

Historia clínica

FP. FL. Mujer de 32 años, procedente de ciudad del interior, vive en una casa en el mismo terreno que la casa de su padre.

Separada hace nueve años. Un hijo de nueve años con retraso mental leve. Vive con sus vecinos desde hace cinco meses, en ocasión de la hospitalización anterior de FL.

Escolaridad: Ciclo Básico de Secundaria incompleto.

No trabaja. Último empleo de tres meses de duración, como obrera no especializada, hace dos años. Cobra pensión de su hijo. Tramitó pensión por incapacidad para ella, que no le fue otorgada.

Antecedentes médicos personales. Tabaquismo. Dislipemia. Hipotiroidismo en tratamiento con T4, en eutiroidismo. Enuresis desde la infancia. Ciclos menstruales irregulares de larga data.

Antecedentes perinatales. Nacimiento a término por cesárea debido a episodio de hipoxia fetal y líquido amniótico meconial. Peso al nacer: 2.700 g.

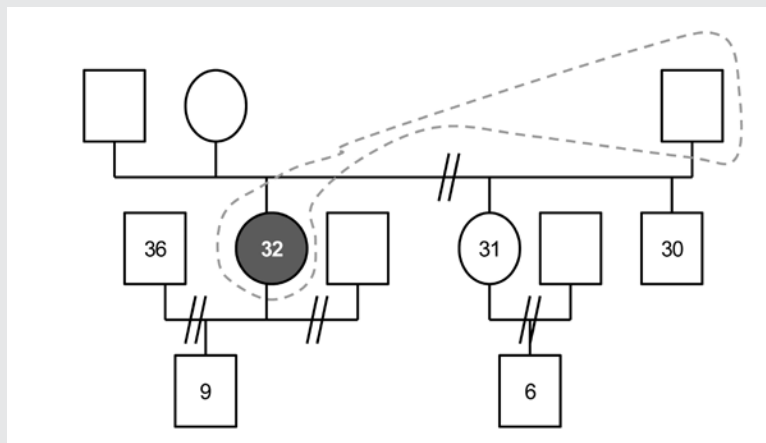
Antecedentes psiquiátricos personales.

Inicio de consultas con psiquiatra hace dos años, mientras se encontraba viviendo en un hogar para víctimas de violencia doméstica (VD) por sospecha de abuso sexual (AS) de la pareja de la paciente al hijo de ella: «Intentó abusar sexualmente de él», «Mi nene me dijo, lo revisé, fui a la escuela y les dije lo que pasaba y ahí se juntaron con el doctor, dijeron que no tenía signos de violación», «Siempre me va a quedar la duda».

Primera internación psiquiátrica hace 18 meses en sala de psiquiatría en hospital polivalente por gesto suicida. En este período cinco hospitalizaciones en el hospital psiquiátrico con múltiples diagnósticos: trastorno de personalidad, nivel intelectual marginal, episodio depresivo, esquizofrenia. Recibió diez sesiones de ECT en su cuarta internación hace 14 meses. Múltiples consultas en emergencia de policlínica periférica y en puerta de este hospital. Historia de múltiples intentos de autoeliminación (IAE).

Refiere consumo de tetrahidrocannabinol (THC) desde los 16 años en forma ocasional. Relata consumo diario de pasta base (una

Genograma



vez al día) y alcohol (dos litros de vino al día) desde hace un año. Cocaína semanalmente. Esta historia de consumo es mencionada por la paciente por primera vez en esta internación. Cabe destacar que su psiquiatra tratante solo contaba con la información de consumo ocasional de THC, habiendo la paciente negado el consumo de otras sustancias. Además, durante esta internación, los datos aportados acerca del consumo de sustancias (cantidades, frecuencia) han sido muy variables, y nunca los refirió en hospitalizaciones anteriores.

Antecedentes psiquiátricos familiares. Padre alcoholista.

Fecha y motivo del ingreso. Ingresó al hospital tres meses antes del ateneo por IAE.

Situación clínica al ingreso. Tres días antes del ingreso realizó IAE con divalproato de sodio (8 g), 20 comprimidos de indometacina y T4 en forma impulsiva, tras haber consumido 1 litro de vino, luego de ruptura con una pareja con quien estuvo dos meses. No tomó precauciones, no fue premeditado. Luego de la ingesta sale a caminar por la calle y es vista por unos vecinos que la llevan al hospital regional. Le realizan carbón activado y la trasladan a un hospital polivalente en Montevideo, desde donde fue derivada al hospital psiquiátrico. Rectifica IAE desde el ingreso a la sala.

Refirió en forma imprecisa sintomatología depresiva en los días previos al ingreso con tristeza, astenia, clinofilia: «Me aburría, pasaba todo el día en cama» y llanto frecuente: «No quería estar sola», «El no me acompañaba».

Historia de crisis conversivas: «Me caigo en la calle y tiemblo, cuando estoy muy nerviosa», lo que motiva múltiples consultas en la Emergencia.* «Casi todos los días voy a Urgencia». Fenómenos pseudoperceptivos visuales: «Veo sombras cuando estoy nerviosa», y auditivos: «Me dicen que tengo que matar a mi padre».

Desde un inicio debemos destacar que la información aportada por la paciente varía de una internación a otra y de una entrevista a otra.

Examen psiquiátrico en sala

Presentación. Se presenta en ropas de calle, desaseada, algo desaliñada. Mal estado de piezas dentarias. Buen estado nutricional. Edad biológica mayor a la cronológica.

Conciencia. No presenta alteraciones, mantuvo la atención durante toda la entrevista, concentrándose en el diálogo. Bien orientada en tiempo y espacio. Conciencia de síntomas, no de enfermedad.

Actitud. Pueril, demanda que se hagan cargo de ella. Aprobativa. Impresionista. Gran imprecisión en el relato, lo cual dificulta obtener la información sobre su curso de vida y antecedentes. Cambia datos de su historia en el mismo día con distintos entrevistadores. Presenta variabilidad y reactividad al entorno. Se muestra más a gusto con entrevistadores de sexo masculino.

Encuentro. La actitud referida genera en la entrevistadora la vivencia de inautenticidad y de intención de manipulación de parte de FL, lo que dificulta el encuentro empático. En la mayor parte de la entrevista es posible seguir el hilo del relato, si bien al referirse a los episodios de hetero y autoagresión el encuentro en lo ideico se torna dificultoso.

Fascies mímica y gestualidad. Hipomimia, sin expresión de sufrimiento. Sonríe en forma no adecuada a los comentarios que realiza, por ejemplo, al referir: «Voy a la urgencia y me conocen todos» y al contar detalladamente episodios de agresión a un gato.

Pensamiento. A nivel del curso se destaca la latencia variable en las respuestas, siendo menor al final de la entrevista. Sin trastornos formales del pensamiento. Algo concreto. Refirió historia de fenómenos pseudoperceptivos en contexto de ansiedad. En el momento de la entrevista negó ideas de muerte o autoeliminación, rectificando IAE que motivó su ingreso. No se evidenciaron ideas delirantes.

Humor y afectividad. No se evidenció expresión de tristeza o angustia, si bien se hablaron temas penosos durante la entrevista. No se identifican los síntomas depresivos que relata la paciente.

* Ver resumen del registro de consultas en la cronología de la atención.

Psicomotricidad. Leve inhibición, se mantiene en flexión y con brazos cruzados durante gran parte de la entrevista. Se moviliza con pasos lentos.

Conductas complejas. IAE reiterados con psicofármacos en el último año. Historia de consumo de THC desde los 16 años en forma ocasional. Relata consumo diario de PBC y alcohol (dos litros de vino) desde hace un año, lo cual impresiona maximizar. «Fumo una vez al día PBC», «Empecé porque un señor del barrio me invitó, para conseguir la droga me acostaba con él», «También me daba cocaína de vez en cuando». Niega síntomas de abstinencia. En las dosificaciones de sustancias realizadas en el hospital no se constató consumo.

Refiere en forma muy detallada y dramática episodios en los que mató gatos: «Ahorqué un gato grande con mis manos».

Episodios de auto y heteroagresividad verbal y contra objetos frente a mínimas frustraciones, confirmadas por personas de su entorno.

Pragmatismos. Globalmente alterados. Funcionamiento dependiente para la gestión de la vida cotidiana, dependencia económica, delegación en otros de la toma de decisiones. Vínculos sociofamiliares conflictivos e inestables. Mantiene vínculos sociales ocasionales y con sus familiares directos se evidencia un deterioro progresivo, alejamiento de su madre, conflictos y situaciones de violencia con su padre, no ve a sus hermanos hace más de un año. Su principal vínculo es con los miembros del equipo asistencial.

Nivel. Cursó primaria completa (repite 1.º y 3.º por dificultad en aprendizaje). Cursa hasta tercer año de liceo (incompleto). Realizó un curso de panadería en UTU, el cual abandona: «No tenía plata para comprar los materiales». En la entrevista se evidencia un manejo del lenguaje acorde al entorno sociocultural de referencia, comprende las preguntas, abstrae en forma adecuada las ideas y conceptos expresados por el equipo de atención.

Personalidad. Se destaca la puerilidad y pasividad de la paciente. Imprecisa. Aprobativa. Manipuladora. Se siente a gusto con la internación. Toma síntomas de otras pacientes de la sala.

