

Ateneo clínico

20 de agosto de 2018

Ateneo

Introducción

Presentamos un ateneo organizado de forma conjunta por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Udelar y la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.

La Unidad Docente Asistencial del Hospital Vilardebó presentó la situación clínica de una usuaria de 42 años que se encuentra en seguimiento psiquiátrico desde los 21 años. En este período ha sido asistida por varios psiquiatras de diversas instituciones y ha realizado tratamiento psicoterapéutico. Se reiteran, a lo largo de estos años, dudas diagnósticas por parte de quienes han participado en su tratamiento. En esta oportunidad, fue presentada en ateneo para realizar una discusión diagnóstica y de estrategias terapéuticas.

Contamos con la participación de integrantes de la Comisión Directiva de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, del Centro Martínez Visca, del Centro Psicosocial de Pando, la médica general de sala 21 de Hospital Vilardebó, integrantes y exintegrantes de la Clínica Psiquiátrica y miembros del Cuerpo de Redacción de la *Revista de Psiquiatría del Uruguay*.

La entrevista fue realizada por la Prof. Sandra Romano.

Ficha patronímica. Usuaria de sexo femenino, 42 años, procedente del barrio Buceo de Montevideo. Vive con su hermano, de 41 años. Está en relación de pareja, sin hijos. En 2002 egresó como analista en marketing en universidad privada (duración del curso: 1 año; carga horaria: 4 horas 4 días a la semana). Le pagan el curso con el despido del

padre. Cursó hasta segundo año de Ciencias Económicas. Está desempleada desde hace dos años, aproximadamente. Recibe una pensión por discapacidad psíquica desde hace once años (algo más de \$ 9000). Ambos padres fallecieron; la madre, en 2012 y el padre, en 2016.

Antecedentes personales médicos. Asmática, tabaquista de 20 cigarrillos/día.

Antecedentes ginecoobstétricos. Menarca a los 12 años, períodos regulares. Inicio de relaciones sexuales a los 18 años. Tiene 1 gesta y 1 aborto en 2005 por recomendación médica. HPV tratado con cono LEEP en 2011.

Antecedentes personales psiquiátricos. Primera consulta con psiquiatría a los 21 años. Múltiples intentos de autoeliminación (IAE). Tiene 14 internaciones (esta es la decimocuarta), que pasaremos a detallar.

Consumo esporádico de alcohol y episodios de intoxicación aguda desde los 18 años, aproximadamente.

Consumo esporádico de marihuana desde los 18 años, que la paciente minimiza y en cierto sentido niega.

Consumo de cocaína desde el 1995 al 1997; refiere abstinencia desde este año. La paciente también lo niega; dice que era su pareja quien consumía.

Estos últimos tres datos provienen de historias clínicas anteriores.

Se controla en policlínica de Hospital de Clínicas desde 2/2/2018 hasta 9/7/2018. Concorre con asiduidad, pero con mala adherencia farmacológica.

Autor

Soledad Brescia

Médica psiquiatra
Prof. Adj. de la Clínica Psiquiátrica

Viviana Navarro

Médica psiquiatra
Prof. Adj. de la Clínica Psiquiátrica

Sylvana de Mattos

Médica psiquiatra
Asistente de la Clínica Psiquiátrica

Alejandra Moreira

Médica psiquiatra
Asistente de la Clínica Psiquiátrica

Gustavo Alves

Médico
Posgrado de psiquiatría

Pablo Yemini

Médico
Posgrado de psiquiatría

Tabla de internaciones

INTERNACIONES	FECHA	EDAD USUARIA	DURACIÓN DE LA INTERNACIÓN	MOTIVO DE CONSULTA	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
1	10/1997	21	1 semana	Excitación psicomotriz (EPM)	F60 c/manifestaciones depresivo-ansiosas	Sertralina 50 mg/día y tioridazina.
2	12/1997	21	10 días	EPM, ideas delirantes, elementos de exaltación del humor. Consumo de THC, COC y OH.	EPA con elementos de exaltación; psicosis tóxica	Haloperidol 15 mg/día, clorpromazina 300 mg/día y piportil 25 mensual.
3	1/2002	25	10 días	IAE con BZD	Esquizofrenia	Olanzapina 10 mg/día, litio 600 mg/día y lorazepam 2 mg/día.
4	2/2003	25	30 días	Exaltación del humor; ideas discordantes.	1) ATENEO: t. bipolar, comienzo de proceso discordante a descartar en evolución.	DPA 600 mg/día y clonazepam 6 mg/día.
5	12/2003	26	29 días	IAE por precipitación de 2.º piso en contexto depresivo.	Esquizofrenia. Se plantea diferencial con t. bipolar.	Se realiza ECT. Risperidona 1,5 mg/día, levomepromacina 37,5 mg/día, DPA 800 mg/día, venlafaxina 150 mg/día.
6	9/2006	30	35 días	IAE grave con psicofármacos requirió internación en CTI con IOT y ARM.	Esquizofrenia. Se plantea diferencial con t. bipolar.	Risperidona 1,5 mg/día, levomepromacina 25 mg/día, DPA 1000 mg/día y alprazolam 1,5 mg/día.
7	2/2007	31	33 días	IAE grave con psicofármacos	Trastorno bipolar.	Internación CTI, IOT y ARM. Lamotrigina 25 mg/día, risperidona 1,5 mg/día, DPA 1000 mg/día, clonazepam 4 mg/día y flunitrazepam 2 mg/día
8	9/2008	32	42 días	Ansiedad e insomnio.	2) ATENEO: esquizofrenia.	Aripiprazol, lamotrigina, clonazepam y flunitrazepam.
9	7/2009	33	45 días	Ideas de muerte, clinofilia.	Depresión y esquizofrenia	ECT, venlafaxina, olanzapina y clonazepam.
Pasa a mutualismo: datos aportados por usuaria y familiar						
10	2012-13	36		IAE con psicofármacos. Depresión.	T. esquizoafectivo	ECT
11	2015	39			T. esquizoafectivo	
12	11/2017	41		Exaltación del humor. Requirió ECT. Abandono del tratamiento farmacológico durante todo el 2017.	T. esquizoafectivo	ECT
13	2/2018	41		Exaltación del humor	T Esquizoafectivo.	6 sesiones ECT

Último tratamiento en policlínica:

Aripiprazol 20 mg hora 8

Risperidona 3 mg hora 21

Midazolam 15 mg hora 21

Flunitrazepam 2 mg hora 21

Primera internación en octubre de 1997 (21 años): una semana. Motivo de consulta: excitación psicomotriz. Diagnóstico: trastorno de la personalidad del grupo B. Manifestaciones depresivas ansiosas. Fue tratada con sertralina 50 mg/día y tioridazina.

Segunda internación en diciembre de 1997 (21 años): 10 días. Motivo de consulta: episodio psicótico con ideas delirantes, elementos de exaltación del humor. Consumo de marihuana, cocaína y alcohol. Diagnóstico: episodio psicótico agudo con elementos de exaltación. Psicosis tóxica. Fue tratada con haloperidol 15 mg/día; clorpromazina 300 mg/día y pipor-tril 25 mensual.

Tercera internación en 2002 (25 años): 10 días. Motivo de consulta: IAE con benzodiazepinas. Diagnóstico: esquizofrenia. Fue tratada con olanzapina 10 mg/día; litio 600 mg/día; lorazepam 2 mg/día.

Cuarta internación en 2003 (25 años): 30 días. Motivo de consulta: cuadro de exaltación del humor con ideas discordantes. Se realizó un ateneo del cual tenemos algunas de las conclusiones. Diagnóstico: trastorno bipolar, comienzo de proceso discordante a descartar en la evolución. Fue tratada con DPA 600 mg/día y clonazepam 6 mg/día.

Quinta internación en 2003 (26 años): 29 días. Motivo de consulta: IAE por precipitación de segundo piso en contexto depresivo. Diagnóstico: esquizofrenia. Se plantea como diferencial el trastorno bipolar. Se realiza electroconvulsoterapia (ECT). Risperidona 1,5 mg/día; levomepromazina 37,5 mg/día; DPA 800 mg/día; venlafaxina 150 mg/día. Internación en el contexto del cumpleaños del hermano.

Sexta internación en 2006 (30 años): 35 días. Motivo de consulta: IAE grave con psicofármacos. Internación en CTI con intubación orotraqueal (IOT) y asistencia respiratoria mecánica (ARM). Diagnóstico: esquizofrenia.

Se plantea como diferencial el trastorno bipolar. Fue tratada con risperidona 1,5 mg/día; levomepromazina 25 mg/día; DPA 1000 mg/día; alprazolam 1,5 mg/día.

Séptima internación en 2007 (31 años): 33 días. Motivo de consulta: IAE grave con psicofármacos. Internación en CTI con IOT y ARM. Diagnóstico: trastorno bipolar. Fue tratada con lamotrigina 25 mg/día; risperidona 1,5 mg/día; DPA 1000 mg/día; clonazepam 4 mg/día; flunitrazepam 2 mg/día.

Octava internación en 2008 (32 años): 42 días. Motivo de consulta: ansiedad e insomnio. Se realizó el segundo ateneo. Diagnóstico: esquizofrenia. Fue tratada con aripiprazol, lamotrigina, clonazepam y flunitrazepam.

Novena internación en 2009 (33 años): 45 días. Motivo de consulta: ideas de muerte y clinofilia. Diagnóstico: depresión y esquizofrenia. Fue tratada con ECT, venlafaxina, olanzapina y clonazepam.

Luego de esto, la paciente pasa al mutualismo. Pudimos recabar datos con la usuaria, familiares y algunos médicos que la siguieron tratando, pero no pudimos acceder a la historia clínica de origen.

Décima internación en 2012-13 (36 años). Motivo de consulta: IAE con psicofármacos y depresión. Diagnóstico: trastorno esquizoafectivo, que ya había sido planteado cuando había estado en tratamiento en policlínica de Hospital Vilardebó. Fue tratada con ECT.

Decimoprimera internación en 2015 (39 años). Contamos con pocos datos; la paciente simplemente sabe que estuvo internada, pero no supo precisar cuántos días y los familiares tampoco.

Decimosegunda internación en noviembre de 2017 (41 años). Motivo de consulta: cuadro de exaltación del humor. Abandono del tratamiento farmacológico durante el año 2017. La paciente refirió que no había tomado la medicación durante todo ese año. Diagnóstico: trastorno esquizoafectivo. Fue tratada con ECT.

Decimotercera internación en febrero de 2018 (41 años). Motivo de consulta: cuadro de exaltación del humor. Diagnóstico: trastorno

esquizoafectivo. Fue tratada con 6 sesiones de ECT. (La paciente siempre refirió que en todas estas internaciones había recibido entre 6 y 8.)

Antecedentes familiares psiquiátricos

Madre fallecida tratada por depresión.

Padre fallecido alcoholista.

Primo paterno autista.

Motivo de consulta

Traída por su hermano a puerta de Emergencia de Hospital Vilardebó el día 23/7/2018. Ingreso involuntario por orden judicial secundario a trastornos de la conducta y episodios de heteroagresividad.

