendido básico que no permite un entendimiento de lo que es posible con lo que es esperado. Como hemos mencionado muchas veces en escritos anteriores, lo que dijo la Filósofa Melanie Klein en su libro "Phylosophy in a New Key", para resolver un problema con éxito es más importante plantearse la pregunta correcta al definir el problema, que buscar la respuesta correcta a la pregunta equivocada.

GRÁFICA 1

ELEMENTOS DE LA PERSONALIDAD





TRECE ESTRATEGIAS ERRONEAS PARA DAR MALAS NOTICIAS

¡Cómo es difícil equivocarnos verdad! Los seres humanos generalmente rehuimos aquellas situaciones en las que tememos perder el control y la posibilidad de cometer un error disparan nuestras alarmas. Comunicar al paciente el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su problema de salud son partes nucleares del acto clínico. La comunicación también está sujeta a posibilidades de error. La excelencia clínica y el profesionalismo incluyen el correcto manejo de la relación médico paciente, ninguna sofisticación tecnológica puede sustituir al valor de la relación con nuestros pacientes para conseguir el fin último del ejercicio de la medicina: el bien del paciente!

En las últimas décadas ha cambiado notablemente el estilo de relación con los pacientes. Desde trasnochado paternalismo y la relación vertical en la que el médico tenía todo el poder de decisión, se ha pasado con frecuencia a la trasmisión fría y a veces descarnada de toda la información, aun cuando en algunos momentos resulte excesivo e ineficaz. Los pacientes que atendemos tienen el derecho de recibir información para poder tomar decisiones, pero que ésta sea útil y adecuada a su situación.

Ofrecemos a continuación algunas ideas de aquellos aspectos que pueden ser inadecuados en dar malas noticias, y que lastimosamente

son muy frecuentes en el gremio médico provocando malas relaciones médico-paciente y estados emocionales intensos en el paciente y su familia.

1. No valorar el entorno ni el momento:

un pasillo, una sala de espera, una consulta sin privacidad en la que hay movimiento constante de personal de salud, son escenarios que deben ser evitados a la hora de abordar las malas noticias. Es la mínima consideración hacia la persona que tenemos delante y será el primer peldaño para lograr una adecuada comunicación. Otro aspecto relacionado es buscar el momento adecuado para nosotros y para el paciente. Los profesionales también

podemos estar afectados por alguna situación personal o laboral, sobrecarga, prisa, etc. Es pertinente preguntarse ¿estoy en condiciones de abordar esta tarea ahora?

2. Considerar a la familia como interlocutor excluyendo al paciente:

desde el punto de vista de la bioética, y con excepción de ciertas situaciones también especificadas en la ley, tampoco sería aceptable privar a una persona del conocimiento de una circunstancia que puede modificar su expectativa vital. En todo caso, antes de atribuir al supuesto beneficio del enfermo la ocultación de un diagnóstico, pensemos si no se trata de una excusa para ocultar nuestra propia incomodidad.

3. Crear seguridades prematuras “tranquilo, ya verás cómo se soluciona”:

Las frases que intentan transmitir seguridad u optimismo solo tienen utilidad cuando reflejan una valoración clínica precisa. Emitidas al principio de un intercambio de información o ante una pregunta, si no están fundamentadas en una argumentación clínica que las haga pertinentes, son un riesgo y un deseo de acallar al paciente.

4. Presuponer lo que sabe el paciente:

actualmente los medios de comunicación dedican mayor atención a los temas sanitarios y la explosión de internet ha producido un cambio de acceso a fuentes de conocimiento de fiabilidad variable. Por ello, si al comenzar a dar la

información pensamos que estamos ante alguien que desconoce todo acerca de esa enfermedad podemos equivocarnos. Si averiguamos qué ideas y valoraciones tiene el paciente respecto a sus problemas de salud podemos basarnos en ellas para ampliar su información y modificar las que reflejen inexactitudes para mejorar su comprensión.

5. Asumir lo que el paciente quiere saber:

Tendemos a pensar que los demás comparten nuestra visión acerca de cuanta información y de que tipo se debe recibir en una determinada situación. Si actuamos desde nuestro punto de vista, sin averiguar cuáles son las necesidades y deseos de información de la persona que tenemos delante y en ese preciso momento, es muy fácil que nos equivoquemos en el qué, el cómo o el cuánto de la información. Por lo que es recomendable preguntarle, para adaptar nuestra actuación a sus preferencias ¿Le interesa que le explique qué es lo que hemos encontrado o prefiere que comentemos cuáles son los tratamientos?

6. Considerar que dar la información es el objetivo:

la información solo es útil si puede ayudar al paciente a abordar su situación clínica. El objetivo por tanto, debe ser que el paciente disponga de aquella que necesita y desea, de la manera que la comprenda y la pueda utilizar.

