

Ateneo de la Clínica Psiquiátrica

Facultad de Medicina, Regional Norte Salto

Ateneo

Coordinación

Cecilia Álvarez

Médico Psiquiatra. Prof. Adj. de Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina, Regional Norte, Udelar.

Dr. Eduardo Andrade —Con satisfacción y en representación de la Facultad de Medicina, en mi calidad de coordinador de los cursos de Medicina de la Regional Norte, sede Salto, doy la bienvenida a la Prof. Stella Bocchino y a los integrantes de su cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Quiero antes hacer una breve reseña de los cursos aquí en el norte.

Empezaron allá por el año 1989 y, al decir del decano de esa época, el Dr. Pablo Carlevaro, nos embarcábamos en una quijotada con el Dr. Néstor Campos a la cabeza, coordinador de los cursos durante diecisiete años y luchador fervoroso para la venida de la Facultad aquí a Salto.

Actualmente contamos con estudiantes de CICLIPA I, II y III y estudiantes del nuevo plan [MEIA, a partir de cuarto año]. Tenemos además posgrado de Medicina, Cirugía, Medicina Comunitaria y Pediatría.

Los docentes son todos oriundos de Salto y también en Paysandú; son titulares e interinos algunos, tenemos grado 3 y grado 2 en Cirugía, Medicina, Pediatría, Medicina Comunitaria, Psiquiatría y Ginecología, y contamos con colaboradores honorarios en todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

Es así que, en casi veinticinco años, en forma ininterrumpida estamos en este camino para la formación de médicos, aportando nuestro granito de arena para poder devolver algo a la Facultad de lo mucho que nos dio.

De estos cursos de la Regional Norte, Salto y Paysandú, han egresado más de 300 médicos, con un producto final —como le gusta decir a uno de nuestros docentes— de buena calidad,

similar a los egresados en la casa madre de General Flores.

Han pasado estudiantes capitalinos en pasantías de Medicina, Cirugía, Pediatría, Medicina Comunitaria, con una experiencia para ellos inigualable. Un acceso a los pacientes sin amontonarse en sus camas, práctica de maniobras en emergencias, presencia y ayudantías en actos quirúrgicos, asistencia a ateneos anatómo-clínicos y, lo que es más importante, el seguimiento del paciente desde que ingresa por la emergencia, su evolución, discusión de su patología y alta, incluyendo seguimiento en policlínica.

Los colegas que se han recibido en la Regional Salto-Paysandú han permitido que, al decir de Pablo Estramín, no se despueble el interior y queden en la región, para poder brindar asistencia a la población regional y que la relación médico-habitante se acerque un poco más a la realidad nacional.

Estamos hablando de más equidad para los estudiantes del interior que por diversas razones, fundamentalmente sociales, tienen que venirse para acá. Sin ellos en la actualidad sería imposible cumplir con la asistencia de las emergencias y policlínicas de mutualistas, Ministerio de Salud Pública, etc. Muchos de los colegas que ingresaron acá ya tienen sus especialidades y trabajan como tales acá en la región. En la Florida de Estados Unidos tenemos un docente de alto nivel egresado acá, en Salto.

Justamente hoy tenemos una jornada en Paysandú —con mucha alegría y emoción lo digo—, que es la entrega de títulos por parte del decano a 17 noveles colegas que culminaron sus cursos en la Regional Norte. Se realiza un año acá y un año en Paysandú; este año

le tocó a Paysandú y 11 de los egresados son de Salto.

Contamos en todo el departamento con unidades básicas asistenciales (UBAS) de Cirugía y Medicina Comunitaria, con el contacto y trabajo de campo en estrecha relación con la comunidad.

En cuanto a la tecnología, contamos con tomógrafo de última generación, medicina nuclear, acelerador lineal, próximamente un angiógrafo, más de diez salas de videoconferencias —subutilizadas— y a Paysandú, recientemente, se le adjudicó un resonador. O sea que en la región tenemos todos los implementos esenciales y básicos para una buena calidad en el ejercicio de la medicina.

Por lo que verán, no estamos tan mal, pero creo que tenemos que mejorar mucho para que los que quieren realizar su tarea en el interior tengan las mayores garantías posibles, que se haga igual y —por qué no— mejor que en la capital.

Necesitamos el apoyo de las cátedras de Montevideo. No le temo a la descentralización. Las cátedras —sobre todo ustedes, con el Prof. Ginés que creó los cargos de Psiquiatría para la Regional Norte— nos han dado muestras de apoyo. También las cátedras de Pediatría, algunas de Medicina y otras de Cirugía y Medicina Comunitaria. Las cátedras de Dermatología y la de Medicina [A] del Clínicas realizaron experiencias muy similares a la de ustedes: una cátedra entera, e hicimos ateneos clínicos.

Tenemos contacto mensual mediante videoconferencias con la mayoría de las cátedras que cuentan con ese sistema. Además, en el Maciel, miércoles por medio, tenemos un ateneo clínico-patológico; en el Clínicas, y ateneos virtuales incluso con la Facultad de La Plata por un convenio de ambas facultades que puso en funcionamiento el Dr. Henderson.

También es cierto que estamos con carencias en otras áreas, por ejemplo, los teóricos, pues en veinticinco años no hemos logrado que la Facultad realice videoconferencias con los temas de farmacología, patología médica, fisiopatología, anatomía patológica, etc. Y,

aunque les parezca mentira, es por problemas técnicos con los centros informáticos de la capital, por no tener una plataforma adecuada que se adapte a la plataforma que tenemos. Sería muy fácil que el docente que da clases en un anfiteatro atiborrado de gente pueda al mismo tiempo ser recibido en el interior. En fin, problemas fáciles de solucionar.

Otro tema a solucionar es el de los posgrados. Contamos con residentes de Cirugía, Pediatría, Medicina Comunitaria. Se podrían realizar otros, pero el sistema de posgrado del interior de la Escuela de Graduados muchas veces es un obstáculo para aquel que quiera realizar un posgrado por régimen del interior. Y tiene que sustentarse la estadía, la alimentación, pasajes, etc., y trasladarse muchas veces sin hijos, familia, para ir a Montevideo. Cuando eso se complica, porque hay que ganar dinero para vivir, consigue trabajo en la región y abandona el posgrado. ¿Quién sale mal?: la gente del interior, que contamos con Medicina General pero que también necesitamos especialidades. Porque, como ustedes sabrán, hay carencia de muchas especialidades [...]

Por último, estamos ahora embarcados en el nuevo plan de estudios, con la coordinación compartida con el Dr. Roberto Varela, que nos acompaña.

Tenemos este nuevo plan y los siguientes cursos. Aspiramos a que en 2014, a más tardar en 2015, podamos iniciar la carrera desde primer año.

Tenemos el apoyo total del decano, Dr. Fernando Tomasina, del director de la Regional Norte, Dr. Alejandro Noboa, y de parte del Consejo. El tema, según el Consejo Directivo Central, es la falta de docentes, lo que ahora se ha solucionado con la Residencia, aquí en el departamento, de bioquímicos, biofísicos, genetistas, [...] en la Regional Norte, además de docentes de las otras básicas, que están en otras carreras y que podrían dar cursos en Medicina. Y en Paysandú, en la Escuela de Tecnología Médica. O sea que eso ya no es un obstáculo.

Pero hace seis meses elevamos las bases de los llamados a aspirantes para los cursos

de primer año de Facultad de Medicina del nuevo plan de estudios [...] Para todas las materias básicas del nuevo plan, hasta ahora ninguna de las cátedras nos contestó si están de acuerdo.

Tenemos que contar con el apoyo de todos los órganos. Estaban un poco inquietos en el orden estudiantil; se les aclaró cómo eran las cosas y más o menos entendieron.

Si no conseguimos el apoyo, se seguirá con el centralismo que no solo le hace mal a la Facultad sino al país entero.

En el primer intento de realizar la carrera completa en Salto, en los años 2009-2010, en la época del decano Dr. Felipe Schelotto, se hizo un llamado para saber quiénes estaban interesados en realizar toda la carrera en Salto, estudiantes de 6.º de liceo. Se inscribieron, en cinco días, 150 aspirantes; o sea que por falta de número de estudiantes no va a ser la cosa.

Se suspendió dicho llamado cuando se enteraron y nos bajaron línea del Consejo Directivo Central y de la Comisión Coordinadora del Interior (CCI). Nos informaron que según ellos no estaban dadas las condiciones de locales para traer toda la Facultad aquí al norte del río Negro. Y se opusieron radicalmente a la propuesta.

La situación social de los estudiantes del interior, sus posibilidades reales y de equidad en la enseñanza no pasan por un capricho, es algo mucho más profundo. Condiciones hay; creo que falta voluntad política universitaria para la realización.

Perdonen esta introducción, pero creo que era importante hacerla para que ustedes se llevaran una idea. Una idea de un servidor de ustedes que hace treinta y tres años que se desempeña en el medio y que está a punto de retirarse de la coordinación y dar un paso al costado para que la gente más joven, con impulsos y bríos, pueda lograr el objetivo.

Agradezco al grupo docente que nos acompañaron en estos veinticinco años. Se han puesto la camiseta de la Facultad de Medicina. Les pido un aplauso para ellos, porque muchos están acá presentes.

Agradezco al grupo de docentes que compartieron con nosotros esta quijotada hace veinticuatro años, y que se transformó en realidad parcial para la región. Con muy buenos resultados, brindó soluciones a más de 300 médicos, que si no hubiesen podido continuar su carrera en la región, seguramente por razones fundamentalmente sociales, no hubieran podido culminar con brillantez, como lo hicieron muchos, la carrera de Doctor en Medicina.

Gracias. Están en su casa. Aprovechen la actividad científica.

Prof. Dra. Stella Bocchino —Debemos dar las gracias a los colegas de Salto y como directora de la Cátedra de Psiquiatría también debo agradecer a la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* y a la Profesora Agregada Dra. Sandra Romano, porque gracias a todos ellos se pudo organizar y concretar esta visita y este ateneo.

Soy la primera mujer que llega a desempeñar el cargo de Profesora de la Clínica Psiquiátrica. Me siento honrada sobre todo por ser mujer. La Psiquiatría, al igual que la Medicina, se viene feminizando, con buenos resultados por suerte y, aunque ha sido difícil en los comienzos, hemos ido ganando terreno y progresivamente se va facilitando nuestra inserción y avance en todos los ámbitos.

Estoy de acuerdo con los colegas que me precedieron en el uso de la palabra. La Facultad de Medicina no tiene que estar preocupada solamente en que los docentes hagamos buena docencia, sino en que realicemos una docencia que permita optimizar la asistencia de nuestros pacientes: la Facultad de Medicina se debe a sus estudiantes y a los pacientes, que son, en definitiva, los principales beneficiarios de nuestro trabajo.