Biografía

Nació en 1980 en un hospital público especializado en obstetricia. Vivió su niñez y parte de la adolescencia en barrio del norte de Montevideo junto a su padre, su madre y sus dos hermanos. Su padre en ese momento era funcionario público (actualmente jubilado) y su madre trabajaba como técnico radióloga. Según el relato de FL, era ella quien cuidaba de sus hermanos mientras sus padres trabajaban.

Historia de violencia doméstica por parte de su padre hacia su madre, y por parte de esta hacia la paciente, según ella relata, motivada por el desconocimiento de las causas orgánicas de su incontinencia urinaria.

A los dos años se intoxica con fármacos que su madre le daba para dormir, según relata la paciente: «porque era muy inquieta», por lo cual se le realiza un lavado gástrico.

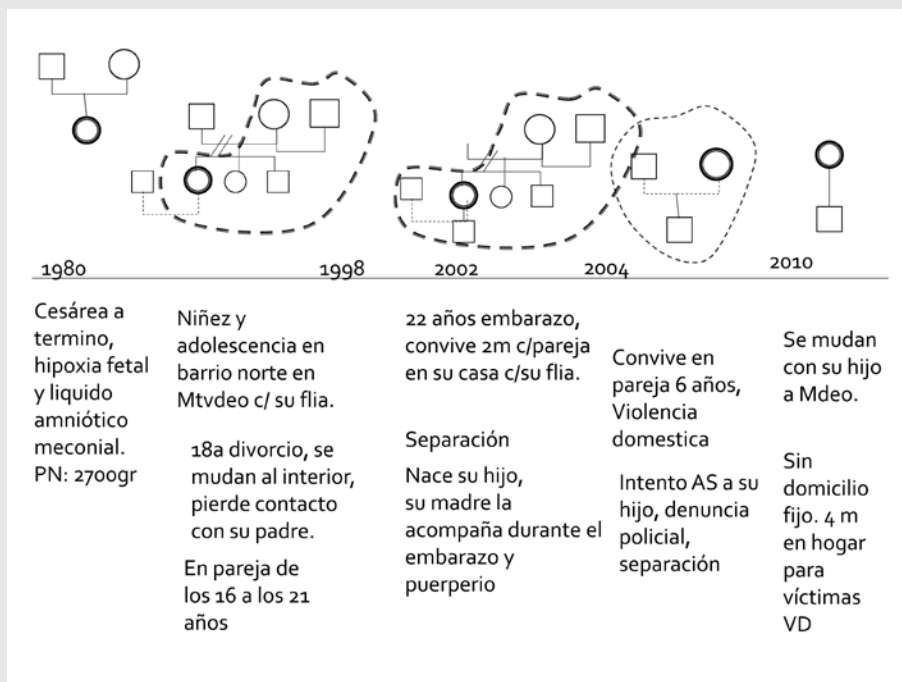
A los 18 años sus padres se divorcian y se muda al interior junto a sus hermanos, su madre y la nueva pareja de esta (quien luego es enviado a prisión por motivos que se desconocen), por lo que pierde contacto con su padre.

En pareja desde los 16 a los 21 años. A los 22 años queda embarazada de esta pareja, que residía en Montevideo. Su pareja se va a vivir con ella y su familia, se separan a los dos meses, su madre la acompaña durante el embarazo y puerperio. En relación con esta pareja relata que era consumidor de cocaína; la paciente atribuye el fin de la relación a heteroagresividad de su pareja hacia ella.

Aproximadamente dos años después se va a vivir con otra pareja, con quien convive durante aproximadamente seis años. Historia de violencia doméstica por parte de esta pareja hacia la paciente. El intento de abuso hacia el hijo de la paciente por parte de su pareja determina la separación. Luego de realizar la denuncia policial sufre una serie de amenazas, por lo que decide irse del departamento en que vivía.

Reside aleatoriamente en distintos lugares (casa de su hermana, de una prima) hasta llegar finalmente a un hogar para madres e hijos víctimas de VD en Montevideo. Allí reside durante cuatro meses (de junio a octubre de 2010).

Esquema biográfico



En setiembre de 2010 presenta su primera internación psiquiátrica en hospital general por gesto suicida. A los diez días es trasladada desde el hogar a hospital psiquiátrico. A partir de este momento se suceden internaciones, entre las cuales no transcurre un lapso mayor a dos meses. En estos períodos reside con su padre en zona metropolitana. Luego de la tercera internación se muda a una pieza lindera con la de su padre. Su hijo ha estado a cargo aleatoriamente del padre o la madre de la paciente. Luego de la internación anterior a la presente, su hijo, por orden del juez, pasa a cuidado de vecinos, ya que la madre no se hacía cargo y existe una situación de violencia de parte del padre de ella hacia su hijo cuando está alcoholizado.

Evolución en sala

Desde el ingreso la paciente rectifica el IAE. Se encuentra eutímica. Cambia continuamente su discurso frente al personal de salud.

No demanda alta, se muestra a gusto con la internación. Pasó su cumpleaños internada, queriendo festejarlo con sus compañeras de sala. Recibe visitas de su madre y padre en forma esporádica. En una oportunidad recibió visita de su hermano. Refiere deseos de querer ver a su hijo, pero no se angustia al hablar de ello. No lo ha visto durante toda la internación: «Estoy tranquila que está con mis vecinos; ellos tienen la tenencia, pero cuando esté mejor lo quiero conmigo».

Presentó numerosos eventos de alteraciones conductuales que motivaron llamados a psiquiatra de guardia, medicación i/m y medidas de contención. En múltiples ocasiones intentó irse del hospital, dando aviso en otras amenazas con autolesionarse: «Hoy de tarde me voy a cortar».

Se realiza tratamiento farmacológico con sertralina, quetiapina, divalproato y flunitrazepam.

Cabe destacar las múltiples consultas por parte de la paciente a médico internista de la sala por sintomatología variada, la mayoría de las veces sin una base orgánica demostrable.

Hace dos meses fue entrevistada por el Prof. Adj. Dr. Luis Villalba para valorar la oportunidad de iniciar una psicoterapia en el Servicio de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas. En la entrevista la paciente centralizó su problemática en el consumo de sustancias. Se realizó un diagnóstico presuntivo primario de trastorno por consumo de sustancias en remisión parcial y trastorno de personalidad, haciéndose difícil precisar más el diagnóstico.

Una semana después fue entrevistada por el Prof. Dr. Mario Orrego. En esta entrevista se centró principalmente en síntomas de ansiedad posteriores al intento de abuso de su hijo. Se destacaron elementos de trastorno por estrés postraumático. Se propuso fortalecer sus puntos fuertes y vincularla a actividades que le gustan y promoverían cierto grado de autonomía.

Al enterarse la paciente de que se realizaría un ateneo con su caso clínico se muestra muy a gusto, sonríe, pregunta qué preguntas se le realizarán, que médicos la verán. Desde que tiene noción de que se realizará el ateneo no ha tenido intentos de irse del hospital, ni alteraciones conductuales en sala.

En su última internación en sala de la Clínica Psiquiátrica, hace siete meses, se realizó un proyecto terapéutico en forma interdisciplinaria con el equipo de Facultad de Psicología que trabaja en la sala y estudiantes de trabajo social. Se realizó acompañamiento en domicilio por parte de estudiantes de psicología y servicio social, se realizó seguimiento clínico en policlínica con el Dr. Ramiro Almada, quien la veía asiduamente, incluso con más frecuencia de lo que la paciente era citada.

Pese a un tratamiento con internaciones psiquiátricas reiteradas, y un seguimiento cercano con control psiquiátrico e intervención psicológica y social de sostén y apoyo, no ha habido una evolución favorable de esta paciente en forma ambulatoria.

Tratamiento farmacológico actual

Sertralina 150 mg/día

Quetiapina 400 mg/d

Divalproato de sodio 1.200 mg/d

Flunitrazepam 2 mg/d

T4 50 mcg/d

Paraclínica realizada

– EEG normal

– Hemograma, glicemia, VES, función renal, funcional y enzimograma hepático, ionograma normales

– Se destaca aumento del colesterol total (203) y de los triglicéridos (224). Índice colesterol total/colesterol HDL = 6,08.

– TSH: 3,46 (normal)

– Última dosificación de divalproato de sodio PA hace 10 días: 57,02 ug/ml

Hospitalizaciones

1.ª H. Set/2010: 8 días. Hospital polivalente. Al alta: sertralina, clonacepam y flunitrazepam.

2.ª H. Octubre/2010: 9 días. Hospital Vilardebó. Ingresa procedente de refugio para víctimas de VD por gesto suicida. Al alta dg: F60-F70. Tratamiento: sertralina 50 mg/día, risperidona 3 mg/día, olanzapina 15 mg/día, valproato 200 mg/12 h, flunitrazepam y T4 50 mcg/día.

Internación en observación HV: 1 día en noviembre/10. Diagnóstico: F60.