Enfermedad actual

En los días previos a la internación presentó episodios de heteroagresividad verbal hacia el hermano (con quien vive), con aumento de la irritabilidad, por lo cual se realizó la denuncia policial y se dictó orden judicial de internación con carátula de violencia doméstica.

Desde hacía más de un mes presentaba elementos de exaltación del humor. Se encontraba verborreica, con labilidad afectiva, irritabilidad e insomnio. Realizó gastos innecesarios: «Gasté \$ 500 en el “todo por 18” del Devoto y no sé por qué»; «Estoy haciendo compras impulsivas. Compré botas, abrigo y ropa interior en las damas de rosado para colaborar» (se quedaba sin presupuesto). También realizó ventas de artículos personales y del hogar por internet. Se presentaba con humor expansivo: «Me siento fantástica, con mucha energía. Estoy como acelerada»; «Tengo muchos proyectos». Concurrió a múltiples entrevistas laborales y adoptó un perro, lo cual le causó problemas vinculares con su hermano, dado que él no estaba de acuerdo. Durante los controles en policlínica, se intentó realizar múltiples ajustes farmacológicos, que la paciente no cumplió. Inicialmente con DPA, luego con quetiapina y olanzapina. Se iniciaron controles semanales y en algunas oportunidades cada 48 horas.

Al no mejorar el cuadro clínico, se le planteó la internación, la cual la paciente no aceptó. Durante 3 o 4 días vivió en lo de su novio, ya que él se oponía a la internación; debido a discusiones que tuvo con el novio volvió a su casa. La semana previa a la internación no había concurrido a los controles en policlínica. Ante esta situación el equipo tratante se comunicó en múltiples oportunidades con ella, su hermano y su pareja, para explicar la importancia de la internación, a la que la paciente se negó nuevamente y puso condiciones para hacerla. El hermano llama a emergencia móvil en tres oportunidades antes de ser internada por orden judicial.

Examen psiquiátrico al ingreso a sala

Se presenta en sala en ropas de calle parcialmente aseada, aliñada. Su iniciativa verbal es espontánea, propone temas, por momentos intenta dominar la entrevista. Presenta una actitud inadecuada, dado que acorta los espacios interpersonales y trata con excesiva familiaridad al entrevistador. En cuanto a su conciencia, está orientada en tiempo y espacio con alteraciones atencionales y mnésicas. No puede historizarse. Conciencia de síntomas sin conciencia de enfermedad. Su humor es de características expansivas, presenta labilidad afectiva, por lo cual, por momentos, se angustia, llora, se irrita y se hostiliza. Su pensamiento no muestra alteraciones semánticas ni sintácticas. El curso es acelerado con un aumento del caudal ideico que llega a la fuga de ideas; esto provoca la pérdida del hilo conductor asociativo, tornándose hacia un pensamiento no finalista. El contenido se encuentra centrado en la internación y en los motivos de esta; sin ideación delirante, sin ideas de muerte o autoeliminación. Presenta inquietud psicomotriz. No puede permanecer sentada.

Concomitantemente presenta insomnio de conciliación y mantenimiento dese hace casi dos meses. Apetito conservado. Conductas complejas. Episodios de heteroagresividad. Consumo de alcohol y marihuana —es el

hermano quien proporciona este dato, que la paciente minimiza.

Buen nivel, cursó hasta segundo año de Facultad de Ciencias Económicas. Analista en Marketing en universidad privada. Exámenes internacionales de inglés.

En cuanto a la personalidad, tiene un diagnóstico previo de trastorno de la personalidad del grupo B, a seguir evaluando en la evolución.

En suma

Paciente de sexo femenino de 42 años de edad.

Con antecedentes psiquiátricos de múltiples internaciones psiquiátricas; múltiples IAE.

Presenta diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Episodio de exaltación del humor.

Causa de la descompensación

Se propone como causa de la descompensación el abandono del tratamiento farmacológico. Presenta una larga historia de incumplimiento irregular. Como base para abandonar el tratamiento farmacológico utiliza la búsqueda de información de posibles efectos colaterales adversos, y su alta vulnerabilidad a ellos. Busca pretextos. Por ejemplo, no quería tomar el aripiprazol, porque se descama; el DPA, según dice, le provoca *rash* cutáneo.

Biografía

Nace en Montevideo, en el año 1976. Al nacer pesa 2,550 kg y mide 49 cm. Tiene un hermano 17 meses menor.

Cursó primaria y secundaria completa hasta 4.º año de liceo en colegio privado. Cambia de liceo, porque donde iba no tenían 5.º y 6.º de lo que ella iba a hacer. Cursó 5.º científico en colegio bilingüe y 6.º científico en colegio católico. El cambio se debió a que no logró adaptarse al colegio bilingüe. Termina sin interrupciones. Abanderada. Ingresó a Facultad de Ciencias Económicas y cursa 3

años; aprueba el primero y una materia del segundo. Sus dificultades en el rendimiento académico comienzan en el año 1997 junto con el debut de su enfermedad. Ella misma relata el comienzo de sus dificultades.

A continuación, se detallan algunos hitos biográficos importantes:

- 2002 Pérdida de estatus económico; su padre es despedido de su empleo como gerente de ventas en empresa internacional con motivo de fusión de esta.
- 2005 Aborto por recomendación médica.
- 2006 Sus padres se separan y pasa a vivir con su madre y hermano.
- 2012 Fallece la madre por cáncer de mama.
- 2016 Fallece su padre (con quien tenía mejor vínculo que con su madre) por cáncer de hígado.

Sus internaciones se inician a los 21 años, en 1997. Se atendió en el mutualismo hasta el 2002 —fecha del problema económico familiar debido a la pérdida del trabajo del padre—, pero se cuenta con los datos. Desde 2011 a 2018 no hay información de las internaciones; no contamos con datos de esta parte de la historia clínica, porque está en el mutualismo.

Se desconoce si antes de 2002 recibía psicoterapia, ya que su nivel económico se lo permitía.

En 2010, mientras se atendía en el sector público, concurría semanalmente a la policlínica de la Facultad. Cuando pasó al sector privado tenía un seguimiento muy cercano en Policlínica de Psiquiatría, una frecuencia alta de consultas.

En 2009 concurrió al Centro Sayago hasta mediados de 2010; abandonó, porque no quería ver a otros pacientes con patología. No realizaba psicoterapia.

Desempeño

Funcionamiento general diario circunscripto a tareas simples del hogar.

Historia laboral

- 2003 Colabora en el negocio familiar (rotisería).
- 2004-2005 Trabaja en Agencia Abitab; renuncia por baja remuneración (un año y medio).
- 2005 Trabaja en papelería. Le gusta el trabajo (un año y siete meses).
- 2007 Trabaja como niñera durante aproximadamente 6 meses (trabajo informal).
- 2007-2011 No trabaja.
- 2011-2012 Trabaja en Agencia Abitab (un año y medio).
- 2012 Recepcionista en un hotel (no completa el año).
- 2016 Trabaja durante 7 meses en un taller donde trabajaba su padre. No se adapta a las tareas (auxiliar de depósito). Renuncia por elementos *burn out*.

Sin actividad laboral desde hace 2 años.

Familiar. Dificultades vinculares con su hermano (único familiar cercano). Tiene tíos paternos y maternos en Buenos Aires; tiene vínculos muy esporádicos y telefónicos con ellos y con sus primos. Se levanta entre 8:30-9:00. Se hace el desayuno y toma mate. Cocina para ella y para su novio cuando va. Su hermano se cocina para él (pone su inicial en la comida en la heladera).

En los cuatro años en los que no trabajó se dieron la mayoría de las internaciones. Es un período de incidencias de episodios depresivos.

Sábados y domingos hace las compras en la feria.

Social. Sus vínculos sociales se circunscriben a su hermano y su pareja; tiene cuatro amigas, con quienes mantiene contacto por redes sociales (dos de ellas son amigas de internación; una, de la facultad y la otra, de la rotisería. Una de sus amigas está en Suiza. Cuando esta amiga se va a Suiza, la paciente le hace la venta prácticamente de todos los artículos de la casa. *No tiene grupos de pertenencia de ninguna índole.*

Parejas. Desde los 13 años ha tenido 4 parejas; actualmente tiene una relación de 7 años, con altibajos.

La primera pareja (un par de años mayor que ella) duró desde los 13 a los 15 años.

La segunda pareja se da cuando ingresa a la facultad y dura aproximadamente dos años. Juntos consumen cocaína. Relata que luego de la separación de su segunda pareja sobreviene su primera internación.

Sigue un largo período sin pareja estable, con relaciones ocasionales.

La tercera pareja, de 2005 a 2010, es 5 años menor que ella. No es aceptada por la familia de la pareja.

En sala

Se realiza valoración médica.

Se analiza hc previa.

Se entrevista a familiares (al hermano y a la pareja).

Indicaciones al ingreso y por 8 días:

Haloperidol 5 mg i/m: ½ amp. hora 8 y 1 amp. hora 20.

Midazolam 15 mg i/m: ½ amp. hora 8, hora 14 y 1 amp. hora 20.

Indicaciones actuales:

Haloperidol 5 mg v/o: ½ comp. hora 8 y 1 comp. hora 20.

Clonazepam 2 mg v/o: 1 comp. hora 8, hora 14, hora 20.

Quetiapina 100 mg v/o: 1 comp. hora 8 y 2 comp. hora 20.

Planteos diagnósticos

Eje 1

Episodio de exaltación del humor.

Trastorno esquizoafectivo.

Trastorno bipolar tipo 1, con mal funcionamiento interepisódico.

Esquizofrenia, donde se observan descompensaciones con alteraciones en el humor.

Eje 2

Buen nivel intelectual premórbido. A la fecha, escasos logros.

Eje 3

Asmática
Tabaquista

Eje 4

Estresores crónicos
Dificultades económicas familiares en la crisis de 2002.
Fallecimiento de su madre por neo de mama en 2012.
Fallecimiento de su padre por neo de hígado en 2016.

Eje 5

Desempeños alterados globalmente.

Se decide plantear el caso en ateneo clínico debido a las dificultades diagnósticas, así como para la discusión de las opciones terapéuticas.

Dra. Gabriela López Rega. La seguí en las internaciones en la última mutualista. Durante las internaciones no concurría a ninguna consulta. Pasó hasta once meses y medio sin consultar y, por supuesto, sin tener medicación. Las internaciones siempre se daban en noviembre; era egresada aproximadamente a fines de enero o principios de febrero y después no se lograba —incluso con seguimiento de asistente social— que volviera a consultar hasta la próxima internación, cuando siempre era internada por disposición judicial por denuncias del hermano por heteroagresividad. Era imposible hacer una estrategia de seguimiento; un poco porque no había sostén social y un poco porque la paciente no tenía recursos económicos.

Dr. Ramiro Almada. ¿Cuáles son los elementos para el planteo de esquizofrenia?

Dr. Gustavo Álvez. Actualmente en esta internación no hemos visto nada. Está en

la historia previa. Ahora es un episodio de exaltación del humor.

Dra. Margarita Wschebor. Ha tenido parejas y algunos trabajos, pero para el nivel intelectual de la paciente y para los logros que tuvo hasta que se enfermó, realmente ha descendido muchísimo el funcionamiento. Es ahí donde está la discusión.