Contamos ahora con tecnología que posibilita el desarrollo de clases y ateneos a distancia. De todos modos, pienso que las instancias presenciales como esta, deben ser preservadas y repetidas, por lo menos una vez al año.

Hemos podido notar que los hospitales del interior están mejor, por lo menos en algunos

aspectos de la atención psiquiátrica, que el Hospital Universitario. Desde el año 1998 estamos intentando contar con una sala de Psiquiatría en el Hospital de Clínicas. No lo logramos a pesar del esfuerzo, habiendo presidido incluso, la Comisión Directiva del Hospital. Las limitaciones para lograr su concreción son fundamentalmente económicas, no tanto por la estructura edilicia, sino por lo que tiene que ver con la dotación del personal necesario, fundamentalmente de enfermería especializada.

Lamentablemente, debemos reconocer que las dificultades económicas afectan negativamente la visión del Hospital Universitario, muy vinculada con la política universitaria y sanitaria de la Facultad y del país en general: la poca prioridad que se le otorga a la salud mental entre las necesidades a cubrir con el magro presupuesto.

Las instalaciones de Salud Mental del Hospital de Salto son muy confortables, respetan la dignidad de las personas; están mejor que las actuales salas de los hospitales de Montevideo. En el Hospital Maciel y Pasteur hay dos salas, pero son de ASSE, no de la Facultad. En el Hospital Pasteur se están construyendo dos nuevas salas que quedarán muy adecuadas para la asistencia y la docencia. Pero, repito, no existen salas de salud mental en el Hospital Universitario, lo cual nos obliga a realizar rotaciones para optimizar la formación de nuestros recursos, además de producirnos honda preocupación, porque esa realidad traduce, lamentablemente, la visión que tienen nuestras autoridades universitarias sobre la salud mental y la formación en esta materia.

La Clínica Psiquiátrica se caracteriza actualmente por la apertura. Tenemos buena experiencia de intercambios en Montevideo y con hospitales del interior del país; se logran tutorías incluso en lugares donde no hay Unidades de la Facultad de Medicina y así pueden implementarse cursos de posgrado.

Prof. Adjta. Dra. Cecilia Álvarez —Tiene la palabra la profesora Sandra Romano, que hace un tiempo propuso la actividad.

Prof. Agda. Sandra Romano —Buenos días. Voy a hablar desde el lugar de la *Revista de Psiquiatría* y de la Clínica de Psiquiatría.

Surge el planteo del Comité de la Revista de hacer el Ateneo en Salto —nuestra Revista va a cumplir noventa años y desde hace mucho tiempo se publica al menos una vez al año un ateneo—. Aunque es la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* hasta ahora nunca se había hecho uno en un Servicio que no fuera de Montevideo. Desde el Comité de Redacción de la Revista surge el interés de difundir las experiencias de todo el país, que son muy diversas, ricas y valiosas para todos los psiquiatras del país. Por esa razón, nos pareció que teníamos que movernos nosotros a los departamentos, especialmente a Salto, porque es donde está la Regional Norte, donde la Clínica tiene un cuerpo docente desde hace muchos años y porque la experiencia que aquí se ha desarrollado se debe compartir y plantear en forma conjunta, la *Revista de Psiquiatría* y la Clínica Psiquiátrica.

Agradezco a todos la calidez del recibimiento, por un lado, y por otro, el aporte. La tarde de ayer fue muy intensa. Nos llevamos mucho para seguir pensando, para hablar. Una de las cosas que les planteábamos a los compañeros es el interés de que escriban sobre esta experiencia trabajos que a través de la Revista podamos difundir. Trabajos originales, los que tengan, pero también casos clínicos, comunicaciones, aunque sean breves, de la experiencia valiosa que se está realizando. Porque la Revista es órgano de difusión académica y de trabajos científicos, pero también de experiencias en salud mental que enriquecen la labor de todos.

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —Concuerdo con el Dr. Andrade en la dificultad que se le presenta a los médicos recién recibidos en cuanto a la realización del posgrado por régimen del interior. Hubo tres colegas que empezaron el posgrado y lo dejaron por la dificultad para trabajar y continuar yendo a Montevideo.

En cuanto a los cursos de Medicina en Salto, recibieron el apoyo de los psiquiatras radicados

en esta ciudad desde la primera generación que cursó CICLIPA II en 1990, estando el curso de Psiquiatría de ese año a cargo del Dr. Herman González Yosi. Se integra rápidamente el Dr. Marcos Pamparato, que queda posteriormente a cargo del curso y yo misma colaboro apenas traslado en forma parcial mi cargo de Residente de Clínica Psiquiátrica ejercido en Montevideo. La tarea continúa en forma honoraria durante once años más, y en 2001 el Prof. Ángel Ginés impulsa la designación de dos cargos de Asistente de Clínica Psiquiátrica en Regional Norte (Salto y Paysandú), siendo mi cargo el primero de Asistente de Clínica titular que se concursó en la Facultad de Medicina destinado a esta región. También ejerció dicho cargo el Dr. Marcos Pamparato en Salto, y en Paysandú los doctores Pedro Fonseca y Sergio Oneto. En 2005 se llama a concurso para cargos de Prof. Adjunto, que aun ejerzo. Creemos visionaria la idea del Prof. Ginés, muy controversial por cierto en ese momento en Montevideo. Son ya veintitrés las generaciones de colegas que han recibido el curso de Salud Mental en Salto.

Quiero destacar el interés que demostró el cuerpo redactor de la *RPU* y la Sociedad de Psiquiatría de hacer el ateneo aquí con el respaldo de la Clínica Psiquiátrica. Tuvo un precedente que fue una presentación clínica que hicimos en forma conjunta con Paysandú, recibiendo al Prof. Ginés, que era en ese entonces Prof. Agregado, y el Prof. Montalbán. La intención de que esto tuviera regularidad fue difícil de instrumentar. Es evidente que desde un punto de vista operativo resulta complejo lograr el contacto frecuente con la cátedra y las sociedades científicas en el interior mismo; debemos redoblar esfuerzos para lograrlo.

Somos más o menos ochenta los psiquiatras que hoy en día brindamos atención psiquiátrica a toda la población del interior del país. Se irán jubilando gradualmente aquellos de mayor edad y si no surgen estrategias para favorecer la radicación de nuevos colegas en el interior, se pondrá en riesgo la sustentabilidad del Plan Nacional de Salud Mental,

pudiendo llegar nuevamente a situaciones que se habían superado: inequidad en la accesibilidad al tratamiento, derivaciones sistemáticas a Montevideo, disminución de la calidad de la atención y riesgo de *burnout* si un solo psiquiatra se ve sobrecargado con obligación de realizar todas las tareas, todos los días del año.

En la elección del paciente para el ateneo se tuvo en cuenta que en el auditorio tenemos estudiantes de pregrado. Dos practicantes internas que rotaron por el servicio y se gradúan hoy como médicos en el acto académico de Paysandú, la Dra. Paula Lluveras y la Dra. Felicia Torres, colaboraron en la confección de la historia clínica.

Elegimos a esta paciente por su rica semiología y aspectos previos interesantes para la discusión. Se pidió además el consentimiento a la paciente para la entrevista y su publicación, así como al padre de la paciente y al padre de su hija.

Historia clínica

Datos patronímicos. M., 29 años, soltera, tiene una hija de 8 años que vive con el padre y la esposa actual de este en Salto. Vive en sector urbano de la ciudad, en pareja hace algún tiempo que no sabe precisar. Trabajó por última vez en *packing* citrícola, a prueba, hace dos meses. Cursó hasta 2.º año carrera nivel terciario.

MC. Es encontrada en vía pública, traída al servicio de emergencia una semana antes de este ateneo por ambulancia, por mareos y aparentemente caída de su altura.

EA. En emergencia relató haber ingerido marihuana y cocaína preparadas «en un té». Su examen físico fue normal y el *kit* para detección de drogas en orina para ambas y otras sustancias resultó negativo. Refiere haber mentido sobre la ingesta de sustancias «por miedo a perder el control de su mente». Se pregunta a la paciente con quién vive: «Tengo un gato», dice y ríe. «Estoy ocupada

en escuchar mi corazón..., tratando de arreglar mi mente.»

Durante la entrevista cierra los ojos en reiteradas oportunidades, en actitud de escucha. Al ser interrogada al respecto refiere que es una voz de hombre: «Es Jesucristo». Hace silencio interrumpiendo el diálogo en muchas ocasiones. «Él me dice que me quede tranquila, me quiere mucho.» «Me quiere hacer libre.» «Yo lo quiero mucho.» «Me dice que me calle.» «Fui llamada para algo muy especial, darle la salvación a las personas a través del testimonio de Jesucristo.» Reclama el alta en forma tranquila, pero luego afirma: «Necesito ayuda de mis hermanos..., ustedes». «Tengo que ir a un lugar, con una persona, un ángel que se llama Gabriel, que es San Pedro y que es San Cayetano también, es en Perú.» «Es algo que me dice Jesucristo.» «Yo me di cuenta por fe.» Relata que iría a Perú «en moto» y comienza a reír a las carcajadas. Interrogada sobre su risa: «Porque Jesucristo me está diciendo cosas lindas». «Las quiere mucho, van a salir adelante, va a estar todo bien, son maravillosas.» Tiene miedo de no cumplir la misión, de que le pasen cosas malas. «Voy a tener un hijo con el aspecto del enemigo “Satanás”.» Interrogada sobre cómo se había dado cuenta de esto contesta: «Durante un episodio psicótico». En oportunidades se siente triste, pero niega desánimo, desgano o abatimiento. Niega anhedonia, niega desesperanza, niega ideas de muerte. Dice ver seguido a su hija: «todos los días». «Yo la quiero mucho.» «Soy hipócrita, estoy mintiendo... Tengo dos caras, me porto mal, niego mi corazón.» «Mi cara mala aparenta querer a las personas pero en realidad solo las necesito.» Reinterrogada sobre esto último: «Tengo vergüenza de masturbarme, de la forma en que lo hago. Jesucristo me dice que eso es un pecado, que hace que la mente se exalte». «Te quiero mucho», repite en voz alta. Dice aferrarse a lo material, quiere llamar la atención de todos negando a Jesús. «Yo lo quiero mucho..., quiero que mi mente se gobierne sola..., pero mi mente es rebelde.» Comienza a llorar, alguien le dijo que tiene

la vagina deformada, arrugada: «Tengo una rayita ahí, una cicatriz». Relata espontáneamente que se masturba con mesas y sillas. «Yo no me quiero a mí misma.» «No me gusta ser bajita, no lo acepto.» «Siento avaricia, quiero tener más de lo que tengo.» «Mi parte buena quiere a mis padres, a mi hermano, a mi hija.»

