

26 de abril de 2007

Ateneo clínico

Ficha patronímica

GG. Paciente de sexo masculino de 61 años, procedente de zona suburbana del departamento de Soriano. Actualmente vive en concubinato estable desde hace nueve años con compañera de 37 años. Cursó primaria completa (escuela rural). Desocupado (realizaba tareas rurales como patrón de pequeña empresa que vendía servicios en actividades de esquila). Vive en casa que es sucesión de sus padres.

Fecha de ingreso al Hospital de Clínicas: 21/2/2007.

Motivo de ingreso al Hospital de Clínicas: eritrodermia.

Enfermedad actual

Ingresa por nuevo empuje de dermatosis de un mes de evolución con intenso prurito y dolor cutáneo.

Presenta dermatosis de nueve años de evolución que se inició como eccema a nivel de miembro inferior izquierdo, diseminándose en la evolución al tronco, cara y cuero cabelludo.

Desde hace dos años se presenta como eccema eritrodérmico, requiriendo múltiples internaciones en Hospital de Soriano en donde recibió tratamiento con corticoides i/m y v/o y antibióticos.

Consulta a “yuyeros” y “curanderos” y desde hace un año y medio, a médico general en consultas particulares periódicas, en el departamento de Soriano, quien mantuvo el tratamiento con corticoides intramusculares y antihistamínicos.

En febrero de 2006, ingresa al Hospital de Cardona, durante dos semanas, por empuje, que no remite con los tratamientos habituales. En junio de ese año agrega repercusión general.

Dada la mala evolución es derivado a Policlínica de Dermatología del Hospital de Clínicas desde donde ingresa el 25/8/2006, con el planteo diagnóstico de “corticodependencia”, suspendiéndose inmediatamente esta medicación.

Hasta la fecha ha tenido dos internaciones en el año 2006 y la última en febrero de 2007 por empujes de su patología diseminada de piel, en el Hospital de Clínicas. Durante las mismas el paciente ha estado solo, siendo visitado únicamente por su hija mayor, quien tiene como encargo por parte de este, la comunicación con el equipo tratante. La segunda hija es quien se encarga del seguimiento del tratamiento al alta y de asegurarse que asista a los controles.

Durante las internaciones en el Hospital de Clínicas se le indicó tratamiento tópico con baños emolientes y antisépticos, cremas emolientes y corticoides locales; tratamiento con inmunosupresores sistémicos: ciclosporina 200 mg/d, metotrexate (pulsos semanales de 25 mg i/m) y tratamiento con antihistamínicos (ataraxone y fexofenadina).

Con los tratamientos mencionados se lograron remisiones parciales.

Al alta de las internaciones, el paciente no cumple con el tratamiento tópico si no es supervisado por sus hijas, a pesar que se lleva muestras de la policlínica de Dermatología en cada control. Mantiene el tratamiento con inmunosupresores indicado por equipo tratante de la Cátedra de Dermatología a bajas dosis (ciclosporina 1 comp. 3 veces/semana), hasta el 12/2/2007. Concorre mensualmente a los controles en la Policlínica de Dermatología del Hospital de Clínicas, coordinando los pasajes por Asistente Social del Hospital.

Coordinación

Laura Schwartzmann

Médico Psiquiatra. Profesor Titular del Depto. de Psicología Médica. UDELAR.

Alejandra Levy

Médico Psiquiatra. Asistente del Depto. de Psicología Médica. UDELAR.

Anabel Rodríguez

Lic. en Psicología Médica. Asistente del Depto. de Psicología Médica. UDELAR.

Interconsulta con Psicología Médica

El equipo tratante de Dermatología solicita interconsulta con Psicología Médica: “*Paciente con eritrodermia, compulsión al rascado. Ansiedad intensa*” (igual motivo de consulta que en agosto del año 2006). Los médicos dermatólogos manifiestan la dificultad para comunicarse con el paciente, debido a que este no logra mantener la concentración, presenta gran inquietud psicomotriz y rascado permanente.

Presentación del paciente

Paciente en cama con ropa de hospital, desorden en sus pertenencias. Adelgazamiento significativo. Presenta eritema intenso generalizado, violáceo a nivel de miembros inferiores con áreas de liquenificación, múltiples erosiones de rascado y exudación. Compromiso de cara y cuero cabelludo.

Examen psiquiátrico

Durante la entrevista, el paciente refiere intenso desasosiego que le resulta difícil de controlar. Manifiesta su necesidad de rascarse aun cuando no tiene prurito. Inquietud psicomotriz, se mueve en la cama, se inclina a mostrarnos recetas; no hay conciencia de los riesgos de golpearse o lastimarse con estos movimientos rápidos, que nos resultan bizarros. Se destapa sin pudor. Aumento de la ansiedad clínica con el contacto interpersonal.

Bien orientado en tiempo y espacio. Verbórrago. Distraibilidad fácil. Labilidad emocional con llanto al hablar de la separación de la primera esposa. Niega sintomatología depresiva.

La comunicación es difícil por la intensa hiperideación. Dificultad para armar cronológicamente todo su relato por taquipsiquia. No fuga de ideas.

Del contenido del pensamiento se destaca un relato impresionista centrado siempre en su patología de piel. Manifiesta preocupación por las moscas “que lo miraban fijamente a sus ojos para ir a apoyarse en su piel” y

agrega: “me persiguen las moscas”. Preocupación con respecto a contraer infecciones; hizo colocar su cama en el living de su casa, “por higiene”.

Insomnio total, con deambulación nocturna, que le ocasionó problemas con enfermería y los otros pacientes. Hiperfagia, aunque se constata adelgazamiento significativo al ingreso.

Presenta alteración franca de los pragmáticos social, laboral, familiar de larga data.

No se constatan elementos de deterioro psicointelectual.

Con relación a las fantasías de enfermedad el paciente atribuye el empeoramiento de los últimos años a la picadura de una larva de sarna ovina. También piensa que sea psoriasis o incluso cáncer.

De sus mecanismos de afrontamiento en relación con la enfermedad se destacan: aislamiento social, actitud regresiva con búsqueda de cuidados por parte de sus hijas y de institucionalización en Hospital de Clínicas, concomitantemente con abandono de sus responsabilidades familiares y laborales.

Su hija mayor refiere una pauperización de la vida del paciente desde el debut de la enfermedad; por ejemplo, utiliza para vestirse ropa en desuso y rota (destinada a “trapos” para distintas tareas), aun teniendo vestimenta adecuada.

Acepta los tratamientos tradicionales (médicos) en forma pasiva, que luego no cumple y paralelamente busca respuestas alternativas (“yuyeros” y “curanderos”).

