

### Historia clínica

MM\*, paciente que cursa su séptima hospitalización en el Hospital Vilardebó (HV). Sexo femenino, procedente de departamento de la frontera con Brasil, desocupada, abandonó el liceo en 3<sup>er</sup> año, a los 15 años de edad, luego de la segunda hospitalización.

### Motivo de ingreso

Ingresa hace tres meses, enviada desde el Hospital departamental. Según figura en el resumen de traslado, estuvo internada diez días por intensa ansiedad, insomnio, síntomas psicóticos e ideas de muerte. La gran excitación psicomotriz hizo imposible el manejo de la paciente en sala de medicina.

### Episodio actual

Días previos al ingreso en el Hospital departamental, presenta ideación delirante megalomaniaca, ideas de muerte y de autoeliminación, humor exaltado y trastornos conductuales, heteroagresividad, inquietud psicomotriz.

Ingresa al hospital con diagnóstico de esquizofrenia descompensada.

A la semana del ingreso, según el registro en la historia clínica (HC), continúa excitada y con ideas delirantes: “Necesito su firma para sacar el dinero del banco... yo hice mucho dinero como cantante”. Muestra una foto de otra persona y dice que es ella. Solicita el alta y ante la negativa se excita y agrede.

Tratada con haloperidol 15 mg/día i/m, midazolam 15 mg i/m c/8 horas, levomepromazina 25 mg/día i/m c/8 horas, flunitrazepam

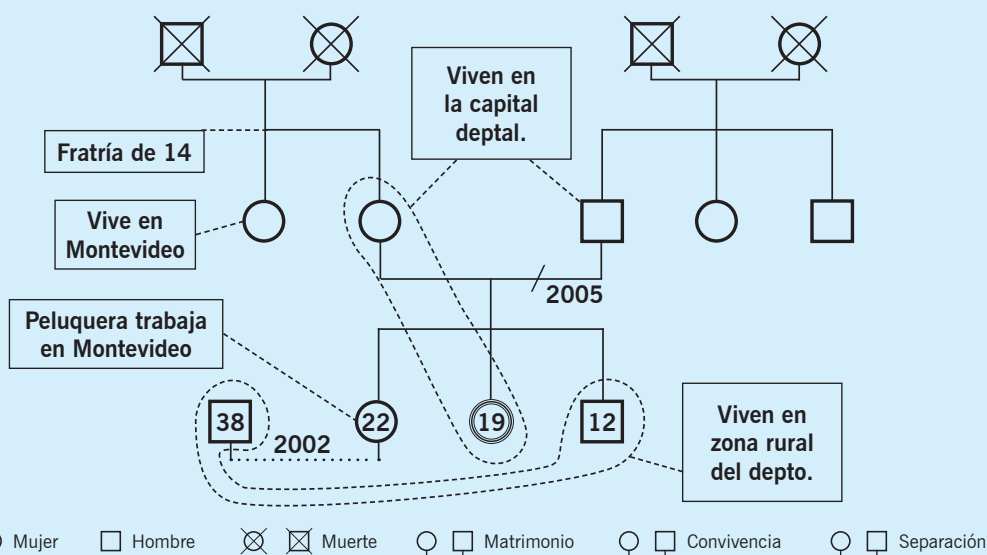
### Coordinación

**Sandra Romano**

Médico Psiquiatra.  
Profesora Adjunta de la Clínica Psiquiátrica.

Correspondencia:  
sromano@fmed.edu.uy

### Genograma. Gráfico de la red familiar



Símbolos convencionales empleados en el genograma: el paciente es el señalado con doble línea, las personas englobadas por un trazo conviven. Figuran las edades y antecedentes.

\*La paciente y su familia consintieron en participar en el ateneo y en que este se publicara.

2 mg hora 22 y ácido valproico 1.200 mg/día. Persiste con igual sintomatología. Presentó heteroagresividad verbal hacia el personal de salud y reiteradas fugas del hospital. A los 19 días se decide el traslado a Montevideo. La madre y la paciente refieren cumplimiento del tratamiento; el médico tratante registra en la HC: *“Cumplimiento irregular del tratamiento farmacológico”*.

## Al ingreso

*“Me trajeron para control en ambulancia, para cambiar el medicamento, yo estoy bien”*. *“Tengo muchos pensamientos para hacer cosas buenas”*. Durante la entrevista llora, solicita el alta pero luego se ríe. *“Me internaron porque llegué a casa y me empecé a sentir mal como borracha... con una electricidad en todo el cuerpo... un nudo en la garganta... Quería que me internaran, pero no acá”*.

*“Lloraba porque quería a mi padre”*.

Se dirige a todos los presentes con relatos anecdóticos que por momentos actúa. Refiere: *“Yo pienso que Dios me hace pasar por todo esto para hacer testimonio y ayudar a otros”*. Niega fenómenos alucinatorios y de automatismo mental.

## Antecedentes personales psiquiátricos\*

A los 13 años episodio de mutismo de tres días de duración. Según el relato de la madre: *“Quedó en estado de shock... no hablaba”*. A los tres días refería ideas de daño y perjuicio: *“Decía que una mujer le había hecho un daño”*; no consultaron, remitió espontáneamente al cabo de 15 días. Se reintegró al liceo y aprobó primer año.

A los 14 años presenta sintomatología depresiva recurrente, con aislamiento y abulia, faltas frecuentes al liceo; aprueba 2° año pero queda con materias pendientes.

A los 15 años (2002) presenta un episodio de exaltación del humor y es enviada al Hospital Maciel. La madre relata: *“Comienza a ser agresiva... hablaba sin parar, hablaba con todo el mundo, luego de la internación nunca volvió a ser la misma, no hace nada, no le da importancia a nada, ni mira TV”*.

Abandona definitivamente el liceo, no recuperando el funcionamiento previo luego de este episodio.

A los 16 años (2003) realiza equinoterapia que abandona luego de episodio depresivo.

A los 17 años (2004) reitera episodio de exaltación del humor por lo que es internada durante un mes en el Hospital departamental. Al alta recibe tratamiento con: haloretard, litio, haloperidol, clorpromazina y olanzapina. Durante el seguimiento en policlínica se disminuye la dosis de litio volviendo a exaltarse; por este motivo es internada en HV desde el 30/9/2004 al 24/11/2004.

*En la internación del año 2004 en HV*. Según el registro en la HC se destaca la importante excitación psicomotriz y la dificultad para lograr la remisión de los síntomas.

Acortamiento de los espacios interpersonales, ideas megalomaniacas, lúdica, en momentos colérica. Labilidad afectiva.

*“A ella la conozco, con ella fundamos una escuela”*. *“Hablo judío”*. *“Voy a ser psiquiatra y filósofa, profesora de inglés [habla en inglés], yo soy filósofa”*.

Ideas delirantes a temática mística y megalomaniaca a mecanismo intuitivo, alucinaciones auditivo verbales: *“El diablo me dijo que me matara el día que fui al puente de Concordia”*. *“Dios me eligió a mí, me dio dones, yo puedo adivinar el pasado y el futuro...”*. Señala a una integrante del equipo y dice: *“A la madre de ella le hicieron una brujería con un cepo”*. *“Son cosas de Dios que me invaden dentro de mí”*.