Dra. G. López Rega. De la última internación en la mutualista se fue a fines de enero o principios de febrero de este año. Estaba compensada, pero realmente mantenía alteraciones formales del pensamiento; incluso cuando escribía tenía una organización espacial muy particular, que eso generalmente se ve en la esquizofrenia.

Prof. Dr. Mario Orrego. La pregunta está referida a qué entidad tiene el asma y si está tratada con corticoides, broncodilatadores...

Dra. Bettina Frugoni (Medicina general de la sala). La paciente no ha presentado crisis; ella las refiere como tales, pero no se objetivan. No ha necesitado tratamiento broncodilatador, salvo en alguna crisis ocasional nocturna, que ha sido vista por Medicina de guardia. No se mantiene un tratamiento, porque no se constata en sala ningún episodio broncoobstructivo.

Dr. Pablo Yemini. La paciente ha tenido crisis de tos; durante gran parte de la internación se puso pañales, porque decía que se orinaba por la excesiva tos.

Prof. Dr. M. Orrego. Y ¿el tema de la adicción?

Dr. P. Yemini. El tema de la adicción lo minimiza completamente. El hermano dice que él la ha visto tomar alcohol, en algunas oportunidades, y que él cree que la paciente en algunas oportunidades consume marihuana y que está seguro de que no está consumiendo cocaína. Ella lo minimiza siempre. En relación con el consumo de cocaína, ella dijo que era la pareja quien consumía.

Dra. Viviana Navarro. Si bien ha consumido, no creo que sea un trastorno por consumo que esté íntimamente relacionado con sus episodios de descompensación, porque, de hecho, durante períodos de estabilidad tenía algún consumo esporádico que nunca llegó a ser causal de descompensación.

Prof. Dr. M. Orrego. Porque ustedes señalan en la historia que hubo episodios en contexto de consumo, y lo diagnostican como psicosis tóxica. Es lo que dice la historia. Es un factor a considerar qué alcance tiene el consumo que ella además minimiza habitualmente. Sobran motivos a la patología para manifestarse.

Dra. B. Frugoni. Quiero hacer una aclaración de lo que decía el Dr. Pablo Yemini al respecto de la incontinencia. No se objetivó una incontinencia como tal. Parece como una alteración más conductual. Una cosa muy extraña, porque no se objetiva como incontinencia. Ella pide el pañal y lo hace voluntariamente en el pañal; no aparece como ¡ay, me hice! No hay una incontinencia involuntaria. Le hice los estudios, le busqué infecciones. Le estoy haciendo un tratamiento empírico: hay una bacteriuria que no me queda claro si es sintomática o no, porque podría ser un mínimo de incontinencia. Cuando ella vino estaba con un cuadro exudativo catarral, no broncoobstructivo. Se le hizo todo el tratamiento, porque ahí sí tenía una pequeña incontinencia solamente al esfuerzo de la tos (cosa bastante frecuente). Igual le hice tratamiento con antibiótico, por el caso de que esto se mantenga y tenga que hacerle una medicación. Pero no lo objetivé como una incontinencia real.

Dr. Luis Villalba. En el eje 2. Buen nivel premórbido. A la fecha, escasos logros» me llamó la atención que no se haga ninguna mención a la posibilidad de que haya algún trastorno de la personalidad. Hay un diagnóstico previo de trastorno del grupo B y creo que puede haber algún elemento de rasgos de personalidad desadaptativos, fundamentalmente a nivel vincular. No sé si excluye una cosa a la otra, ¿no? Sobre todo, el diagnóstico de trastorno bipolar; que en los períodos de estabilidad no tenga un trastorno de la personalidad.

Dra. Mónica Rosenblatt. Me pregunto qué sabemos, ya que va a ser la entrevista ahora, de su relación temprana con la madre —esta madre que parece que es depresiva—; cómo ha sido su relación de apego. Quizá ella recuerde algunas cosas; veremos en la entrevista qué. Tal vez por el hermano se podría saber algo

más. También qué otros vínculos ha tenido, además de los novios y el hermano con el que vive. Con qué otra gente se ha vinculado, si ha tenido amigos y algo de sociabilización.

Dr. Gustavo Álvez. Las relaciones de amistad o de conocimientos son esporádicas. De estas cuatro amigas, la relación que tiene más tiempo —aproximadamente 18 años— es la de la compañera de la facultad; dos son de la internación después de 2005 y una de la rotisería, en 2003.

Entrevista con la paciente

Prof. Dra. Sandra Romano. Buenos días.

Paciente. Buen mediodía: son las once y cinco, once y diez. ¿Dónde me siento? Bueno, entonces no voy a poder tomar mate.

Prof. Dra. S. Romano. Sí, podés. Podés apoyar la silla acá.

Paciente. ¿Puedo apoyar la silla acá?, porque así veo mis apuntes [...] ¿Cómo estás, Sandra?

Prof. Dra. S. Romano. Bien, y ¿tú?

Paciente. Ahora hablamos de cómo estoy. ¿Hasta qué hora tenemos?, ¿hasta las 12 tenemos?

Prof. Dra. S. Romano. No, un poco menos.

Paciente. ¿Menos todavía?... ¡Ay, no te puedo creer! Ah, me tranquilizo un poco.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Por qué?, ¿te ponía nerviosa venir?

Paciente. No, venir no me ponía nerviosa; estaba ansiosa por venir.

A alguien conozco... A vos..., a vos..., a vos..., a vos... A vos no. A vos sí: Viviana, ¿cómo estás? (me mandaste la quetiapina).

Prof. Dra. S. Romano. Conocé a un montón de gente acá.

Paciente. Margarita..., Shubert... A ver... Me paro. Dra. Frugoni, Dra. Cadenas, Victoria (el apellido no me acuerdo), Dra. Simoff. Ta, creo que no conozco a más nadie. No está Soledad Brescia.

Prof. Dra. S. Romano. Sí; allá está...

Paciente. No está Patricia Labraga.

Prof. Dra. S. Romano. No, Patricia no.

Paciente. Me las confundo. Bueno, pregúnteme que yo voy a tratar de no tomar mate, porque era para callarme la boca.

Prof. Dra. S. Romano. Pero acá venías para hablar.

Paciente. Sí, y para contestar las preguntas.

Prof. Dra. S. Romano. Sí, sí.

Paciente. Estoy dormida, ¿saben por qué? Porque yo me porté mal y pateé la puerta de Enfermería y me dieron dos inyectables.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Anoche?

Paciente. Anoche.

Prof. Dra. S. Romano. Y ¿qué fue lo que pasó?

Paciente. Estaba angustiada. ¿Puedo hablar en general?

Prof. Dra. S. Romano. Sí, sí.

Paciente. Estaba muy angustiada, porque yo vivo con mi hermano. Mi padre falle... Sigo angustiada aún. Mi padre falleció hace dos años y poco, y mi madre, hace siete años y poco. Las fechas exactas las sé: mi padre falleció..., mi madre falleció el [...] y mi padre falleció el [...]. Y yo nací en el [...] y he pasado por múltiples internaciones, y...

Prof. Dra. S. Romano. Contanos un poquito qué te pasaba anoche.

Paciente. Quiero empezar por el principio.

Prof. Dra. S. Romano. Bueno.

Paciente. Tú me estás tratando... ¿No vino eh...? No me digas el nombre: Rossi.

Prof. Dra. S. Romano. Está allá.

Paciente. Mariana. Quiero decir una cosa antes que nada. Que le venía comentando a Pablo Yemini por el camino.

Cuando yo entré acá, en esta internación que sí era necesaria, porque yo estaba pasando por un mal momento [llora]; o sea, no estaba pasando por un mal momento: estaba pasando por un muy buen momento. Había adoptado un perro, que lo adopté [...], porque necesitaba afecto, y al mismo tiempo de eso me había surgido, me surgió un empleo; me surgieron tres empleos. Pero era necesario la internación; eso lo dijo sobre todo ella, que me hizo ir de noche al Clínicas, porque, yo explico, explico a vos, la risperidona y el aripiprazol juntos me hicieron mal a la piel. Sentía que tocaba

así y me quemaba. No me puedo bajar los pantalones, pero puedo mostrar las piernas; todavía tengo restos de..., de... No fue una araña, no fue un mosquito, no fue nada. El aripiprazol me lo dieron durante años. El Dr. Orrego ¿está?, ¿el padre? ¿Cómo le va? Su hijo me atendió muy bien durante mucho tiempo y él fue quien me dio el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Prof. Dr. Mario Orrego. Gracias, por la información.

Paciente. De nada. Bueno, ¿alguien me puede explicar qué es el trastorno esquizoafectivo?, porque yo lo sé a medias.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Qué es lo que vos sabés?

Paciente. De nada. Que es parecido a un trastorno bipolar, pero con una pizca... Es como si hicieran un estofado y a un trastorno bipolar le agregaran una pizca de esquizofrenia al guiso. Pero no sé lo que es. No tengo esquizofrenia, no tengo trastorno bipolar, no tengo múltiple personalidad, n... Bueno, me voy a poner a cantar una canción.

Prof. Dra. S. Romano. Te vas a poner a cantar...

Paciente. [canta] No tengo penas, no tengo amores, tampoco sufro desilusiones... Ta, vamos a dejar la pavada; hay que hacerlo rápido. Así que se tienen todos que ir a almorzar y me incluyo.

Prof. Dra. S. Romano. ¿A qué hora tenés que ir a almorzar?

Paciente. A las 12, pero igual no almuerzo.

Prof. Dra. S. Romano. No, no; trataremos de que llegues.

Paciente. No quiero; no quiero; no quiero... Quiero, pero no quiero. A ver: esto es más importante para mí que el almuerzo. ¿Hay una computadora acá?

Prof. Dra. S. Romano. Hay.

Paciente. ¿Puedo entrar en mi correo y pueden imprimir...? Es por el bien de...

Prof. Dra. S. Romano. Lo que no hay acá es conexión; así que no podés. Hay computadora, pero no hay internet.

Paciente. ¿No hay internet?, ¡qué lástima!

Prof. Dra. S. Romano. ¿Qué es lo que nos querías mostrar de tu correo?

Paciente. Porque yo tenía que imprimir o se imprimía un *curriculum vitae* mío, para que tuvieran una idea de todos los trabajos que tuve, cuando estuve enferma también. Por ejemplo, empecé...

Prof. Dra. S. Romano. Eso, más o menos, no fueron contando. ¿Por qué nos querías mostrar eso?, ¿qué es lo que nos querés decir?

Paciente. Porque está relacionado a las fechas [...], con las internaciones y las dejadas de trabajo. Por eso. Ahora voy a tomar un mate, porque se me [cansó] la lengua. Y después voy a mostrar mis anotaciones o las podés ir viendo vos. Acá está mi agenda.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Tenés cosas anotadas acá de las que nos querías decir?

Paciente. Sí, muchas. En las tapas no, porque están los teléfonos de los demás pacientes. Esa es mi agenda, y cosas que les quiero decir les digo ahora.