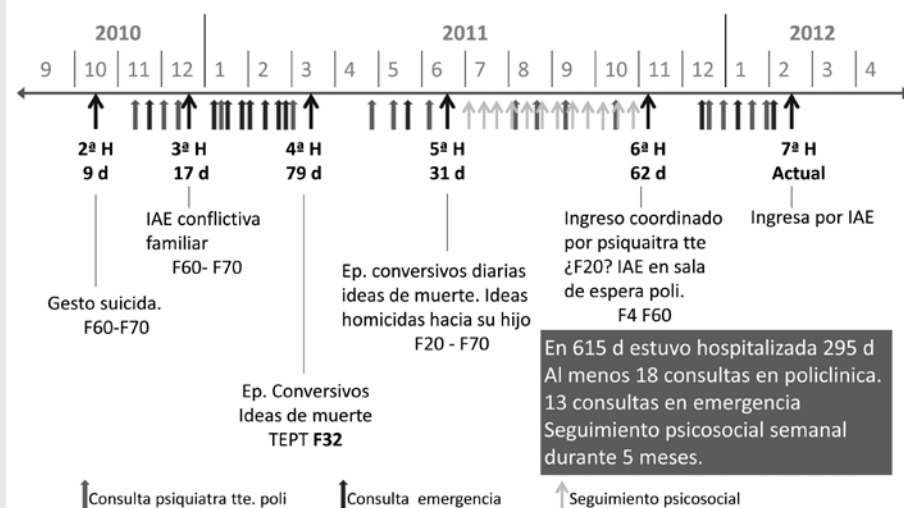
3.ª H. Diciembre/2010: 17 días. HV. Ingresa por IAE con psicofármacos vinculado a conflictiva familiar. Al alta diagnóstico: F60-F70. Tratamiento: sertralina: 50 mg/día, olanzapina: 5 mg/12 h, divalproato: 500 mg, clonacepam y flunitrazepam.

Dos consultas en puerta HV en enero 2011.

Internación en observación HV: 3 días en enero 2011. Al alta diagnóstico: F70. Tratamiento: sertralina: 50 mg/día, olanzapina 10 mg h 8 y 20 mg h 20, valproato 400 mg, clonacepam y flunitrazepam

Cuatro consultas en puerta HV en febrero 2011: la primera por sintomatología extrapiramidal moderada, pipotiazina.

Hopitalizaciones



Ateneo

4.ª H. Marzo/2011: 79 días. HV. Es traída por su padre por episodios frecuentes de caídas desde su altura, concomitantemente se consignó ideas de muerte al ingreso. Tratamiento al ingreso: sertralina: 100 mg/día, valproato 400 mg/12 horas, olanzapina 20 mg/día, diacepam y flunitracepam. Ingresa a Sala de Facultad: inicialmente se realizan planteos de F 70, TEPT. EEG: no se observan signos de sufrimiento cerebral ni actividad epiléptica. Durante internación presentó múltiples crisis conversivas e intentos de fuga. Recibió tratamiento con quetiapina hasta 500 mg/día que se interrumpió por ausencia de beneficios. Se suspendió sertralina. Se consignó notoria peoría al suspenderle valproato, por lo que se le reinstaló. Recibió diez sesiones de ECT. Se inició venlafaxina con el objetivo de tratar TEPT. Al alta diagnóstico: F32. Tratamiento: venlafaxina 75 mg/12 h, risperidona 3 mg/día, lorazepam y flunitracepam.

En mayo/2011: Ingresa a la Emergencia de Policlínica por IAE con fármacos. Es trasladada al hospital polivalente para desintoxicación y

posteriormente a la Emergencia del Hospital Vilardebó: un día de internación en observación. Al alta diagnóstico: F60-F70-F32.

Ingresos diarios a la emergencia de la policlínica zonal por crisis conversivas y en una ocasión por IAE con medicación. No es trasladada.

5.ª H. Junio/2011: 31 días. HV. Crisis conversivas diarias, ideas de muerte e ideas homicidas hacia su hijo. Diagnóstico al alta: F20-F70.

Agosto/2011: IAE con fármacos. Ingreso a la Emergencia de policlínica zonal.

31/8/2011: Consulta en Emergencia de policlínica por «crisis psiquiátrica».

10/9/11: Consulta en Emergencia de policlínica por «crisis nerviosa». Refiere ideas homicidas hacia su padre.

11/9/11: Consulta en Emergencia de policlínica por lumbalgia. Solicita traslado al Hospital Vilardebó.

6.ª H. 13/9/2011-14/11/2011. 62 días. Ingresa por IAE con medicación en la sala de espera de la policlínica mientras esperaba ser atendida por psiquiatra en el día de su consulta.

25/11/2011 consulta en Emergencia por ideas de heteroagresividad para con su padre.

6/1/2012 enviada desde su policlínica a Emergencia para recibir haloperidol de depósito y DPA.

7/2/2012 consulta en Emergencia HV intentando en forma manipulativa ser ingresada. No se precisó sintomatología.

10/2/2012 consulta en Emergencia HV por ingesta de psicofármacos en forma manipulativa para lograr internación.

Planteo diagnóstico psiquiátrico en esta hospitalización

Eje I. Trastorno disociativo-conversivo

¿Trastorno por dependencia THC PBC cocaína?

Eje II. Trastorno de personalidad histriónico.

Nivel normal.

Eje III. Tabaquismo. Dislipemia. Hipotiroidismo. Enuresis desde niña. Gastritis.

Eje IV. Hijo portador de RM leve con enuresis y encopresis. Padre alcoholista y violento. Episodio de abuso hacia su hijo con consecuente ruptura de pareja. Situación socioeconómica deficitaria.

Eje V. Apragmatismo laboral en los últimos dos años, alteración de los vínculos sociofamiliares, pragmatismo sexual conservado.

Técnica proyectiva mayor Rorschach

LAM	T/R	RESPUESTA	LOC.	DETERMINANTES	CONT.	P/O	OBSERVACIONES
I	7"	Placa de tórax	Wp	Fk	At.		Shock al gris
II	32"	Huesos con sangre	Wp	F	At, Biol		Shock al rojo MOR.
III	23"	Gemelos	D	M	H	→ P	Shock al rojo Doble Duplicación
IV	40"	Pie grande	WP	F+-	(H)		Descripción Shock sexual
V	4"	Mariposa	WP	FM	A	P	
VI	23"	Gusano saliendo	Wsec sim	FM, FK (saliendo)	A, obj	P	
VII	17"	Dos bailarinas	Wsec sim	M	H		Lien Contradicción
VIII	22"	Dos leones y una mariposa	D	FM	A	P	Respuesta por Duplicación
IX	31"	Fuego	Wp	C, m	Abs.		Shock al color. Alt amnésica
X	5"	Árbol con pajaritos	Wsec sim	FM, F+-, FC	`PI, A		Diminutivo

Estudio de personalidad realizado por la Unidad de Consulta Psicológica en sala - Facultad de Psicología.

Permite inferir cierta posibilidad de intelectualizar la angustia y cierta posibilidad de insight.

Tiempo de reacción muy por debajo del esperado: pensamiento acelerado donde irrumpe la impulsividad y la ansiedad, evitándole tomar el tiempo necesario.

Productividad descendida: aspectos más depresivos, regresivo e inseguro. Sin posibilidad de elaboración en un segundo momento para dejar aflorar lo más latente. Incapacidad de proyección o la paralización producto de la ansiedad paranoide que genera la prueba.

Pensamiento teórico sin sentido práctico que le permita captar los problemas cotidianos y lo compartido socialmente.

Se infiere un buen nivel intelectual, por momentos teñido de lo más primario, regresivo e impulsivo, no permitiéndole usar su potencial.

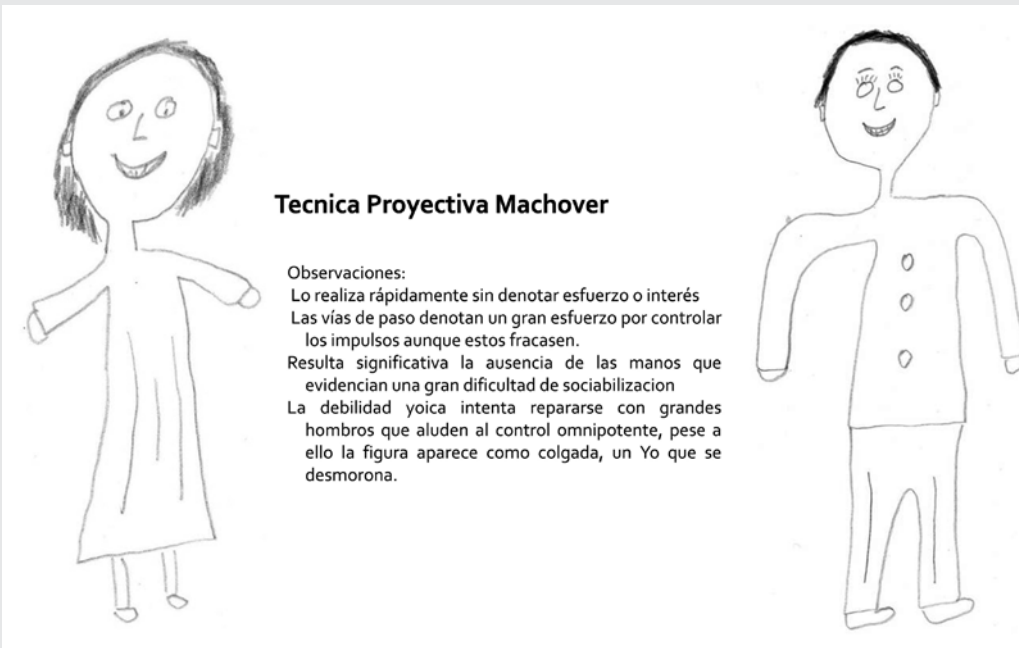
Dificultades de contacto social muy marcadas, irrupción de proceso primario y gran tendencia de pasaje al acto. Sugiere riesgo suicida y signos depresivos.