En cuanto al impacto de la enfermedad se destaca la importante limitación de sus actividades diarias. Tiene temor al sol por lo que evita salir de la casa, ha dejado de hacer sus actividades recreativas (pesca, campo), no hace tareas al aire libre. El trabajo vinculado a la lana no lo puede hacer por la exposición a alérgenos. Ha limitado los contactos sociales. Su rol como jefe de hogar también se ha modificado por la falta de trabajo. Tampoco se ocupa de las tareas de la casa y del cuidado de los hijos menores.

Personalidad

Buen rendimiento escolar con inquietud y distraibilidad fácil durante la infancia; logros acordes a situación sociocultural.

Se presenta gran dificultad clínica para organizar los datos de la historia del paciente y poder establecer rasgos de personalidad y funcionamiento del paciente. Se recurre, por tanto, a la obtención de datos en entrevista con su hija mayor, quien refiere un cambio en la personalidad del paciente con deterioro social y físico, “abandono” desde el inicio de la enfermedad dermatológica.

Previamente lo describe como “de estar siempre impecable, perfecto vestido, siempre perfumado”, “ansioso, responsable y perfeccionista”. Agrega que era celoso y posesivo con el dinero, lo que determinó divorcio con su primera pareja. Luego del divorcio “se transformó en un picaflor”; múltiples parejas de corta duración.

Cuando el paciente habla de “su familia” se refiere únicamente a su primera pareja y a sus dos hijas.

Biografía

Es el segundo de 12 hermanos; el mayor había fallecido al mes de nacido. No mantiene contacto con sus hermanos; justifica esta situación diciendo: “porque era muy eléctrico”.

Se dedicó siempre a las tareas rurales vinculadas a la esquila. Buen desempeño laboral, trabajador y competente. Buen relacionamiento con sus empleados.

Se separó de su esposa hace 24 años. El vínculo con ella actualmente se limita a algunas tareas de cuidado del paciente, como, por ejemplo, lavarle la ropa en colaboración con sus hijas. Buen relacionamiento con sus hijas con preocupación por la crianza de estas. Lo describen como un padre afectuoso y dedicado a su trabajo.

Se vuelve a casar con una mujer de muy buena situación socioeconómica, con separación a los seis meses, debido a infidelidad de parte de este. El paciente se refiere a esta pareja como “una loca”.

Hace 13 años entabla relación ocasional y desconocida para sus hijas con su actual pareja, quedando esta embarazada.

Protagoniza accidente de tránsito dando muerte a un ciclista, no demostrándose culpabilidad. El accidente se produce en la madrugada cuando el paciente iba a buscar a su segunda hija a un cumpleaños de 15. La situación fue seguida por un juicio durante tres años.

Hace 10 años, su segunda hija es tratada en Hospital Maciel por un linfoma de Hodking, coincidiendo con el nacimiento de un segundo hijo de su actual pareja, producto de un embarazo no buscado. A partir de este momento el paciente comienza a convivir con ella.

Después de estos sucesos presenta tristeza y desánimo de meses de evolución.

Al año siguiente sus hijas se trasladan a vivir a Montevideo. Aparición de eccema localizado en miembro inferior izquierdo.

Nacimiento de su tercer hijo. Separación de su pareja de hecho, manteniendo cohabitación.

El empeoramiento de la enfermedad en los últimos dos años coincide con una acentuación del deterioro de su situación económica fruto de su estado afectivo que lo lleva a realizar inversiones en maquinarias que no competían en el mercado: “Estaba como loco; cien dólares, los hacía volar en compras en el supermercado en minutos”.

Antecedentes personales

Fumador. Disfunción eréctil desde hace un año y medio. En estudio por síndrome prostático.

Antecedentes personales psiquiátricos

No ha tenido internaciones ni consultas psiquiátricas previas. Durante la internación de agosto de 2006 fue evaluado por psiquiatría y psicología médica y recibió tratamiento con benzodiazepinas e ISRS, siendo diagnosticado como episodio depresivo mayor.

Luego del alta se realizó derivación a Policlínica de Psiquiatría del Hospital de Clínicas

y se indicó litio 300 mg/día. Concurrió en una sola oportunidad, abandonando el tratamiento psiquiátrico indicado.

El paciente relata que en varios períodos de su vida presentó episodios de hiperactividad con la realización de múltiples proyectos, iniciando emprendimientos en cuyo compromiso sufrió pérdidas económicas (llegó a instalar un negocio en 24 horas). En esos momentos descansa menos, tiene actitudes lúdicas, hace chistes.

En entrevista su hija refiere que estos períodos coinciden con los tratamientos con corticoides (hace dos años). En esos períodos “hablaba cosas que no se le entendían”. Estos episodios se intercalan con períodos de retraimiento social, humor triste, desesperanza y alteración de los pragmatismos. En enero de 2006, presenta episodio de similares características con ideas de muerte que rectifica.

En los últimos meses discusiones frecuentes con sus hijas, irritabilidad fácil, llegó a insultarlas. Lo han encontrado bebiendo whisky en su casa cuando nunca antes había presentado este hábito.

Antecedentes familiares

Padre del paciente con cargados factores de riesgo vasculares (cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular). Del relato del paciente se puede inferir en este, el diagnóstico presuntivo de un trastorno depresivo recurrente con repercusión en sus pragmatismos de meses de duración. Madre fallecida a los 53 años de edad de una leucemia en el Hospital de Clínicas.

Tratamiento

Baños emolientes y emoliencia con vaselina sólida, antihistamínicos (ataraxone, 1 comp. v/o cada 8 horas), ATB (claritromicina, 500 mg v/o cada 8 horas), BZD (diazepam, 5 mg hora 8 y 10 mg hora 22) y se inicia olanzapina con aumento de la dosis en forma progresiva, hasta 10 mg cada 12 horas.

Evolución en sala. Seguimiento conjunto del equipo de dermatología y psicología médica

Muy buena evolución desde el punto de vista dermatológico. Mejoría de su estado general (aumento de peso objetivo). Disminución del prurito y remisión total del dolor cutáneo. Paciente colaborador, no verborragia, conductas basales normales.

El 6/3/2007 se decide alta conjunta. Reaparece inquietud luego de comunicada la decisión.

Alta: 7/3/2007. Se destaca del examen clínico: eritema a nivel de cara, tronco y MMII; lesiones de rascado en cara anterior de tórax. No se constata rascado durante la entrevista. Verborrágico, no taquipsiquia. Conductas basales s/p.

Tratamiento indicado al alta, luego de 14 días de internación:

- baños emolientes con avena, maicena, sulfato de cobre, 2 veces/día.
- emoliencia a demanda.
- ataraxone 1 comp. cada 8 horas v/o.
- olanzapina 10 mg cada 12 horas v/o.
- diazepam 5 mg hora 8 y 10 mg hora 22 v/o.