No anorexia. Se cocina ella misma: «Como verduras». Le cuesta dormir, ora en las noches en voz alta. Pasa varios días sin bañarse. Niega consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. No tabaquismo.

Antecedentes personales orgánicos. Posible convulsión en la infancia, no estudiada.

Antecedentes psiquiátricos familiares. Abuela con patología delirante crónica de inicio a los 34 años. Tía materna con patología crónica no especificada.

Antecedentes personales psiquiátricos

Primer ingreso durante vacaciones en Salto en enero 2009 (25 años), ocho días. «Llegué por fe..., por la palabra de Jesús, tengo en mi corazón el amor de Jesús. Soy cristiana. Sentí la presencia del espíritu en mi corazón, muy abierto y mi cabeza muy cerrada.» «Estoy cumpliendo mi misión.» «Yo trabajo con el corazón.»

Diagnóstico de primer episodio psicótico agudo a forma de psicosis delirante aguda. Paraclínica: consulta con neurólogo, TAC de cráneo normal. Recibe haloperidol y es dada de alta con olanzapina 10 mg. Impresiona posible inicio de proceso crónico.

Control en policlínica durante 2009, se indica sertralina, apoyo psicológico regular entre abril y noviembre. Excelente evolución. Pasa de olanzapina a risperidona.

Segundo ingreso en enero 2010 al mes de abandonar medicación. Familiares refieren que se encuentra agresiva, nerviosa, deambula desnuda. «Le voy a entregar mi corazón a dios.» Tratada con haloperidol y levomepromazina, no se encuentra la historia clínica de ese ingreso.

Tercer ingreso en diciembre 2010 (26 días) en mutualista con diagnóstico de psicosis de-

lirante aguda. Responde bien inicialmente a olanzapina, se asocia aripiprazol y realiza gesto impulsivo en que se afeita completamente la cabeza. Haloperidol y levomepromazina. Alta con haloperidol y aripiprazol.

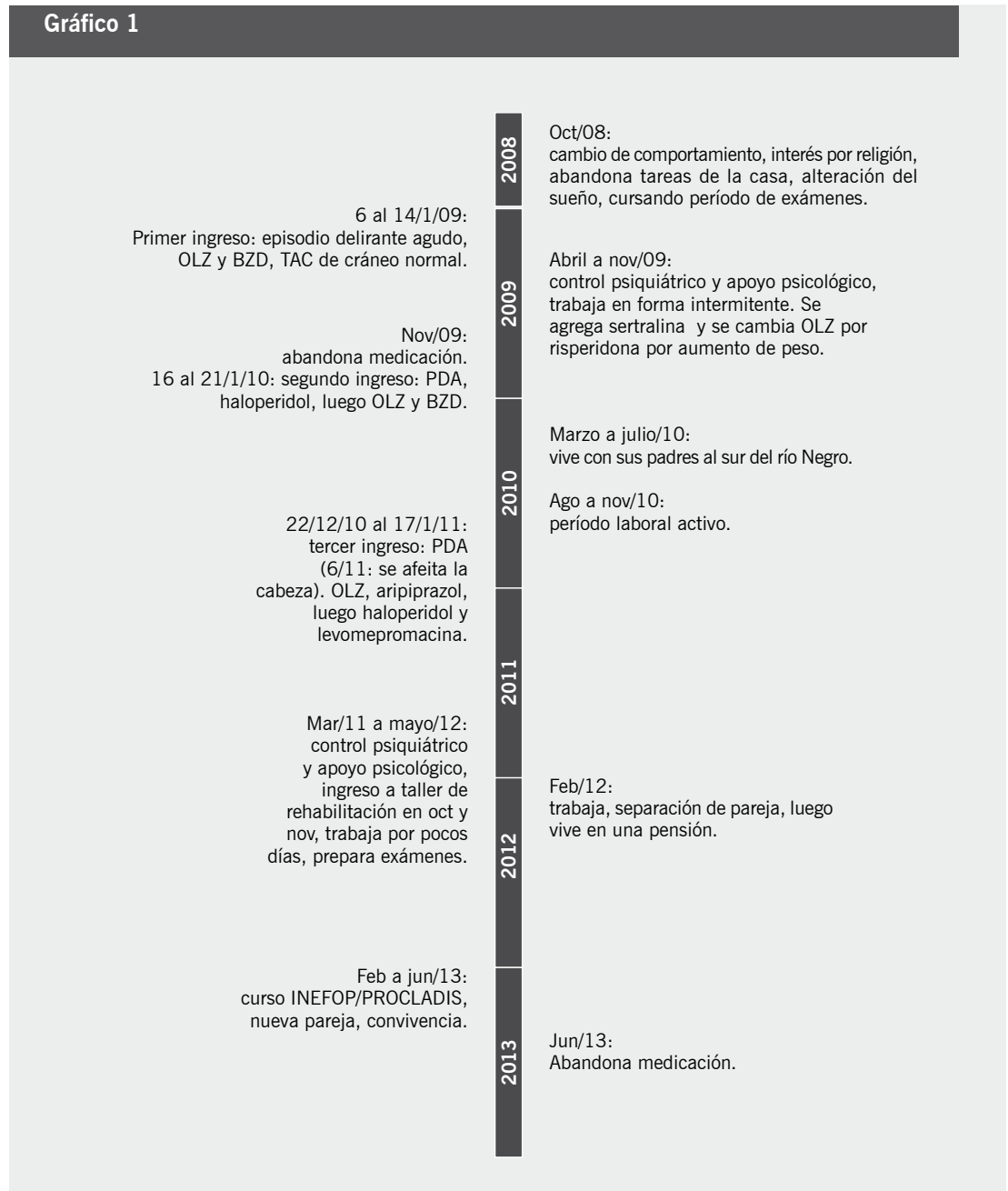
Apoyo en policlínica psicológica asociada al Taller de Rehabilitación de ASSE, entre marzo 2011 y mayo 2012. Dice haber salvado dos exámenes de facultad en diciembre 2012.

Inicia programa de capacitación laboral (INEFOP-PROCLADIS) en marzo 2013. Se mantiene medicada con aripiprazol 10 mg.

Sin antecedentes de autoagresión ni intentos autoeliminación.

Biografía (a partir de entrevistas en sala y en el ateneo). Vivió en zona rural del departamento de origen hasta los 15 años, luego

Gráfico 1



en departamento vecino, aparentemente en situación de pobreza. Sin educación religiosa. Refiere haber sido maltratada verbal y físicamente en la infancia. «Me trataban mal, siempre sentía miedo.» «Me daban duro y por otro lado me daban mimos, era como un animalito..., no sé.» «Ellos tienen su forma de educar. A veces, cuando uno se porta mal tienen que educarlo por maneras que son más... duras.» «A mí y a mi hermano mi padre nos pegaba con plastiductos y... con caños y con rebenques...»

Niega abuso sexual. A los 12 años finaliza la escuela y se muda con su maestra que le ofrece ayuda para poder seguir estudiando, debido a que su padre no la apoyaba en dicha iniciativa. «La maestra me apreciaba.» «La maestra me ponía cinta en la boca, para que no hablara.» «Me hablaba mal, estuve dos años y me fui a otro pueblo a la casa de una tía [paterna] un año y fue peor.» «Me maltrataban igual que en casa, tenía dos hijos y el rebenque que se llamaba Pedrito.» Luego convive con una anciana hasta terminar el liceo. Refiere alteraciones de la conducta alimentaria con consulta a psicóloga del liceo. «Después me planteé qué carrera hacer. Ahí fue cuando... tenía un papel y no sabía qué carrera iba a hacer. Entonces empecé a analizar y a preguntarme qué carrera iría a hacer una tarde. Entonces me decidí, le dije a mamá qué carrera quería hacer y mamá aceptó ahí...». Se muda a Montevideo, tiempo breve en pareja, empieza estudios terciarios a los 19. «Me sentía muy sola.» «Andaba por las calles con el bolso, buscando un lugar, lloraba por calles.» A los 20 convive con el padre de su hija, cursa embarazo imprevisto a los 21, tiene a su hija a los 22. Según su exesposo, embarazo y puerperio normales y posterior desinterés por la niña al año, que la paciente vinculaba a exigencias del estudio. A los 25 años, tres meses antes del primer ingreso, comienza a estudiar 15-20 horas diarias, duerme solamente 4-5 horas, no se alimenta ni se higieniza a ella misma ni a su hija, no realiza tareas de la casa, habla de Dios todo el tiempo, asiste a diversas iglesias. Tras el

primer ingreso fracasa proyecto de permanencia en Montevideo, se radican en Salto. La paciente consigue sucesivos empleos formales, en los cuales nunca permanece más allá de 12 meses. «Me siento mal en mis trabajos, no me sé defender.» «Dejo el trabajo y empiezo otro.» «En el liceo también me pasaba..., me insultaban, me hablaban mal y nunca me defendí.» «La mirada de las personas me genera miedo.» «Me pongo muy nerviosa, en blanco y me paralizó.» «La mirada de mis padres me transmite rabia.» «... por la manera en que me agarraban de los pelos, era como que yo era culpable de algo.» Breve período de convivencia con sus padres después del segundo ingreso a los 26; la paciente no acepta vivir lejos de su hija y regresa a Salto. Tercer ingreso a los 27, separación de pareja a los 28.

Datos sociales actuales. Madre (59) y padre (63) continúan en área rural de departamento a 500 km de Salto. Se comunican semanalmente con la paciente por celular e hicieron denuncia de su desaparición la semana anterior a este ingreso. Hermano de 28 años reside en pueblo de otro departamento. Su expareja, su hija y los abuelos paternos de esta residen en Salto. Contacto regular por celular para coordinar visitas a las que la hija es reacia. No se logra contactar a la persona con quien estaba conviviendo. Se contacta al padre de su hija y a sus padres; su padre viaja a Salto.