7. Considerar que más es mejor:

La información tiene dosis; dosis escasas carecen de efecto, dosis excesivas son tóxicas. La información en sí misma puede ser terapéutica. La ansiedad e incertidumbre, en sus diversas formas, son parte

del cortejo de síntomas cuando una persona se encuentra ante una enfermedad grave y una información adecuada contribuye a reducirlas.

8. Utilizar palabras de alto contenido emocional:

las palabras que tienen un matiz negativo producen una reacción emocional que reduce la capacidad cognitiva o de pensamiento, de modo que es muy probable que, después de usarlas la capacidad del paciente de seguir procesando la información disminuye. Por lo que es recomendable la utilización de expresiones que permitan la climatización a la situación real; por ejemplo, “no es bueno” en lugar de “maligno”. La maldad de la noticia no puede ser modificada, su impacto sí.

9. Utilizar tecnicismos:

La jerga médica, que con tanto empeño empleamos a veces provoca confusión y distanciamiento en los pacientes. El lenguaje técnico supone exactitud pero su conocimiento nos ha llevado años de intensa formación. Formación que pocas veces tiene el paciente.

10. Tener prisa:

si pretendemos pasar rápido un mal trago, es casi seguro que nuestra actuación no va a conseguir el objetivo de ayudar a que el paciente elabore la realidad. Es frecuente que una atención apresurada sea siempre el contexto más propicio para cometer errores. Una actitud de tener prisa disuade al paciente de realizar preguntas o aclaraciones que le resultan esenciales y trasmite una impresión de que el profesional tiene poco interés en ayudarle.

11. Creer que si se ha dado la información, ésta ha sido

comprendida:

la información clínica es habitualmente compleja y frecuentemente imprecisa. Como hemos visto, es difícil expresarla de manera exacta en un lenguaje sencillo y comprensible. Además las vivencias de los pacientes o las emociones que el intercambio de información provoca pueden reducir su capacidad para asimilar la información. Si percibimos señales de dificultad de asimilación, podremos abordarlas antes de seguir añadiendo información sobre una base inestable. Si somos conscientes de cómo están siendo asimiladas nuestras palabras podremos ajustar el ritmo, profundidad y características de las mismas.

12. Tirar la piedra y esconder la mano:

esquivar la expresión de las emociones en el paciente (“no llores hombre, tranquilízate”) esconde el propio miedo a enfrentarnos a la emoción del otro. La creencia de que esa persona se puede tranquilizar tras haber recibido ese impacto es poco realista. Por el contrario, “es normal que llores” junto con el gesto de ofrecer una caja de pañuelos, es la mejor respuesta ante la reacción emocional del paciente. Sin embargo, si esas manifestaciones emocionales

no aparecen, también es de interésarnos ya que podría ser producto de una mala comprensión o elaboración del diagnóstico.

13. Dejar al paciente sin esperanza:

dar malas noticias, incluso las peores que podamos imaginar, no debe suponer cercenar cualquier atisbo de esperanza. Nunca debemos dar esperanzas infundadas o poco realistas que probablemente, la evaluación derrumbará. El plan terapéutico recoge aquellas actuaciones que pueden mejorar la situación, como el alivio de los síntomas o el abordaje de temas psicológicos, sociales o espirituales. En esos momentos se suele percibir como algo positivo en lo que centrar las esperanzas.

Un escenario de dar malas noticias, que suponen una perspectiva adversa y grave para nuestros pacientes, es una tarea compleja en la que el modo de realizarla puede conducir a desenlaces muy diferentes. Utilizar las habilidades de comunicación y las estrategias adecuadas puede propiciar que nuestros pacientes alcancen la comprensión y adaptación necesaria para reducir la inevitable afectación que su situación provoca.



USTED Y LA SALUD MENTAL

¿Qué es la Salud Mental?

Al oír el término “Salud Mental”, la mayoría de las personas piensa en enfermedades mentales. Sin embargo, la salud mental implica mucho más que la ausencia de enfermedades mentales. La salud mental es algo que todos deseamos.

La salud mental es determinada por:

- Como nos sentimos respecto de nosotros mismos.
- Como nos sentimos respecto de los demás.
- Como respondemos ante las exigencias de la vida diaria.

Una manera de definir la salud mental es describir las características de las personas mentalmente sanas. Existen distintos grados de salud mental. Ninguna característica por sí sola puede considerarse una evidencia de buena salud mental, como tampoco la falta de alguna puede considerarse una evidencia de enfermedad mental. De hecho, nadie posee todos los componentes de la buena salud mental en forma permanente.