Se realiza pase a Policlínica de Psiquiatría de Hospital de Mercedes.

Se coordina próximo control para el 9/4/2007, al que no asiste.

Introducción

–Dra. Laura Schwartzmann: En primer lugar queremos dar la bienvenida y agradecer a todas las personas que hoy están compartiendo este Ateneo con nosotros, que es muy importante porque marca la primera vez que un Ateneo de la Revista de Psiquiatría se hace en Psicología Médica, relacionado con un paciente de los que habitualmente tenemos y donde se ve todo el intrincamiento que esto representa. Este Ateneo se inserta en el marco

de un nuevo programa de la Revista de Psiquiatría, que ya fue precedido por un Ateneo que se realizó en Psiquiatría Infantil.

Obviamente esto es parte de un intento de conocernos mejor entre todos y de conocer también que hay particularidades que son específicas de las disciplinas y que de alguna manera explica por qué si bien es bueno que trabajemos mucho más coordinados, existen, digamos, perfiles diferentes.

La presentación de la HC la van a hacer las asistentes que participaron directamente en la atención del paciente, más allá de que han sido supervisadas; en este caso, la psiquiatra Dra. Alejandra Levy y la psicóloga Lic. Anabel Rodríguez, lo cual muestra ese perfil característico de nuestra especialidad que es el trabajo conjunto de distintas disciplinas en un área que es de frontera.

Se va a presentar la HC y tenemos un DVD grabado con la entrevista al paciente, que si bien en este momento está en el hospital, está dado de alta pero con poca disponibilidad para participar.

Urgido seguramente participaría, pero nos daba la impresión de que con los aportes de la HC complementados con la presencia de Dermatología y el video, podíamos tener elementos suficientes como para comenzar una discusión diagnóstica que es en este caso el tema que nos plantea este paciente.

Se trata de un paciente complejo y es un problema real que tenemos. Efectivamente, es una situación en la cual el diagnóstico creemos que va a ser muy enriquecido por todos los participantes en este Ateneo.

-Dra. Alejandra Levy: Antes de comenzar, nuestro agradecimiento a la Revista de Psiquiatría que invita a Psicología Médica a presentar este Ateneo clínico. Para nosotros es muy importante porque el Departamento de Psicología Médica desde sus inicios tiene una historia de confluencia de conocimientos y de disciplina y la Psiquiatría ha tenido un lugar importante en él.

Este es un paciente con una patología crónica dermatológica, que nosotros conocemos desde el año pasado. Ha tenido varios ingresos y ha presentado dificultades en cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, en

cuanto a características y estilos y mecanismos de defensa del paciente, refiriéndonos a la personalidad. Ha sido muy difícil hacer un diagnóstico retrospectivo y este diagnóstico que podríamos pensar que está entre el eje 1 y el eje 2 ha atravesado muy marcadamente otras áreas del paciente, como son las socio familiares, las institucionales y asistenciales, pero fundamentalmente ha presentado una muy mala evolución desde el punto de vista de su enfermedad médica.

Por estas razones hemos considerado de gran interés presentar este paciente y con los invitados discutir y enriquecernos en cuanto a los aportes.

Tenemos una grabación de una entrevista del 13 de abril que dura aproximadamente 18-20 minutos y muestra cómo estaba el paciente en ese momento.

Sería bueno, previamente, y por las características del auditorio, pedirle a la Dra. Marianella Querejeta, Asistente de Clínica de la Cátedra de Dermatología, una explicación acerca de la patología cutánea.

-Dra. Marianella Querejeta: Gracias, Alejandra y Anabella, por la invitación.

GG es un paciente que conocemos por primera vez en setiembre en su primera internación y como bien lo describe Alejandra en la historia, la patología cutánea surge hace nueve años. Es claro el inicio con una patología de piel localizada en miembros inferiores, que retrospectivamente sugería que se trataba de un eccema, de una alergia. Un eccema que es gravitacional, donde hay factores de estasis que también están influyendo y alérgenos de contacto.

Cuando conocemos a GG en el mes de setiembre y en las siguientes internaciones ya se comporta como una eritrodermia. Nosotros definimos semiológicamente la eritrodermia como un compromiso cutáneo dado por eritema, la piel roja, en más del 90% de la piel. Estamos hablando de una dermatosis universal, prácticamente, lo que conlleva una eritrodermia con compromiso cutáneo: pérdidas hidroelectrolíticas, de proteínas. Obviamente requiere la internación del paciente.

El tema es luego encontrar la causa de esa eritrodermia, por qué el paciente tiene más del 90% de su piel roja.

Él refería en sus antecedentes el haber tenido esta patología a nivel de miembros inferiores y nosotros inferíamos que esta era una eritrodermia de causa eczematosa. Muchas son las causas. Dentro de las patologías cutáneas la más frecuente es el eccema. También la psoriasis puede devenir o generar una eritrodermia; los linfomas cutáneos y los fármacos: la farmacodermia.

También hay patologías no dermatológicas que se presentan como una eritrodermia, dentro de las cuales están las neoplasias, sólidas o hematológicas.

Pero en él, como estaba ese antecedente, ese eccema, seguíamos pensando que era su origen, y se comportó en la evolución de ese modo.

De todas maneras, él tenía un compromiso ganglionar en varios territorios, como se ve en patologías cutáneas con gran compromiso de la superficie corporal.

Si estamos hablando de una piel que está afectada en más de un 90% de su superficie, perfectamente puede tener un compromiso ganglionar reaccional inflamatorio a ese cuadro cutáneo. Se catalogan como adenopatías dermopáticas; pero son adenopatías blandas, móviles e indoloras.

Se le realizó una tomografía al paciente en el mes de marzo, porque tenía un compromiso a nivel del cuello, que resultó ser un forúnculo. Los resultados fueron normales.

No estoy diciendo que se descarte una causa neoplásica; estoy diciendo que actualmente el paciente no tiene una neoplasia.

Otra cosa que me gustaría aclarar es que si bien tenemos el diagnóstico eritrodermia eczematosa, muchos pacientes con linfomas cutáneos tienen una historia de años de evolución de eccemas crónicos, rebeldes, que no responden a la terapéutica y con el correr de los años surge que se trataba en realidad de un linfoma y no de un eccema.

Quiero decir que tenemos una sospecha de que sea una eritrodermia eczematosa, pero no podemos descartar que se trate de un linfoma cutáneo que se expresó o se expresa durante

un promedio de seis años como eccema antes de arribar al diagnóstico definitivo.