Examen psiquiátrico al ingreso. Presentación: en ropa de cama. Desaseada, desaliñada. Impresiona adelgazada. Edad cronológica acorde con biológica. FMG: facies inexpresiva. Hipomimia. Ojos cerrados a lo largo de la entrevista en varias oportunidades. Actitud: acepta pasivamente la entrevista, impresiona como alejada y ausente. Por momentos semimutismo, en otros momentos actitud de escucha, farfulla palabras incomprensibles. Reticente. Ensimismada. Conciencia: bien orientada en tiempo y espacio. Presentifica parcialmente la entrevista. Sin conciencia de síntomas ni de enfermedad. Por momentos sumida en su mundo interno. Parece no escuchar nuestras preguntas. Encuentro: dificultoso por la alteración de conciencia antedicha. Pensamiento:

curso lento con cierta latencia en las respuestas, por momentos interrumpido. Tangencialidad en las respuestas. Sin hilo conductor. Contenido: oscuro, enigmático. Ideas delirantes a temática mística, sexual, persecutoria, megalomaniaca y de autorreferencia. Alucinaciones auditivo-verbales e imperativas. Fenómenos de desdoblamiento. Influencia. Despersonalización. Humor y afectividad: humor con oscilaciones, por momentos angustiada con expresión de miedo. Risas inmotivadas. Psicomotricidad: disminuida, inhibida. Temblor generalizado. Rigidez. Pragmatismos alterados globalmente. Conductas basales: insomnio de conciliación y mantenimiento. Buen nivel intelectual. Personalidad previa: en la infancia según su padre era muy segura de sí misma, peleadora. Buen nivel académico. Según el esposo cuando la conoce a los 19 años era una persona tímida, callada, introvertida y con pocas amistades.

Examen físico. Lúcida, eupneica, apirética. Piel y mucosas: impresiona piel seca, mucosas húmedas bien coloreadas. CV: RR 100 CPM, RBG, no soplos. PP: MAV positivo bilateral sin estertores. ABD: s/p. Genital: externos sin alteraciones. Tv: s/p. Neurológico: pupilas reactivas simétricas. No signos de focalización neurológica. No rigidez de nuca. SCG 15.

Planteo diagnóstico al ingreso. Esquizofrenia paranoide.

Conducta terapéutica. Se ingresa a sala de internación en sector de psiquiatría del hospital. Se inicia tratamiento farmacológico con haloperidol intramuscular durante dos días sustituyendo por olanzapina 10 mg.

Se completa la información a través de diversas gestiones (ver más adelante), se cita y entrevista a familiares y se realiza coordinaciones con equipo de salud que la atendió anteriormente.

Evolución en sala

Al cuarto día del ingreso: actitud de colaboración. Se alimentó y durmió bien en sala. Refiere: «Siento envidia de mis compañeras [otras pacientes de la sala]». «Ellas tienen cosas valiosas, son altas, tienen caravanas,

pulseras, se peinan [...] ahora se me pasó un poco lo de compararme.» «Tengo tendencia a robar.» «Veo comida o jugo, tengo ganas de tomar algo y lo agarro.» «Me pasó en muchos lados..., en la casa de mi tío. En el trabajo no.» «Tengo como una conducta homosexual, atracción por mujeres y hombres.» «Lo feo es mirar a los seres humanos con codicia, con deseo sexual.» Refiere haber tenido relaciones sexuales casuales sin protección. Plantea malestar por «andar sola siempre». «Viene desde niña [...] no sabía defenderme.» «En la escuela me decían la vaca Aurora, porque era gordita y bajita, y masticaba chicle exageradamente.» «Quiero escuchar mi corazón.» «Él me habla y yo no lo escucho.»

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —Quiero destacar la labor de estas dos colegas que todavía no empezaron el posgrado; ellas hicieron las entrevistas con las psicólogas asociadas a la Unidad y la asistente social.

También quería comentar que la paciente ingresó el sábado; yo la vi por primera vez el día lunes. Ella decía que estaba viviendo en N —era lo único que nos decía—, mencionó uno de los lugares donde trabajó y una de las colegas recordó a una amiga de la paciente que trabajó con ella y la llamó (eso fue todo el lunes). Hasta ahí teníamos la historia anterior, pero no teníamos datos de terceros. El día martes supimos que el exesposo trabajaba en una [...]. Yo pasé por allí con el auto, tomé el número y se lo pasé a la asistente social. Ella lo llamó y él al otro día estuvo acá. Y con sus datos llamamos al padre de la paciente, que llegó el miércoles de tarde.

Ayer nos preguntaban por qué la internación es más breve. Esta secuencia de conexiones son parte de lo que contribuye a que sea diferente. En dos días teníamos acá al exesposo y al padre de la paciente, y eso es lo que quería señalar, además de la tarea de los dos posgrados.

Entrevista con la paciente

(Aclaremos que, como la entrevista fue muy extensa, se omite en la transcripción las preguntas cuyos datos están contenidos en la biografía presentada.)

Prof. Dra. S. Bocchino —¿Cómo andás, M.?, ¿cansada ahora de subir la escalera?

Paciente —Sí, cansada.

Prof. S. Bocchino —¿Estás mareada?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —Recostate tranquila. Contanos cuántos años tenés.

Paciente —Veinticuatro.

Prof. S. Bocchino —¿Vos sabés dónde estamos acá?

Paciente —Sí, en el hospital.

Prof. S. Bocchino —¿De dónde?

Paciente —De Salto.

Prof. S. Bocchino —¿Cuántos días hace que estás acá?

Paciente —Una semana.

Prof. S. Bocchino —¿Sabés por qué te trajeron? ¿Viniste sola o alguien te trajo?

Paciente —Me trajeron unos hermanos.

Prof. S. Bocchino —¿Hermanos tuyos?

Paciente —Hijos de Dios.

Prof. S. Bocchino —Hermanos, entonces, como en un sentido...

Paciente —Figurado.

Prof. S. Bocchino —... figurado. Como en un sentido religioso, ¿tú sos muy religiosa?

Paciente —Sí, soy muy religiosa, sí.

Prof. S. Bocchino —¿Esos hermanos dónde estaban?

Paciente —Los encontré en la calle.

Prof. S. Bocchino —¿Lejos de acá?

Paciente —No sé.

Prof. S. Bocchino —¿Y por qué estabas en la calle?, ¿qué estabas haciendo?

Paciente —Estaba pidiendo ayuda.

Prof. S. Bocchino —Estabas parada en la calle pidiendo ayuda. Contame bien cómo fue eso, contame con tus palabras.

Paciente —Estaba caminando, buscando alguien que me ayudara; entonces encontré

a dos hermanos mormones y ellos hablaron conmigo y me dieron una bendición de consuelo. Y... como yo seguía mal vinieron un montón de personas y llamaron a una ambulancia y me trajeron para acá.

Prof. S. Bocchino —¿Por qué estabas en la calle?

Paciente —Estaba en la calle porque estaba siendo probada para..., por Dios. Y yo tenía que...

Prof. S. Bocchino —Probada ¿para qué?

Paciente —Para una misión...

Prof. S. Bocchino —¿Qué misión es esa que tú tenés que cumplir?

Paciente —Esa misión es en Perú. Y es con un ángel.

Prof. S. Bocchino —Mmm... Cuando cerrás los ojos y te quedás así quieta, ¿por qué es?

Paciente —Porque estoy escuchando a Cristo.

Prof. S. Bocchino —¿Y en este momento te dijo Cristo que tenías que cumplir una misión en Perú?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Qué tenés que hacer?

Paciente —Tengo que tener un hijo.

Prof. S. Bocchino —¿Para qué?

Paciente —Para dar testimonio de mí, [Se corrige:] de Cristo.

Prof. S. Bocchino —Pero ¿no podés dar testimonio de Cristo de otra manera?

Paciente —[Silencio.] Yo tengo que dar testimonio de Cristo de esa manera.

Prof. S. Bocchino —O sea que se podría pensar que te han elegido de alguna manera. ¿Dios te ha elegido a ti?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Por qué te eligió a ti?

Paciente —[Silencio.] Porque yo soy parte de una familia sagrada.

Prof. S. Bocchino —Por lo que veo tú podés escuchar la voz de Cristo o la voz de Dios cuando querés.

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Y si no querés no?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —¿Cómo sentís esa voz?

Paciente —[Silencio.] Como si estuviera de afuera.

Prof. S. Bocchino —¿Siempre es la misma o hay veces que cambia?

Paciente —Siempre es la misma.

Prof. S. Bocchino —¿Es una sola voz?

Paciente —Dos voces.

Prof. S. Bocchino —¿Esas dos voces a veces hablan entre ellas?...

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Alcanzás a oír lo que dicen cuando conversan?

Paciente —[Silencio.] Él trata de hablarme pero yo no quie..., no lo dejo que me hable.

Prof. S. Bocchino —¿Cuándo fue la primera vez que sentiste esto, que empezó a pasarte esto?

Paciente —Cuando empecé..., cuando... Cristo perdonó mis pecados.

Prof. S. Bocchino —¿Cuánto tiempo hace de eso?

Paciente —Dos meses.

Prof. S. Bocchino —Dos meses. Antes, en tu vida, ¿no habías sentido la voz de Cristo nunca?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —O sea que el sábado, hace una semana más o menos me dijiste, saliste a la calle, querías pedir ayuda, se acercaron dos mormones... ¿Por qué sabés que eran mormones?, ¿ellos te dijeron?

Paciente —Porque yo los conocí por su forma de vestir y por su forma de...

Prof. S. Bocchino —¿Tú los conocías de antes, de acá, de la ciudad?

Paciente —Sí, yo soy bautizada mormona.

Prof. S. Bocchino —Me decís que querías pedir ayuda, ¿para qué?

Paciente —Para que..., para que mi corazón y mi mente estén en comunión.

Prof. S. Bocchino —¿Les explicaste esto a ellos?

Paciente —Eeh..., no, ellos se dieron cuenta.

Prof. S. Bocchino —¿Cómo se dieron cuenta?, ¿solos?

Paciente —Porque yo..., porque yo hago cosas que están mal.

Prof. S. Bocchino —¿Por ejemplo?

Paciente —Por ejemplo, tragar saliva.

Prof. S. Bocchino —Me decís que saliste a la calle a pedir ayuda, que vinieron los mormones y se dieron cuenta de que tú estabas mal...

Paciente —Sí, yo les pedí que me ayudaran. Les dije que había estado con el ángel Gabriel y que me sentía mal.

Prof. S. Bocchino —¿Cómo era ese sentirte mal?, ¿qué sentías? Dímelo con tus palabras.

Paciente —Yo sentía que no podía obedecer a Jesucristo, porque me sentía que pensaba cosas que no eran, entonces de repente empezaba a pensar en la familia y en la misión y qué tenía que hacer y el deber de hacerlo. Y entonces empezaba a ir para atrás y para adelante y ta, me sentía muy mal.

Prof. S. Bocchino —Ese sentirte mal ¿qué era?, ¿te dolía algo?

Paciente —Las manos las tenía entumecidas. Las manos las tenía como con hormiguitas, así, y se me cerraban.

Prof. S. Bocchino —¿Solo en las manos tenías hormigueos?

Paciente —Sí, solo en las manos. Y en la cabeza tenía un montón de cosas...