Varios llamados a la guardia por excitación psicomotriz. A los 10 días del ingreso continúa agresiva, tira la comida, se deben colocar medidas de contención. En una ocasión, arrastró la cama por el pasillo hasta la puerta de la sala, reclamando el alta.

A los 20 días continúa exaltada, con fuga de temas, irritable: *“Soy la preferida de Dios”*. Cuando se le pregunta por el diablo se enoja: *“No voy a hablar de eso, te odio, no me voy a atender más”*. *“Yo puedo adivinar los pensamientos, mejor dicho puedo revelar*

\* Fuentes de la información: HC del Hospital Vilardebó, fotocopia de la HC del Hospital departamental, entrevista a la paciente y a familiares, información aportada por médicos tratantes en diferentes períodos.

los pensamientos. Vos tenés un cáncer de mama”.

Al mes de internación, 3ª sesión de ECT, interactiva, lúdica, por momentos agresiva, labilidad emocional.

A las cinco semanas de internación, 6ª ECT: “Desde que salí del Maciel en 2002 que escucho la voz del diablo, es una brujería”.

A los dos meses, alta, no ideas delirantes, eutímica con tratamiento con carbamazepina 400 mg c/8 horas, olanzapina 10 mg c/12 horas y clonazepam 2 mg c/8 horas. Diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

En la internación del año 2005. Verborreica, disfórica. Ideas delirantes místicas, megalomaniacas, de daño y perjuicio. Alucinaciones auditivo verbales. Alteraciones conductuales, canta, se desnuda, escupe. Se excita, rompe vidrios, requiere medicación intramuscular.

Ha sido necesario, aun cumpliendo con las indicaciones, realizar sedación intramuscular por cuadros de excitación psicomotriz, con auto y heteroagresividad, que han sido sumamente difíciles de contener en sala.

## Antecedentes personales médicos

Asmática desde la niñez, actualmente tratada con beta 2 inhalatorios, asma intermitente leve, crisis desencadenada por estrés. Fumadora intensa, consumo ocasional de alcohol y marihuana. Niega consumo de otras sustancias psicoactivas.

No ETS, no TEC, no epilepsia.

## Antecedentes familiares psiquiátricos

Padre con diagnóstico de esquizofrenia, en tratamiento psiquiátrico hace varios años, en el Hospital departamental, recibe neurolépticos de depósito. En contacto con el médico tratante refiere que en la evolución se replantea el diagnóstico al de trastorno delirante persistente, por la ausencia de deterioro pragmático y de la autonomía.

## Antecedentes familiares médicos

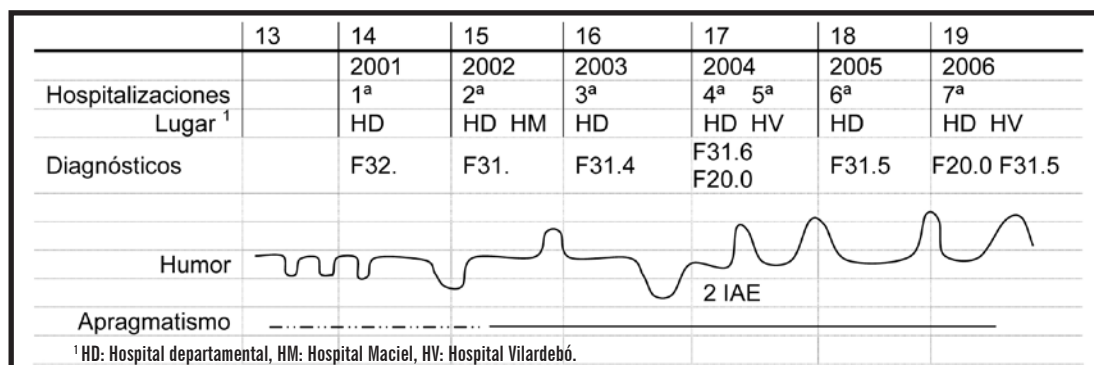
Sin elementos a destacar.

## Biografía

Nacida en zona urbana, segunda de tres hermanos, hermana de 20 años, hermano de 12 años. Embarazo sin particularidades, parto a término eutócico (2.500 gramos), desarrollo neuropsicológico s/p. Escolaridad sin dificultades hasta primer año de liceo. Sociable. Refiere abuso sexual a los 16 años, de parte de unos conocidos de la familia. La paciente relata el episodio durante la internación de 2004, cuando los síntomas habían remitido parcialmente. Antecedentes de maltrato infantil de parte de su padre.

Antecedente de violencia física y verbal de su padre hacia su madre, hasta la separación en el año 2005. Apragmática desde el año 2003.

## Resumen gráfico de la evolución de la sintomatología



## Personalidad premórbida

Sin antecedentes de trastornos en la infancia y pubertad. Sociable, muy activa.

## Examen psiquiátrico al inicio de la internación

Se presenta bien aliñada, orientada auto y alopsíquicamente. Acortamiento del espacio interpersonal. Verborreica. Actitud lúdica, distractibilidad, por momentos se levanta y actúa. Sin conciencia de morbilidad ni de síntomas.

Facies, mímica y gestualidad: hipermimia, hipergestualidad. Inquieta.

Humor y afectividad: exaltada, lábil, oscila de la risa al llanto. En algunos momentos irritable.

Pensamiento: curso acelerado, discurso desorganizado, cambia de temas, por momentos es imposible comprender su relato. Referencias a sus creencias, con citas frecuentes del diablo, dios y brujerías. No ideas de muerte ni de autoeliminación actuales.

Conductas basales: previo al ingreso, insomnio; con la medicación duerme entre 6 y 9 horas.

Conductas complejas: niega consumo de sustancias.

## Evolución

Al ingreso a sala se inicia el tratamiento con: risperidona 3 mg c/12 horas, levomepromazina 25 mg v/o c/8, ácido valproico 400 mg c/8 y flunitrazepam 2 mg hora 22. Se evidencia la sedación, en la disminución de la excitación psicomotriz y los efectos secundarios (disartria), persisten los síntomas de exaltación.

Se comienza la disminución progresiva de levomepromazina y se agrega clonazepam. Se aumenta las dosis de ácido valproico, posteriormente se agrega litio con aumento progresivo hasta 1.200 mg/día y olanzapina 20 mg/día.

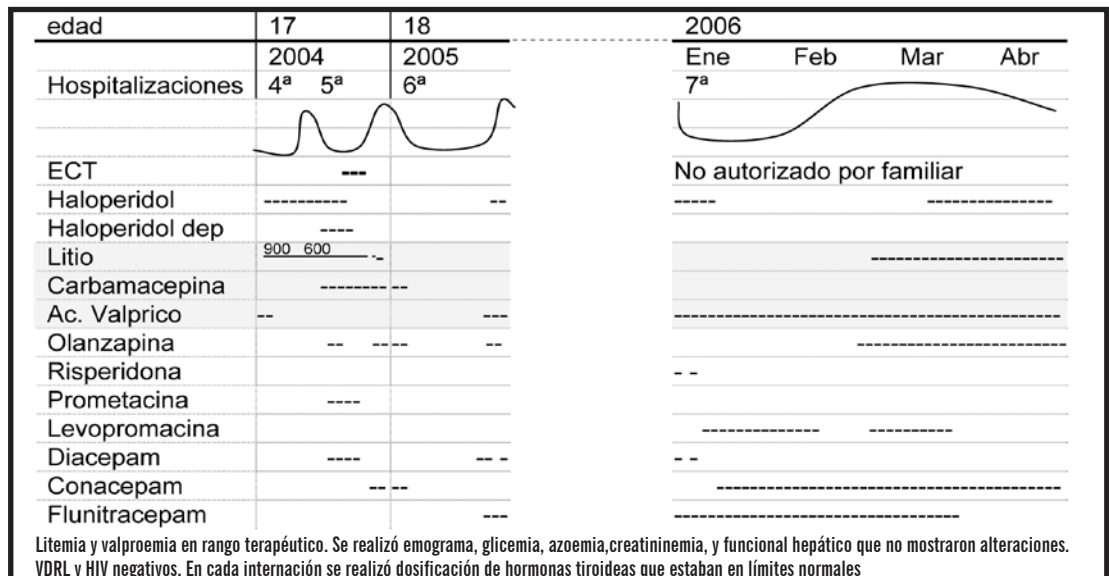
Luego de un mes de tratamiento la paciente empeora clínicamente con gran excitación, el litio en ese momento recién se había iniciado y no estaba aún en rango terapéutico, se agrega haloperidol i/m.