La conducta que se toma es realizar como rutina una biopsia cutánea cada seis meses, para detectar en algún momento esta etiología (linfoma cutáneo), que a nivel histológico evidencia los denominados microabscesos de Pautrier a nivel de la epidermis.

Eso sería el paciente desde el punto de vista cutáneo: una eritrodermia eczematosa difícil de tratar, de difícil respuesta, porque se da además un incumplimiento por parte del paciente, pues hemos comprobado que el paciente ingresa con empuje, se hacen las medidas emolientes y ciclosporina y el paciente en 48 horas mejora. Hay evidentemente una falta de adherencia al tratamiento, que no puede cumplir por diferentes motivos en su domicilio.

Creo que fui clara. No sé si hay preguntas.

-Dra. A. Levy: Habíamos aclarado al principio que el paciente no estaba muy dispuesto a asistir hoy al Ateneo, por lo cual se optó por el DVD que estaba hecho previamente.

Entrevista con el paciente

- Dra. Alejandra Levy: ¿Cómo llegó al Hospital de Clínicas? ¿Cómo estaba?

- Paciente: Más o menos. Amanecí mal ese día.

- Dra. A. Levy: Los días previos, ¿cómo estaba de la piel? ¿Mal o bien?

- P: Bien, la piel estaba lo más bien.

- Dra. A. Levy: Sin embargo, habíamos estado hablando con su hija, y nos comentaba que usted estaba con un tema de que permanentemente le exudaba la piel, o sea, le salía líquido. ¿Por qué era eso?

- P: Si yo supiera... Era líquido, hoy sacaron la sábana porque estaba enchumbado...

- **Dra. A. Levy:** ¿Qué significa “enchumado”?
- **P:** Estaba lleno de líquido, de agua.
- **Dra. A. Levy:** ¿Y eso antes no le estaba pasando?
- **P:** [A pedido del entrevistador se saca la frazada que cubre parte del rostro y que no permitía escuchar bien lo que hablaba]. Sabe que anoche tuve que poner una sobretónica de esas de cama para poder dormir; si no, no hay caso.
- **Dra. A. Levy:** ¿Cómo estaba haciendo el tratamiento en su casa? ¿En qué consistía el tratamiento?
- **P:** En tomar las medicinas.
- **Dra. A. Levy:** ¿Cuáles medicinas?
- **P:** Esas de ustedes, las de los psiquiatras y las de los otros, que no tenía nada.
- **Dra. A. Levy:** ¿Cuáles son “las de los otros”? ¿Qué es “las de los otros” y por qué no tenía nada?
- **P:** De la alergia, no tenía nada. ¿Y de dónde las voy a sacar?, hay que comprarlas. Mi hija compró un poquito a cincuenta pesos y yo compré otro poquito a treinta pesos y me dio para dos veces, yo no lo puedo comprar.
- **Dra. A. Levy:** Y habitualmente, ¿de dónde las saca?
- **P:** Para estar bien, necesito cincuenta pesos por día de vaselina, ¿y de dónde los voy a sacar?
- **Dra. A. Levy:** Por lo que tenía entendido, por lo que usted me comentó el viernes pasado, usted tenía vaselina; entonces usted usó toda esa vaselina porque sabía que venía al hospital.
- **P:** Seguro, entonces empecé a echarle, a echarle y a echarle a ver si se ponía bien, y entonces gasté; no un disparate, no era demasiado tampoco.
- **Dra. A. Levy:** ¿Usted pensaba que así se mejoraba totalmente y entonces no tenía que quedar internado?
- **P:** No, yo pedía para estar internado para ver si me podía mejorar un poco.
- **Dra. A. Levy:** ¿Se puede correr la frazada así lo escucho bien? Pero recién me acaba de decir de alguna forma que ese día se levantó y estaba bien. ¿Qué era lo que quería mejorar de la piel?
- **P:** La piel no es problema, el problema es el agua y los granos.
- **Dra. A. Levy:** Nosotros lo hemos visto en otras oportunidades y no hemos visto granos. ¿A cuáles se refiere?
- **P:** Granos, igual que los granos, me revisaron y tendré 60, 70 ganglios.
- **Dra. A. Levy:** Ganglios. ¿Quién lo revisó y le encontró esos ganglios?
- **P:** Una doctora, la flaca de lentes. Acá abajo del brazo tengo cuatro o cinco...
- **Dra. A. Levy:** Pero recién dijo 60 ó 70.
- **P:** Sí, pero en todo el cuerpo.
- **Dra. A. Levy:** ¿Y quién le dijo que tenía tantos ganglios?
- **P:** Yo, si me los encuentro yo, por todos lados, acá tengo uno... [se señala], acá otro...
- **Dra. A. Levy:** ¿Y por qué tendrá esos ganglios?
- **P:** Y si supiera no estaría acá.
- **Dra. A. Levy:** ¿Conoce alguna enfermedad de los ganglios?
- **P:** No.
- **Dra. A. Levy:** A usted le hicieron una tomografía para ver si tenía ganglios y le encontraron poquitos, en la axila. En el resto del cuerpo no le encontraron ganglios;

- entonces, ¿cómo se entiende que usted se haya encontrado ganglios pero en el estudio no lo hayan hecho?
- **P:** Por la sangre, me han sacado sangre cincuenta veces, y tiene que haber algo en la sangre.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Algo como qué?
 - **P:** Que será algo de la sangre, no sé de qué, tiene que haber alguna contaminación en la sangre.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Alguna contaminación que le produce esto? ¿Y qué podría ser?
 - **P:** Seguro, algún veneno, tóxico.
 - **Dra. A. Levy:** Nosotros hace un tiempo le habíamos preguntado a usted, GG, qué podría ser esto, y usted nos dijo que podría ser una psoriasis, que podría ser una sarna de una larva ovina...
 - **P:** Tomé los remedios para la sarna... dos veces... Una vez fui a un médico de Mercedes y me los mandó y después los compré yo. Fui al hospital de Cardona, vi a un médico que me dijo que estaba lleno de granos, todo, todo, vamos a cubrirlos, te voy a dar remedios para la sarna.
 - **Dra. A. Levy:** Ahora sarna no sería, sería para usted un veneno.
 - **P:** Para mí es un veneno resistente en la piel.
 - **Dra. A. Levy:** En otros momentos nos dijo que podría ser cáncer; en realidad, no tiene bien claro qué es lo que podría ser.
 - **P:** ¿Quién?
 - **Dra. A. Levy:** Usted.
 - **P:** ¿Y yo qué voy a tener claro si no soy médico?
 - **Dra. A. Levy:** ¿Pero qué es lo que le han dicho acá?
 - **P:** Tanta cosa me han dicho...
 - **Dra. A. Levy:** ¿Está como enojado?
 - **P:** No, no, tanta cosa me han dicho. Yo he perdido un poco la memoria.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Sabe en qué fecha estamos, GG, en qué día, mes, año?
 - **P:** Tampoco.
 - **Dra. A. Levy:** Tratemos de pensar: ¿en qué año estamos?
 - **P:** Ah, el año, estamos en el 7.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Qué es 7?
 - **P:** En el 2007.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Y el mes, qué mes es?
 - **P:** Marzo.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Está seguro?
 - **P:** En abril, a mediados, pero no sé bien la fecha.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Cuándo vino usted al hospital? ¿Qué día es hoy?
 - **P:** El viernes, hoy es lunes.
 - **Dra. A. Levy:** Hoy es martes.
 - **P:** ¿Hoy es martes?
 - **Dra. A. Levy:** Sí. ¿Sabe en qué piso, en qué sala y en qué cama está, GG?
 - **P:** En el 11, la sala es 4 ó 2, y la cama no me fijé.
 - **Dra. A. Levy:** Muy bien. ¿Está trabajando?
 - **P:** ¿En qué?, si cuando llegué de la psicóloga, de la psiquiatra, me bañé, me acosté en la cama, y no me levanté más, estuve 13 días en cama. No me podía poner ropa por la