Prof. S. Bocchino —¿A ver?...

Paciente —[Silencio.] En la mente tenía dudas de Jesucristo.

Prof. S. Bocchino —Cuándo cerrás así los ojos, como ahora, ¿es para escuchar la voz o es para concentrarte mejor? Yo te hago una pregunta y a veces tú cerrás los ojos.

Paciente —Es para escuchar la voz.

Prof. S. Bocchino —¿Es para que la voz te guíe lo que tenés que decir?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Te pasa que se te pierdan las ideas a veces cuando estás hablando?

Paciente —Sí, puede ser, sí... No, en realidad, no. No me pasa eso, no me doy cuenta, no.

Prof. S. Bocchino —Vos me decías que sentías estas voces que hablaban entre ellas. ¿Te pasó de sentir otras cosas, por ejemplo, que te tocaran? Que te tocaran la cabeza, que te tocaran el pelo, que te tocaran el brazo...

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —¿Jesucristo o esas órdenes que te dan te dicen las cosas que tener que hacer?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —Por ejemplo, ¿te dicen que ahora tenés que caminar para allá, levantarte y hacer esto... o lo otro?...

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Y qué te han ordenado hacer?

Paciente —Pararme, sentarme, bañarme. La manera de bañarme.

Prof. S. Bocchino —¿Y cómo te dice la voz que lo tenés que hacer?

Paciente —Cuando estoy frente a la mesa tengo que bendecir los alimentos. Es algo que me enseñó mi maestro..., mi ángel.

Prof. S. Bocchino —¿Cómo te dice?

Paciente —Eeeh..., yo le digo: «Voy a bendecir los alimentos». Y él me dice: «Sí, bendícelos». Yo empiezo a bendecir los alimentos y... pensando mucho en Cristo y entonces tratando de no pensar en los demás que me rodean. Entonces, cuando... termino de bendecir los alimentos..., eeeh..., está bien, me siento bien, porque los alimentos además me sanan.

Prof. S. Bocchino —¿Te sanan?

Paciente —Los alimentos bendecidos sanan.

Prof. S. Bocchino —¿Y de qué te van a sanar?, ¿tú estás enferma de algo?

Paciente —Tengo un problema en mi mente.

Prof. S. Bocchino —¿Qué tenés?, ¿qué problema tenés?

Paciente —Es que yo tengo un montón de sentimientos malos. Tengo egoísmo, envidia, hipocresía..., incredulidad...

Prof. S. Bocchino —Incredulidad. Que no creés...

Paciente —Sí, yo creo, sí, pero es como rebeldía, es orgullo, soberbia también.

Prof. S. Bocchino —Tenés muchos defectos, pensás tú.

Paciente —Sí. Y eso es la lucha que tengo en mi mente.

Prof. S. Bocchino —Volviendo un poquito para el día que te trajeron. Vos saliste a pedir

ayuda... y ¿por qué te traen para el hospital acá? ¿Tu sabés en qué sala estás?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —La sala donde tú estás ¿qué tipo de sala es?

Paciente —Una sala psiquiátrica.

Prof. S. Bocchino —¿Por qué te habrán traído a una sala psiquiátrica?, ¿qué te parece a ti?

Paciente —Nada... Iba a decir un chiste, pero no... [Se ríe.]

Prof. S. Bocchino —Dale, decilo.

Paciente —Que los locos y los niños siempre dicen la verdad.

Prof. S. Bocchino —Los locos y los niños dicen la verdad... y ¿vos qué serías, entonces?

Paciente —[Se ríe.] No sé...

Prof. S. Bocchino —¿Tú qué serías?..., ¿niña?

Paciente —Sí, no sé...

Prof. S. Bocchino —¿Niña serías?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —Pero entonces ¿por qué te habrán dejado en la sala de salud mental?

Paciente —Porque..., porque tengo problemas en la mente y porque Cristo también fue..., fue tratado así.

Prof. S. Bocchino —¿Sí?, ¿también? ¿Tú pensás que tenés problemas en la mente? ¿Estás segura de eso?, ¿realmente creés que tenés problemas en la mente?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —¿Sí o no?

Paciente —No tengo problemas en la mente, estoy sana. Pero lo que pasa es que tengo esos sentimientos que no me dejan avanzar hacia la fe y estar en comunión mi corazón con mi mente.

Prof. S. Bocchino —O sea que tenés como partes buenas y partes malas que están juntas ahí. O como que las partes malas no te dejan avanzar.

Paciente —Sí, eso.

Prof. S. Bocchino —¿Y vos qué pensás?... ¿Desde que estás acá estás mejor?

Paciente —Sí, estoy mejor.

Prof. S. Bocchino —¿Dormís mejor?... ¿Antes dormías bien?

Paciente —Sí, dormía bien, sí.

Prof. S. Bocchino —En tu casa, antes de esto de salir a pedir ayuda, ¿dormías bien?

Paciente —Los últimos dos días dormí medio mal, pero ahora...

Prof. S. Bocchino —Ahora sí, estás durmiendo bien.

Paciente —Sí, duermo un poco preocupada, pero duermo bien.

Prof. S. Bocchino —Preocupada ¿por qué cosas?

Paciente —Por ese problema que tengo.

Prof. S. Bocchino —¿Por esas cosas que no te dejan avanzar?

Paciente —Sí, por esas cosas que no me dejan avanzar.

Prof. S. Bocchino —¿Dónde estabas viendo antes de venir para acá?

Paciente —Estaba viviendo en N., una calle que tiene un... No me acuerdo la dirección.

Prof. S. Bocchino —¿Con quién estabas viviendo?

Paciente —Con J.

Prof. S. Bocchino —¿Quién es J.?

Paciente —Es un ángel.

Prof. S. Bocchino —¿Es un ángel de verdad o es tu pareja?

Paciente —No, es un ángel de verdad.

Prof. S. Bocchino —¿J. trabaja?

Paciente —Sí, trabaja, sí. Él hace cine.

Prof. S. Bocchino —¿Cine?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —No entiendo. ¿Es un ángel pero trabaja haciendo cine? Explicame un poquito, a ver...

Paciente —Él es un ángel que tiene muchas funciones. Una de esas funciones es ordenar el cine. Y ser guionista en el lugar donde Dios lo mande.

Prof. S. Bocchino —¿Siempre fuiste tan creyente, toda la vida, desde chiquita?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Y esta es la primera vez que estás internada?

Paciente —No, no es la primera vez.

Prof. S. Bocchino —¿Cuántas más veces estuviste?

Paciente —Eeh..., tres veces más.

Prof. S. Bocchino —¿Cuándo fue la primera vez?, ¿te acordás de qué edad tenías?

Paciente —Eeh..., en el 2009.

Prof. S. Bocchino —¿Por qué fue?, ¿qué fue lo que te pasó?

Paciente —Eeh..., tuve un episodio esquizofrénico, de delirio.

Prof. S. Bocchino —¿Con qué delirabas?

Paciente —Decía que venía a salvar el mundo y... cosas así..., tenía como un montón de cosas que ahora se pueden entender, o las puedo entender.

Prof. S. Bocchino —¿Ahora las podés entender?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Era parecido a lo que te pasa ahora?

Paciente —Sí, era parecido, pero en ese momento yo no escuchaba la voz de Jesucristo.

Prof. S. Bocchino —¿Te parece que ahora podrá ser que estés delirando otra vez?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —Aquella vez sí.

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —Esa fue la primera vez, en el 2009. Te fuiste, te mandaron medicamentos, ¿hiciste el tratamiento?

Paciente —No, no lo terminé.

Prof. S. Bocchino —No lo terminaste y al tiempo volviste a recaer.

Paciente —Sí, volví a recaer de nuevo.

Prof. S. Bocchino —Te internaron por segunda vez.

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Y ahí qué te pasó en la segunda vez?

Paciente —No me acuerdo mucho de esa vez.

Prof. S. Bocchino —¿Y la tercera vez?

Paciente —La tercera vez era..., estuve haciendo..., estuve también con Dios y diciéndole que le servía, que me sacaba la ropa, le pedía perdón...

Prof. S. Bocchino —¿Y por qué te internaron?

Paciente —Porque era un delirio también.

Prof. S. Bocchino —Si esas tres veces, por lo que me estás contando, aunque de la segunda no te acordás mucho, se parecen a

la de ahora, ¿por qué ahora estás segura de que no es delirio?

Paciente —Porque yo escucho la voz de Jesucristo, porque estuvo un ángel conmigo y sé que es verdad...

Prof. S. Bocchino —¿Viste al ángel?, ¿viste cosas que te llamaran la atención?

Paciente —Lo vi, él estuvo viviendo conmigo. Vi sus ojos.

Prof. S. Bocchino —¿Cómo eran?

Paciente —Los ojos del ángel tienen puntos negros que son..., eeh..., son..., eeh..., característica de reyes. De los reyes de que habla la Biblia.

Prof. S. Bocchino —¿Tú te diste cuenta de que era un ángel?

Paciente —No, él me dijo que era un ángel.

Prof. S. Bocchino —Él te lo dijo. ¿Te ha pasado de darte cuenta así de cosas?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Por ejemplo?...

Paciente —Eeh..., ese es un problema que tengo, y eso se llama intuición. La intuición no es buena.

Prof. S. Bocchino —¿No es buena?... ¿por qué?

Paciente —Eeh..., se adelanta a la orden de Jesucristo. Si nosotros queremos obedecerle a Jesucristo y tenemos intuición hacemos las cosas como nosotros, como intuimos. Y parece que fuera verdadero, pero en realidad la intuición es algo que se desarrolla por dolor y por muchas cosas y que no debe existir...

Prof. S. Bocchino —O sea que pensás que eso está mal.

Paciente —Está mal, sí, yo pienso que está mal.

Prof. S. Bocchino —Porque se adelanta a la orden de Jesucristo...

Paciente —Sí, porque uno ya piensa, ya intuye lo que Jesucristo le va a decir, entonces lo hace y ya no está obedeciéndolo.

Prof. S. Bocchino —Y lo importante es obedecerlo a Jesucristo...

Paciente —Lo importante es obedecerlo, sí. [Bosteza.]

Prof. S. Bocchino —Bueno. Esto que me decías de los ojos del ángel, ¿viste otras cosas que te llamaron la atención?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Por ejemplo?...

Paciente —Cómo se comunicaba con la mente con las personas.

Prof. S. Bocchino —¿Él se comunicaba contigo con la mente, por ejemplo?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Él podía leer tu mente?

Paciente —Él decía que no leía mi mente. Él decía que tenía una unión con Jesucristo y que de alguna manera él sabía lo que yo estaba pensando. Pero nunca me dijo exactamente cómo fue. Solo que yo pensaba algo lindo o algo feo y él me miraba, a veces me retaba y otras veces se reía, siempre estaba...