Prof. Dra. S. Romano. Acá arrancás hablando de tu hermano.

Paciente. El tema más importante de todos.

Prof. Dra. S. Romano. Es el más importante tu hermano.

Paciente. Sí, porque yo lo quiero mucho y él a mí no me quiere. No me quiere. A ver: no quiere vivir conmigo, y la casa es nuestra; nuestros padres murieron y la dejaron para los dos.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Esa es la casa en la que vivías con tu mamá?

Paciente. Y mi papá. No, mi papá no. Porque mi hermano echó a mi padre de una patada en el quetejedi cuando vivíamos en Carrasco, antes de mudarnos a Malvín Norte y primero vivir en Punta Gorda; cerca de donde vive, como le dice mi padre —le decía mi padre— «peor es nada», el actual exnovio mío [...] Acá está una idea que yo tengo para decirle a mi hermano que hice hoy. A ver, momento.

Esto es una carta de una enfermera, para una enfermera, de una queja.

Esta es una carta, sugerencia para persona de limpieza, porque [...] en los baños de la

sala 21 se van a dar cuenta de por qué hice la carta.

Hoy es 20... (se me cayó un papel). Este es el consejo de Pablo: que no llame mucho a mi hermano. Es verdad. [...]: léala usted.

Dr. Gustavo Álvez. No entiendo mucho...

Paciente. Bueno, la leo yo en voz alta, porque yo sí entiendo la letra. Pablo Yeminí me recomendó. Importante: no llamar tanto a mi hermano, no llamar a brother. *Brother* en inglés; *brader*, se dice.

Tengo la boca seca, en realidad no quiero mate, quiero agua. Perdón por la agresividad. Estoy un poco nerviosa... Estoy cansada de estar acá.

Prof. Dra. S. Romano. Hace un ratito habías empezado a contarnos por qué era que estabas angustiada, ¿te acordás?

Paciente. Porque, primero, porque estoy acá. Segundo, porque cuando el fiscal [...] mi hermano [...] a hablar recién ahí todavía me falta esperar más todavía, para que me pueda ir a mi casa. Y la idea que yo tenía para irme a mi casa [llora] —a nuestra casa, porque es de los dos— es o hacer una pared divisoria o terminar de arreglar la casa entre los dos. Yo limpiando [...] y encima el perro que adopté, que yo me voy a hacer cargo de él con mi pensión, que ya la tengo comprometida. La del mes pasado, porque este mes estuve acá, pero la del mes que viene todavía no la cobré. Tengo la pensión por discapacidad. Me la sacó mi madre, porque mi madre se enfermó y si mi madre no se hubiese enfermado de la cabeza capaz que ni siquiera hubiese tenido una pensión por discapacidad. Me la sacaron porque tuve múltiples internaciones y eso lo saben ustedes más que yo, porque tienen la gráfica de todas las internaciones que tuve, que pido una copia, si es posible.

Prof. Dra. S. Romano. Sí, claro que sí.

Paciente. Ta.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Lo que te angustia es no volver a tu casa?, ¿es que no hayas podido volver?

Paciente. No. Extraño mi casa; extraño la relación con mi hermano. Cuidado con el celular que te lo voy a empujar. [...]

Prof. Dra. S. Romano. Está puesto acá, porque estamos grabando. ¿Te acordás de que te dijo la Dra. Wschebor que íbamos a grabar?

Paciente. No, nadie me dijo nada.

Prof. Dra. S. Romano. Los médicos de sala te dijeron.

Dra. Margarita Wschebor. ¿Te acordás de lo que firmaste del ateneo?

Paciente. Me acuerdo que firmé, pero lo firmé apurada y ni siquiera lo pude leer. Mi hermano firmó el 7 de agosto; vino el 7 de agosto y ni siquiera fue capaz de darse una vuelta por sala a verme. Eso me duele mucho a mí.

Prof. Dra. S. Romano. El asunto es así. Por lo que te pidieron para firmar... A ver, mirame un poquitito.

Paciente. No te miro, yo te escucho.

Prof. Dra. S. Romano. Me escuchás, bueno.

Paciente. Te escucho.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Preferís, en este momento, no seguir hablando?

Paciente. No, quiero seguir hablando, pero tengo que llorar.

Prof. Dra. S. Romano. Bueno.

Paciente. ¿Alguien tiene algún pañuelo o papel higiénico, por las dudas? Con dos alcanza.

Prof. Dra. S. Romano. Dejalos ahí; después lo devolvés.

Paciente. A ver, ¿qué era?

Prof. Dra. S. Romano. Lo que te preguntaron era si vos estabas de acuerdo con venir al ateneo, que lo grabáramos y que...

Paciente. No. Me preguntaron que si estaba de acuerdo en venir al ateneo; que lo grabáramos no lo leí en ninguna parte.

Prof. Dra. S. Romano. Bueno. ¿Estás de acuerdo con que lo grabemos?

Paciente. Y depende...

Prof. Dra. S. Romano. Decinos de qué depende.

Paciente. Depende de cómo resulte el ateneo y cómo resulten las cosas para mí. Porque,

por ejemplo, yo quiero pedir un paseo, pero sé que no lo puedo pedir antes del 22...

Prof. Dra. S. Romano. No.

Paciente. ... por el fiscal.

Prof. Dra. S. Romano. Sí.

Paciente. Pero ¿lo podré pedir para el 24, por ejemplo, la Noche de la Nostalgia?

Prof. Dra. S. Romano. Para la Noche de la Nostalgia no parece la mejor fecha para que salgas, ¿te parece?

Paciente. No, no era para la Noche de la Nostalgia. Es un día cualquiera; no sé ni qué cae. Me puedo fijar en qué cae. Es 24; lo dijiste vos antes que yo. Tiene que ser... Mi hermano tiene que apurarse con los trámites del fiscal, así yo salgo...

Prof. Dra. S. Romano. Pasa que ahí la decisión judicial no depende solo de tu hermano.

Paciente. Depende de un juez [...] que me dijo mi amiga Leticia que me vino a visitar; está acá anotado. Mi amiga Leticia la conozco desde hace mucho tiempo, pero no nos veíamos hace mucho. No me reconoció, porque, entre otras cosas, me teñí el pelo y además, las cejas. Fue un accidente; no lo voy a repetir. O sí, pero primero quiero que vean esto. Que lo leas en voz alta. Vos que tenés lentes y ves bien. Yo preciso lentes; saqué fecha para los lentes.

Prof. Dra. S. Romano. Ah, sí. [Lee] «Asistente Social. Abogado de oficio.»

Paciente. Me pueden hacer preguntas. ¿Cuáles preguntas me pueden hacer?

Prof. Dra. S. Romano. «La justicia...»

Paciente. Me concede un abogado de oficio, me dijeron.

Prof. Dra. S. Romano. Sí, te dan un abogado de oficio.

Paciente. ¿Es verdad eso?

Prof. Dra. S. Romano. Sí, si vos no podés pagar un abogado tenés derecho a un abogado de oficio.

Paciente. Yo no puedo pagar un abogado.

Prof. Dra. S. Romano. Por eso.

Paciente. Puedo llamar a Ciencias Económicas...

Prof. Dra. S. Romano. No, te lo da Defensoría de Oficio.

Paciente. ¿Me podés anotar ahí con esa lapicera?

Prof. Dra. S. Romano. Sí; después hablamos bien de todo eso.

Paciente. Bueno, me voy a dirigir un poco hacia ese lado. ¿Alguien tiene agua que no sea agua de la canilla? ¿Hay una canilla acá? Gracias. No me des mucho, porque la Dra. Bettina [Frugoni] sabe que tengo incontinencia urinaria y tengo un poquito de infección urinaria.

Prof. Dra. S. Romano. Ese problema de la incontinencia ¿ya lo tenías cuando estabas en tu casa?

Paciente. No tenía ningún problema de ese tipo.

Prof. Dra. S. Romano. Cuando recién viniste sí.

Paciente. Tampoco.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Cuándo empezó eso?

Paciente. No me acuerdo, sinceramente no me acuerdo.

Prof. Dra. S. Romano. Y ¿estás mejor ahora o estás igual?

Paciente. Estoy igual o peor, porque los baños están...; me está empezando a arder. [...] Me tiemblan las piernas, pero si hago así...

Prof. Dra. S. Romano. Si las apoyás no tiemblan.

Paciente. No.

Prof. Dra. S. Romano. Al final no me dijiste si puedo seguir grabando o no.

Paciente. Vos seguí grabando; de última se borra todo al final.

Prof. Dra. S. Romano. Bueno.

Dra. M. Wschebor. Después hablamos bien sobre la grabación, qué hacemos con ella. Viste que te explicaron que este es un ateneo que se publica de manera anónima. No figura ningún tipo de dato tuyo.

Paciente. ¿Mi voz?

Dra. M. Wschebor. No, tu voz tampoco. La grabación es para ayudar a recordar lo que se habló.

Paciente. ¡Ah, entonces sí, no hay problema!, ¡todo bien! Todo bien, todo bien.

Prof. Dra. S. Romano. No, tu voz no.

Paciente. ¿Puedo dar una sugerencia? No pongan iniciales; pongan XYZ. Creo que se dio por sentado...

Prof. Dra. S. Romano. XYZ ¿por qué lo elegiste?

Paciente. Porque es, matemáticamente hablando...

Prof. Dr. M. Orrego. Las coordenadas cartesianas.

Paciente. Las gráficas también me las acuerdo, pero de eso no vamos a hablar. Les puedo decir una. Cuando la gráfica ríe, está contenta, es que sube. Y cuando la gráfica llora es que baja. Esta es la Y y esta es la X (porque yo estudié en Ciencias Económicas hace muchos años). No puedo trabajar de contadora y dejé la facultad porque me costó mucho, me enfermé, tuve un exnovio. Y además de eso la contabilidad no me gustaba; me gustaba la economía. Por ejemplo...

Prof. Dra. S. Romano. En esa época, antes de la primera vez que consultaste y que estuviste hospitalizada...

Paciente. ¿Qué primera vez?

Prof. Dra. S. Romano. Ahí, esa vez, cuando dejaste la facultad.

Paciente. No fue la primera vez

Prof. Dra. S. Romano. ¿No?, ¿antes había habido otra? Contame.

Paciente. No, no quiero contar; estoy cansada. Ellos saben; que te cuenten ellos.

Prof. Dra. S. Romano. Bueno, está bien. Antes de la primera vez...

Paciente. ¿Qué hora es?

Prof. Dra. S. Romano. Todavía es temprano; son menos veinte.

Paciente. Tengo miedo de tirarte el celular...

Prof. Dra. S. Romano. No, no se va a caer el celular; quedate tranquila.

Paciente. Yo corro todo...

Prof. Dra. S. Romano. Antes de la primera hospitalización.

Paciente. Esto lo voy a correr, porque voy a tomar un mate. La primera internación fue en Cudam.

Prof. Dra. S. Romano. Antes de eso.

Paciente. ¿Todavía no pudieron conseguir la historia clínica? La historia clínica del Clínicas ¿está acá?

Prof. Dra. S. Romano. La del Clínicas sí.

Paciente. ¿Yo les puedo decir qué remedios me hacen bien?