- piel. Me pongo una camisa, un pantalón y enseguida escurro agua.
- **Dra. A. Levy:** ¿Qué le han dicho los dermatólogos acá de que escurre agua?
 - **P:** Nada.
 - **Dra. A. Levy:** Usted decía hace un rato que quería antibióticos.
 - **P:** Sí, porque para mí los antibióticos para los granos son una especialidad.
 - **Dra. A. Levy:** Ahora usted está confiando en los antibióticos, pero por otro lado dermatología dice que lo fundamental para su tratamiento es que usted se haga los baños. ¿Cuántas veces por día se hace los baños?
 - **P:** El otro día me mataron, vine en ambulancia, me levanté a las cuatro de la mañana, me metieron en la cama, no me dieron ningún remedio ni nada y al otro día, recién al otro día a las cuatro o cinco de la tarde, me llevaron para el piso, no tuve baño ni nada.
 - **Dra. A. Levy:** Lo que pasaba es que no había cama, por eso estuvo más tiempo en la emergencia. ¿En su casa, cuántas veces por día se hace los baños?
 - **P:** Dos, pudiendo dos, si no, uno solo.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Quién lo ayuda a hacerse los baños?
 - **P:** Yo.
 - **Dra. A. Levy:** ¿En qué lugar se los hace?
 - **P:** En una bañera, en un saloncito que tengo, porque el baño es chiquito. Uno por lo menos todos los días; dos no son garantía, porque tengo que llevar el agua del calefón para el salón.
 - **Dra. A. Levy:** Pero usted no está trabajando así que tendría tiempo para hacerlo.
 - **P:** ¿Quién?
 - **Dra. A. Levy:** Usted no está trabajando, así que podría tener tiempo para hacerlo.
 - **P:** Tengo tiempo.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Y entonces?
 - **P:** Sí lo hago.
 - **Dra. A. Levy:** Pero no la cantidad de veces que hemos dicho, porque eso de alguna manera ya lo sabemos, que es la base de su tratamiento. ¿Usted eso lo sabe, que es lo fundamental de su tratamiento? Acá, estando internado ha llegado a hacerse 18 baños por día. ¿En qué cambió su vida en todo esto?
 - **P:** No sé, estoy viviendo como de más. Seguro, no tengo libertad de irme de acá, voy a mi casa, y lo único que hago es estar encerrado adentro, salgo para fuera, y está nublado, me muero de frío y tengo que estar adentro.
 - **Dra. A. Levy:** Son cosas distintas: libertad es como que está limitado para hacer la vida corriente y otra cosa es el tiempo.
 - **P:** Seguro, ¿pero dónde voy a ir? Me da vergüenza, pierdo los pedazos de las orejas, y de la nariz, cuando se embravece. Y con la ropa, me visto y a las dos horas tengo que disparar para mi casa.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Cómo los pedazos de las orejas y de la nariz, si las tiene ahí? No las pierde, se le cae la piel. ¿Y usted antes cómo era con el tema de la vestimenta?, ¿era coqueto, de vestirse siempre bien?
 - **P:** Sí, fui prolijo toda la vida, siempre bien; por eso ahora no encuentro motivo, nunca pensé que pudiera llegar a esto.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Qué significa “esto” para usted?
 - **P:** Una vejez eterna, a los 60 años.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Cuando se mira al espejo cómo se ve? ¿Qué es lo que ve de usted en el espejo?

- **P:** ¿Y qué voy a ver? Me veo como siempre nomás...
- **Dra. A. Levy:** Pero acaba de decir que es como una vejez eterna.
- **P:** He envejecido al cien por ciento. Mi hermano mayor tiene dos años más que yo y no tiene una cana, no tiene una nada, corre de aquí para allá, olímpico, agarra camiones. Yo no agarro ni una gallina...
- **Dra. A. Levy:** Esto le afecta la piel, lo limita en su trabajo, pero podría hacer cosas en su casa, ayudar en las tareas... ¿No tiene ganas de hacer esas cosas?
- **P:** ¿Y qué hago con ayudar en casa? ¿Ayudar a mi mujer a pelar las papas para el puchero, y todo eso?
- **Dra. A. Levy:** ¿Y por qué no?
- **P:** Yo ayudo, me entretengo.
- **Dra. A. Levy:** ¿No dijo que estuvo 12 ó 13 días en cama?...
- **P:** Sí, pero por el frío no me podía levantar, estaba helado.
- **Dra. A. Levy:** ¿Esas tareas de la casa las tiene que hacer una mujer –la comida, por ejemplo–, o usted ha cocinado en otras oportunidades?
- **P:** Yo cocino todos los días, si no en el campo, cocino donde quiera.
- **Dra. A. Levy:** ¿Le da vergüenza estar así frente a su esposa o el resto de la familia?
- **P:** No, saben cuál es la vuelta, yo a mi familia no la he visitado mucho, no nos visitamos mucho tampoco.
- **Dra. A. Levy:** ¿Por qué?, ¿tienen algún problema con usted?
- **P:** No, yo qué sé, porque yo nunca fui de visitar a nadie.
- **Dra. A. Levy:** ¿Por qué? Sin embargo, usted era de salir con sus amigos.
- **P:** ¿Quién dijo eso?, ¿mis amigos? Yo nunca tuve amigos, nunca. Yo cuando era joven e iba a un baile, iba solo, si iba a una fiesta iba solo, porque nunca tuve amigos.
- **Dra. A. Levy:** Qué raro que una persona que está acostumbrada a trabajar con gente, no tenga amigos.
- **P:** Y hay; sin embargo mis gurises chicos tienen su barra de amigos, y los van a buscar, para arriba y para abajo.
- **Dra. A. Levy:** ¿Y qué hay de diferente en usted?, ¿por qué no tiene amigos?
- **P:** ¿Quién, yo? No tengo relación pública, no tengo relación con amistades, a no ser con la gente de mi trabajo.
- **Dra. A. Levy:** ¿Y cómo hizo para desenvolverse con la gente de su trabajo? Porque usted tenía una empresa.
- **P:** Ah, pero ahí es distinto, es distinto, y ¿qué rico millonario quiere usted que vaya a una confitería a cenar o algo, como hace el chico o el mediano a tomar un café o una cerveza?
- **Dra. A. Levy:** A ver, ¿cómo es eso del rico millonario?
- **P:** Los ricos están haciendo plata.
- **Dra. A. Levy:** ¿Y eso qué tiene que ver con usted?
- **P:** Y que yo me trato con ellos, con los clientes míos, cuando van a mi casa.
- **Dra. A. Levy:** ¿Usted no va a mostrarse?, ¿ellos van a su casa? ¿Qué quiere decir eso?
- **P:** Yo le digo que a los clientes míos, que van a buscarme, que yo les he esquilado, les he acarriado con el camión, que van para ver si les puedo conseguir algunos peones, ese trato con la gente ahí es de negocio. Amigos