Juicio de realidad

Entre los fenómenos especiales a destacar se encuentran: Shock al rojo y Mor asociados a lo más impulsivo y hostil, presentes en personas con tendencia al acto y el riesgo suicida. Por otra parte, los fenómenos Par, Lien, Doble y Respuesta par dan cuenta de la dificultad de diferenciación y de la tendencia a formar vínculos simbióticos.

Índice de terapibilidad. Pese a que no se hallaron en el protocolo determinantes K (perspectiva) que hablan de la posibilidad de tomar distancia y pensar el conflicto, la presencia de m y k hablan del intento de intelectualizar la angustia y cierta posibilidad de insight. Es de buen pronóstico el hecho de no hallarse respuestas patológicas en el presente protocolo que darían cuenta de una pérdida de contacto con la realidad y un compromiso más grave.

Técnica gráfica Machover



Técnica Proyectiva Machover

Observaciones:

Lo realiza rápidamente sin denotar esfuerzo o interés
Las vías de paso denotan un gran esfuerzo por controlar los impulsos aunque estos fracasen.
Resulta significativa la ausencia de las manos que evidencian una gran dificultad de socialización
La debilidad yoica intenta repararse con grandes hombros que aluden al control omnipotente, pese a ello la figura aparece como colgada, un Yo que se desmorona.

Referente al contenido de sus respuestas, vemos que la respuesta 1) «pájaro para volar» evidencia la necesidad de desprenderse, de diferenciarse, de separarse.

Otra de las respuestas es: «rosa con espinas», donde trae el tema de la agresividad, aspecto que pese a la poca capacidad de control le preocupa mucho a FL.

Análisis psicodinámico

¿Por qué se le hace imposible sostener el vínculo con su hijo?

Entendemos que no puede estar a cargo de otra persona ya que lo que ella demanda es que se hagan cargo de ella. Cuando se le pregunta por qué quiere volver al hospital refiere: «Allá me cuidan más».

Asimismo, relata que los intentos de autoeliminación son porque no puede soportar la «carga».

Observando su historia de vida, visualizamos que siempre ha habido otro que la ha sostenido como «carga».

La institución salud entra en juego en su dinámica cuando sus vínculos cercanos ya no están allí para reproducir este modelo.

Se visualiza además que el buscar internarse y una vez adentro intentar fugarse remiten a cierto goce asociado a la no satisfacción del deseo.

En suma

Baja tolerancia a la frustración y poca capacidad de espera, tendencia al acto, la búsqueda de satisfacción inmediata.

Mecanismos defensivos tales como: regresión, proyección, disociación. Rigidización. Control omnipotente.

Auto y heteroagresividad producto del fracaso de las defensas y los intentos del Yo por sostenerse.

Aspectos pueriles, características algo infantiles, añiadas, actos manipulativos.

Tendencia a formar vínculos simbióticos, que se complejizan por ciertos sentimientos algo ambivalentes.

Dificultad de hacerse cargo, inestabilidad emocional y afectiva.

No pérdida de contacto con la realidad ni alteraciones de conciencia.

Angustia de castración, con dificultades de renuncia marcadas y una gran avidez neurótica representada por la necesidad de abarcarlo todo.

Las técnicas dan cuenta de preocupaciones hipocondríacas.

Buen nivel intelectual.

Graves dificultades de relacionamiento y empatía, resultándole muy difícil considerar a los otros.

A través de las diferentes técnicas se ha podido constatar los mismos datos.

Aproximación diagnóstica

Neurosis histérica grave

Recomendaciones

Seguimiento que officie como sostén y guía en la adherencia al tratamiento y el autocuidado. Control periódico con el psiquiatra y psicoterapia.

Entrevista

Dra. Sandra Romano —¿Estás nerviosa?

P —Sí.

Dra. S. Romano —¿Por qué?

P — [...] tanta gente.

Dra. Sandra Romano —Le pido que hable fuerte porque hay mucha gente y es importante que la puedan escuchar. ¿La ponía nerviosa venir con tanta gente? ¿Qué le preocupa de estar acá con tanta gente?

P — [No se oye]

Dra. S. Romano —¿Cómo está pasando estos días?

P —Bien.

Dra. S. Romano —¿Bien? Está mucho mejor.

P —En todo.

Dra. S. Romano —En todo. ¿Qué la preocupaba y cómo se sentía?

P —Escuchaba voces, veía cosas. Estaba desanimada y veía cosas.

Dra. S. Romano —Desanimada. ¿Y veía cosas? ¿Qué veía, por ejemplo?

P —Animales grandes.

Dra. S. Romano —En particular, ¿en algún momento del día?

P —Sí, de tarde.

Dra. S. Romano —De tarde. ¿De tardecita, por ejemplo? ¿Eso se presentaba cuando usted ya estaba acostada o en algún otro momento del día?

P — [No se oye]

Dra. S. Romano —No era cuando estaba en la cama como para dormirse. Y lo que dice de las voces, ¿cómo eran?

P —Me llamaban a mí. A veces iba caminando en la calle y sentía que me llamaban.

Dra. S. Romano —¿Alguien que la conocía?

P —No.

Dra. S. Romano —Una voz desconocida. ¿La llamaba por su nombre?

P —Sí. Y yo me daba vuelta y no había nadie.

Dra. S. Romano —¿En alguna ocasión le dijeron alguna otra cosa?

P —Sí, de matarme.

Dra. S. Romano —¿De matarse? Cuando ha intentado matarse ¿ha sido por este motivo o por otros motivos?

P —Sí.

Dra. S. Romano —Por este. ¿Siempre?, ¿nunca hubo otro motivo?

P —Sí, cuando mi pareja intentó abusar de mi hijo...

Dra. S. Romano —¿Qué cambió en usted cuando se enfermó? ¿Cómo era antes de enfermarse?

P —Trabajaba, cuidaba a mi hijo.

Dra. S. Romano —¿En qué trabajaba?

P —En quinta, en [...] en casas de familia [...]

Dra. S. Romano —¿Eso fue después, ¿no? Después de 2010...

P —Sí, fue lo último.

Dra. S. Romano —¿Y antes había trabajado de empleada en casas de familia?

P —Sí.

Dra. S. Romano —El tiempo más largo largo que estuvo en algún empleo, ¿de cuánto fue?

P —Seis meses.

Dra. S. Romano —Seis meses. O sea que cambiaba bastante. ¿Por algún motivo cambiaba? ¿Le decían que se fuera o era usted que se iba?

P — [Estuve enferma también] En uno me fui yo y en el otro me echaron.

Dra. S. Romano —¿Es un poco brava de carácter?

P —No, cuando me enojo, nomás.

Dra. S. Romano —¿Cómo es cuando se enoja?

P —Puedo llegar a matar a alguien.

Dra. S. Romano —¡Ah!, ¿sí?, ¿mató a alguien alguna vez?

P —Sí, al gato de mi padre.

Dra. S. Romano —¿Al gato?

P —Sí, lo apuñalé.

Dra. S. Romano —¿Lo apuñaló?

P —Porque quería apuñalar a mi padre y no me animé. Papá me sacó el cuchillo.

Dra. S. Romano —Le sacó el cuchillo, ¿cuándo?, ¿después de que mató al gato?

P —No, lo iba a apuñalar a él y él se dio vuelta y me sacó el cuchillo.

Dra. S. Romano —¿Y entonces?

P — [Maté al gato]

Dra. S. Romano —¿Qué piensa de eso?

P —Que está mal.

Dra. S. Romano —¿Y qué siente?

P — [No contesta]

Dra. S. Romano —¿Se angustió por algo?

P —Mi padre me pone muy nerviosa.

Dra. S. Romano —¿Cuando se acuerda de él se pone mal?

P —Sí, porque [...]

Dra. S. Romano —Usted ha vuelto a vivir en la casa de él después de todas estas situaciones. ¿Había pasado mucho tiempo sin verlo?

P —Cuando estuve en el Hogar.

Dra. S. Romano —Usted había dejado de vivir con su papá en la adolescencia. Ahí como que se habían alejado, habían perdido un poco el contacto. ¿Cuándo retoma contacto

con su papá?

P. —Después de que estuve internada.

Dra. S. Romano —O sea que pasó unos cuantos años sin verlo.

P. —Sí.

Dra. S. Romano —Después de la primera internación retoma contacto con él. Y ahí va a vivir al fondo de la casa de él.

P. —Estuve viviendo con él, primero.

Dra. S. Romano —Primero con él.

P. —Después saqué el préstamo y me hice la casa.

Dra. S. Romano —¿Qué préstamo?, ¿de dónde?

P. —De la pensión de mi hijo.

Dra. S. Romano —Y ahí construyó lo que tiene ahora.

P. —Sí, papá y mamá también pusieron plata.

Dra. S. Romano —Así que la apoyaron en eso. Pero de su mamá está bastante alejada ahora, ¿no?

P. —No, mi mamá viene una vez por semana.

Dra. S. Romano —Ahora está viniendo. Pero cuando estuvo internada en el período anterior, no la había venido a ver. ¿Por qué?, ¿qué había pasado?