Prof. Dra. S. Romano. Eso después lo hablás bien con ellos, pero claro que podés.

Paciente. ¿Les puedo decir ahora, porque...?

Prof. Dra. S. Romano. Yo quería aprovechar para hablar algunas cosas de vos que no tienen que ver solo con el tratamiento.

Paciente. ¿Me hacés acordar de eso, de qué remedios me hacen bien?

Prof. Dra. S. Romano. Te hago acordar, sí.

Paciente. O pienso yo que me hacen bien. Porque ustedes estudiaron; yo no estudié, pero conozco mi cuerpo.

Prof. Dra. S. Romano. Vos sabés lo que vos sentís.

Paciente. Claro; porque estoy enferma desde que tengo la mitad de la edad, 21 años. Y en realidad, todo empezó a los 15. No empezó la enfermedad a los 15, sino mi primera depresión.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Tu primera depresión fue a los 15 años?

Paciente. Sí. No viene al caso hablar de eso porque no nos da el tiempo.

Prof. Dra. S. Romano. Sí, puede dar el tiempo, ¿cómo no?

Paciente. Mi exnovio se llama [...] Me dejé por otra chica y al mismo tiempo íbamos a La Paloma todas juntas con mis amigas del liceo, y me dijeron este verano no venís conmigo y ahí, ¡plácate!, yo me senté a lastimarme. Mi madre me llamó para comer y, por suerte, [...] me intenté cortar, acá con la tijera. Acá, no me hice nada.

Prof. Dra. S. Romano. Ahí ¿qué edad tenías?

Paciente. Quince años... De los 13... Ustedes tienen los novios ahí...

Prof. Dra. S. Romano. Sí, sí, los novios los tenemos.

Paciente. Tuve cuatro novios. Tuve cuatro novios. ¿Algo más quieren saber? Amantes, ¿quieren saber cuántos tuve?

Prof. Dra. S. Romano. No.

Paciente. ¿Puedo decir cuántos?

Prof. Dra. S. Romano. ¿Vos sabés cuántos?

Paciente. Sí, muchos; pero no soy prostituta ni nunca fui. Porque podría haber cobrado, ¿eh?; estaría llena de guita. ¡Perdón, se me escapó! Y bueno, sí, es verdad; es más, a mi novio actual, ex novio actual, lo coroné a cuernos y se lo conté. Y él si decidió seguir conmigo es porque me hizo lo mismo o porque me quiere mucho. Yo creo que me quiere mucho y me hizo lo mismo: las dos cosas. Pero no tanto como yo le puse a él.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Por qué dijiste exnovio?, ¿dejaron?

Paciente. Dejamos, sí.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Cuándo dejaron?

Paciente. El otro día, por teléfono. ¿Hoy qué es?, ¿lunes?

Prof. Dra. S. Romano. Hoy es lunes.

Paciente. El jueves creo que fue que lo dejé.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Por qué?, ¿tuvieron alguna discusión, alguna diferencia?

Paciente. Sí [...] Él no entiende que yo soy una persona enferma. Y él no entiende que también necesita ayuda psicológica o psiquiátrica. Y somos como el agua y el aceite, pero peor; porque yo soy de cáncer y él es de capricornio, y no pegamos ni con moco, perdonando la expresión. Yo lo amo, lo quiero, lo adoro, me encanta. Ojalá pueda seguir con él, pero no quiero que me pase lo mismo que le pasó a mi madre, que tuvo que esperar veintisiete años para darle una patada en el..., ahí a mi padre, ¿me explico? Porque me gusta pasear, me gusta ser social y a él le gusta estar encerrado, no le gusta salir. No le gusta invertir; cuando invierte... Cuando me hace un regalo a mí me compra [...], una computadora o no sé qué. Yo lo único que le pido es que arranque una flor del patio y me la traiga, si es que se lo pido. Y no lo hace porque [...], no le sale, ¿qué va a hacer?! Yo no lo puedo cambiar a él; es su personalidad.

Prof. Dra. S. Romano. Para vos, cuando se separaron tus padres, ¿cómo fue la situación?

Paciente. ¡Pah, ni me acuerdo! Con todas las [...] que me hicieron, no... Me hicieron

och... Y espero que esta vez no me hagan, porque me van a quemar [...] neuronas que me quedan. En serio lo digo. Acepté la quetiapina, que yo la odio a la quetiapina.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Por qué la odiás?

Paciente. Porque hincha, engorda y es adictiva.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Cuál es la que vos decías que sentís que te hace mejor?

Paciente. La risperidona. La risperidona de noche, con un clonazepam y un parnox [...] yo dormía antes, ¿te acordás?, ¿te acordás?...

¿Se acuerdan?... Antes de estar encerrada acá. Cuando entré acá me dieron inyecciones de haloperidol y no me acuerdo qué otra cosa más, basados en mi historia clínica de 2005. Yo ya podría haber estado afuera hace rato, si mi hermano no me hubiese denunciado y si...

Prof. Dra. S. Romano. ¿Por qué fue la denuncia?, ¿qué fue lo que había pasado?

Paciente. Violencia doméstica.

Prof. Dra. S. Romano. Pero ¿qué fue lo que pasó?

Paciente. Traje un perro a mi casa y mi hermano trabaja mucho. Es profesor de inglés en [...], que es un instituto de inglés internacional, y es una persona muy exigente y muy organizadora, muy puntual y dice: «Avísenme en cinco minutos»; por ejemplo, ¿no? Cuando trabaja toda la semana dando clases, que no tiene horario fijo —reitero— y además el fin de semana rompe la casa por partes, y arregla la casa por partes. Y mi peor es nada, o sea [...] y yo, estamos atrás de él con la limpieza los fines de semana. Y tira cosas, me tira cosas mi hermano. Me tira cosas a la estufa. Él y mi madre me quemaron todos los libros de las cosas que yo estudié; tiraron los discos de vinilo de mi padre [de los Beatles].

Prof. Dra. S. Romano. Vos con tu papá ¿cómo te llevabas?

Paciente. Muy bien, demasiado bien.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Por qué demasiado?

Paciente. Porque me consentía... Voy a resumir. Nuestros padres, a mí y a mi hermano nos criaron entre algodones. Y mi hermano todavía no superó la muerte

de mi padre, pienso yo; que lo diga él. Él se desquita. Hace tiro al blanco: tuc-tuc-tuc-tuc-tuc; deporte. En mi casa, de niños, teníamos un rifle y una chumbera que, por suerte, yo los vendí en \$ 3000 —que no es nada—, porque así no hay ningún arma en casa. Porque mi hermano también está mal del coco, porque le pone [...] violencia doméstica. Él me hace violencia psicológica a mí, ¿sabés de qué tipo?

Prof. Dra. S. Romano. ¿De qué tipo?

Paciente. Le pone la inicial de su nombre a la comida. Abro la heladera y la pulpa de tomate tiene la inicial, los huevos tienen la inicial... Es muy prolijo... ¿Cuánto tiempo tenemos?: 13 minutos.

Prof. Dra. S. Romano. Contame un poquito más. Me decías que tus padres los tuvieron entre algodones.

Paciente. ¿Me puedo servir agua yo sola?

Prof. Dra. S. Romano. Sí, claro.

Paciente. Permiso. Me duele la columna también, pero eso es por el colchón. [se sirve agua] Y alguien toma mate con azúcar por acá, me parece.

Prof. Dra. S. Romano. Café con azúcar.

Paciente. Permiso. ¿Alguien toma mate con azúcar acá? Es raro; pensé que el azúcar y las cucharas eran para poner... El tema fue que pensé.

Prof. Dra. S. Romano. Me decías que tus padres los tuvieron entre algodones a ustedes.

Paciente. Claro; nos cuidaron, porque ellos se casaron enamorados y nos criaron dándonos todos los gustos. A los 18 años me regalaron un auto; con eso está todo dicho. Cuando yo cumplí 18 años.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Vos te llevabas mejor con alguno de los dos o con los dos?

Paciente. Yo me llevaba bien con los dos, hasta que mi madre se chifló.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Cuándo se chifló tu mamá?

Paciente. Se fue enfermado de a poco. ¿Vos te acordás, Viviana? Ayúdame, en lo que te conté; porque yo no me acuerdo, sinceramente.

Dra. Viviana Navarro. Tu mamá empezó con el tema intestinal, ¿no?

Paciente. Sí, murió de cáncer de colon. No nos dimos cuenta. Yo creo que mi madre se guardó; ella sabía que estaba enferma. Yo soy tan boba que no me di cuenta, porque tengo una parte de viveza y una parte que realmente necesito una pensión [...] Mi madre se enfermó y yo creo que no dijo nada. No tenía forma de saberlo, porque falla, falla, sí.

Mi madre me hacía burlas. Tengo un primo que es autista —hijo del tío [...], hermano de mi padre—, y mi madre decía: [...]; por ejemplo, ¿no? Entonces mi mamá se enfermó. mi mamá tomó sertralina; mi mamá fumaba —dejó de fumar siete años y volvió a fumar—; fumaba y tomaba café negro. Tomaba [cafeína] «para funcionar», era lo que ella decía. Para mí que ella, que acudió a todo tipo de religión, para que la ayude —no quiero entrar en esos temas de religión, porque no...

Prof. Dra. S. Romano. ¿Sos religiosa?

Paciente. ¡Ah...! Yo creo que en el bien y en el mal; en el positivismo y en el negativismo. Creo que soy cristiana [...] No voy a la iglesia. La iglesia me parece una basura, porque el Vaticano está lleno de oro y hay niños [en Siria] que se están muriendo de hambre. Quedan 10 minutos. Menos mal que tengo el pañal puesto.

Prof. Dra. S. Romano. El Dr. [Mario] Orrego te va a hacer una pregunta.

Paciente. Antes de que usted me pregunte, ¿cómo se encuentra su hijo?

Prof. Dr. M. Orrego. Bien, fenómeno.

Paciente. ¿Sigue trabajando en Cosem?

Prof. Dr. M. Orrego. Sigue.

Paciente. Yo me voy a pasar a Cosem cuando pueda. Porque, cuando yo estaba internada...

Prof. Dr. M. Orrego. Se lo hago saber. Necesitamos que usted nos explique un poco el tema de los suicidios, los intentos.

Paciente. ¡Ah...!, no sé; es parte de mi enfermedad.

Prof. Dr. M. Orrego. De acuerdo. O sea que...

Paciente. No son a propósito, no son voluntarios. Yo soy inconsciente de lo que hago. Son episodios...

Prof. Dr. M. Orrego. Pregunto. Usted ha venido por ideas de muerte.

Paciente. Sí. En este caso, este no es el caso.

Prof. Dr. M. Orrego. No, no, de acuerdo.

Paciente. Yo no he venido; me han traído.

Prof. Dr. M. Orrego. De acuerdo. Pero usted tiene seis episodios depresivos, de acuerdo con la historia: tres con intentos de autoeliminación grave; dos con psicofármacos que [...] estuvo intubada, con respiración mecánica.

Paciente. Intubada. Sí, sí. Me pega más para abajo que para arriba, si esa es la pregunta.