- chicos, muy poco.
- **Dra. A. Levy:** ¿Y con las mujeres cómo ha sido su historia?
 - **P:** Eso no le voy a contar, porque no vale la pena.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Por qué?, ¿las mujeres lo han defraudado o usted se ha mandado macanas?
 - **P:** Yo pienso que me he mandado macanas y las mujeres me han defraudado.
 - **Dra. A. Levy:** Se está durmiendo, GG, tiene sueño, ¿no durmió en la noche?
 - **P:** Muy poco, por el agua.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Está mojada la sábana?, ¿qué pasó?
 - **P:** Se cortó el agua, hoy a las 10 no tenía agua, ya estaba seco el cuerpo, la piel era como una goma, usted la toca y se pega la mano.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Cómo anda con el tema de la memoria, de las cuentas?
 - **P:** De la memoria ando mal, las cuentas y la plata es un desastre.
 - **Dra. A. Levy:** ¿Sabe el color de un billete de 20 pesos?
 - **P:** Sí, verde.
 - **Dra. A. Levy:** [pregunta sucesivamente] ¿El de 10, de 50 y 100?
 - **P:** Gris, colorado, gris.
 - **Dra. A. Levy:** ¿El de 5 pesos y el de 200?
 - **P:** Marrón, marrón.
 - **Dra. A. Levy:** ¿El de 1000?
 - **P:** No sé.
 - **Dra. A. Levy:** Vamos a hacer algunas

cuentas simples, GG. ¿Usted sabe cuánto es 100 menos 7? [Sucesivamente le pide que reste de a 7.]

- **P:** 93, 87, 80...
- **Dra. A. Levy:** Se durmió.

Consideramos importante dejar esa parte que puede ser para muchos muy graciosa, porque nosotras aburrimos al paciente con las preguntas; pero realmente ha habido un cambio en su actitud. Por ejemplo, lo que muestra cuando se refiere al equipo de Dermatología. Él conocía el nombre de pila de la Residente que estaba en piso, a quien llamaban por teléfono sus hijas, y tenía con ella una gran idealización. Es decir, había otro vínculo. Ahora ya dice: “Esta flaquita de lentes”. Está irritable.

Actualmente es el mismo equipo de dermatólogas que lo atiende; ellas van todas juntas a la visita. Inclusive con nosotras, con Anabel y conmigo, siempre tuvo una muy buena disposición y claramente se vio esa reticencia y poca colaboración.

Pero tenemos que aclarar que el paciente no está siempre así. Cuando uno va a verlo a la sala él se tapa y se mete en la camilla. Si no está sentado, a veces medio inquieto, en eso de lo desorganizado de sus actividades.

Hoy yo fui y lo vi. Estaba todo cubierto de vaselina –bueno, ustedes lo vieron también–, con las piernas para arriba, acostado en la cama con las piernas para arriba en una posición rarísima. En otros momentos lo ha observado alguien más del equipo cuando está con movimientos rápidos, metido en la mesa de luz haciendo quién sabe qué.

- **Ps. Anabel Rodríguez:** Este lunes 23 le aplicamos un Minimental. Veamos los resultados: falla más bien en la orientación, con un puntaje de 22 en 30. En el año, por ejemplo, dice 2006. Estación: verano. Estamos en el mes de abril, esa es la afirmativa. Y se confunde con el feriado. Dice feriado 1 de mayo, y después dice: “Me confundí porque hoy también era feriado”. Sabía que era lunes. Sabía dónde estaban la cama y el piso, pero no la sala. Se confunde lo mismo que en el video: “2..., 4”; no le queda claro. En la parte de memoria a corto plazo, no

logra recordar los tres objetos mencionados; acierta en dos y falla en uno.

En las restas se evalúa en 0 (cero) la última resta.

En la parte de repetición de las frases, ni sí ni no, ni pero, dice para qué se le pregunta. Se le tiene que repetir cuatro veces, y recién ahí repite.

En la parte de escritura, cuando se le pide que escriba una frase, escribe: "Hoy es lunes".

– **Dr. Vicente Pardo:** Creo que habría que relativizar el valor del Minimental. Habría que ver con qué estado de ánimo estaba el paciente en ese momento y con qué espíritu de colaboración. Porque 22 en 30 sería un resultado bastante catastrófico y no da la impresión de tener un nivel de deterioro tan importante.

– **Ps. A. Rodríguez:** Incluso se va ajustando, pues de la reticencia del principio pasa a ser más colaborador. En realidad traje todos los datos para interpretarlos en relación, no aisladamente.

– **Dra. Teresita Ceretti:** ¿Cuántos baños se tiene que dar por día? ¿Cuál es la indicación?

– **Dra. M. Querejeta:** Son dos baños. El resto de las aplicaciones no corresponde a baños, sino a "aplicarse" constantemente la vaselina emoliente.

Histológicamente en el eccema hay espongirosis, edema intercelular –hay agua–, hay vesículas intraepidérmicas y por eso la exudación, que también coadyuva a la pérdida hídrica.