Requirió medicación intramuscular en varias oportunidades.

Se planteó la indicación de ECT, que no se pudo realizar por no autorizarlo la familia.

Actualmente recibe: olanzapina 20 mg/día, ácido valproico 1.600 mg/día, litio 1.200 mg/

## Resumen gráfico del tratamiento biológico realizado



día, haloperidol v/o 10 mg/día y clonazepam 9 mg/día.

## Situación al momento del ateneo

Actualmente, mejoría del cuadro clínico, disminución de la exaltación del humor. No ha presentado episodios de excitación en las dos últimas semanas, en algunos momentos está irritable. En dos oportunidades salió por el fin de semana con la madre y pasó en casa de una tía, sin presentar trastornos conductuales.

Se destaca la dificultad diagnóstica que se presentó con esta paciente. En sala y en el ateneo del servicio se revaloró el diagnóstico, y se consideró que la paciente presenta un trastorno del humor, más específicamente, un trastorno bipolar I, cursando un episodio maníaco. Como diferencial se consideró el trastorno esquizoafectivo. Se plantea el caso al ateneo para análisis y discusión del diagnóstico y estrategia terapéutica a desarrollar, dada la dificultad para obtener y mantener la remisión del cuadro pese al tratamiento realizado.

## Entrevista con el paciente

–**Dr. Mario Orrego:** Estamos reunidos en el ateneo, queremos que tú hagas una evaluación de estos seis años, cómo te ha ido con nosotros durante la atención psiquiátrica.

–**Paciente:** Hace seis años que me atiendo, desde los 13 años.

–**Dr. M. Orrego:** Nosotros evaluamos que has tenido un cambio, tú has disminuido tu rendimiento en el liceo, te interesan menos cosas que antes.

–**Paciente:** Voy a empezar a estudiar. Tengo que comprar el material, ahora estoy en Montevideo con mi novio y mi madre no me deja, no quiero volver a mi ciudad, quiero

conseguir un trabajo, no sé, quiero valerme por mí misma.

–**Dr. M. Orrego:** Digamos que esto es expresión de un deseo, tú querés tener autonomía, librarte de la dependencia de tu madre.

–**Paciente:** Sí, es un deseo, mi madre es la que me alimenta y me da las cosas.

–**Dr. M. Orrego:** Ella es la que satisface tus necesidades primordiales.

–**Paciente:** El que me compra la ropa es mi padre.

–**Dr. M. Orrego:** Nos ha llamado la atención que desde hace tres años tú no tenés, a pesar de tener un proyecto de estudio, no tenés una inserción en el liceo.

–**Paciente:** Sí, pero yo podría anotarme en la UTU y hacer un curso de peluquería, pero para eso me tengo que comprar la planchita, el secador, y para eso no tengo dinero. Yo puedo trabajar, pero con todos los remedios que tomo ¿quién me va a aceptar en un trabajo? ¿Usted qué dice de eso?

–**Dr. M. Orrego:** Esa es una dificultad real, pero a medias, porque hay formas de lograr un contrato de trabajo o algún tipo de actividad en donde tengas menos exigencia. El tema es que, en estos años, después de que dejaste el liceo, no volviste a tener actividad.

–**Paciente:** Volví a estudiar, sí. En el 2003 volví a estudiar, en el 2004 también, después recaí. Mi padre se peleaba con mi madre, me ponía mal, yo me sentía triste; pasaba tres meses sin salir de mi casa, en un ambiente así no podía convivir, por eso mi madre se separó de mi padre.

–**Dr. M. Orrego:** O sea que tú atribuíste el hecho de no tener rendimiento a la circuns-



tancia de que volvés a estar enferma, a que tenés recaídas.

–**Paciente:** No, no tengo recaídas estando con mi madre.

–**Dr. M. Orrego:** Tú empezaste a tener trastornos a los 13 años.

–**Paciente:** Eso fue una depresión, me dijo el médico.

–**Dr. M. Orrego:** Tenemos la idea de que a los 13 años, lo que te pasó es que te quedaste sin hablar, durante 3 días, ¿tú recordás eso? Tenías ideas de que te estaban perjudicando.

–**Paciente:** Sí, yo no quería hablar con nadie, yo veía cosas, veía bultos. Ustedes no creen, no quiero que me llamen de loca, pero me hicieron una macumba... [no se entiende].

–**Dr. M. Orrego:** ¿Tú participaste de la sesión de macumba?

–**Paciente:** Mi padre lo sabía, todavía no iba a la iglesia, cuando le dije a mi madre, me dijo “no, no...”.

–**Dr. M. Orrego:** ¿Cuándo ocurrió eso?

–**Paciente:** Yo era niña, tenía 7, 8, 9 ó 10 años, no me acuerdo bien.

–**Dr. M. Orrego:** De cualquier manera, fue bastante antes del episodio de los 13 años. En ese momento, ¿no ocurrió nada extraordinario que tú no nos hayas contado?

–**Paciente:** Me quise tomar un frasco de [ nombra una medicación ] pero como era tan asqueroso, lo vomité todo, esto fue a los 14 años.

–**Dr. M. Orrego:** Tú has tenido períodos en que estás muy exaltada, muy vital, como

tú decís, corrés de un lado para otro, con mucha energía.

–**Paciente:** Pero eso nadie me lo puede sacar, ni ningún remedio, yo me siento positiva, es algo que está dentro de mí, soy alegre, nació alegre.

–**Dr. M. Orrego:** Sería una fuerza vital, pero de algún modo, cuando está en exceso, te causa trastornos.

–**Paciente:** Ahí sí, puede ser. Yo siempre fui alegre, charlatana, cómo lo puedo decir... media charada, simpática.

–**Dr. M. Orrego:** Entonces, en esos episodios, en donde estás exaltada, tú te sentís bien, ahí predomina esa experiencia de bienestar.

–**Paciente:** Sí, estoy feliz, a veces muy exaltada.

–**Dr. M. Orrego:** Sin embargo, has tenido otros estados... [la paciente lo interrumpe], y sabemos que tú has intentado quitarte la vida.

–**Paciente:** Eso es bulla, pura bulla, cuando yo me quise tirar... Me dicen que estaba loca, yo no estaba loca.