Prof. S. Bocchino —¿Cómo es eso de que pueda adivinar lo que estás pensando? ¿A vos te parece que yo puedo adivinar lo que tú estás pensando?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —¿Y tú podés adivinar lo que yo estoy pensando?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —Pero este ángel sí podía adivinar lo que tú estabas pensando...

Paciente —Sí, él sabía lo que yo pensaba.

Prof. S. Bocchino —¿Y algunas otras personas...

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —...podían adivinar?... Por ejemplo, ¿quiénes?

Paciente —Las personas que estaban trabajando con él.

Prof. S. Bocchino —¿O sea que tendrían un poder?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Tú no tenés ese poder?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —¿En algún momento sentiste que el pensamiento se te hacía como un eco?

Paciente —Sí. Eso es, en parte, hipocresía. Y en parte es... falta de fe.

Prof. S. Bocchino —¿En algún momento cuando estuvieras con el ángel o con otras personas te pasó que sintieras como si te pudieran robar el pensamiento, sacártelo?

Paciente —¿Cómo?...

Prof. S. Bocchino —Como que estabas pensando algo y como que te robaran el pensamiento, como que quedaras en blanco. Que te pudiera pasar eso...

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —¿No te pasó de quedarte en blanco, estar pensando y quedarte en blanco y después retomar?

Paciente —Sí. [Bosteza.]

Prof. S. Bocchino —¿Has consumido drogas, marihuana, cocaína, alguna vez?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —¿Te pasó de haber estado en algún momento muy triste y no querer vivir más?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿De querer morirte?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿De querer matarte?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Intentaste alguna vez?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Con qué intentaste?

Paciente —Con un cuchillo, pero nunca pude, porque yo le tengo mucho miedo al dolor.

Prof. S. Bocchino —¿Y dónde te querías cortar?

Paciente —Las venas ahí... [Señala su antebrazo.]

Prof. S. Bocchino —Pero no llegaste a lastimarte.

Paciente —No, no llegué a lastimarme.

Prof. S. Bocchino —Bueno. ¿Y vos qué pensás que te pasa? ¿Qué te estará pasando?, ¿estarás enferma?...

Paciente —No, yo estoy sana.

Prof. S. Bocchino —¿Y te parece bien estar internada acá?

Paciente —No.

Prof. S. Bocchino —¿Por qué no?

Paciente —Porque yo quiero hacer la misión.

Prof. S. Bocchino —Pero por otro lado me decís que acá estás mejor.

Paciente —Sí, estoy mejor, sí.

Prof. S. Bocchino —O sea que capaz que te viene bien estar un tiempo acá...

Paciente —Sí, me viene bien, sí. Me viene bien, sí.

Prof. S. Bocchino —¿Alguna vez te pasó de estar muy alegre, como acelerada, que no durmieras, que anduvieras alegre, riéndote todo el tiempo o hablando todo el tiempo sin parar, sin necesidad de dormir?

Paciente —Cuando tuve el episodio.

Prof. S. Bocchino —¿Cuál episodio?

Paciente —El primer episodio yo sentía como alegrías, como...

Prof. S. Bocchino —¿Como una euforia?

Paciente —Como una euforia, sí.

Prof. S. Bocchino —¿Nunca más te volvió eso?

Paciente —No, nunca más.

Prof. S. Bocchino —¿Hay en tu familia gente que haya estado internada por psiquiatra o en tratamiento psiquiátrico?

Paciente —Mi abuela.

Prof. S. Bocchino —¿Qué le pasó a tu abuela?

Paciente —No sé exactamente. Sé que de un día para el otro quedó esquizofrénica. Mi ángel me dijo que a ella también le habían hecho cosas.

Prof. S. Bocchino —¿Le habían hecho cosas como tu historia, parecido a vos?

Paciente —Sí, parecida a la mía, para que yo no llegara.

Prof. S. Bocchino —Con respecto a tu hija, ¿cada cuánto la ves?

Paciente —Dos veces por semana.

Prof. S. Bocchino —¿Te gusta verla?

Paciente —Sí, me gusta verla, sí, pero yo no soy un buen ejemplo para ella.

Prof. S. Bocchino —¿Por qué?

Paciente —Porque yo no me he portado bien. Y además tengo como cierta culpa para mí misma, y es como que a veces no me quiero y entonces como que no me acepto como soy. Tengo problema conmigo misma, entonces yo le di una imagen mala a ella, entonces yo sé que ella está mal y que está sufriendo.

Prof. S. Bocchino —¿Te quiere?

Paciente —Sí, ella me quiere.

Prof. S. Bocchino —Sos la mamá.

Paciente —Y lo que le pido a Dios es que yo pueda ser un buen ejemplo para ella.

Prof. S. Bocchino —Bueno... ¿Estás muy cansada? ¿Te parece que te podemos ayudar tantos doctores acá escuchándote?

Paciente —Sí...

Prof. S. Bocchino —¿En qué te vamos a poder ayudar?

Paciente —En que mi mente y mi corazón tengan comunión.

Prof. S. Bocchino —En que todo en tu cabeza y en tu cuerpo funcione mejor.

Paciente —Sí... Y hacer la misión.

Prof. S. Bocchino —Vamos a intentar ayudarte a que te sientas mejor.

Paciente —Ta.

Prof. S. Bocchino —Tu problema es que has dejado de tomar la medicación, ¿no?

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —¿Y ahora pensás seguirla tomando o la vas a dejar?

Paciente —Ahora... yo sé que estoy sana, que me sanó Cristo, pero si tengo que tomar la medicación la voy a tomar.

Prof. S. Bocchino —Para no volverte a internar...

Paciente —Sí.

Prof. S. Bocchino —Entonces ¿la vas a tomar o no?... ¿La tomarás o no?, ¿qué te parece a vos?

Paciente —Que sí, que por mientras sí.

A partir de este momento la Prof. Stella Bocchino explora en forma exhaustiva la biografía de la paciente. Los datos se integraron a la biografía consignada anteriormente.

Se produce en los minutos posteriores de la entrevista una serie de análisis que se constatan en el examen psiquiátrico.

Prof. Dra. S. Bocchino —En el examen psiquiátrico, la paciente se presenta en ropa de calle, aseada, el cabello aseado, con las uñas pintadas de verde. En algunas uñas la pintura estaba saltada y despintada, pero en realidad

estaba esencialmente prolija. Se preocupaba de secarse la boca permanentemente, por la sialorrea que presentaba.

Estaba lúcida, bien orientada en tiempo y en espacio y fue capaz de reconstruir su historia, diciendo: la primera, la segunda, la tercera internación.

Facies, mímica y gestualidad: hipomímica e hipogestual. Sus brazos estuvieron quietos, apoyados en su falda todo el tiempo. Su voz era monocorde, lo que le daba un tinte monótono a la entrevista, salvo algunos momentos en los que mostró en su facies cierta tristeza y angustia: cuando habló de que la trataban mal sus padres, fundamentalmente, se le llenaron los ojos de lágrimas. En algún momento esbozó una sonrisa en relación con un comentario que le realicé.

La paciente colaboró en la entrevista en la medida de sus posibilidades. No encontré que estuviera reticente. Algunas veces su discurso se enlentecía y cerraba los ojos como en actitud de escucha. La primera parte de su relato, sobre su vivencia actual, fue muy entrecortada; en cambio, la parte de su historia biográfica fue mucho más ágil.

En relación con el vínculo ella trataba de responderme lo que podía, más allá de que uno no entendiera realmente. En cuanto al *rapport*, es una persona muy joven y uno sabe que está muy enferma y por tanto se preocupa por su situación y su evolución. Uno se puede angustiar por esto que constata, pero son sentimientos del médico, del entrevistador. Ella, en cambio, no puede transmitirlo, porque está en otra realidad diferente.

En cuanto al humor, hay cierto aplanamiento afectivo, que puede tener que ver con la situación genuina de la paciente, aunque a veces esta medicación puede generar un humor aplanado. Sin embargo, tuvo oscilaciones, por ejemplo cuando se le hizo una broma y pudo sonreír.

La afectividad está básicamente aplanada, salvo cuando habló de los castigos a que la sometían sus padres y los ojos se le llenaron de lágrimas y admitió que se angustió; en realidad, eso la angustió mucho.

En cuanto al pensamiento, hubo dos momentos en la entrevista. En el primero, el curso se entrecortaba por los cierres de ojos voluntarios, y ella daba la sensación de estar buscando la respuesta o esperando que la voz le dijera cuál era la respuesta. El otro momento en el discurso fue al hablar de la biografía; de ahí para adelante el discurso se hizo notoriamente más ágil.

En el contenido del pensamiento esta paciente tiene ideas raras, patológicas, ideas delirantes: ideas místicas, megalomaniacas y de daño y perjuicio. Ideas de que ella tiene una misión que cumplir, de que tiene que tener un hijo para dar testimonio de Dios, de que ella vivió con el ángel y de que el ángel le dijo a su vez que hay gente que no quiere que ella pueda cumplir la misión, que habría un cierto complot.

Los mecanismos son alucinatorios, de tipo auditivo-verbal e intuitivo.

Presentó ambivalencias: «Estoy sana pero estoy enferma». Y hay pararrespuestas, por ejemplo, cuando le dije: «¿Tú sabes lo que te pregunté?», me lo repitió y me contestó algo que no tenía nada que ver.

Presenta eco y adivinación del pensamiento, y comando alucinatorio. Este es muy claro: hace cosas, las que Jesús le dice que haga. Hay diálogo alucinatorio en las voces que escucha, diálogos entre esas voces. Además presenta comentarios de sus actos.

El delirio está mal sistematizado, es un delirio de estructura paranoide.

En relación con las conductas basales, al ingreso presentaba una franca alteración del sueño e impresionaba estar más adelgazada y desaliñada de acuerdo con lo que relatan los colegas que la vieron en ese momento.

En la psicomotricidad, como ya dijimos, la paciente se mantuvo bastante quieta, con inhibición psicomotriz. No observamos movimientos ni gestos que fueran bizarros. Tampoco presenta elementos extrapiramidales.

Tiene un buen nivel intelectual, conserva un discurso con palabras que denotan un buen nivel intelectual. Y había buenos logros previos

que, aparentemente, fueron interrumpidos por lo que aconteció posteriormente.