Decían que tenía "granos". Quizá se interpretó en el departamento de Soriano como una escabiosis; habrá recibido ivermectina vía oral. Pero lo que tuvo en la internación fue forúnculos, varios forúnculos que fueron tratados con trimetoprim sulfametoxazol.

– **Dra. T. Ceretti:** ¿Tiene olor?

– **Dra. M. Querejeta:** En el momento del ingreso tenía olor; que es el olor a queratina, porque hay una descamación.

– **Dra. T. Ceretti:** ¿Desagradable?

– **Dra. M. Querejeta:** Sí.

– **Dra. T. Ceretti:** Me parece que eso es importante, porque significa una barrera entre él y el mundo.

– **Dra. L. Schwartzmann:** Bien. Se está planteando una serie de elementos que muestran que este paciente tiene efectivamente una limitación muy importante en sus actividades cotidianas, en su relacionamiento con los demás, en su imagen corporal, y que además despiden un olor no agradable.

Un elemento que plantea la historia que llama la atención, que pone un signo de interrogación con relación a dónde hacer peso para el diagnóstico, es este nivel de abandono del paciente, por cuanto lo describen como sucio, vistiéndose con trapos y despidiendo mal olor. Aquí estamos en la frontera: cuántos elementos son reactivos, cuántas de estas cosas son bizarras. También se plantea si hay un deterioro cognitivo (en lo cognitivo no parece estar). En ese sentido los comentarios que hacía el Dr. Pardo, en cuanto a que la aplicación del Minimental tiene valor cuando efectivamente hay una cooperación por parte del paciente. Si la actitud reticente de la entrevista estuviese en ese momento, pierde valor y no da la impresión en elementos del interrogatorio y en algún aspecto que se intenta evaluar del funcionamiento cognitivo en la entrevista, más allá de no haberlo hecho en forma sistemática.

– **Dr. Juan Dapuetto:** Conocí al paciente por primera vez el año pasado en circunstancias de la visita de sala. Era uno de los pacientes para los cuales se había pedido consulta y ya estaba siendo visto. Nos encontramos con un paciente que en ese momento lo que destacaba era la gran ansiedad, dando saltos en la cama, rascándose constantemente; con una dificultad muy grande para comunicarse, con esa gran excitación psicomotriz, pero que del punto de vista del relato, lo que destacaba era los elementos depresivos. En ese momento tanto desde el punto de vista del relato como del contenido emocional, con esas limitaciones que tuvo

la primera entrevista, lo que aparecía era: sentimientos de tristeza, de desesperanza, de ruina, de muerte, en un paciente que en el curso del año había tenido ideas de autoeliminación.

O sea, que en ese momento destacaban los elementos depresivos con intensísima ansiedad. En un paciente en el que aparecían antecedentes de episodios anteriores que podían ser catalogados como depresivos, pero que además tenía episodios de exaltación del humor, con hiperactividad, insomnio, con actitudes lúdicas (nos contó que se ponía chistoso). En ese momento nos planteamos que cursaba un episodio depresivo con ansiedad, pero que era un paciente que tenía episodios recurrentes, algunos con exaltación del humor y otros con síntomas depresivos.

En ese momento era imposible continuar la entrevista. Entonces el planteo fue empezar tratamiento con antidepresivos y con ansiolíticos, y seguir la investigación para precisar más datos, de él y de terceros.

A partir de ahí se abre todo este panorama. Se inicia el seguimiento del paciente que durante esa internación se hizo junto con Psiquiatría. Después fue derivado a la psiquiatra del hospital donde se trata en el interior y sigue todo lo mencionado ya, que es esta historia tan peculiar de un hombre que hasta los 51 años parece que tuvo un curso de vida muy adecuado, con los vínculos que se contaron, con un funcionamiento bastante adecuado, y que a partir de ahí empieza a cambiar.

Hay elementos vitales importantes: el accidente en el que resultó muerta una persona, la enfermedad de la hija, su enfermedad, su nueva pareja, los embarazos, la aparición de nuevos hijos. La vida de este hombre cambia notablemente, con la enfermedad que cambia su curso evolutivo en los últimos dos años, cada vez con mayor retraimiento social, con mayor apragmatismo. Y para complicar la cosa, en un paciente que está tomando corticoides.

Las preguntas que nos hacemos son múltiples: qué trastorno afectivo tiene; si es un trastorno bipolar, cuánto esta influido por la medicación; cuánto de este cambio en su situación vital está influido por la repercusión de su enfermedad crónica que

verdaderamente produce tanto rechazo social como él cuenta: le es muy difícil presentarse ante otra persona, se le “caen las partes del cuerpo”.

– **Dr. Norberto Glisenti:** Voy a intentar encarar en forma integral la afección que tiene el paciente en la piel. Si no oí mal, tenía el 90% de su piel afectada. Tomada la piel como órgano, pensamos que el paciente está muy gravemente afectado y que en la situación actual en lo psicológico el paciente presenta un estado regresivo muy importante: su posición en cama, su actitud al vincularse con los demás, podemos pensar que también es un poco la característica del paciente con la piel afectada. Podemos remitirnos al pensamiento del psicoanalista francés Dr. Didier Anzieur y al desarrollo de su planteo en su libro “El YO piel”, donde toma a la piel como el órgano protector de todo el organismo, similar al Yo con respecto a la estructura psíquica. La Piel y el Yo se sustentan mutuamente y en este paciente que presenta el 90% de piel afectada, nos preguntamos: su estructura psíquica, ¿cómo puede estar? Por un lado, muy regresivo, intentando rearmar su aparato psíquico en esta situación. Por otro, las dermatólogas plantearon su escasa adherencia al tratamiento, yo diría sus dificultades para poder rearmarse y enfrentar por sí mismo el tratamiento. Él está internado en sala pero “sin la contención” de esa piel que no tiene (sana). Está sustentado su Yo por esa “piel” que le forman a modo de entramado, como una red: el equipo de dermatólogas, las psicólogas de psicología médica y psiquiatras tratantes en una contención que le permite recuperarse en algo de su enfermedad y recibir los cuidados dermatológicos.

Este paciente en su casa no sé si va a tener una contención similar, si su familia u otros vínculos podrán constituir esa “red” como para poder continuar su tratamiento.

En esta línea de pensamiento, con respecto a las enfermedades de la piel, dado mi trabajo con pacientes quemados podría agregar algunas cosas más, pero destacaría: es un paciente muy grave por su afección del 90% de piel y en lo psicológico destacaría a un paciente muy regresivo, que no ha salido de la regresión, y que salir de ella y el

recuperar su piel, está ligado y que va a ser necesario brindarle desde el equipo esa red de contención a su Yo desde la institución salud, “estructurar su aparato psíquico”: “recuperarse de su piel dañada”.