LISTA DE CONTROL DE LA SALUD MENTAL

1. ¿Cómo se siente respecto de usted mismo?

- Disfruto las cosas simples de la vida cotidiana.
- Enfrento la mayoría de las situaciones y siento que puedo controlar mis emociones.
- Puedo sobrellevar las desilusiones.
- Tengo una actitud tolerante frente a mí mismo y frente a los demás.
- Tengo una actitud realista respecto de mis capacidades.
- Acepto mis propias limitaciones y puedo reírme de mi mismo.

2. ¿Se siente cómodo respecto de los demás?

- Amo a los demás y tomo en cuenta sus intereses.
- Mantengo relaciones personales satisfactorias y duraderas.
- Confió en los demás y siento que los demás confían en mí.
- No me aprovecho de los demás ni permito que los demás se aprovechen de mí.
- Me siento responsable ante los demás.

3. ¿Se puede enfrentar a las exigencias de la vida diaria?

- Enfrento los problemas a medida que se presentan.
- Acepto mis responsabilidades.
- Modifico mi ambiente en cuanto me es posible y me adapto frente a los desafíos de la vida diaria.
- Hago planes y no siento temor respecto del futuro.
- Acepto con agrado las experiencias que se me presentan y me fijo metas realistas.



LA IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA Y LA NECESIDAD DEL CAMBIO



En las sesiones de Terapia con frecuencia se trae a colación el tema de la Autoestima como un elemento necesario para que los individuos que requieren nuestros servicios por haber perdido la capacidad de funcionar satisfactoriamente en la vida deciden buscar esa habilidad por medio de la Terapia. Sin embargo no es un tema que se discuta frecuentemente cuando se analizan los conflictos Sociales a nivel de la Sociedad como grupo. Ahora bien vamos a postular que es una variable trascendental y debiera tomarse en cuenta en el análisis para la búsqueda de soluciones a los conflictos Sociales,

puesto que un Conglomerado Social es de alguna manera un conglomerado de Individuos interactuando de una manera mas o menos coordinada. Esto implica la suma de sus creencias, miedos, esperanzas, fantasías, etc. Lo que implica en esta "Receta" tenemos que considerar las características de la Personalidad de los individuos que la integran.

¿Que pasa entonces cuando un individuo tiene baja Autoestima?. Todos sabemos que la vida de los individuos con baja Autoestima los hace sentirse Inseguros por lo que les cuesta tomar decisiones, especialmente si se trata de cambiar algo conocido

por algo nuevo, sinónimo de DESCONOCIDO. Esto es lo, que le pasa a los Codependientes, que se aferran a relaciones insatisfactorias por temor al riesgo de tomar decisiones y buscar algo diferente, que puede ser mejor o no. Pero no confía en su capacidad para evaluar una situación o circunstancia nueva, por tanto elige "lo viejo conocido sobre lo nuevo por conocer", aunque no sea feliz y sigue esperando un milagro.

Además, cuando se atreve a expresar una opinión o idea, se esta "jugando la vida a una carta", en cada interacción porque para este individuo en el dialogo siempre hay un

duelo en el que si se hace lo que yo digo, yo gane. Si se hace lo que el otro dijo, el gano. Para ellos no hay soluciones de Ganar/Ganar. En realidad el Dialogo como se entiende de ser el esfuerzo de 2 o mas para buscar la Verdad, no existe. Siempre es un duelo en el que me estoy jugando mi prestigio personal, mi dignidad, mi identidad. Esta es una de las razones por las que estos individuos pueden ser tan proclives a las soluciones violentas, puesto que no importa lo trivial que pueda ser el tema, siempre esta en juego algo mucho mas importante, que es mi dignidad y lo poco que pueda tener de autoestima. La verdad o lo que es mejor no es lo importante. Lo importante es no sentir que estoy quedando en ridículo. Que no me hagan sentir que lo que yo creo, lo que yo hago, lo que yo valoro no sirve, porque hay algo nuevo o diferente que si sirve.

Es por esto que la Terapia con estos pacientes es difícil, puesto que la propuesta de cambiar un estilo de vida, unos valores, etc. Por algo nuevo resulta tremendamente amenazador y hay que explicar con mucho cuidado que en este mundo hay pocas Verdades Absolutas, y que los cambios no son necesariamente de malo a bueno, sino pueden ser de bueno a mejor; de insatisfactorio a satisfactorio, de alguna manera, en mi experiencia la Técnica que mejor me ha funcionado es la llamada MET (Motivational Enhancement Therapy) que traducido libremente podría decirse Terapia con énfasis en la Motivación para el