P. —Porque estaba enojada conmigo.

Dra. S. Romano —¿Y por qué se enojó?

P. —Porque me quería matar. No me entendía, ahora me está apoyando.

Dra. S. Romano —¿Qué cambió? ¿Por qué ahora la apoya y antes no?

P. —Porque se enteró de que consumía droga.

Dra. S. Romano —O sea que esto ha tenido una consecuencia favorable en la relación con su mamá.

P. —Sí.

Dra. S. Romano —¿Cómo supo su mamá que usted estaba consumiendo?

P. —Le contó una compañera de trabajo.

Dra. S. Romano —¿Una compañera de trabajo de ella?

P. —Sí, porque trabaja acá.

Dra. S. Romano —Así que ahora está mejor. Con más ánimo...

P. —Sí, con ganas de retomar los estudios.

Dra. S. Romano —¿De retomar los estudios? ¿Qué le gustaría hacer?

P. —Tisanera.

Dra. S. Romano —Tisanera. ¿Alguna vez se le había ocurrido ser tisanera?

P. — [No]

Dra. S. Romano —¿Hay alguna otra cosa que esté pensando que tenga ganas de hacer? Algo para que su vida sea diferente que antes...

P. —Trabajar y recuperar a mi hijo. [...]

Dra. S. Romano —En algunas ocasiones usted me ha dicho que se le hacía muy costoso cuidar a su hijo.

P. —Sí, porque estaba mal.

Dra. S. Romano —Le parece que ahora no va a ser de la misma manera. Estaría en otras condiciones para hacerse cargo de él. ¿Ha tenido algún contacto con él?

P. —No, hace tres meses que no lo veo.

Dra. S. Romano —Hace tres meses que no lo ve.

P. —Sé que está bien.

Dra. S. Romano —Sabe que está bien, ¿quién le ha contado?

P. —Mi madre.

Dra. S. Romano —¿Su mamá tiene contacto con él? Su mamá también retomó contacto con él ahora, porque estuvo tiempo sin verlo, ¿no? ¿Cuánto tiempo pasó su mamá sin ver a su hijo?

P. —No sé...

Dra. S. Romano —Bastante... ¿Años?... Él ahora está con los vecinos.

P. —Sí, porque cuando yo estuve internada acá, en setiembre-octubre, se quedó con mi padre. Y mi padre le pegó, le partió la cabeza contra la pared. Los vecinos intervinieron [...]

Dra. S. Romano —Son vecinos que usted ya conocía. ¿Tenía una buena relación con ellos?

P. —Sí, lo llevaron al forense, hicieron la denuncia. La vecina tiene la tenencia; si no, iba para el INAU. [...]

Dra. S. Romano —Después de eso, usted estuvo de alta viviendo allá.

P. —Sí, lo veía todos los días.

Dra. S. Romano —¿Y cómo era la relación con estos vecinos?

P —Bien. Me daban de comer...

Dra. S. Romano —Hubo algún motivo de conflicto en algún momento con ellos, ¿no? Alguna diferencia de opinión.

P —Sí, puede ser.

Dra. S. Romano —¿Se acuerda cuál fue?

P —No.

Dra. S. Romano —¿No se acuerda o prefiere no hablar?

P —No me acuerdo.

Dra. S. Romano —En algún momento ellos habían planteado que usted fuera a vivir al fondo de la casa de ellos. Y después eso no se volvió a plantear. También en algún momento ellos la habían ayudado económicamente con parte del dinero de la pensión de su hijo.

P —Me daban \$ 500.

Dra. S. Romano —¿No fue eso motivo de discusión en algún momento?

P —Yo le daba \$ 3.000, cobraba \$ 3.500 [...] cobrando la asignación. Ahora la pensión también.

Dra. S. Romano —¿Por qué ingresa esta vez al hospital? Porque hizo un intento de quitarse la vida. Tomó pastillas.

P —Comí.

Dra. S. Romano —¿Por qué fue esta vez?, ¿qué pasaba? ¿Que sentía usted y qué circunstancias tenía su vida?

P —Porque perdí una pareja.

Dra. S. Romano —Perdió una pareja, una persona con la que tenía un vínculo [...]

P —Dos meses.

Dra. S. Romano —¿Cómo fue el día en que intentó quitarse la vida? ¿Fue el día en que discutieron y se separaron o fue después?

P —Después.

Dra. S. Romano —¿Usted estaba sola?

P — [No contesta]

Dra. S. Romano —¿Cómo fue que termina tomándose las pastillas?

P —Porque estaba mal, me sentía sola.

Dra. S. Romano —Parece difícil [...] Difícil o casi imposible.

P — [Me tomo las pastillas todas juntas porque cuando me pongo mal...]

Dra. S. Romano —¿En qué [...]? ¿Una ayuda o una solución?

P —En esos momentos no pienso en nada.

Dra. S. Romano —Siente, ¿qué siente?

P —Un impulso. Es un impulso.

Dra. S. Romano —Un impulso que se da, ¿estando usted cómo, afectivamente?, ¿qué está sintiendo usted en ese momento?

P —Mal. El haber perdido mi hijo.

Dra. S. Romano —Mal. ¿Puede describirme lo que usted siente?

P —Sintiéndome sola.

Dra. S. Romano —Soledad.

P — [No contesta]

Dra. S. Romano —¿Siente que tiene la posibilidad de llevar adelante su vida a pesar de estar sola en algunos momentos?

P —No sé [...]

Dra. S. Romano —Sola, no sabe.

P — [No contesta]

Dra. S. Romano —Cuando está acompañada siente que puede y cuando está sola siente que no. ¿Qué cambia en usted?

P —Que estoy acompañada.

Dra. S. Romano —¿Su vida cambia?

P — [No contesta]

Dra. S. Romano —¿Quiénes diría usted que son las personas que la quieren?

P —Mi familia.

Dra. S. Romano —¿Quiénes de su familia?

P —Mi madre, mis hermanos...

Dra. S. Romano —Sin embargo, ha sido bastante difícil la relación, ¿no?

P —Vinieron mis hermanos. Mi hermano hacía un año y medio que no lo veía.

Dra. S. Romano —¿Un año y medio sin verlo? ¿Le gustó mucho que viniera? Se sonrió...

P —Sí, me dio consejos.

Dra. S. Romano —Le dio consejos. ¿Qué le aconsejó?

P —Sobre la droga, porque él consumía también.

Dra. S. Romano —¿Qué le gustaría [...] cuando se vaya de acá?

P —Una casa de salud.

Dra. S. Romano —¿Qué imagina que es una casa de salud?

P. —Que me van a dar la medicación [...] Que esté cuidada, y aparte salir a trabajar.

Dra. S. Romano —¿En qué tienen que cuidarla?

P. —En controlarme la medicación.

Dra. S. Romano —¿Y en qué más?

P. — [Sonríe]

Dra. S. Romano —¿Qué la hizo sonreír?

P. — [No contesta]

Dra. S. Romano —¿Y cómo haría para estar con su hijo en una casa de salud?

P. —Ir a verlo.

Dra. S. Romano — [...] y usted lo visitaría.

P. —Hasta que yo consiga un buen trabajo para poderlo mantener.

Dra. S. Romano —¿Qué haría cuando tuviera un buen trabajo?

P. —Irme para mi casa y estar con mi hijo.

Dra. S. Romano —La casa que está en el fondo de la de su papá. ¿A usted le parece que el problema [...] habría sido el dinero?

P. —Sí, porque no tengo cómo mantenerme.

Dra. S. Romano —¿Es el único problema? ¿Si no hubiese sido por el dinero estaría [...] con su hijo?

P. — [No contesta]

Dra. S. Romano —Sin embargo, usted me dice que le cuesta estar sola.

P. —Sí.

Dra. S. Romano —¿Entonces?...

P. —Con mi hijo es distinto.

Dra. S. Romano —¿Con la compañía?...

P. —Sí.

Dra. S. Romano —Usted dice que necesita de alguien que la cuide a usted, que se haga cargo.

P. —Sí.

Dra. S. Romano —Le parece que en algún momento no va a necesitarlo.

P. —Pienso que no.

Dra. S. Romano —A usted le gustaría no necesitarlo.

P. —Mmm... Ahora no me siento [...]

Dra. S. Romano —Sin embargo, se siente

mejor. ¿Qué la habrá hecho sentir mejor?

P. —La medicación.

Dra. S. Romano —¿Y eso se mantendrá cuando salga de acá?

P. —Sí.

Dra. S. Romano —¿Por qué?, ¿qué cambió esta vez en relación con las otras?

P. —Mi hijo.

Dra. S. Romano —Estaba su hijo antes también. ¿Qué hay distinto esta vez?

P. — [No se oye]

Dra. S. Romano —Recuperé el vínculo con su mamá y con su hermano. ¿Y su hermana?

P. —Bien. [...]

Dra. S. Romano —¿Con ella tiene contacto también ahora o ya lo tenía?

P. —Ya lo tenía.

Dra. S. Romano —Con ella lo mantuvo. Y retomó la relación con su mamá y con su hermano.

¿Hay alguna otra cosa que le parezca importante que hablemos?

P. —De la atención, si me la van a dar o no.

Dra. S. Romano —Ya se la negaron una vez, ¿verdad? Pero, de usted, ¿hay algo más de lo que quiera hablar? [...]