–**Dr. M. Orrego:** ¿Qué recordás de esos episodios?, ¿fueron dos oportunidades?

–**Paciente:** En una me intentaron matar, que es diferente. Venía un auto, con todos medio drogados; entonces yo iba caminando de mi casa para ir a la iglesia, y pasaron ¡bum!, así, al lado, yo salté para el lado del cordón, porque si no me mataba, me pasaban por arriba. Por ese mismo motivo, yo no quiero volver a mi ciudad.

–**Dr. M. Orrego:** Esto que tú contás ahora, ¿permanece como un problema?

–**Paciente:** Sí, yo hice la denuncia.

–**Dr. M. Orrego:** ¿Cuándo pasó eso?

–**Paciente:** El año pasado, en el 2005.

–**Dr. M. Orrego:** Tú considerarás que se mantiene vigente el riesgo.

–**Paciente:** Sí.

–**Dr. M. Orrego:** Si volvés a tu ciudad, pensás que podés ser objeto de un atentado.

–**Paciente:** Sí, yo no quiero volver, además yo tengo un novio acá, que no está internado.

–**Dr. M. Orrego:** ¿Cuál de las dos es la razón más poderosa?

–**Paciente:** Mi novio que está acá.

–**Dr. M. Orrego:** Tú decís que cuando nosotros consignamos que te intentaste matar dos veces, es que en realidad hiciste bulla.

–**Paciente:** Sí, me encerraba en el baño, y decía “Estoy mal”, mi padre abría la puerta y me llevaba a upa, era para llamar la atención. Yo estaba desahuciada, no tenía ganas de vivir, tenía ganas de morirme. Yo a veces me hacía la desmayada, y ahí venían y me decían “ay, ay... ¿qué pasó, qué pasó...?”

–**Dr. M. Orrego:** Pero además del teatro, digamos, tú decís que tenías ideas y sentimientos de tristeza.

–**Paciente:** Sí, yo estaba triste porque mi padre le pegaba a mi madre.

–**Dr. M. Orrego:** Pero eso pertenecía al pasado.

–**Paciente:** Sí, al pasado, pero él iba a la casa donde vivimos con mi madre, él iba

allá a jorobar, a pedir comida, porque a veces no tenía, porque no le alcanzaba la plata. Mi madre lo corría, se portaba mal y lo corríamos. Él es una persona esquizofrénica, estuvo internado acá, ¿no encontraron la ficha de él?

–**Dr. M. Orrego:** Estuvo internado cuando era joven, hace muchos años.

–**Paciente:** ¿Y viste la foto?

–**Dr. M. Orrego:** Tanto como eso no.

–**Paciente:** ¿Se estropeó la foto?

–**Dr. M. Orrego:** No te puedo dar esa información porque no la conozco.

–**Paciente:** ¿No encontraron la ficha de él?, porque yo la necesito.

–**Dr. M. Orrego:** Nos encargamos de eso después, para esclarecer esa información. Me interesa, en particular, el tema de lo que nosotros llamamos intentos de autoeliminación, que creemos que tiene algún propósito suicida. A ver si tú nos esclarecés al respecto.

–**Paciente:** Sí, cuando yo tomé las pastillas, eran tan asquerosas que vomité. Lo del puente, no sé, porque vino un pastor y me dijo: “Jesús te ama”, y ahí yo empecé a llorar. Ahí yo estaba parada en la baranda, con un pie arriba para tirarme, no sé si quería tirarme o qué... algo me empujaba para atrás y yo no sabía lo que era.

–**Dr. M. Orrego:** Tú ahora te entristecés cuando contás lo que te sucedió. O sea que no es tan claro que estuvieras haciendo algo para llamar la atención.

–**Paciente:** Sí. Había una fuerza que me tiraba para atrás, para que no me cayera adelante para el río. Y justamente sale ese pastor, de allí, abajo del puente... y me dijo:

“Jesús te ama, Jesús te ama...”, y ahí salí de la baranda.

–**Dr. M. Orrego:** Quiere decir, entonces, que, en esa circunstancia, el pastor tuvo una intervención providencial, evitó que te tiraras.

–**Paciente:** Fue como algo que Dios mandó para que no me tirara.

–**Dr. M. Orrego:** Esto es una interpretación... [Lo interrumpe la paciente].

–**Paciente:** Mía.

–**Dr. M. Orrego:** En definitiva, entonces, tenemos una situación complicada. El problema que tenemos es que tú no cumples con la prescripción.

–**Paciente:** ¿Qué prescripción?, ¿los remedios? Sí, yo los tomaba todos los días. Vine por un ajuste de medicamentos y que se alargó a tres meses.

–**Dr. M. Orrego:** A nosotros lo que nos preocupa es que, en cualquier caso, tú incumples después la prescripción.

–**Paciente:** No, yo voy a tomar las pastillas, yo no quiero volver acá otra vez. Aunque sea una sopa de pastillas, yo igual las tomo.

–**Dr. M. Orrego:** Hasta ahora no ha sido así, todos los años has tenido internaciones. El incumplimiento del programa es uno de los factores que hacen que tú vuelvas a estar internada.

–**Paciente:** Sí, pero yo no lo voy a hacer más, si no tomo los remedios, recaigo, y vuelvo a un pozo. Yo quería preguntar algo, ¿cuándo me van a dar el alta?

–**Dr. M. Orrego:** Eso es algo a resolver en este tipo de eventos; para eso hacemos este ateneo.

–**Paciente:** Sí, pero yo quiero saber con todos ustedes, yo también quiero saber.

–**Dr. M. Orrego:** Tú estás en condiciones de irte de alta, pero con controles evolutivos.

–**Paciente:** Yo me quiero quedar en Montevideo, y venir acá a los controles. Yo tengo lugar acá para vivir, los pastores me dejan quedar con ellos en la iglesia, yo tengo que conseguir un trabajo.

–**Dr. M. Orrego:** Dejamos por acá, te agradecemos. Vamos a hablar con tu madre y hermana. [Ingresan ambas]

## Entrevista con la madre y la hermana

–**Dr. M. Orrego:** Estamos hoy reunidos preocupados por MM; tenemos dudas con respecto a lo que ustedes entienden y creen que le pasa a MM. Nosotros entendemos que tiene un trastorno mental que se llama trastorno bipolar, y queremos saber qué piensan ustedes de esto. A veces nos parece que no tienen conciencia cabal de la importancia de mantener el tratamiento.

¿Ustedes qué piensan que le pasa a MM? ¿Cuál es la interpretación que tienen de por qué está así?

–**Madre:** Ella ha tomado la medicación, desde la última vez que estuvimos acá.

–**Dr. M. Orrego:** Tenemos datos de que toma la medicación en forma discontinua, o sea, que a veces suspende.

–**Madre:** Una vez, el año pasado, que [en la ciudad donde vive] no había carbamacepina y olanzapina. Como por tres meses no hubo, el médico nos dio las recetas y las mandé para acá a una hermana que me dijo que las conseguía.

–**Dr. M. Orrego:** O sea, que durante tres meses no hubo, en su ciudad, parte de la



medicación que necesitaba, y eso motivó la discontinuación del tratamiento.

–**Madre:** Sí, y después ella estuvo internada y ahí sí siguió con los fármacos, no le faltó más.