Prof. Dr. M. Orrego. De acuerdo. Pero nos interesa saber si esos intentos de autoeliminación graves son de repente, impulsivos, o si usted tiene una determinación trágica...

Paciente. No, son impulsivos. No es que lo esté planeando: en un año me voy a matar. No.

Prof. Dr. M. Orrego. Y ¿es en contexto depresivo propiamente o...?

Paciente. Yo [...] trastorno esquizoafectivo con tendencia a la depresión.

Prof. Dr. M. Orrego. De acuerdo. Pero, cuando usted tiene esos impulsos, ¿es, por así decir, sin ningún tipo de aviso?

Paciente. No, avisos hay, del exterior.

Prof. Dr. M. Orrego. ¿A ver?...

Paciente. A ver. Por ejemplo, si viene un terremoto yo no me quiero matar, pero me voy a morir. Pero si sale el sol, pero yo estoy triste porque alguien me dijo algo que me pegó muy fuerte, me quiero matar y es verdad.

Prof. Dr. M. Orrego. Esa es la repercusión que tiene...

Paciente. ¡Exactamente!

Prof. Dr. M. Orrego. ... la vida de relación con otros...

Paciente. Sí, tengo un problema.

Prof. Dr. M. Orrego. ... Los juicios que los demás hacen que pueden afectarla.

Paciente. Claro.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Cuál es el problema?

Paciente. El problema es que soy una persona que tiene 42 años; una mujer a la que ya le está por venir la menopausia dentro de poco —o dentro de mucho, no se sabe, pero con 42 años estoy en camino—; que no piensa tener hijos, porque pueden nacer con muchos problemas. Además de que no quiero tener un hijo, porque, si lo tuviese, lo tuviese con mi actual pareja —que tampoco quiere tener hijos—. Y además porque podría salir con muchos defectos; y además por la medicación que voy a tener que seguir tomando durante toda mi vida; y además porque no quiero que mi hijo nazca y se muera cuando yo tenga 60 años y él tenga... La muerte no se sabe cuándo viene, ¿no? Pero digo, calculemos que yo tenga un hijo ahora, nazca, ¿no? El niño va a tener un año y yo voy a tener 43. Cuando tenga 20, voy a andar en 63. No quiero darle vida a nadie; no quiero ser madre. Tengo instinto maternal, por eso adopté un perro.

Dra. Mónica Rosenblatt. Yo me llamo Mónica. Sandra te preguntó por la separación de tus padres. Le dijiste: «No quiero hablar de eso, porque con todo lo que me hicieron». Yo me quedé pensando qué te hicieron.

Paciente. ¿Qué me hicieron?: me amargaron la vida.

Dra. M. Rosenblatt. ¿Por qué?

Paciente. Porque se separaron.

Dra. M. Rosenblatt. Y ¿antes?...

Paciente. Antes era todo color de rosas, hasta la crisis de 2002. Cuando mi padre tenía plata, cuando teníamos los autos, cuando vivíamos... Era todo color de rosas. Hasta mi hermano tenía novia y ahora anda picoteando y yo le doy los condones de Salud Pública que me dan ustedes a él, porque a mí no me gustan. [...] y me cuido solo con los preservativos; pastillas no tomo ni voy a tomar. Ya bastante [...] con la quetiapina. [...] Y además mi novio... Esto no lo digo porque va a quedar grabado. Es problema de él.

Prof. Dra. S. Romano. Lo podemos borrar.

Paciente. No, no, no, no. No lo digo.

Prof. Dra. S. Romano. Perfecto.

Paciente. Los inflo. Los inflo, a ver si no se rompieron. Más seguridad, imposible. Y si me dan pastillas [...] Cuatro minutos.

Prof. Dra. S. Romano. Cuatro minutos. No sé si alguna otra persona quiere...

Paciente. Yo quiero decir algo. Doctora, doctora, a usted mi dirijo, Bettina. Tengo problemas de presión alta ahora.

Dra. B. Frugoni. Sí, ahora lo vemos en sala.

Paciente. ¿Puedo cargar una sugerencia?, aunque no me van a hacer caso. ¿Podrían comprar un aparato en vez de esos que ponen acá y que marcan cualquier cosa? Marcan 20, 85, 94. Podría hacer una carta dirigida, como las que dirigi..., ¿las tiene alguien?

Prof. Dra. S. Romano. Están todas ahí.

Paciente. Son para entregar.

Prof. Dra. S. Romano. Bien.

Dra. B. Frugoni. Eso lo vemos en sala.

Paciente. Pero las cartas yo las entrego. ¿A quién se las entrego?, ¿cuál es la dirección?

Prof. Dra. S. Romano. Eso lo vemos enseñadita. Vamos a aprovechar. Nos quedan 2 o 3 minutitos. El Dr. Fielitz te quería hacer una pregunta.

Paciente. No puedo ahora.

Prof. Dra. S. Romano. Avisale cuando puedas.

Paciente. Yo le aviso cuando pueda.

¿Acá podés leer eso en voz alta, que la letra creo que estaba clara? Son ideas que yo tengo para cuando mi hermano...

Prof. Dra. S. Romano. «Ideas para XX, que no quiere vivir conmigo.

1) Que se mude. 2) Hacer una pared divisoria y un baño nuevo. 3) Que yo lo ayude...».

¿Qué dice? ...

Paciente. ¿A ver? Yo tampoco me entiendo. «Que yo lo ayude los fines de semana» a hacer las cosas de la casa.

Prof. Dra. S. Romano. ¿Te puede hacer ahora la pregunta?

Paciente. Sí.

Dr. Pablo Fielitz. Quería hacer dos preguntas sobre los tratamientos que usted ha recibido. Recibió usted sales de litio, pero fue por muy poco tiempo.

Paciente. Por poco tiempo de litio, sí.

Dr. P. Fielitz. ¿Le cayó mal?, ¿le hizo algún efecto...?

Paciente. Al hígado. A esta altura... El litio es un mineral. Se hace litemia; se saca en sangre. Yo ya pasé por DPA, por litio y por todo. Por eso [me están dando] la quetiapina, porque no hay ya más remedio, ni lamotrigina ni nada, que exista para controlar mi trastorno esquizoafectivo, ¿verdad?

Dr. P. Fielitz. Otra pregunta le quería hacer. En otra época también recibió inyecciones de piportil.

Paciente. No, que yo sepa no.

Dr. P. Fielitz. Es un dato que teníamos en la historia, y aparentemente en esa época estuvo como cinco años sin tener internaciones.

Paciente. El piportil se inyecta una vez por mes, me dijeron.

Dr. P. Fielitz. Exacto.

Paciente. ¿Me quieren poner el piportil?

Dr. P. Fielitz. Estamos viendo qué cosas ha tomado usted a lo largo de todo este tiempo. Usted fue muy clara en decirle a la profesora que la risperidona es el medicamento que usted nota que mejor le ha hecho.

Paciente. De noche.

Dr. P. Fielitz. De noche.

Paciente. Pero últimamente tuvieron que agregar algo más. No me están haciendo dormir. Por eso; puede ser la quetiapina o puede ser el piportil. Lo dejo en sus manos. Terminó.

Prof. Dra. S. Romano. Terminó. Una última cosita. Ha sido difícil mantener el tratamiento en todos estos años, ¿no?

Paciente. Desde que mi madre falleció la medicación me la administro yo sola.

Prof. Dra. S. Romano. Sí, pero ha pasado algún período sin tratamiento.

Paciente. Un año. Por eso me internaron dos veces a fines de 2017 y principios de 2018. Dejé de tomar el aripiprazol que me mandó el Dr. Javier Orrego, y no solamente él, sino también, que no está acá y que es muy buen médico, el que tiene la voz finita... No me sale el nombre.

Dra. V. Navarro. Trindade.

Paciente. Álvaro Trindade.

Psic. Rosina Machiñena. Una consulta. Mi nombre es Rosina y soy psicóloga.

Paciente. ¡Oh, eso me interesa! Sí, porque tanto psiquiatra. Me interesa. Esperá un poquito, que estoy ordenando mis papeles. ¿Todos se tienen que ir a comer ya? ¿Podemos esperar 10 minutos más para que termine el ateneo? Yo dejo mis cartas acá...

Prof. Dra. S. Romano. ¿Cinco minutos?

Paciente. ¿Pueden prender la luz que me estoy durmiendo?

Prof. Dra. S. Romano. Allí, atrás tuyo; mirá.

Psic. R. Machiñena. En este momento estás acá internada en el hospital y en algún momento los médicos resolverán un alta, y conjuntamente con el Poder Judicial, como está planteado, ¿no?

Paciente. Sí.

Psic. R. Machiñena. Mi pregunta es: ¿qué pensás hacer después?

Paciente. Después pienso, primero que nada, saludar a mi perro; después, ordenar mi cuarto y limpiar la grasera de mi casa. Limpiar, ordenar. No sé qué es primero, si el huevo o la gallina. Tengo que hablar con mi amiga de Suiza, que es uruguaya, que hace [...] años que vive allá y es mi mejor amiga. Y lo tengo a mi exnovio como paloma mensajera. El pobre debe estar repodrido de mí, y va y viene. ¿Lo pueden llamar ahora?

Psic. R. Machiñena. ¿Te puedo hacer otra pregunta? Después hablamos de eso. Con respecto al trabajo, tenés una historia laboral importante...

Paciente. Sí, tengo trabajo; yo tengo trabajo.

Psic. R. Machiñena. ¿Qué trabajo tenés?

Paciente. [...] ropa argentina por catálogo. El 24 mi hermano tiene que ir a pagar una [...] que yo le compré a él el día de mi cumpleaños.

Psic. R. Machiñena. O sea que tenés proyectos.

Paciente. Estoy buscando trabajo hace más de dos años, pero como tengo 42 años no consigo. Me ofrecieron para limpiar y cocinar y todo eso. Y antes de estar internada me ofrecieron para cuidar una bebé de 3 años, lo cual mi amiga que está en Suiza

me aconsejó que era mucha responsabilidad para mí. Yo fui niñera también.

Prof. Dra. S. Romano. Te agradecemos muchísimo...

Paciente. Cortá.

Prof. Dra. S. Romano. Corto.

Discusión

Psic. Laura de los Santos. Soy del Centro Psicosocial de Pando y agradezco la invitación.

Viendo el material que enviaron y ahora la entrevista con la paciente, y también retomando lo que planteó el Dr. Villalba, la realidad es que es una mujer que con veinte años de evolución de sus trastornos psiquiátricos y la cantidad de internaciones que tiene hay algo que me parece que está como muy conservado para pensar en una evolución hacia una esquizofrenia. Por lo menos es lo que a mí me interroga; que conserva su discurso, sus contactos, más allá de este toque que tiene en el humor que ha hecho como un despliegue hipomaniaco, en la entrevista y en el control del otro. Hay un cierto manejo que ella hace de esta situación de entrevista.

Creo que en los logros —y los que la han visto a lo largo de los años lo tienen más claro— está como conservada ella en el contacto con el otro, en su discurso y también me pareció en el pensamiento.