P. —Que de noche me siento muy ansiosa.

Dra. S. Romano —Últimamente ha pasado mejor las noches, no ha requerido...

P. —Sí, pero pido la pastilla [...]

Dra. S. Romano —Es el horario en que está más tranquilo el hospital, ¿no?

P. —Sí, pero me pongo ansiosa.

Dra. S. Romano —¿Tendría inconvenientes en que algún compañero le quiera hacer alguna pregunta?

P. —Sí.

Dr. Luis Villalba —¿Usted tiene idea de por qué pasa lo que pasa? ¿Cuál es su teoría de la enfermedad? [...]

P. —El doctor me dijo que tenía trastorno de la personalidad. No sé bien qué es.

Dr. L. Villalba —¿Usted piensa que eso se debe a algo?

P. —No sé.

Dr. L. Villalba —Si tuviera que definirse,

¿cómo lo haría?

P. —Que a veces estoy bien y a veces estoy mal. Sentirme mal y quererme matar.

Dr. L. Villalba —Sentirte mal, ¿cómo?

P. —Estar con rabia.

Dr. L. Villalba —Rabia, con rabia ¿por qué?

P. —Por la vida.

Dr. L. Villalba —¿Por algunas personas en particular?

P. —Con mi padre tengo mucho rencor.

Dr. L. Villalba — [No se oye]

P. —No, mi padre. En general, mis hermanos también tienen mucho rencor contra él.

Dr. L. Villalba —¿O sea que tu padre es un poco la causa de lo que te pasa?

P. —Sí, desde la niñez.

Dr. L. Villalba —La relación con tu madre, ¿cómo es?

P. —Bien.

Dr. L. Villalba —¿Siempre fue buena?

P. —Sí, siempre conversamos mucho.

Dr. L. Villalba — [...] ¿Cuándo te aparecieron esas voces?

P. —Cuando empecé a consumir.

Dr. L. Villalba —¿Hace cuánto de eso?

P. —Un año.

Dr. L. Villalba —Un año. ¿Antes no tenías eso?

P. —No.

Dra. Stella Bocchino —¿Qué es lo que te da miedo?

P. —Me siento débil.

Dra. S. Bocchino —¿Qué te podría pasar? Porque aquí en el hospital te sentís segura; sin embargo, de noche igual te da miedo.

P. —Sí.

Dra. S. Bocchino —Usted se centra mucho en el sufrimiento por su hijo. ¿Cuándo fue que usted (entre comillas), porque usted dice: «perdió» a su hijo?

P. —El año pasado.

Dra. S. Bocchino —¿Y antes usted podía con su hijo?, ¿estar bien con su hijo?, ¿criarlo?

P. —Antes, cuando era chiquito.

Dra. S. Bocchino —¿Cuándo empezó a

tener dificultades para criarlo?

P. —Cuando quedé internada por primera vez.

Dra. S. Bocchino —Hace dos años.

P. —Sí, en el 2010.

Dra. S. Bocchino —¿Ahí cambió su vida?

P. —Sí.

Dra. S. Bocchino —¿Y a qué atribuye usted esta primera internación?

P. —Porque mi pareja intento abusar de él.

Dra. S. Bocchino —¿En su cuerpo usted no siente nada?: cosquilleos, calambres, que se duerman las piernas.

P. —Me duelen las piernas.

Dra. S. Bocchino —Le duelen.

P. —No sé por qué.

Dra. S. Bocchino —¿Desmayos?

P. —He tenido por baja presión.

Dra. S. Bocchino —¿Cuándo empezó el consumo.

P. —Hace un año, creo.

Dra. S. Bocchino —¿Nada más?, ¿antes no? Y hace un año, ¿qué consumo?

P. —Pasta base y cocaína.

Dra. S. Bocchino —¿Todos los días?

P. —Sí.

Dra. S. Bocchino —Todos los días. ¿Y cómo hacías para conseguirla?

P. — [No contesta]

Dra. S. Bocchino —¿No querés contarle eso?, ¿te da vergüenza?

P. —Sí.

Dra. S. Bocchino —¿Cuándo empezaste con la marihuana?

P. —A los dieciséis años.

Dra. S. Bocchino —Y desde hace un año cocaína y pasta base. Y decís que empezás a oír cosas cuando te excitás con la cocaína y la pasta base. Antes no. ¿Y qué pensás?

P. —Que no quiero consumir más, por mi hijo.

Dra. S. Bocchino —¿Y podrás?, ¿cómo?

P. —Alejándome de allá.

Dra. S. Bocchino —Cocaína y pasta base hay en todos los barrios. Cuando te vayas de alta vas a tener que seguir un tratamiento.

P. —Me quiero atender acá.

Dra. S. Bocchino —¿Con quién?

P. —No sé, con el doctor.

Dra. S. Bocchino —¿Con el Dr. García?

P. —Es buen médico.

Dra. S. Bocchino —Muchas gracias.

Discusión

Cecilia Castelli*

Al alta se le indica el seguimiento a la paciente, porque se preveía las dificultades de su reinserción, tanto a nivel familiar como social. El seguimiento se hizo por un período de un año, a mitad del cual se unieron compañeros de trabajo social. La frecuencia fue variada; primero fue semanal y luego dos veces a la semana. En un primer momento lo más importante a nivel de síntomas eran las crisis conversivas que iban en aumento y se requirió un trabajo mancomunado con el Dr. Ramiro Almada, médico de la Policlínica de referencia, para evitar la reinternación. Las crisis aparecían mucho en el transcurso de las entrevistas (temblores, entumecimiento de las piernas, caídas, vómitos, calambres), sobre todo cuando se tocaban determinados temas, como el vínculo con los padres y su infancia.

Durante el seguimiento la paciente es internada en dos oportunidades (durante el año 2011). En cada ingreso al hospital se suspendía el seguimiento por entender que, en cierta forma, ella optaba por esta solución.

Lo más relevante de esta entrevista es que sus respuestas son muy predecibles, el relato es reiterativo en la forma y en los contenidos, agregando la temática del consumo detonante de su enfermedad. El consumo de pasta base y de cocaína se indagó en su momento y no fue relevante. En el relato de sus padres, el consumo de marihuana había aparecido como algo ocasional en la adolescencia. Pero nunca como motivo de sus descompensaciones.

De aspecto la vemos mucho mejor, en cuanto a la ropa y el aseo. El año pasado tenía un problema en la piel, que no se evidencia en este momento.

En relación con la pregunta de las alucinaciones en el último año, refería historia de fenómenos pseudoperceptivos en contextos de ansiedad. En concreto relata que escuchaba voces, aunque se presentaban contradicciones acerca de las características de estas voces a lo largo de una misma entrevista y en algunas ocasiones se negaba la presencia de estas. Refería también alucinaciones visuales en formas de sombras de personas que aparecen en la noche.

Dr. Luis Villalba

Entrevisté a la paciente en octubre del año pasado en el Hospital de Clínicas y si bien se me plantearon dudas similares a las que se me plantean hoy, la paciente mostraba mayores dificultades en la expresión de sus ideas, manteniendo un nivel alto de ambigüedad. Relataba situaciones muy penosas con una sonrisa, insistía en que escuchaba voces. El relato se fue centrando en la historia del consumo de alcohol y otras sustancias como marihuana y pasta base.

Recuerdo que mi primera impresión fue que se trataba de una paciente con una esquizofrenia y luego pensé que podía ser un trastorno de personalidad grave que se podía descompensar por el consumo de sustancias. Hoy la veo más organizada en su pensamiento. En aquel momento no me resultaba fácil poder definir el tipo de trastorno de la personalidad que diera más cuenta de la paciente. La idea planteada por el borrador del DSM-5 de hacer primero el diagnóstico de trastorno de la personalidad sin especificar el tipo puede ser interesante, ya que nos permite ubicarnos en el problema. También en el manual OPD-2, que es un manual psicodinámico de diagnóstico de origen alemán, se diagnostica la estructura en diferentes niveles, siendo el nivel estructural bajo el más típico de los trastornos de la personalidad y el nivel desintegrado propio de la psicosis. De cualquier manera, recordaba el origen de la conceptualización del trastorno límite, como un intento de dar cuenta de los pacientes que no encajaban ni dentro de las clásicas neurosis ni dentro de la psicosis. Si bien hoy nadie diría que esta paciente pueda ser una neurótica, los síntomas conversivos, la sugestionabilidad y la necesidad de un

* Estudiante de Psicología. Pasantía Seguimiento de pacientes próximos al alta, Hospital Vilardebó, Área de Psicopatología, Facultad de Psicología. Docente Prof. Adj. Lic. Mercedes Couso.

público podrían hacer pensar en la histeria, en su versión más grave.

Entiendo el diagnóstico como una herramienta que nos ayuda a proponer un plan terapéutico. Desde este punto de vista, trataría de despejar la incidencia del consumo de sustancias para luego centrarme en el diagnóstico más preciso de la personalidad.

Prof. Dr. Mario Orrego

Esta es una paciente cuya patología no coincide con las prevalencias clásicas. Si uno piensa en el diagnóstico categorial, obviamente concluye que no se trata de patología mayor de tipo psicótico, como una esquizofrenia o un trastorno bipolar.