–**Dr. M. Orrego:** De acuerdo, sí es fundamental que puedan tener medicación en reserva para asegurar la continuidad, no se pueden quedar sin medicación. En su ciudad, está el Dr. Castelli que es un hombre muy comprometido, que tiene un particular celo por los pacientes; hay un régimen de asistencia a domicilio, incluso. ¿Qué ha pasado al respecto de la relación de ustedes con el Dr. Castelli?

–**Madre:** Ahora no está atendiendo. Ella ha sido atendida en los controles por médicos que viajan desde acá. La han visto todo este tiempo. La Dra. Andrea de los Santos la internó en setiembre, la iba a mandar para acá; pero ella respondió, por eso no la mandó. La última vez que la vio fue el 30 de diciembre, que estaba muy bien, y a los dos días se descompensó, de forma muy rápida.

–**Dr. M. Orrego:** Eso es lo que hace, es más difícil la buena evolución, por eso hay que asegurarse de la continuidad de la asistencia y también de que si ella tiene un cambio, tienen que consultar en forma inmediata, porque tiene cambios muy rápidos. A nosotros nos ha resultado particularmente difícil lograr la remisión de los síntomas una vez que ingresa, y luego mantener la estabilidad. Ahora está bastante bien a nuestro criterio, ¿ustedes coinciden?

–**Hermana:** Yo la veo muy poco, creo que está bien, pero no normal.

–**Dr. Esteban Gaspar:** Cuando en algunos momentos se le ha indicado el tratamiento con electroshock, es muy importante que ustedes acepten esta indicación, para evitar que ella repita estos cuadros con tanta frecuencia. Quédense tranquilas, porque este

tratamiento está aprobado en el Uruguay y en el mundo, es importante y necesario que se le haga.

–**Madre:** La última vez que se lo hicieron, en el 2004, ella pasó por todo ese tratamiento, y sin embargo a los dos meses, ya no estaba, no de la misma manera que ingresó, pero nunca quedó bien. Porque bien es una persona que retoma su quehacer; por ejemplo, ella iba al liceo, y no pudo continuarlo bien. Ella fue con ganas al principio, pero después entró en una depresión, no quería ir. Ese tratamiento la saca de la crisis, pero después no... Entonces, para qué pasar por todo eso nuevamente.

–**Dr. M. Orrego:** Usted refiere uno de los mayores problemas terapéuticos que tenemos con ella. O sea, la enfermedad de ella es particularmente resistente; es decir, empleamos recursos terapéuticos pero vuelve a tener recaídas. Eso se debe a que ella tiene una enfermedad particularmente grave, en su forma de evolución; recae todos los años, a pesar de los tratamientos. Pero los tratamientos, si se van ajustando, producen una mejor evolución; y lo que el Prof. Gaspar le decía era que el electroshock, oportunamente administrado, puede achicar mucho el período que se necesita para estabilizarla. En la etapa más aguda, cuando se nos complica la situación porque está muy exaltada, cuando está delirando, tiene mucha utilidad. Ella siempre deliró, siempre dijo cosas que implicaban una alteración del criterio de realidad, más allá de lo que es subcultural, de las creencias. Porque a uno le puede parecer, quizás, que ella dice cosas que están dentro de lo esperable en materia de creencias, pero ella delira, dice cosas muy erróneas.

De las cosas más difíciles de compartir es que ella dice que fue objeto de un atentado y que teme la reiteración cuando vuelva a su ciudad. Ella nos habla de un hecho que seguramente se lo ha referido, donde un auto la embiste para atropellarla y ella escapa a último momento y evita su muerte, ¿eso se lo dijo?

–**Madre:** Sí, pero yo no creo que fue así. Tal vez ella cruzó la calle sin mirar; puede haber pasado que un auto, no con intención de matarla, le haya hecho algo.

–**Dr. M. Orrego:** Usted comparte entonces que lo que dijo es erróneo.

–**Madre:** Yo no creo, con esa intención no.

–**Dr. M. Orrego:** Esa es una de las cosas que ella sigue manteniendo hoy.

–**Hermana:** Como antes mi padre decía antes que si un auto pasaba dos veces frente a la casa de él era porque le iban a hacer algo.

–**Dr. M. Orrego:** Tiene ese tipo de significados.

–**Dra. Sandra Romano:** Queríamos saber si usted quería pedir algo o plantearnos algo que sienta necesidad de decirnos con relación a la situación de su hija, o algo que quiera plantear al cuerpo médico.

–**Madre:** Yo pienso que ustedes están haciendo todo lo que es posible, pero la verdad yo creo en Dios todopoderoso, yo sé que él la va a sacar adelante, yo sé que ustedes dentro de lo posible, hacen lo que está dentro de los límites del ser humano. Pero más allá, solo Dios puede.

–**Dra. S. Romano:** Con relación a lo que usted plantea, ¿le parece que el hecho de que MM esté enferma es por otras causas, más allá de las causas médicas, por alguna causa espiritual, por algo que haya pasado?

–**Madre:** Sí. Toda la causa es muy larga de explicar, porque en principio todo es espiritual, algo que nosotros no vemos, pero existe. Yo le estaba contando a mi hija hoy de mañana que en la iglesia que voy, pude ver dos casos: una muchacha que estuvo internada aquí, estuvo varias veces, ella siempre tomando medicación, fumando

mucho, y tenía pensamientos de suicido, y ella desde que empezó a ir, empezó a buscar a Dios. Jesús dijo: “Conoceréis la verdad y la verdad os hará libre”, pero depende de la persona que queramos vivir. Nosotros como intercesores, intercedemos por la vida de esa persona. Ella tiene que querer ese cambio y conocerse. Ella empezó a ir y yo quisiera que la vieran ahora. Esas fuerzas sobrenaturales que se le manifestaban, que no había quien la sujete, esas fuerzas son espíritus. También es un proceso largo, no es de un día para otro, y ella ahora está encaminada.

Esas fuerzas no son de la persona, por muchas veces hemos orado por ella y se manifestaban... una vez echadas afuera... esos demonios, porque son demonios, entonces ella quedaba bien. Todo como sería acá a través de medicamentos, pero no da resultados, la persona nunca va a quedar normal, porque siempre va a quedar esclava, presa de la medicación. Con esto no quiero decir que le voy a dejar de dar medicación a MM porque también tiene que nacer de ella querer ese cambio y buscar a Dios. Porque Él es el único camino, la verdad y la vida. Por eso vemos muchas cosas alrededor que no comprendemos por qué suceden, y Dios dijo que mi pueblo perece por falta de conocimiento.

–**Dr. Ángel Ginés:** ¿Esta situación de su hija, de que, de acuerdo a lo que yo entendí, está como poseída por esta situación espiritual, está relacionada a algo que pasó en la familia o es una cosa que vino sin ninguna razón? ¿Sería como un castigo?

–**Madre:** No, no es eso. Es que también la maldición es hereditaria, viene de generación en generación; mientras no es cortada eso puede proseguir.

–**Dr. A. Ginés:** [Se dirige a la hermana de MM] ¿Usted comparte lo que dice su madre o tiene otra interpretación de lo que le pasa a su hermana?

–**Hermana:** Yo no comparto lo que dice mi

madre. Yo pienso que MM tiene eso por mi padre.

–**Dr. A. Ginés:** En estos años, ¿usted ha visto mejor, por momentos, a su hermana?

–**Hermana:** Poco, pero normal como cuando éramos niñas, no. Yo era más pegada a mi madre y ella a mi padre.