Ese diagnóstico que apareció en un momento en los planteos que se hicieron en estos años: trastorno de personalidad del grupo B, un trastorno de funcionamiento que no es bueno y además la comorbilidad con el trastorno bipolar. Y pensando que se hicieron múltiples estrategias farmacológicas y evidentemente queda la duda de qué es lo que le va a hacer bien.

También plantearía una estrategia de un abordaje más, algo dentro del espectro de lo psicosocial. Si bien es un perfil que quizá no sea tan fácil como usuaria en un centro de rehabilitación, pensar—además del tratamiento farmacológico— en un espacio donde ella tenga donde hablar, o psicoterapia ambulatoria en

las policlínicas de acá del hospital o un espacio de ese tipo de centro en Montevideo.

Dr. Luis Villalba. Me pareció muy interesante la entrevista a la paciente. Creo que vale la pena pensar en diagnósticos que se salgan un poco de las clasificaciones ordinarias. Hay otro tipo de diagnósticos —en algún momento he hablado de ellos—, como diagnósticos psicodinámicos, más para psicoterapia. Uno que me resulta interesante se llama OPD-2, que es un manual alemán que busca operacionalizar conceptos psicodinámicos para el tratamiento. Este manual tiene cinco ejes. Un primer nivel es la conciencia de la enfermedad: qué piensa el paciente de por qué está enfermo. Creo que esta paciente tiene un bajo nivel de conciencia, aunque por momentos expresa diagnósticos con bastante precisión. Sería interesante poder profundizar más en lo que ella cree que es su diagnóstico y por qué le pasa lo que le pasa. Ese es un primer nivel. Un segundo nivel tiene que ver más con las relaciones interpersonales. Es uno de los niveles [...] más interesantes. Tiene que ver con cómo la paciente maneja sus vínculos. Si bien no sabemos mucho, sí sabemos que tiene muy pocos vínculos, que los vínculos que tiene más cercanos son malos, particularmente con el hermano. Acá en la entrevista se comprobó. Es muy difícil establecer un diálogo con ella: invierte la perspectiva, no contesta lo que se le pregunta, aunque da cuenta de cierto nivel de inteligencia alta. Un poco la historia lo relata, porque le quedan elementos que demuestran esa capacidad. Habría que verla afuera en este momento cómo funciona ella. Otro eje habla de los conflictos, o sea, cuáles son los conflictos que aparecen en forma más explícita [...] Creo que acá una cosa clara tiene que ver con su capacidad de autonomía. Creo que esta paciente tiene una capacidad de autonomía bajísima y no sé qué conciencia tiene de eso. Algo tiene, porque creo que no se quiere separar del hermano. Hay un tema que llaman «la búsqueda de ayuda versus la negación de la ayuda», que creo que es otro de los temas que ella tiene. Por un lado, ella se coloca en el lugar de que ella es la que más sabe sobre

sus tratamientos y por otro lado pide ayuda. Este es un conflicto que es explícito en ella. Generalmente estos niveles de conflicto se dan en lo que es el cuarto nivel: estructura. Se analiza la estructura psíquica de la paciente. Ahí es donde se ven las capacidades, como, por ejemplo, la capacidad de regulación afectiva, la capacidad de vínculo, de control de impulsos. Creo que en este momento está en un nivel bajo de estructura mental para el OPD-2. Esto se ve en pacientes que están dentro de los trastornos de personalidad grave o en pacientes ya más psicóticos. El quinto eje es el nivel de diagnóstico tipo DSM o CIE-10.

Si hiciéramos todo esto y pudiéramos seguir a esta paciente, habría que ver cómo evoluciona después de los tratamientos instaurados, y buscar tratamientos que apunten a niveles bajos. Lo centraría en lo estructural, el tratamiento psicológico y habría que esperar que salga de este momento de agudeza para instaurarlo, porque implica mucho esfuerzo tratar a esta paciente.

Dr. Pablo Fielitz. Primero, lo que planteaba la Dra. Sandra Romano: esta es una paciente que está todavía en agudo, y eso hay que tenerlo en cuenta. Creo que en realidad esta paciente viene en un proceso de declive, porque todos los grandes logros son de mucho tiempo atrás. Viene en un proceso de declive y de desgaste, y de recurrencia de internaciones que incluso se agravó en el último año.

Hay varios aspectos. Uno de ellos es dónde vive y con quién vive. Que esta mujer vuelva a vivir con el hermano sin ningún tipo de supervisión es tenerla acá dentro de dos o tres meses. Creo que hay que pensar en alguna especie de internación en un residencial, por meses o quizá un año, donde se sepa que tenga el tratamiento que está indicado. Donde pueda tener la libertad de salir, porque no tiene por qué estar presa; pero tiene que tener un tratamiento supervisado que el hogar donde vive no lo da.

El otro aspecto es la estrategia farmacológica. Me sorprende que no tenga ningún estabilizador específicamente ahora, que solamente esté con haloperidol [...] Con una

conducta suicida recurrente en cuanto a intentos. Pregunté lo del litio, porque fue mucho tiempo atrás y es de los pocos medicamentos que sabemos que puede disminuir el riesgo suicida. Pero creo que, más allá de los fármacos que le indiquemos —abramos discusión sobre eso—, es dónde vive, con quién vive y el nivel de supervisión.

No va a ser fácil si uno le dice a ella que tiene que ir a vivir a un residencial. No va a ser sencillo, porque, si bien tiene una declaración de incapacidad psíquica para la pensión, no la tiene desde el punto de vista legal. Pero es algo a conversar con ella. Creo que si vuelve al mismo lugar y en las mismas condiciones vamos a tener más de lo mismo, y el declive va a ser cada vez mayor.

Dra. Mónica Rosenblatt. Creo que es como dicen los compañeros. Si sigue con estos tratamientos o más o menos con lo mismo: la medicación, las internaciones, esta paciente no va a mejorar y va a seguir empeorando. Pero no ha recibido otros tratamientos más que los farmacológicos. Entonces pensaba en lo que dijo la psicóloga Laura de los Santos, de Pando, que la psiquiatría en estos momentos es más que la psicofarmacología y que este tema de la rehabilitación es imprescindible para que ella pueda hacerse cargo de ella misma, y lograr un nivel de conciencia de su enfermedad y manejarla. Nosotros en el Centro Martínez Visca tenemos pacientes de día que han funcionado mucho peor que ella. Tú también probablemente en Sayago, y tú también en Pando.

Lo que me sorprende es que en realidad no ha tenido otro tratamiento... En Sayago estuvo seis meses. Quizá sí podría vivir temporalmente separada del hermano, pero especialmente abordar todos estos temas de su pasado, de su presente. Lo primero que ella dijo es que lo que quería ver era a su perro. Y que tenía su instinto maternal; por eso había traído un perrito. Y que se acordaba de la fecha exacta de la muerte de su padre. Me parece significativo. Creo que también ella, que tenía un buen vínculo con el padre, está en proceso de duelo con el padre. Y lo que dijo a ti [...], de

que lo habían hecho pasar muy mal antes de la separación, aunque diga que económicamente estuvieran muy bien. Esa madre depresiva. Probablemente ella es una consecuencia de todo eso y los consumos también.

Es una propuesta, en realidad.

Dra. Viviana Navarro. Me animo a hablar de esta paciente, porque la seguí durante un tiempo en mi tercer año de residencia, y cuando me recibo paso a trabajar en mutualista y la sigo durante aproximadamente año y medio, hasta mi primera licencia maternal.

Con ella el tema de la rehabilitación fue muy hablado. Se intentó tanto a nivel ASSE como a nivel mutual la posibilidad de ir a un centro de rehabilitación, algo a lo cual ella se negaba rotundamente. Y hablo de un seguimiento semanal; yo la veía semanalmente en policlínica, con las dificultades que implicaba. Acá no, porque era más fácil siendo residente. Ese período fue posfallecimiento de la madre, es decir, cursando el duelo, donde tiene internaciones por depresiones con intentos de autoeliminación graves —un intento fue con litio—. Tuvo un intento muy grave con litio, por lo cual un poco se tomó la decisión de retirar el fármaco, por la letalidad del fármaco. El tratamiento que ella aceptó, con el que estuvo más tiempo, fue con aripiprazol y dosis bajas de antidepresivos durante ese período de duelo. Ella tiene todo un tema que le juega en contra en el sentido de lo que es aceptación de tratamiento. Su muy buen nivel intelectual hace que cuestione constantemente los tratamientos que, por un lado, podrían ser algo favorecedores, pero por otro podrían ser contraproducentes. Porque empieza a buscar información y a leer sobre efectos secundarios y termina abandonando tratamientos que logran cierta estabilidad.

Con respecto al diagnóstico en sí, ahora que la veo después de unos cinco años, porque ella explícitamente decide no seguir asistiéndose conmigo, creo que porque vivió el abandono cuando yo tomé la licencia maternal [...] Ahora me entero de que estuvo un año sin tratamiento, porque estábamos hablando del 2013. Sigo con dudas diagnósticas con

respecto a esta paciente. Cuando me contaron esperaba verla después de estos años mucho más deteriorada, pensando en el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, que fue con el que yo me quedé. Me la imaginaba más deteriorada en lo cognitivo y está exactamente igual que en 2011, o sea, hace siete años. Ahora está en un episodio maníaco. Cuando ella está compensada logra sostener; no es que esté siempre así, que no te pueda responder. Ahora está en un episodio maníaco. Lo que siempre existe —por lo menos yo lo describo así, pero capaz que no es tan así— en lo transferencial o contratransferencial te inunda de una angustia masiva desde este lugar, de este no poder; de este sentir que tiene esta historia de buen funcionamiento, buen nivel versus su realidad actual, que es un muy mal vínculo con este hermano. Desde que muere la madre ella queda viviendo con el hermano y el que se hacía cargo durante sus internaciones era el padre —que tenía una situación bastante precaria económicamente, pero era el que la sostenía—. Entonces ahora yo me pregunto cuánto está incidiendo el duelo de la muerte del padre, que fue en 2016. Ella dice: «mi hermano no lo superó», pero ahora, en estas descompensaciones y en este abandono del tratamiento tan grande que ella hace en el último año me pregunto cuánto incide esto. Porque a esta paciente más bien la pienso con fallas a nivel estructural graves que hacen la necesidad de tener un sostén, de tener un otro como prótesis para funcionar. Y que ahora quedó solo con este hermano con el que tiene un vínculo muy malo. Lo que recuerdo de la pareja es una cosa muy compleja; un vínculo bastante complicado, pero que era lo que tenía. Tampoco hay que desarmar eso así nomás.

Desde el punto de vista farmacológico me preguntaba si es posible con esta paciente hablar de la lurasidona, por lo novedoso que puede llegar a ser para ella, pensando que está aprobada para el trastorno bipolar [y está aprobada para esquizofrenia] Porque ella no acepta, realmente es muy difícil, y es muy novelera. Si es planteable como un nuevo tratamiento, a ver qué efecto tiene. Pero más

allá de eso que sería para convencerla de seguir un tratamiento, creo que lo que ella necesita es una estructura que la sostenga desde otro lugar, porque se desarma. Se desarma como una ansiedad psicótica que la invade, que la desestructura. Es muy difícil trabajar con ella.