Prof. Adjta. Dra. Cecilia Álvarez —Si alguien tiene alguna pregunta, está la psicóloga que la siguió después del primer episodio. No hubo controles con psiquiatra lo suficientemente regulares y no solo porque la paciente no haya sacado número sino por la dificultad que las personas tienen para conseguirlos. Ahora estamos tratando de optimizar el seguimiento. En uno de ellos, está consignada una muy buena evolución. También está aquí la asistente social que está en el equipo de rehabilitación de ASSE, a la que también podemos plantear preguntas.

Ps. María Elena Panissa —Ella estuvo internada la primera vez en diciembre de 2009. Yo la empecé a ver en abril, o sea que ya estaba compensada. La idea de las consultas fue un poco el apoyo a la inserción a la vida cotidiana, a lo laboral, aunque siempre había mucha dificultad. Ella siempre conseguía trabajo, porque tiene buen nivel y buen trato, realmente. Entonces conseguía en tarjetas de crédito, en promociones. Pero lo que más dificultaba era el vínculo con los demás y terminaba dejando, sintiendo que la miraban...

Prof. Dra. S. Bocchino —¿Por qué se iba tan rápido de los trabajos?

Ps. M. E. Panissa —Se sentía cuestionada, que estaba haciendo las cosas mal, que la miraban. Siempre era el tema de la mirada.

Me acuerdo de que una vez le pregunté: «¿Y con qué asociás esto de las miradas?». «Con mis padres», contestó. Con la mirada de rabia que está dentro de la historia. Que la miraban con mucha rabia y cómo la maltrataban, cómo le pegaban, cómo la agarraban para pegarle. Y eso lo ha dicho varias veces. Durante el tiempo que trabajé con ella vi que eso le generaba mucha angustia. Ella sentía que por la situación de pobreza en la cual vivían —su interpretación—, los padres

se la desquitaban con ella, y con el hermano también, y entonces le pegaban.

La vi unos meses en el año 2009, después la perdí y después ella estuvo en el Patronato en un taller, donde también había una psicóloga y una asistente social. No sé si hay alguien acá del taller para comentar que más o menos se venía dentro de la misma línea, dejando los trabajos.

Prof. Dra. S. Bocchino —Con respecto al 2009, ¿ahora la encontrás empobrecida?

Ps. M. E. Panissa —Sí, muy deteriorada, realmente.

Dra. F. Torres —Según el relato de una compañera de trabajo, la paciente estuvo trabajando en una empresa cuatro meses; si ella trabajaba sola estaba cómoda. Hacía sus promociones sola. Pero cuando trabajaba con otros se sentía observada, que hablaban de ella, que la criticaban. Trabajó en un lugar con veinte personas y empezaron a notar que quedaba parada minutos con la mirada ida. Le hablaban: «M...». Y nada. «¡M.!» le gritaban, y ahí sí respondía. Con sutileza le dijeron que la notaban mal y ella dijo que sí, que ella notaba que estaba mal. Y aceptó irse.

Resumen de la discusión en el ateneo

En esta paciente se realizó el planteo diagnóstico de esquizofrenia paranoide, sustentado por la presencia de cargados antecedentes familiares de trastorno psicótico crónico, una historia psiquiátrica de más de diez años de evolución con al menos cuatro episodios de sintomatología psicótica que requirió internación, con deterioro progresivo del funcionamiento en lo relacional y ocupacional. En el desarrollo de la discusión se analizaron aspectos particulares de la presentación y de la evolución que condujeron a evaluar diagnósticos diferenciales, más o menos alejados, tanto para el diagnóstico nosográfico como para la forma clínica.

Se transcribe parte del intercambio referido.

Acerca del episodio actual y el estado de conciencia

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —Creo que ahí no se mencionaron los síntomas de la serie catatónica, que fueron muy importantes. En una de las internaciones, cuando la colega empieza a asociar aripiprazol, y ella bruscamente se afeita la cabeza, en la pieza, sola...

Prof. Dra. S. Bocchino —Bizarro y discordante. Estábamos comentando con Laura Sarubbo algo vinculado con lo que tú decís, que le hablaban y ella no respondía. Eso podría corresponder, sí, a un episodio, más catatónico, de aislarse. Tónica de un aislarse del mundo real, pero yo también me pregunto, porque por más paciente esquizofrénico que sea, puede tener síntomas de otro tipo también.

Cuando yo le preguntaba y ella cerraba los ojos y pestañeaba, yo me preguntaba si eso no eran fenómenos también conversivos, porque eran a demanda, ¿se entiende? Cerraba los ojos y hacía así... Cuando yo le hacía preguntas más complejas, digamos, más comprometidas. Es bueno decirlo y analizarlo, para que sepamos que, aunque sea un paciente esquizofrénico o un paciente psicótico, puede tener síntomas conversivos o de diferentes niveles de desestructuración.

Dr. Sergio Oneto —Si bien quedaba bastante claro el tenor de esos síntomas, acá mis pregrados anotan los antecedentes de posibles convulsiones no estudiadas en la infancia, que probablemente no se corresponden con el episodio actual, pero sería pertinente solicitar un electroencefalograma.

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —El padre describe un episodio que podría corresponder a una convulsión al año de vida, por lo cual pedimos el electroencefalograma.

En el primer ingreso se le hizo la paraclínica completa, eje tiroideo y una tomografía de cráneo, que fueron normales.

El EEG registró durante el reposo una actividad de base alfa posterior simétrica de 8 a 9 c/s con theta dominante y beta que lo desincroniza permanentemente, bloqueándose frente a la apertura palpebral. En suma: EEG desincronizado tensional con algunos elementos bradirrítmicos sin actividad paroxística ni sufrimiento focal.

Dra. Ana Inés Ruiz —Es interesante discutir en el caso de esta paciente sobre la alteración de conciencia que presentaba al ingreso en las dos descompensaciones, y cómo la vemos hoy, luego de algunos días de tratamiento instituido. La historia clínica del ingreso actual relata que decía palabras incomprensibles y farfullaba por momentos. Si bien la paciente lleva unos días de evolución de su cuadro, en la entrevista de hoy da la impresión de que el entrecerrar de los ojos corresponde a cierta experiencia de inefabilidad.

Teniendo en cuenta el concepto órgano-dinámico de Henry Ey de desestructuración de la conciencia, impresiona que esta paciente presentó al ingreso una desestructuración de esta, de segundo nivel u oniroide, que ha evolucionado y por tanto hoy es menos ostensible debido al tratamiento que está realizando.

Prof. Agda. Dra. S. Romano —Con referencia al trastorno de conciencia, me quedé pensando en eso a lo largo de la entrevista; en la primera parte aparecía claramente: interrupciones frecuentes de la comunicación, ensimismamiento, cerraba los ojos. Cuando en la segunda parte de la entrevista empieza a hablar de otros temas, mantiene más la atención, las pausas son menos frecuentes. Eso es raro en un trastorno de conciencia; en la agudeza, ¿no?, que no es tan factible de que se modifique cambiando la temática. El estado de conciencia se mantiene hables de lo que hables. Acá esto cambió, entonces me llamaba la atención: ¿qué otros elementos de agudeza actual tiene?, ¿cuánto de esto es

vinculado al trastorno de conciencia y cuanto tiene de intencionalidad? Con respecto al diagnóstico, el planteo de esquizofrenia es en el que todo el mundo piensa. ¿No hay duda de nadie? ¿Hay consenso en el diagnóstico?

Acerca del trastorno crónico

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —La psicóloga que la estuvo viendo todo el año pasado y la Dra. Damborenea plantearon en algún momento un trastorno esquizoafectivo, o que podía ser una personalidad del grupo A, con brotes.

Prof. Agda. Dra. S. Romano —De lo que tenemos menos información es de cómo es el funcionamiento intercrítico.

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —Con respecto a la evolución en el primer año, se constató crítica de la situación delirante. Estaba funcionando bien en familia, mantenía la medicación, luego presenta un episodio depresivo que se trató con sertralina 100 mg y olanzapina. Con ese tratamiento ella marchó bien hasta que abandona y hace el segundo episodio del que no tenemos datos. A finales de 2010 fue el episodio de internación en mutualista en el que se afeita la cabeza. Ahí la sigue la Dra. Susana Damborenea, durante todo el año 2011 y 2012, tratada con aripiprazol, que no abandona hasta junio de este año. O sea que la adherencia al tratamiento con el soporte del equipo de rehabilitación fue buena.

A. S. Lucía Blanco —Conocí a M. en el 2011, cuando se le dio ingreso al taller de rehabilitación. Tuvo un pasaje de unos meses en algunas actividades de taller. Este año se la convocó nuevamente, con la psicóloga del taller Rita Soldavini, que fue quien la estuvo evaluando, porque ella manifestaba el interés de ingresar a una capacitación o realizar algún curso para poder trabajar. La valoró psiquiatra, se la encontró muy bien. Surgieron estos cursos

de capacitación por INEFOP-PROCLADIS. La valoró también el equipo técnico del instituto que brindó la capacitación. Realizó el curso, que duró más o menos 3 o 4 meses. Yo estuve en contacto con la asistente social del curso. Su desenvolvimiento fue óptimo, no tuvo ningún inconveniente y cuando ingresó a la actividad de *packing* —el curso de capacitación era para operario de *packing*— también su desenvolvimiento fue bueno, hasta agosto, cuando la asistente social del curso me comentó que ella se había enamorado de un compañero del *packing*, y que había manifestado que tenía ganas de irse, dejar de trabajar, porque parece que había algún tipo de inconveniente, que no podían estar trabajando juntos. Eso fue a principios de agosto y a mediados de agosto la asistente social del curso me informó que ella había abandonado.

Yo tenía sus datos, básicamente su teléfono celular, con el que había contactado anteriormente con ella, pero ya estaba apagado. Le dejé un mensaje de correo de voz: «Me enteré de que abandonaste el curso. Quisiera hablar contigo, cuando puedas pasá por el Patronato». Eso fue más o menos por el 20 de agosto.

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —Me parece que ahí también se ve cierto deterioro de funcionamiento. Ella antes conseguía los trabajos por su cuenta, era contratada, y ahora el ser operario de *packing* no tiene mucho que ver con el tipo de trabajos que había hecho previamente. Llama la atención que haya salvado dos exámenes en diciembre, tanto que incluso pensé que podía no ser cierto.

Prof. Dra. S. Bocchino —Eso por un lado, pero por otro lado me parece que excede el planteo de trastorno de personalidad, con descompensación, con brotes. Porque, como dijo la psicóloga que la vio por primera vez, y por la historia de ella, se nota que se asiste a un deterioro. Los trabajos no son los mismos, la atención de la hija es inexistente y ella vive en un mundo psicótico. Con un corte: ella hasta un determinado momento de su vida funcionó bien, rindió bien, era una chiquilina

inteligente, dio los exámenes y más o menos rendía, aprobaba hasta determinado momento. Capaz que no fue un corte existencial marcado a los 18 años y 4 meses, pero se asiste a un antes y un después en una persona que fue deteriorándose cada vez más, al punto de que hoy esta mujer inteligente no puede hacerse cargo de su hija. Y tiene un existir errático.