–**Dr. Gonzalo Valiño:** Aparentemente, los problemas de su hija empezaron cuando tenía 13 años. Hasta ese momento nunca había tenido problemas, tuvo una vida escolar normal, nunca hubo problemas en la escuela ni en casa. [Dirigiéndose a la hermana] ¿Cómo te llevabas con MM?

–**Hermana:** Nos peleábamos mucho. Era porque a ella le gustaban más los juegos de varones, subir a los árboles, yo era más tranquila. Le gustaba pelear, pegar, más en casa, en la escuela no.

## Discusión

**Dra. S. Romano:** Con relación al diagnóstico, a los planteos que se han hecho, a esta forma de evolución, a los planteos diagnósticos actuales propongo hacer en una primera intervención consideraciones sobre el diagnóstico y luego en una segunda plantear la estrategia de tratamiento.

Destacamos la forma de evolución que ha tenido, la reiteración de los episodios del humor con síntomas psicóticos, delirantes y en algunos episodios alucinaciones auditivo verbales; la remisión, pero con mantenimiento de este apragmatismo, de esta afectación de su nivel de funcionamiento, la reiteración tan frecuente de episodios, la dificultad para mantener los tratamientos. Frente a eso, están los dos planteos diagnósticos realizados, esquizofrenia o trastorno afectivo, con las consideraciones de si es un esquizoafectivo o un bipolar.

**Dr. Vicente Pardo:** Conocí a esta paciente

en setiembre de 2002 en el Hospital Maciel y en ese momento presentaba una manía franca, en una paciente que ya llevaba por lo menos un año de dificultades, entre otras, para mantenerse en el liceo aunque aparentemente pudo hacerlo. Después la he visto en forma esporádica en el Hospital Vilardebó, y evidentemente todos estamos de acuerdo en que, tenga el trastorno que tenga, nunca volvió a ser la misma de antes; nunca volvió a estar bien. De todos modos, la manía con la que yo la vi en el 2002, y en alguna otra oportunidad, me impresionaba por una euforia y excitación con mucho de absurdo y de pueril. No tenía esa comunicación más sintónica y por momentos ingeniosa de las crisis maníacas más típicas. La manía del trastorno bipolar, por estudios de autores clásicos, mantiene una cierta presencia en el mundo y un cierto contacto con la realidad, aunque haya perdido la ponderación y la perspectiva de futuro, en una megalomanía francamente psicótica. Ella tiene además episodios depresivos con síntomas psicóticos, donde no siempre está presente Dios; está también el diablo en un maniqueísmo delirante. Cabría la posibilidad de que se tratara de ideas sobrevaloradas en una chica culturizada desde su hogar con relación a estas ideas demonológicas. Si se trata de un trastorno bipolar, sería una forma evolutiva muy grave, a ciclación rápida, resistente al tratamiento. Es una chica que nunca volvió a ser la misma de antes. Opino que aun ciclando rápidamente, un bipolar, en algún momento vuelve a retomar su nivel de vida, con proyección realista de futuro, con algún período libre de síntomas, lo que no parece corresponder con este cuadro. El maníaco del trastorno bipolar hierde más con un humor sarcástico o con su agresividad, nos hace reír por momentos. En ella esto no lo percibí en entrevistas anteriores. Creo que la entrevista de hoy fue muy breve para extraer conclusiones. La autocrítica que ella realiza de sus episodios de enfermedad es además pobre y poco consistente. Yo no descartaría un trastorno esquizofrénico con formas de descompensación con muchos elementos del humor. Ya Bleuler describió en 1911 que la manía podía ser una forma de descompensación aguda, entre otras, de la esquizofrenia.

Respecto al cumplimiento del tratamiento

nos caben dudas acerca del mismo con esta concepción religiosa que la madre tiene. Creo que esta madre, por sí misma, no va a poder sostener ningún tratamiento médico y creo que eso es lo que condiciona más el pronóstico.

**Dr. G. Valiño:** Es difícil determinar lo que tiene la paciente; es una paciente compleja, lo mismo que lo fue para ustedes, lo es para nosotros. Sí, quisiera hacer algunas puntualizaciones.

Debemos separar la creencia religiosa que forma parte del contexto familiar, de lo propiamente patológico. La estructura psicótica se encuentra en la forma de organización del discurso, no en su contenido. Así podemos establecer cierto grado de incoherencia en el mismo; sin embargo, da la impresión de incoherencia por la verborrea, y la versatilidad del mismo, aunque ella sigue constituyendo el centro como personaje. Pero necesitaríamos una investigación semiológica más exhaustiva y prolongada para objetivar qué tipo de incoherencia presenta, pues puede corresponder a diversos tipos psicopatológicos agudos o crónicos.

Hay antecedentes peculiares de comportamientos disímiles, o por lo menos impulsivos y violentos por parte de ella, que hablan de actitudes conflictivas en torno a la personalidad ya de pequeña. El otro elemento es que comienza a los 13 años. Si planteamos una esquizofrenia de inicio a los 13 años (esquizofrenia infantil de inicio tardío), esta no sería la paciente, porque el diagnóstico de esquizofrenia previa a los 13 años tiene un pronóstico desastroso. Lo otro, es nuestra tendencia a usar el cliché de trastorno bipolar (manía o depresión) ante cualquier cuadro que oscile entre la agitación o el estupor. En cuanto a la terapéutica, aparecen dos cosas: el no cumplimiento y la terapéutica en sí misma. El hecho de que un paciente no responda a una terapéutica, hoy por hoy, implica o que el diagnóstico no ha sido el correcto o que no se ha usado todo el arsenal terapéutico, o que se trata de un trastorno crónico. Es hora de que usemos criteriosamente el término resistencia terapéutica. Ahora bien, de lo crónico qué. Yo pienso que esta paciente cursó

un episodio de inhibición psicomotora y de agitación psicomotora, no me queda clara la estructura del discurso, pero no creo que tenga una esquizofrenia. No impresiona que tenga un discurso esquizofrénico, aunque habría que interrogarla en otro contexto.

**Dr. Guzmán Martínez Pesquera:** A veces hay que aventurar un diagnóstico, yo no creo que esta paciente tenga una esquizofrenia. Me acuerdo de que el Prof. Murguía decía que el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo era una cosa muy linda para no decir nada. Los alemanes hablaban de la psicosis única, y es mucho más fácil hablar de psicosis única que hacer un diagnóstico muy preciso. Fue descripta la esquizofrenia esquizocárica, que era el comienzo precoz y donde a los pocos años el paciente estaba totalmente disociado; y esta paciente no presenta síntomas disociativos claros. En cuanto al tratamiento, he leído que en la psicosis periódica, es peor a veces el tratarla y luego dejar el tratamiento farmacológico, que no tratarla, porque eso hace que se achiquen cada vez más los períodos intercalares lúcidos. Aparte de que la psicosis periódica es una enfermedad crónica que con el tiempo va acortando los períodos normales; esto uno lo ha visto en pacientes que cambian de psiquiatra todos los días, porque, claro, no se curan, porque es crónico. Entre los dos diagnósticos presuntivos en esta paciente diría que me inclino más a que sea un trastorno bipolar que no ha sido tratado en forma muy correcta. Respecto a lo de la madre, creo que tiene ideas equivocadas, pero no delirantes, con respecto a la enfermedad.