Prof. Dr. Mario Orrego. Lo primero que hay que identificar es el tamaño de esta patología. Me parece que, desde el punto de vista diagnóstico, en el momento actual, después de 14 internaciones se puede decir que tiene un trastorno bipolar con un componente endógeno y un componente estacional. Porque 10 de las 14 internaciones, independientemente de en qué fase esté, si depresiva o maníaca, ocurren en el ciclo primavera-verano. Eso es algo significativo.

Desde el punto de vista de las estrategias farmacológicas, ya se ha hablado. Me parece que solo pueden llegar a ser de utilidad para la paciente en la medida que se constituya una alianza médico-paciente y, en particular, una modificación de la estructura sanitaria habitual. En un mundo ideal, por así decir, esta paciente requiere un médico psiquiatra entrenado en psicoterapia, porque el factor humano acá para acompañarla, responder a la solicitud de ayuda que ella hace, es fundamental.

Las relaciones humanas son importantes; son trascendentales y, más allá de lo que le pasó a ella en el pasado, lleva veinte años de asistencia en nuestra estructura sin establecer, digamos, en continuidad algún tipo de asistencia.

Entonces ella no va a tomar la medicación si no está motivada, y no va a estar motivada si no hay la debida empatía, la debida oferta que estos pacientes requieren, la disposición médica, las posibilidades de ser contactados en cualquier circunstancia y sobre todo crítica. Y nosotros tenemos que ser realistas. Sabemos de los efectos secundarios cognitivos de la medicación nuestra; tenemos que atender esos requerimientos de ella, pero hacerle ver en un trabajo, en un trabajo, ¿no?, de continuidad que lo que nosotros tenemos por objetivo es la eutimia y que las fases depresivas y las fases

maníacas son lo peor que le puede pasar. Que nosotros estamos dispuestos a colaborar, pero que ella tiene que participar del contrato y de la interacción asistencial.

Nosotros decimos que la paciente no adhiere y es cierto que no adhiere, pero lo que es resistente es la enfermedad: ella tiene una enfermedad grave. Tenemos que desarrollar una estructura sanitaria apropiada para este tipo de pacientes.

Me preocupa la suicidalidad, que además es de tipo impulsivo. No se requiere necesariamente un estado depresivo para que concrete los intentos; y son graves. No sirven a los efectos las escalas de evaluación de riesgo suicida, porque ella, de modo inopinado, como ella dice, de un momento para otro tiene el intento suicida y lo ejecuta. Lo que habría que plantearse entonces es un particular celo evolutivo con la custodia de la paciente. Lo del residencial parece ser, en cuanto la libera de los incidentes psicosociales a nivel familiar, una alternativa a considerar. Y lo otro es la electroconvulsoterapia de mantenimiento. Esto, obviamente, en acuerdo con ella, porque tiene menos incidencia cognitiva que la permanencia de los fármacos. Con una administración infrecuente, de mantenimiento.

Me parece que el problema reside en que no existe esa estructura. Estoy hablando de una continuidad asistencial con disposición permanente en que ella pueda convocar y se pueda comunicar con el profesional. Estoy hablando de algo que en el mundo real no existe, a no ser que haya algún compromiso extraordinario por parte de una institución o profesional.

Básicamente hay que trabajar con ella y lograr acuerdo a partir de la empatía, a partir de lo que ella entienda que es la disposición de la institución a brindarle la ayuda que necesita, que no es fácil de satisfacer.

Dra. Soledad Brescia. Creo que estamos todos de acuerdo en que tiene una patología grave. Recuerdo cómo la veía como residente; ahora la veo, por un lado, con este declive en sus pragmatismos, pero, por otro lado, a nivel formal el pensamiento bastante más conser-

vada de lo que hubiera esperado ver. Más allá del diagnóstico, creo que tal vez como lo más fuerte es poder mantener el tratamiento que vayamos a proponer. Y creo que tal vez es una muy buena candidata para un hogar de medio camino. Claro que habría que llegar a un acuerdo con ella, capaz que negociando las cosas que ella puede ganar con eso, sin deshacerse de sus bienes y de las cosas a las que tiene derecho, como su casa. Creo que cualquier estrategia terapéutica —incluso se me ocurrió la clozapina— podría llegar a ser algo que se podría mantener si lográramos un hogar de medio camino como Benito Menni, o el que sea. Se me ocurre Benito Menni, porque la veo con el perfil para eso.

Dra. Gabriela López Rega. En la última internación —disculpen que sea recurrente—, cuando estaba compensada yo le planteé ingresar al Benito Menni. Lo que pasa es que desde la estructura mutua no es posible. Ahí fue un poco el enganche para pasarla a ASSE. Ella había aceptado, había aceptado el hermano y también les había planteado que una estrategia era la clozapina. Realmente, si no hay controles es imposible plantear alguna otra estrategia farmacológica [...]

Prof. Dra. Sandra Romano. Quiero agregar alguna cosa muy puntual.

Con respecto al diagnóstico, yo quiero verla cuando salga de lo agudo. Entiendo a los que dicen que con veinte años de evolución habría que verla más desorganizada; no sé cómo va a estar cuando salga del episodio agudo. Pero el declive de funcionamiento, desde todo punto de vista, que ha tenido en estos veinte años es brutal. Esta mujer tenía un nivel de funcionamiento excelente. Yo la conozco desde hace quince años, más o menos, y en quince años se ha deteriorado mucho hasta su aspecto físico.

No digo que sea una esquizofrenia, pero tampoco lo descarto del todo. Sí me queda claro que, sea lo que sea, tiene una evolución gravísima.

Lo otro que me parece interesante es lo que planteaba el Prof. Orrego, respecto a la disponibilidad para la atención. En los perio-

dos en los que estuvo en seguimiento acá la veían semanalmente; en general le daban el teléfono. El tema de la mala evolución tiene que ver, por un lado, con la propia evolución del trastorno y yo creo con el contexto en el que la paciente está que no ha sido propicio para la continuidad de ninguna estrategia de atención. Porque, mientras estuvo con su familia de origen, todavía las cosas funcionaban un poco mejor, pero luego del divorcio, la decaída económica y el fallecimiento de los dos padres ella quedó sin ninguna red de soporte, porque tampoco pudo generarla nuevamente.

Me parece que la alternativa de que vaya a vivir a una casa de medio camino daría la continuidad del tratamiento farmacológico, un entorno en lo cotidiano mucho más habilitador y le permitiría ingresar a un centro de rehabilitación, y ahí ver ajustar el diagnóstico en lo evolutivo. Que ahora está en un episodio de exaltación creo que nadie duda. Pero qué es lo que hay como trastorno de fondo es un aspecto que hay que pensar. Y coincido con el pensar en el tratamiento con clozapina.

T. S. Lydia Georgieff. Hay varias cosas que me preocupan; una es la edad: no es una paciente de 20 años. Como ella dice: «ya no consigo trabajo», por ejemplo. Uno tendría que pensar que en un residencial es pasar el tiempo, pero creo que sí, que hay que intentar rehabilitar no solo o además de lo psíquico, sino después tratar de encauzarla para que pudiera hacer alguna otra cosa. También porque su pensión es de \$ 9000. Habría que saber cuál es la situación económica de esta familia, que son ellos dos, los hermanos. Y además se llevan mal. Hay violencia doméstica, que no me quedó claro quién a quién, porque en definitiva no concretó la respuesta. Lo que sí hay que pensar que si la casa es de ambos —y no sé cómo es la casa ni en qué situación está— algún derecho puede tener si la casa queda vacía y se alquila o se vende. Porque estos pacientes son depredados, y ella está muy sola. No tiene ninguna estructura que la aconseje, que la respalde y que vele por sus derechos. Yo le estaba preguntando a Viviana [...] si está a disposición del juez capaz que

tiene una internación más larga, además de que no estaría compensada. Y ya que tiene una internación larga se pueden aprovechar varias cosas, porque me parece que habría que trabajar también con el hermano. Este mal vínculo ¿a qué se debe?, ¿qué es lo que pasa allí? Si son cosas de la vida de relación diaria en dos hermanos que conviven y capaz que no quieren convivir. Pero no es fácil decir «bueno, me voy», porque ahí no es lo que quiero hacer, sino lo que puedo hacer. Habría que aprovechar y trabajar con el hermano. Trabajar con ella la posibilidad que mencionó Gabriela [López Rega] que la paciente ya había aceptado. Presentarla a Benito Menni —cosa que no es fácil.

Prof. Dr. M. Orrego. Y mantenerla.

T. S. L. Georgieff. Y mantenerla. Y ver cuál va a ser el proyecto posterior, porque hay que tener un proyecto para la salida de Benito. Y por eso creo que también hay que trabajar con el hermano, porque es el único familiar y el único vínculo.

También me gustaría saber sobre el vínculo que tiene ella con esta amiga de Suiza. Porque ella lo trae en varias oportunidades, y aunque la amiga esté en Suiza habría que saber qué peso afectivo tiene esta amiga y contactarse con ella vía mail, cosa que ahora es fácil.

Psic. Rosina Machiñena. Capaz que aportar desde el Centro de Rehabilitación Martínez Visca, poder plantear una estrategia de trabajo. Creo que está en agudo, estamos todos de acuerdo, y que ahora es imposible poder evaluar un proceso de rehabilitación. Clarísimamente es una paciente de perfil de rehabilitación. Se podrá evaluar cómo hacer una estrategia más a medida. Es de esos pacientes que nosotros podemos decir que son un tanto difíciles, pero posibles.

Lo que dice Sandra Romano me parece vital para poder pensarlo, porque es una paciente que tiene un antecedente, una historia de vida que lo hace posible. Aplicar un programa de estimulación cognitiva en una paciente de este tipo creo que daría resultados inmediatamente. Poder pensar un trabajo familiar, porque creo que el hermano tiene nivel suficiente

para poder elaborar una estrategia conjunta; hay que sumarlo al trabajo. Considero que también ella lo tiene y que, más allá de lo que se pueda resolver desde el punto de vista farmacológico, su compensación y demás, es una paciente para rehabilitación apenas esté compensada.

Prof. Dra. S. Romano. Muchas gracias.

Comentarios finales

Destacamos el ateneo como instancia de debate, sumamente relevante, que nos brinda la posibilidad de un rico intercambio entre diversas disciplinas con una discusión en profundidad, tanto de aspectos diagnósticos como de diseño de estrategias terapéuticas integrales, que puedan contribuir con una mejora en la calidad de vida de las personas a quienes asistimos.

En la situación clínica planteada en esta oportunidad se destacó la gravedad de la paciente y la necesidad de instaurar un cambio en algunos aspectos del proyecto terapéutico. En el momento de la entrevista la paciente se encontraba cursando un cuadro agudo, porque lo que no fue posible concluir un diagnóstico definitivo.

En cuanto al tratamiento, hubo acuerdo en aspectos relevantes: instaurar una nueva estrategia farmacológica, la necesidad de proponer nuevamente a la paciente la realización de un tratamiento de rehabilitación, la importancia de trabajar con el hermano, además de valorar la posibilidad de ingreso a un programa de vivienda transitorio, como una casa de medio camino.