Lo más destacable es que los síndromes que presenta orientan a patologías que empezamos a identificar a partir de la década del ochenta, que son manifestaciones conductuales de marginación funcional con diagnóstico dimensional de encefalopatía y que habitualmente se confunden con patología de eje II.

La anamnesis revela que la paciente tiene un corte en la trayectoria de vida, cuando se queda sin sustento materno y de pareja, y comienza a consumir alcohol y sustancias psicoactivas. El consumo es esporádico (eventual laboratorio negativo) y está asociado a promiscuidad, por lo que si se la indaga directamente no se obtiene información. La información se logra mediante contrastación sutil en presencia de terceros (procede de la entrevista social realizada al padre) que aportan datos que la paciente oculta por vergüenza, como en la entrevista clínica del ateneo se pudo apreciar.

La presunción es que su marginación funcional está asociada a vulnerabilidad individual, consumo de neurotóxicos y deterioro cognitivo.

Resulta claro que la paciente queda identificada en la clínica a través de síndromes vagos o poco definidos que acumulan desempeño aprobatorio, puerilidad, desorden obsesivo, relato fantaseado, impulsividad.

El fenómeno de desorden obsesivo —sin compulsión— y relato fantaseado es característico de marginalidad funcional; tiene una secuencia de fallo: si surge una duda, se vuelve creencia, porque la duda persiste como ideación intrusa contribuyendo a la

elaboración de relato fantaseado errático sin discernimiento.

Es lo que le ocurre en relación con el dato de referencia que quedó identificado como eventual incidente traumático psicológico: refiere a reiteración que su enfermedad comienza cuando se separa de una pareja, estable durante varios años, en el momento que lo denuncia por presunto abuso sexual a su hijo. Fue contrastada por intervención médico legal y constatación de que el niño no había sido objeto de violencia; no obstante, la idea persiste y se recrea, adquiriendo circunstancialmente realismo subjetivo, una y otra vez, en el curso del diálogo de la entrevista.

Otro ejemplo: registra síndromes clínicos patológicos de las compañeras de sala de internación y después de un tiempo los refiere como propios de modo inconsistente.

¿Qué es lo que en principio uno piensa que puede estar vinculándose al grado de repercusión actual?

La pérdida de la estructura social —como jerarquizó el Dr. Luis Villalba— constituye algo más que una situación de vida inconveniente. Las personas portadoras de encefalopatías requieren del sustento vincular, en interacción de roles y a veces custodial, para organizar la mejor versión funcional de su cerebro. Si quedan sin estructura (en el caso, sin la madre, la pareja y el hijo) colapsan y convierten en un fenómeno de síndromes que no termina de ser identificado dentro de las categorías clásicas. Es un verdadero problema porque, si bien estos trastornos no tienen la gravedad de las psicosis, son crónicos y requieren rehabilitación a muy largo plazo.

Los programas de rehabilitación prolongados son los únicos que le proporcionan a estas poblaciones de pacientes la oportunidad de la rehabilitación en diferido. Para su ejecución se requiere la inserción en estructuras sanitarias con capacidad de generar autocontrol y desarrollo de roles básicos, con el propósito de mejorar el funcionamiento global. Si tienen esa oportunidad se posibilita la rehabilitación de competencias anteriores; de lograrse pueden volver a la familia, comunidad y de alguna manera funcionar.

Con la medicación pienso que hay que tener cuidados especiales, porque con la adminis-

tración de neurolépticos la paciente empeoró el trastorno conductual (hipofrontalismo) y experimentó un síndrome extrapiramidal importante, lo que es característico de la baja reserva funcional del cerebro (vulnerabilidad tóxica). De acuerdo con experiencia en la asistencia de estas poblaciones (algoritmo alternativo), en tanto se efectúe un balance prudente de fármacos con reducción de antipsicóticos a dosis óptima y escalada lenta (400 mg cada 5 días) a dosis efectivas de valproato (10-50 mg kilo peso por día), según tolerancia (monitoreo plasmático en la progresión) va a tener la mejor evolución.

Dr. Ramiro Almada*

En un momento la paciente estaba viviendo en el Hogar para víctimas de violencia doméstica y había tenido un episodio de características imprecisas, por lo cual había estado internada en el hospital.

En la atención de ella anteriormente tenía dudas diagnósticas y estaba considerando el posible diagnóstico de la esquizofrenia. Y en general estaba siempre en la duda entre diagnóstico de esquizofrenia y trastorno de la personalidad. Tras la hospitalización anterior prolongada se configuró el diagnóstico de trastorno de personalidad. Después de eso, básicamente mi actitud en el seguimiento de la paciente se enfocó en ese punto de vista.

En verdad, no hubo ningún avance sustancial de la paciente.

Después de esa hospitalización, la paciente estuvo viviendo como una especie de apéndice de la familia de los vecinos que se encargaron del hijo, en situación de dependencia. Vivía con ellos y se iba a dormir a la casa.

Sustancialmente, no había ningún cambio, ningún avance, en una paciente que siempre en las entrevistas se presentaba con muy pocas palabras. Era imposible que desarrollara un relato en las respuestas, y eso era invariable, más allá de que manifestara sentirse bien o mal.

Y la presentación en lo afectivo era siempre la misma, más allá de relatar sentirse bien o mal.

No sé exactamente por qué la paciente terminó la relación con la familia de los vecinos. Cortó la relación con la familia que se hizo

cargo del hijo; pienso que se deben haber cansado de ella, lo que era previsible desde el principio.

Dra. Carina Aquines

Creo que la entrevista es difícil en el caso de esta paciente. Aparece bien como lo describe Kernberg lo que es la diferencia del trastorno borderline y el diagnóstico diferencial con esquizofrenia. Presenta múltiples síntomas, recordando la neurosis polisintomática. Los episodios depresivos alternan con mucha agresividad e impulsividad. Presenta labilidad afectiva. No puede sola, necesita de alguien que la reestructure, que la arme, que le ponga los límites a su pobre constitución.

Pero hubo preguntas en las que realmente creo que pierde contacto con la realidad. Al hablar del hijo no movilizó afectos. Lo que sí presenta es la difusión de la identidad. Pasa de matar a un gato a sentir vergüenza porque ejerce la prostitución.

Pienso que la paciente presenta un trastorno borderline de personalidad, y estoy de acuerdo con la indicación de estabilizadores del ánimo.

Prof. Dra. Stella Bocchino

En general, estoy de acuerdo con la mayoría en lo que se ha dicho. No estoy de acuerdo con lo que decía el Dr. Orrego de que el caso no es grave. Pienso que sí, que es grave, porque es muy incapacitante para ella. Pienso que lo que tiene esta paciente es un trastorno muy severo de la personalidad, que se caracteriza fundamentalmente por su inmadurez. Una personalidad muy inmadura, que en los vínculos presenta todo lo que decía el Dr. Villalba. No puede ayudar a otros porque necesita que la cuiden a ella. Ella tiene miedo, por eso le pregunté lo del miedo, por su inmadurez.

El Dr. Orrego hablaba de —y en eso estoy totalmente de acuerdo— la aprobatividad, la puerilidad, la impulsividad y el relato fantaseado. Es como una nenita asustada que busca que la cuiden; permanentemente ha sido así. Y por eso cada vez que se asusta, porque la dejan o porque tiene un problema importante para resolver como lo que pensó de su hijo, se descompensa y busca estar en el hospital, donde se siente cuidada y segura.

* Atiende a la paciente en policlínica (no se escucha la explicación de la doctora).

Pero también pienso que hay que verla de una forma global. Ustedes dicen que no tiene repercusión afectiva. ¿No estuvo medicada ella con antipsicóticos hasta hace muy poco tiempo? Porque da la sensación de que está impregnada todavía, y esto podría explicar en parte la falta de repercusión afectiva que mostró la paciente.

Tenemos que pensar en una personalidad inmadura, un cerebro probablemente agraviado —como bien dijo el Dr. Orrego—, que ha consumido sustancias y han aparecido síntomas. Las alucinaciones pueden estar vinculadas al consumo (no sabemos exactamente si la cronología se ajusta o no), o bien a la inmadurez de su personalidad, porque, en un momento, ella no es nadie, esa estructura precaria, que no llega a ser psicótica, pero en los momentos difíciles se pierde, no sabe quién es. Entonces aparece la presentación histérica; no sabe quién es, entonces es muchas personalidades a la vez. Y es impulsiva, pero no la veo como un trastorno borderline de la personalidad. Me impresiona más como una personalidad que, por ser tan pueril y tan primitiva, tiene un pobre control de sus impulsos. Y por eso —como decía el Dr. Villalba— actúa los afectos y actúa sus representaciones.

Es fundamental evaluarla globalmente: tener en cuenta que su cerebro seguramente presenta un agravio por la hipoxia; un cerebro que, además, fue intoxicado por el consumo de sustancias tóxicas y que estuvo recibiendo antipsicóticos. Por otra parte, ella se queja de cansancio en las piernas y esto obliga a estudiar el eje tiroideo. Una de las características del hipotiroidismo es el dolor de piernas y el cansancio. Ella está tomando T4, pero no sabemos si hará el tratamiento a las dosis correctas y de manera regular.

A su vez, se crio en un ambiente de violencia doméstica, sin poder crecer como persona, porque uno la miraba ahí y parecía una niña pequeña buscando aprobatividad, buscando que la cuiden.