cambio. En esta modalidad el esfuerzo inicial se centrara en crear una conciencia de la utilidad, beneficio, necesidad para cambiar, porque sin esta actitud mental propicia para buscar un nuevo estilo de vida aprendiendo nuevas ideas, aprendiendo nuevas conductas vamos a seguir teniendo los mismos resultados, que debemos estar convencidos deseamos cambiar. Necesitamos aprender a usar nuevas herramientas para poder hacer las cosas de una nueva manera. Si seguimos haciendo lo mismo con las mismas herramientas seguiremos obteniendo los mismos resultados. Para obtener algo diferente tenemos que hacer algo diferente. Esto parece la verdad de Perogrullo, sin embargo aunque sea autoevidente, es una realidad cotidiana. No solo en la clínica sino en la sociedad general, donde vemos que los mismos problemas se repiten y a estos mismos problemas les seguimos aplicando viejas soluciones que ya se ha demostrado su ineficacia, pero se piensa que Ahora si va a Funcionar.

Quando estudiamos Latín, aprendíamos frases con mensajes formativos y sentencias moralistas. Ya olvide como era en Latín, pero si recuerdo que una rezaba así: Detenerse es Estancarse. Estancarse es Hundirse. Hundirse es Morir. Si dejamos de evolucionar nos estancamos y si nos estancamos dejamos de funcionar eficientemente. Busquemos pues la manera de permanecer en constante crecimiento Intellectual, Profesional, Espiritual, Social y en cualquier campo en que nos desempeñemos en la vida porque es allí donde encontraremos la realización de nuestro ser y el propósito de haber venido a este satélite del Sol.

DIETA Y PREVENSIÓN EN ESQUIZOFRENIA

El uso de Colina en el periodo Perinatal parece producir cambios en el SNC de estos bebés, reduciendo los cambios que facilitan el desarrollo de Esquizofrenia.

En un estudio aleatorio que incluyó 93 mujeres grávidas, la mitad de las cuales recibieron Colina como suplemento los 2 últimos trimestres del

embarazo. Sus bebés recién nacidos también recibieron Colina en el periodo Neonatal.

Los suplementos de Aminoácido Colina fueron bien tolerados por las madres y los recién nacidos.

Los resultados de los análisis efectuados a estos bebés a los 33 días de nacidos,

demonstraron que los sujetos con Colina mostraron una menor incidencia de los factores fisiológicos de riesgo para Esquizofrenia comparados con el grupo control.

Estudio dirigido por el Dr. Randy Ross se publicó "on line" en el American Journal of Psychiatry (AJP) del mes de enero del 2013.





ASOCIACIÓN CENTROAMERICANA
DE PSIQUIATRÍA

XXVII CONGRESO CENTROAMERICANO DE PSIQUIATRÍA ACAP 2013



MENTE Y TRAUMA: LA HISTORIA DE LA HUMANIDAD

◀ 20, 21 Y 22 DE MARZO 2013. HOTEL CROWNE PLAZA, SAN SALVADOR ▶

**CURSOS PRECONGRESO 19 DE MARZO:
NUEVOS ABORDAJES DE LOS TRASTORNOS SEXUALES.**

Dr. Roberto León Gindin ARGENTINA.

VIOLENCIA Y FEMINICIDIO.

Dra. Silvia Gaviria COLOMBIA.

PONENTES:

- Dr. Michael Thase USA
- Dr. Roberto León Gindin ARGENTINA
- Dr. Roberto Chaskel COLOMBIA
- Dr. Rodrigo Chamorro Ochiliewsky CHILE
- Dra. Graciela Onofrio ARGENTINA
- Dra. Silvia Gaviria COLOMBIA
- Dr. Pedro Ruíz USA
- Dr. Edgar Belfort VENEZUELA
- Dr. Levent Kuey ISRAEL
- Dr. Rodrigo Córdova COLOMBIA
- Lic. Cristina Fridman ARGENTINA

TEMAS DEL CONGRESO:

- VIOLENCIA
- SEXUALIDAD HUMANA
- ESTRÉS POST TRAUMÁTICO
- PSIQUIATRÍA INFANTIL
- BULLYING
- TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Y OTROS

www.psiquiатraselsalvador.com

INSCRIPCIONES:

PSIQUIATRAS Y OTROS ESPECIALISTAS: USD \$250

OTROS PROFESIONALES: USD \$175

RESIDENTES Y ESTUDIANTES: USD \$150

PRECONGRESOS: UN CURSO: USD \$75, AMBOS: USD \$125

INFORME E INSCRIPCIONES: ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE PSIQUIATRÍA. (503) 2264-4128.

HOTEL CROWNE PLAZA, SAN SALVADOR, EL DÍA DEL EVENTO

CON EL APOYO DE

Medpharma®

Mente, Cuerpo y Vida Saludable