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —El padre de la niña dice que ella no volvió a ser la misma. Él es quien convivió con ella en forma continua, y dice que nunca volvió a ser la que era cuando él la conoció. Relata los primeros cambios cuando la hija tenía 1 año, o sea que la paciente tenía 23 años, cuando empezó a abandonar a la niña. Él decía que llegaba de trabajar y la niña estaba sin cambiar el pañal.

Prof. Agda. Dra. S. Romano —Luego hace un episodio agudo cuando tiene la hospitalización y a partir de ahí sigue el proceso.

Yo planteaba si había dudas o no, porque hay cosas que en esta historia llaman la atención, por ejemplo, los exámenes, el rendimiento laboral, pero si se mira en el largo plazo es claro que hay un cambio en lo que era el potencial de ella hace unos años y lo que es el rendimiento actual. A la vez, mirando la evolución con vistas al tratamiento, también da para pensar —sobre todo por lo que traen las compañeras que estuvieron trabajando con ella en el taller— que sí tiene muchos elementos para trabajar en pro de una buena evolución a nivel de rehabilitación y a nivel de tratamiento farmacológico. Ella, a pesar de este proceso que lleva muchos años, ha podido tener logros aun con poco apoyo familiar y social, con apoyo desde el sistema de atención únicamente —porque no ha tenido mucho apoyo de otros lugares—, además del Centro de Rehabilitación y el equipo de Atención en Salud. Y ella con eso ha podido ir funcionando, ha podido conseguir trabajo. Los pierde, sí, pero los consigue y los mantiene unos meses, y ha logrado dar dos exámenes. O sea que acá hay bastante con que trabajar, con que seguir.

Acerca del tratamiento

Durante la hospitalización actual la paciente respondió rápidamente al tratamiento instaurado, con recuperación de las conductas basales, disminución de los elementos de agudeza y sin presentar efectos adversos.

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —Otra cosa que tiene la paciente a favor es que responde muy rápidamente a la medicación. Porque ella el lunes no estaba así, no había manera de hablar con ella; y ya el martes estaba mejor, después de un día y medio de haloperidol.

Esta buena respuesta al tratamiento condujo la discusión sobre la terapéutica a mediano y largo plazo.

Hubo consenso en la necesidad de mantener un abordaje integral que incluya tratamiento farmacológico antipsicótico continuo y una estrategia psicosocial con objetivo de rehabilitación. Se analizaron los aspectos clínicos y de la evolución que apoyaban el desarrollo del tratamiento de aquellos elementos que podían funcionar como obstáculo.

Con respecto al tratamiento farmacológico

Antecedente de tratamiento efectivo y bien tolerado con antipsicóticos

Al alta hospitalaria en los episodios anteriores, la paciente fue medicada con antipsicóticos; recibió olanzapina, risperidona y aripiprazol en diferentes períodos, siendo el aripiprazol el que recibió por más tiempo. Mientras recibió el tratamiento con antipsicóticos, concurrió al taller de rehabilitación, pudo mantener un nivel de desempeño ocupacional aceptable, mantuvo algunos trabajos y estuvo realizando una formación.

Riesgo de abandono de tratamiento

La continuidad del tratamiento farmacológico en el caso de M. depende de que ella acepte y se responsabilice de tomar diariamente la

medicación, dado que vive sola y no tiene su familia cerca, ni vínculos sociales que la apoyen. La ausencia de conciencia de enfermedad limita la adherencia al tratamiento farmacológico, pues la paciente no identifica ni la necesidad ni el beneficio de este.

Prof. Dra. S. Bocchino —En el establecimiento de la estrategia terapéutica hay que tener en cuenta que el riesgo de que ella abandone la medicación es muy alto, por lo que debe considerarse la medicación neuroléptica de depósito. Pero además tratando de elaborar alguna forma de que ella no pierda el contacto, y si se pudiera iniciar un trabajo psicoterapéutico con ella.

Con respecto al abordaje psicosocial

Hubo consenso en la indicación de retomar la concurrencia al centro de rehabilitación con el objetivo de mejorar su funcionamiento y limitar el aislamiento social. Se destacó la necesidad de dar desde el sistema de salud el mayor soporte para que M. acceda a las ayudas sociales de las que pueda beneficiarse.

Factores que dificultan el abordaje psicosocial

Desde el punto de vista clínico, su alto grado de paranoia afecta sus vínculos, su inserción en grupos y que ha sido un factor determinante en el abandono de los trabajos.

Se destacó como dificultad importante para llevar adelante el tratamiento el hecho de que M. carece de familia y vínculos sociales en Salto; sin ser su expareja y alguna relación ocasional que no han sido de sostén en las situaciones de mayor necesidad o crisis.

A la vez, su hija vive en Salto, por lo cual M. quiere continuar viviendo en esta ciudad para poder verla.

Factores que favorecen el abordaje psicosocial

Posibilidad de establecer buen vínculo terapéutico

M. ha permanecido en seguimiento clínico y participado en los talleres por períodos prolongados. El buen trato y la calidez se destacan como aspectos que han favorecido tanto el vínculo con el equipo de salud como su inserción inicial en los trabajos.

Prof. Adjta. Dra. C. Álvarez —Hay una característica de ella: es cálida con nosotros, da muchas ganas de ayudarla.

Esta característica ha sido una constante y similares observaciones se realizaron por varias personas del equipo que intervino en diferentes momentos de su tratamiento.

Contexto asistencial favorable

La organización y la forma de trabajo del equipo de salud mental favorecen la continuidad del abordaje, posibilitan el seguimiento cercano y el conocimiento y reconocimiento de los recursos que pueden emplearse en la implementación de un abordaje terapéutico adecuado a las necesidades de M.

Dr. Bartolomé Cabrera —De la misma forma en que rápidamente se contactó con el excompañero, el padre, la compañera de trabajo, etc., una de las fortalezas que tenemos es el seguimiento. Conocemos dónde trabaja, con quién trabaja. Cuando no vienen al taller las vamos a buscar. Aquellos pacientes que ingresan al taller de rehabilitación o en policlínicas de seguimiento se descompensan muchísimo menos; por eso intentamos darles a esos pacientes una accesibilidad mayor.

Otras acciones planteadas y/o en curso

Indagación social para recabar mayor información sobre las semanas previas a la

hospitalización, de forma de contactar a la pareja que M. mencionó.

Tramitación de la pensión por incapacidad.

Atención en salud sexual y reproductiva y medidas anticonceptivas.

Conclusiones y preguntas al cierre

Frente al diagnóstico de esquizofrenia, hoy por hoy contamos con muchos recursos terapéuticos para la elaboración de un proyecto terapéutico. El cómo ponerlos en marcha en cada caso requiere de una evaluación de la situación que incorpora múltiples aspectos de la compleja vida de las personas.

En este caso, M. es una persona con buen nivel intelectual y cultural previo, que tuvo un proyecto de realización profesional y un proyecto de familia, y que hace varios años se mudó de departamento de origen y se alejó de su familia. Hace aproximadamente 10 años comienza un proceso patológico en el cual se plantea el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, del cual hubo consenso en este ateneo.

En el período de tratamiento, desde la primera hospitalización hasta ahora, se ha puesto en evidencia que responde al tratamiento farmacológico y que tiene un estilo vincular que favorece su ingreso y mantenimiento en un programa de rehabilitación; ambas indicaciones en este ateneo se consideraron adecuadas y necesarias.

Se plantean desafíos al buscar dar continuidad al tratamiento, donde varios factores actúan como dificultades importantes. Vinculado al proceso patológico: la ausencia de conciencia de enfermedad. Vinculado a las condiciones de vida de M.: carencia de sostén sociofamiliar en Salto, su hija viviendo en la ciudad, y vinculado a esto su decisión de mantener residencia en Salto. Temas relevantes para las entrevistas previstas con la paciente y con sus familiares en los días siguientes al ateneo.

A la vez, como equipo de salud nos planteamos las dificultades y límites en la toma de decisiones que involucran aspectos no especí-

ficamente médicos de la vida de los pacientes, como es el lugar de residencia.

Agradecimientos y cierre de la actividad

Nota: Agradecemos a los laboratorios Roemmers y Rowe, que sustentaron los pasajes y el alojamiento de todo el personal que vino, y a la gente de la *Revista de Psiquiatría* y de la Sociedad de Psiquiatría.

Dra. A. I. Ruiz —Destaco que hemos logrado una productiva interacción entre la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, la Regional Norte, el Servicio a nivel mutual, el Servicio a nivel de ASSE, y la *Revista de Psiquiatría* de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Agradecemos a todos los que participaron y permitieron que el esfuerzo interinstitucional diera este resultado. La integración de la Dra. Cecilia Álvarez a la *Revista de Psiquiatría del Uruguay* desde el año 2012 ha sido de un valor increíble, ya que ha permitido la realización de actividades en este año en las que participaron en forma activa los colegas del interior del país (Salto, Paysandú, Cerro Largo, Canelones).

Prof. Agda. Dra. S. Romano —Agradecemos esta posibilidad y todo el esfuerzo. Y a Cecilia, que realmente se puso esto al hombro. Agradecemos a todos los compañeros de Paysandú que vinieron hasta acá. A Marcos y a Bartolomé, que nos recibieron ayer y que, además

de brindarnos su calidez, nos transmitieron la valiosa experiencia. Muchísimas gracias.

Cecilia está terminando su etapa grado 3 de Profesora Adjunta, y me parece importante haber venido en esta etapa. Esperemos seguir contando con su colaboración. Antes de ser docente ya estaba trabajando para esto. Vamos a ver si encontramos formas de seguir trabajando. Eso es un compromiso.

Prof. Dra. S. Bocchino —Finalmente, quiero agradecer a la Prof. Adjta. Dra. Cecilia Álvarez que preparó el ateneo con las colegas más jóvenes. También hay que agradecer a la Dra. Sandra Romano y a la Sociedad de Psiquiatría, porque tuvieron la idea y la llevaron adelante. Y cuando alguien hace una buena gestión, que culmina tan bien, hay que encargar a esas personas para que una vez por año tengamos eventos de este tipo.

Nota final

Seis meses después del Ateneo tomamos contacto con los padres de la paciente.

Actualmente vive con ellos y concurre a consulta con psiquiatra regularmente. Recibe neurolépticos de depósito.

Ha vuelto a Salto en dos ocasiones a visitar a su hija. Aún no trabaja.