Considero muy difícil el tratamiento de esta paciente. Es correcto el uso de antiimpulsivos. Ya le estamos dando el valproato; la sertralina quizá tiene sentido usarla como antiimpulsivo más que como un antidepresivo, porque no la vi deprimida. Puede ser que en la noche se ponga muy ansiosa por temor, pero me

parece que el aspecto de la medicación es un problema, porque ella no la va a tomar, no sabemos con qué rigurosidad va a seguir el tratamiento farmacológico.

Me parece que lo más importante en esta paciente es el sostén, porque en tanto no esté sostenida, ella se pierde. Yo centraría el problema en esta paciente en el eje II. Es una personalidad muy pobre. No creo que ella pueda hacerse cargo de su hijo. No puede hacerse cargo de ella, por eso busca que la cuiden.

En un principio yo pensé —lo digo porque hay gente joven acá— si esta paciente no tendría un trastorno facticio. Pero lo descarté. ¿Por qué podemos descartar un trastorno facticio en este caso? Porque la persona que tiene un trastorno facticio simula consciente y voluntariamente una enfermedad para hacerse tratar, para sentirse tratada. Yo creo que esta paciente no hace ese proceso de la simulación consciente, sino que se descompensa al estar sola y busca la protección de los médicos y del hospital, busca repetidamente estar en el hospital porque es donde se siente más contenida.

Dr. L. Villalba

Pienso que esta paciente no es una esquizofrénica.

Hoy hay instrumentos que nos permiten hacer diagnósticos más precisos de los trastornos estructurales típicos de los trastornos de la personalidad. Si bien es un tema complejo, el OPD-2 evalúa la estructura en cuatro dimensiones: capacidades cognitivas, manejo de las relaciones y los afectos, capacidad emocional, capacidad de vínculos. En todas estas áreas el desempeño de la paciente me pareció pobre.

En cuanto al principio de realidad, se intenta ver de qué manera está alterado; puede estar abolido, alterado en períodos acotados de tiempo, acotado a determinadas situaciones, o lo que se pierde es el sentido de la realidad, muy frecuente en pacientes con trastorno de la personalidad en los que la percepción distorsionada de sí mismos y del otro generan un sentido de la realidad equivocado.

La regulación de los afectos en esta paciente está muy alterada. Probablemente trata de regular mediante actos y el consumo de sustancias. Por eso creo que el consumo es

secundario a sus dificultades estructurales.

Los vínculos también están muy distorsionados. Ha tenido múltiples parejas, le cuesta mucho conservar trabajos, los vínculos familiares son muy conflictivos.

Si tuviéramos que evaluar estructuras y definir el nivel, diríamos que es un nivel bajo.

Por otro lado, cuando pensamos qué desencadenó este agravamiento de la paciente, yo creo que el hecho del posible abuso sexual de su pareja hacia el hijo implicó que viniera a Montevideo, lo que provocó una serie de cambios en su vida que no pudo afrontar. Perdió una red social importante, perdió a su pareja y vínculos significativos, perdió todos sus referentes y todo eso seguramente fue traumático. No creo que solo eso explique su patología. Sí es significativo lo que ella relata de su historia anterior, en cuanto a dificultades serias en la estructuración de su personalidad.

Las historias infantiles de abuso, de violencia, se sabe que son predisponentes para desarrollar trastornos de la personalidad.

Dra. Sandra Romano

Me quedé pensando algo más en relación con el eje dependencia-independencia, de acuerdo con lo que plantea Millon en el polo de la dependencia, la modalidad sumisa y la modalidad más demandante, que busca que se hagan cargo; un trastorno por dependencia pero con un perfil tipo histriónico. No es la dependencia sumisa que depende del otro, sometiéndose al otro, sino de quien activamente busca que alguien se haga cargo. Que es el estilo de funcionamiento de esta paciente. En relación con el tema del abuso, de la situación de violencia, nos queda dudas acerca de si hubo o no situación de abuso sexual hacia ella y cómo eran los roles de cada uno de ellos. Sí queda claro que hubo historia de violencia en toda su infancia. Más allá de que haya sido directamente hacia ella la violencia o de que haya sido testigo, hay suficiente evidencia de que tanto una cosa como la otra tienen un impacto importante en la salud mental de los niños. Hay bibliografía abundante al respecto, incluyendo estudio nacional de la Prof. Laura Viola de la Cátedra de Psiquiatría Pediátrica,

publicado en la RPU, que refiere los hallazgos en el estudio epidemiológico realizado en las escuelas, donde aporta evidencia sobre la alta prevalencia de trastornos conductuales y emocionales en niños testigos de violencia en su casa. Ese factor es importante y vale la pena indagar.

Ha habido consenso en el diagnóstico de esta paciente. Necesitamos una estructura con un encuadre estructurado y firme, un lugar donde ella viviera un período para apoyar el tratamiento y trabajar sobre los aspectos mencionados. ¿Cuál es ese lugar? Lo que tenemos son casas de salud, que no son para nada apropiadas. Las dos casas de medio camino que tenemos trabajan con un perfil de pacientes muy diferente y en el cual creo que ella no funcionaría, por las dificultades vinculadas con su estilo vincular. Creo que rápidamente sería expulsada de ese lugar, pues ella tendería a generar vínculos que rápidamente distorsionarían la dinámica de funcionamiento del lugar y la relación de ella con otros. ¿Qué nos va quedando? Habíamos pensado en algún tipo de comunidad de las que trabajan en el perfil de tratamientos para pacientes con adicciones, pero tenemos dos problemas: para ir a las comunidades que integran las estructuras de salud ella no cumple los requisitos, en cuanto al tipo de consumo, etc. Pensamos en las otras, el tipo de comunidades que no están ubicadas dentro del sistema de salud, y que tienen otro tipo de funcionamiento que, en general, no aceptan que los usuarios tomen fármacos. El problema que tenemos ahí es que a nosotros nos parece que ella tiene que mantener el tratamiento farmacológico, en particular el valproato.

Ps. Mercedes Couso*

Justamente, detona su primera crisis un límite al abuso. Límite que ella pone y que pierde una vez que constata su acto en la realidad. El separarse de su pareja por preservar a su hijo la lleva a buscar un refugio en una institución que trabaja con esta temática. Luego de recibir apoyo, cuidado y orientación, se descompensa. Constata que puede sola, se asusta, es esto que la enfrenta con su dificultad de ocupar un lugar de adulto.

* Prof. Adjunta Servicio Unidad de Consulta Psicológica, Facultad de Psicología. Udelar.

Reproduce desde ahí una situación de abuso. Todos los recursos que han estado en función de pensarla a ella y por ella, ninguno es suficiente. Cada vez que ella vislumbra una solución posible, termina por demostrar que nada de lo que se pueda hacer es viable. Siempre deja al otro imposibilitado, como ella. Es el límite lo que la enferma y a su vez lo que es plausible de sanarla.

Dra. Soledad García

Como hipótesis, planteo si la situación generada con el hijo no habrá sido un disparador de algo que ella tenga de su infancia. Una de las cosas que más destaca en la entrevista es la rabia hacia el padre (padre violento, etc.). Me pregunto con respecto al tema que la paciente tiene con los hombres, a la dependencia, a la búsqueda de dinero a través de la prostitución, si no habrá habido alguna situación de abuso infantil que se haya disparado y que fue lo que llevó a esta eclosión tan aguda.

Dr. Osvaldo do Campo

Yo comparto. Pero no se puede dar a la biografía ni a la conflictividad vincular y psicopatológica el estatuto de la enfermedad.

Esta paciente tiene una enfermedad que es del ámbito de la psiquiatría. Un trastorno complejo, probablemente una patología dual, que esté medio abortado. Creo que el centro de la patología de esta paciente está en la dependencia e independencia de todo. Y creo que su relación con el hospital y con el equipo de salud hasta es paradójica en cuanto a las poblaciones de consumidores, porque no tienen esta relación.

Esto me hace acordar mucho a la adicción al hospital, que no son simulaciones en forma de definición, pero sí tienen toda la conflictividad inconsciente de la dependencia y de los vínculos que, al igual que los tuvo con sus progenitores, los vuelve a reiterar en el sistema asistencial.

Prof. Dr. Mario Orrego

Más allá de la patología a tratar, algo que parece ser una incógnita académica al cierre del ateneo, creo que es crucial discernir cuál es el nivel de la estructura sanitaria más apropiada para hacerlo. Considero que el hospital psiquiátrico de alta especialización no es un buen lugar. La dinámica de su funcionamiento determina, por así decirlo, la «psiquiatrización» de este tipo de trastornos, generando sobrediagnóstico y diagnóstico múltiple de patologías tradicionales (ejes I y II). El tema de la refractariedad terapéutica es parte del asunto, porque la demanda requerida por la patología de la paciente no coincide con la efectividad de los recursos terapéuticos ensayados; el nivel de alta especialización tiene mayor posibilidad en otras patologías. Entonces, la idea es buscar los lugares apropiados para la mejor atención que el área de la Salud Mental le pueda brindar. La estructura sanitaria tiene que adecuarse a la demanda, y en ese sentido como institución se encuentra en falta. Son consideraciones debatidas en los últimos cuarenta años, en espera de que en algún momento los organismos reguladores (MSP e instituciones científicas y académicas) planifiquen el desarrollo del sector.