**Dr. E. Gaspar:** Cuando vimos a esta paciente en la otra oportunidad, estaba francamente hipomaniaca. Pudimos destacar por su presentación, por la relación que estableció con nosotros, una patología de tipo esquizofrenia, y podemos comprender a los colegas que vieron una paciente que desde sus 13-14 años ha hecho episodios agudos graves sin intervalos que hayan planteado el diagnóstico de esquizofrenia. Pero ahora, muchos años después del comienzo, con la evolución a la vista parecería que el único diagnóstico posible es el de trastorno bi-



polar, donde los episodios de trastorno del humor y de pensamiento psicóticos son casi continuos. Hay que agregar a esto un medio socio-familiar muy conflictivo, con un padre psicótico y con una madre muy perturbada. Estas circunstancias socio-familiares no han hecho más que potenciar la enfermedad endógena, grave, que tiene.

**Dr. A. Ginés:** El “diagnóstico” que más me preocupa para esta muchacha y su familia apunta al fracaso de la propuesta terapéutica. Creo que lo central tiene que ver con las dificultades en establecer la alianza terapéutica. Sería importante escuchar y discutir respecto de por qué ha fracasado o ha sido tan frágil esta alianza, y cómo ha influido en esta evolución de difícil control, más teniendo en cuenta que es tratada en un medio donde el recurso de tratamiento permanente y continuo, incluso de rehabilitación, está bien presente.

**Dr. M. Orrego:** Jerarquizo la gravedad de la patología en la presentación clínica.

Los trastornos bipolares de comienzo temprano son los de peor evolución y creo que esta paciente representa esa población.

En estudios retrospectivos se identifica que una de cada cinco personas afectadas comienza antes de los 19 años.

En niños las manifestaciones iniciales remiten al diagnóstico de déficit atencional con hiperactividad, y a trastornos conductuales con descontrol de impulsos.

En púberes y adolescentes las manifestaciones son transicionales a las del adulto, con alteraciones del humor de subtipo mixto, disfórico y con elementos psicóticos, lo cual hace muy difícil el diagnóstico específico precoz.

En materia de diagnóstico diferencial se ha creado una ventana conceptual en el tiempo que debemos resolver entre todos para beneficio de los pacientes.

Usualmente es la evolución de los pacientes y la perspectiva que adquiere el profesional con el paso del tiempo, lo que proporciona el discernimiento; entretanto, otros diagnósticos se suceden.

Las generaciones anteriores al setenta tendían a diagnosticar esquizofrenia en estas poblaciones, dado el efecto patoplástico depresógeno y apragmatizante de los neurolépticos, e inversor del humor y reciclador de los antidepresivos usados en la época; esos efectos adversos no solo impedían la vuelta al curso natural de la enfermedad sino que la agravaban.

Las generaciones en ejercicio a partir del setenta tuvieron oportunidad de apreciar los beneficios obtenidos por estas poblaciones de un mejor balance en el diseño del programa farmacológico con reducción de neurolépticos y antidepresivos, y aumento de los estabilizadores (litio y anticonvulsivantes). Recibían pacientes de esta condición con diagnóstico de esquizofrenia –heredados de las generaciones profesionales anteriores en retiro– que mejoraban en la evolución con ese cambio farmacológico; se convertían a un perfil bipolar típico y cambiaban de género evolutivo, con rehabilitación sobre todo de roles afectivos, sociales y pragmáticos.

Las generaciones actuales formadas en la hegemonía de los manuales de clasificación vigentes de los trastornos mentales, incurren a menudo en exceso diagnóstico de esquizofrenia en este tipo de poblaciones, por la rigidez con que se codifican las categorías de referencia; el empleo de neurolépticos a menor dosis durante períodos prolongados y de anticomerciales de nueva generación a elevada dosis remeda el perfil evolutivo anterior al setenta, sobre todo en pacientes con alta sensibilidad tóxica neurológica (SEP).

Yo pienso que esta paciente responde a ese tipo de evolución característico de trastorno bipolar de comienzo temprano con genio evolutivo maligno.

Estos pacientes tienen habitualmente antecedentes familiares; no son casos esporádicos.

Dado que el padre es también portador de patología de comienzo temprano (16 años) y mantiene preservada su autonomía, debemos considerar la posibilidad de que su trastorno fuera similar al de la paciente e interpretado con los criterios de época (década del sesenta) como esquizofrenia.



Nosotros ahora ante tal gravedad debemos diferir el alta, iniciar de inmediato la rehabilitación intrahospitalaria y considerar mantener en el programa farmacológico durante mucho tiempo antipsicóticos de efecto estabilizante como olanzapina o quetiapina asociados a dos eutimizantes, uno de los cuales debe ser litio en razón de que experimenta accesos de intensa exaltación, y el otro idealmente lamotrigina para estabilizar la enfermedad en su expresión de fase depresiva. Les recuerdo el inconveniente de seguir asociando olanzapina y valproato, por el efecto adverso de ganancia de peso desproporcionado a largo plazo, y las precauciones a tomar en la graduación de dosis al recambio de valproato por lamotrigina debido a las interferencias metabólicas.

**Dra. S. Romano:** Ella está recibiendo olanzapina 20 mg por día, divalproato 1.600 mg, litio 1.200 mg, y es con lo que se ha logrado una remisión parcial. Con relación a la conducta terapéutica, de acá para adelante, vemos que con este plan farmacológico mejoró, pero considerando su evolución previa, el planteo de un proyecto terapéutico, con mejores posibilidades de continuidad y resultado es muy difícil.

Pienso, con respecto a la alianza, que vamos a tener más posibilidades de establecer el vínculo con ella, que habilite el tratamiento, que con la mamá.

**Dra. Ximena Ribas:** Yo creo en la importancia de acercarse a los pastores con relación a ampliar el tema. El tema de la madre es crucial, y la dificultad que tiene ella de relacionarse al grupo en su ciudad puede estar basada en eso. Como nosotros no podemos acceder a la madre, podemos hablar con los pastores para explicarles a ellos sobre la enfermedad y solicitarles ayuda. Al darle importancia a los pastores como parte integral del tratamiento, la solicitud de ayuda se transforma en algo positivo.

**Dra. S. Romano:** Si bien la paciente proviene del Interior, tiene acá un grupo de referencia; cuando se va de paseo va a la

casa de los pastores y a casa de una tía con la que tiene buena relación.

Existen dudas con respecto a dónde va a seguir viviendo esta paciente; la madre oscila entre volver a su departamento de origen. Si bien este es su deseo, no tiene, por otra parte, una situación consolidada, ya que hace un año se separó de su esposo. No tiene recursos económicos propios, lo único que cobra es el plan de emergencia; no tiene una red de sostén muy importante, a pesar de tener varios hermanos. En Montevideo tiene una hermana con la cual tiene un buen vínculo, no está descartada la posibilidad de que se quede en Montevideo.

**Dr. G. Valiño:** El tema en esta paciente compleja, es la forma de presentación del cuadro clínico. Este fenotipo tiene diversas cualidades atípicas, que hacen que seamos prudentes en el diagnóstico, y estemos atentos a la evolución.

Creo que sería criterioso usar antipsicóticos que tengan propiedades de “estabilizadores” del estado de ánimo, conjuntamente con preventivos de las crisis que podría ser en combinación o bien, dados los tipos de oscilación rápida del humor, usar valproato. Y luego de superada la crisis, esperar la evolución, afinar la semiología, acompañar socialmente a la familia, sabiendo más cosas de ellos, porque sabemos poco de la historia de ella, salvo la espectacularidad de lo agudo, y en lo evolutivo iremos variando la medicación; de hecho, ha habido algún avance terapéutico.

**Dra. Andrea de los Santos:** Hubo un período después de la primera internación que fue el primer contacto que yo tuve con ella, en que estuvo bien un mes o dos meses como máximo; que fue cuando la madre dijo que yo le referí que la había visto bárbara. Estaba bien, estable, sin elementos hipomaniacos, no acertaba tanto los espacios interpersonales que es muy de ella. Luego de irme, a los dos días, empezó de nuevo: no sé si dejó la medicación o si fue el genio evolutivo de la enfermedad, pero sí llegué a verla bien en ese período muy corto. En ese momento estaba con olanzapina, y es real que allá a veces falta la medicación, pero sé

que, en términos generales, se puede contar con eso.

La primera vez que la vi fue en setiembre, en policlínica, y en ese primer contacto invadió el consultorio, y fue necesaria la internación. Antes de trasladarla para acá, se le indicó medicación intramuscular, a dosis alta y lo que lográbamos era una sedación relativa, por la gran excitación psicomotriz; estaba agresiva a nivel verbal y físico. Fue muy difícil controlarla. Luego la vi cada 15 días, concurría con la madre, y en ese momento, no sé si hubo una mayor adhesión al tratamiento ya que la vi bien. Dejé de ir en febrero, así que no fue mucho tiempo que la seguí; le indicaba tratamiento farmacológico y abordaba sus problemas.

**Dr. J. Rodríguez:** Con relación a esto último, quiero agregar que trabajo en su ciudad pero vi a esta paciente muy pocas veces, solo en contexto de descompensación estando internada en el Hospital departamental. En este episodio, fuimos nosotros quienes la enviamos para su internación al Hospital Vilardebó.

Me consta que la paciente consultó en alguna oportunidad con la Dra. De los Santos en policlínica; en mi caso, nunca la he visto en forma ambulatoria y tampoco la he visto compensada como para hacer una evaluación de los períodos intercríticos. Creo que la madre, en este contexto, boicotea el tratamiento de la paciente, así que sin duda hay que trabajar con la familia, porque la impresión que tengo es que, en general, a los controles en policlínica la paciente no concurre con el beneplácito de la madre y por ende me genera dudas de si el tratamiento farmacológico prescrito se cumple.

**Dra. X. Ribas:** En la evolución en sala, no tiene solo la fluctuación normal que tiene un trastorno bipolar. A veces en sala pareciera que cicla en el mismo día; o sea, sobre todo en la mañana, a veces pasa acostada, sin dormir, con ideas tristes, sin voluntad, irritable, y en la tarde vuelve a exaltarse diciendo que quiere salir, ver al novio, con hipermimia, hipergestualidad, con proyectos. Entonces, esto indica lo grave de la patología

de la paciente.

**Dra. S. Romano:** Me parece importante armar otro sostén, no solo con la madre, sino también con otras personas allegadas, asegurar que la medicación llegue y tratar de alguna manera de que con ella se establezca una alianza. La ventaja de que estuviera en Montevideo es que la hermana también puede ser un recurso importante.

**Dr. A. Ginés:** En la construcción de la alianza terapéutica, muchas veces no se ingresa por el paciente, sino por la familia y el entorno; luego de reiterados fracasos con la paciente, la situación puede facilitarse si logramos modificar favorablemente la disposición del entorno. En ese sentido me parece del mayor valor el aporte de la Dra. Ribas, respecto de involucrar a los religiosos que están muy próximos a las convicciones de una madre, tan escéptica a nuestras propuestas. Creo que esto puede resultar una vía muy útil de aproximación. Una buena conducta desde nuestra práctica médica es conceder que, en verdad, los trastornos de esta muchacha son tan problemáticos para ellos como para nosotros en varios aspectos; que no somos dueños de la verdad, sino que compartimos frustraciones y enigmas. Eso, en general, a las personas, tengan o no pensamiento religioso u otras convicciones exigentes, les permite entender que respetamos las hipótesis que ellos manejan, aun cuando no coincidan con las nuestras. En una buena complementación ellos pueden hacer su aporte sin interferir con el plan terapéutico y más aun, reforzándolo.

Lo otro que quería decir es que esta paciente, además de los aspectos de desorden psicótico, para decirlo en forma sencilla, también tiene una personalidad con aspectos relativamente sanos, matizados con perfiles de personalidad con elementos histriónicos, histéricos a los cuales también hay que abordar para fortalecer el vínculo terapéutico y asegurar la adhesión al tratamiento.

**Dr. V. Pardo:** Creo que la paciente ha tenido una sensible mejoría durante esta hospitalización con este tratamiento, por lo

cual pienso que hay que mantenerlo tal cual hoy está, y el desafío va a ser cómo sostenerlo en la etapa de tratamiento ambulatorio. En ese sentido, el aporte de la Dra. Ribas fue el más valioso: acá hay que sumar al beneficio de la medicación y a la estabilidad emocional de la familia, a los actores religiosos (pastores) para que apuntalen a la madre. Una paciente de este tipo –tan grave y difícil de estabilizar– amerita una hospitalización larga, por más que esto contravenga lo que generalmente proponemos para la mayoría de los pacientes, o sea, la hospitalización breve.

**Dr. E. Gaspar:** Por último, quería agregar que en estos cuadros de gravedad, con muchos elementos psicóticos, dada la oposición de la madre a la realización de electroshock, corresponde pedir permiso al juez, ya que estos tratamientos mejoran la evolución de la grave enfermedad de la paciente.

**Dr. G. Valiño:** Quisiera agregar que la extravagancia y la oscuridad son esquizofrénicas cuando son esquizofrénicas; puede haber cuadros clínicos en que estos elementos semiológicos de la esquizofrenia pueden confundirse. Hay cierta intencionalidad en sus conductas motoras o verbales, en que ella deposita muchas cosas significativas en el mundo exterior, en el interlocutor, en nosotros como público.

**Dra. S. Romano:** Nosotros planteamos que la internación se prolongue, ya que está mejor, pero no hay una remisión total y además necesitamos poner en marcha todo lo que se ha mencionado.

**Dra. X. Ribas:** Evidentemente, hay en la iglesia pastores o sacerdotes que tienen un discurso más abierto que el que plantea la madre de la paciente.

**Dr. M. Orrego:** Desde un punto de vista estratégico tendríamos que integrar médicos psiquiatras con formación religiosa en el proyecto de establecer alianza con los representantes de la religión que la madre y la paciente profesan. Como ya ha ocurrido en este caso, surgen conflictos de credibilidad que determinan el incumplimiento de las prescripciones y la resistencia a la planificación asistencial en general. Más allá de las actitudes de apertura ideológica, acontecen momentos críticos cuando cada sector queda excedido en la responsabilidad de controlar la creencia del otro de acuerdo con lo que considera pernicioso. Dado que las formaciones que dan fundamento a la credibilidad no se improvisan, se requiere, para la mediación, de clínicos con formación dual que puedan vivenciar la credibilidad espiritual religiosa y científico técnico profesional en términos de jerarquía semejante.