– **Dra. L. Schwartzmann:** Valoramos la intervención del Dr. Glisenti quien trabaja en el Centro Nacional de Quemados y justamente tiene que ver con estas situaciones.

– **Lic. Marina Altman:** Voy a ser muy breve. Lo que me había impactado era pensar qué pasó con la cualidad tan gerencial que se fue estableciendo con los distintos equipos y con el equipo de Psicología Médica. En realidad, tengo la impresión de que en ese contacto, sobre todo en el contacto en la entrevista, algo falló. Hubo una falla en el contacto con la persona que hay atrás de la enfermedad. Esa es la impresión. Me faltan datos, no lo he visto a este paciente. Puede ser una inferencia quizá un poco apresurada.

¿Qué sucede? Parece que este paciente en ningún momento las miraba. O sea que no establecía contacto, y en ningún momento se le devolvió este espejo. Porque acá se habló del espejo con relación a otro tema, y el espejo es en la relación con quien lo entrevista. Esa es mi impresión. Es decir, ¿qué pasa, fulanito, que no me podés mirar? Te estoy haciendo montones de preguntas y no hay ningún momento de contacto entre tú y yo. Entonces me parece que ahí hay una falla muy importante en el sentido de la regulación emocional que se tiene que dar en el contacto, en la entrevista que uno tiene con el paciente. No importa desde dónde, si es desde Dermatología o de Psicología Médica. Es la concepción dinámica de que la transferencia que se hace con el médico es un factor muy importante semiológico, pero también de posibilidades de reparar y transformar lo que está sucediendo.

Me llamó la atención con Teresita Ceretti la hostilidad y agresividad que en este paciente estaban muy socavadas, pero que en un momento la tuvo. En ese momento quizá habría que haberle devuelto: “¡Te enojaste!” Trabajar más con los aspectos emocionales que se ponen en juego en la enfermedad orgánica y la regulación emo-

cional que se va dando en la relación con el propio médico. Me parece que este es un punto muy importante semiológico y que apunta a cómo se transforman los aspectos del paciente. Porque mi impresión con este paciente es que va a repetir lo mismo. Este paciente seguramente se va a agravar. Se hizo muchas cosas por él, pero tengo la impresión de que este paciente va a reincidir. Pero reincide un poco por lo que decía Norberto Glisenti. Hay algo en su estructura psíquica, de sus defensas, de su capacidad de mentalización y de su regulación afectiva, que no me pareció que aún fue abordado. Entonces falta algo de la esencia de que es una persona. Sabemos muy poco de la persona afectada. Sabemos una cantidad de datos, algunas cosas de la historia que son muy importantes, pero me parece que uno también es instrumento transformador en la propia entrevista. Y el paciente terminó diciendo: “No quiero más. Me duermo porque ¡no me embromen más!” Y quizá habría que decirle: “Bueno, tú te dormiste porque ya estabas saturado de nosotros”.

Es trabajar con la regulación emocional transferencias que se dan en la relación medico-paciente. Eso es lo que quería aportar brevemente para ayudar a pensar en las distintas perspectivas.

– **Lic. Berta Varela:** El impacto de la enfermedad, la repercusión. Fue aludido el espejo; entonces, las visiones de sí mismo que dio fue como de una vejez eterna. Empezó la entrevista que parecía que era meramente un interrogatorio, pero pudo plantear cosas muy ricas al comienzo y al final de lo que está sintiendo.

Es la vida de relación, pero también como las imágenes de sí mismo. En este momento es alguien que se está descamando. Yo ya se los había dicho: es como la imagen del leproso, pierde nariz y orejas. Entonces es imposible desde una visión de sí mismo de esa forma tener una vida de relación, es decir, cómo relacionarse con los otros.

Y también el aspecto cultural, porque hubo como una incompreensión en la entrevista porque él habla desde un lugar: “Bueno, mi filosofía de vida es tal. Yo trabajo para hacer dinero”. Y había como una dificultad en el lenguaje de lo que él habla sobre él.

Su visión de la vida y su visión de cómo fue su vida también están teñidas por eso. Es difícil después analizar el discurso desde el punto de vista semiológico si uno no tiene en cuenta que estaba transmitiendo su sabiduría de vida también.

Hubo distintos momentos en la entrevista de reticencia y de contacto, con relación a ustedes, para tratar de mostrarnos a nosotros algo. Eso lleva a que en la grabación se descuiden otras cosas.

Destaco la repercusión en la imagen corporal e integrar lo que dijeron Marina Altman y Norberto Glisenti.

– **Ps. M. Altman:** Quiero agregar algo que tiene que ver con lo que dijo Berta Varela. En esa imagen tan rota y agujereada este paciente necesita que se lo reinvierta, que se lo apoye en las cosas que está haciendo bien. No solamente los problemas que tiene. Tiene sentido del humor. Es como que hay que devolverle lo que él tiene de libidinal con la vida, y que es con lo que uno se puede anclar para después seguir trabajando en otras cosas.

En las entrevistas el médico puede devolver apoyando al paciente, sobre todo a este paciente que está muy regresivo y que necesita alguien que lo saque. Pero para sacar a alguien hay que apoyar en las cosas buenas que el paciente va mostrando.

– **Dra. T. Ceretti:** Un comentario tratando de entender la inserción de esta situación en lo que es la historia del paciente o por lo menos en alguno de sus rasgos.

Una de las cosas que aparecen en la historia es que fue una persona muy cuidadosa de su aspecto, que estaba siempre impecable, perfumado. No es la imagen que uno tiene habitualmente de quien trabaja en este tipo de tareas. Este cuidado especial por su aspecto hace pensar que una situación de este tipo lo puede afectar específicamente, mucho más tal vez que a otra persona no tan cuidadosa.

Por otra parte, otra cosa que el paciente dijo en la entrevista es que él nunca tuvo amigos. Él ha podido establecer relaciones con el entorno, en tanto estuvieran estructuradas por una relación de trabajo, es decir, social o culturalmente, con pautas establecidas.

Son relaciones de negocios. Pero amigos nunca tuvo.

Con las mujeres la forma de relacionamiento hace pensar en un no involucramiento profundo en las relaciones, lo cual es algo que hay que tener en cuenta: sus dificultades para establecer relaciones con el entorno.

– **Ps. Pía Correas:** Retomando desde lo que dijeron Norberto Glisenti, Marina Altman y también Teresita Ceretti, me parece que hay un aspecto narcisista en este paciente, que tiene que ver con la imagen, con el espejo, con el sí mismo, con qué imagen le devolvemos como equipo. En la historia que parece también como un derrumbe que va unido a pérdidas de elementos narcisistas muy importantes en el paciente: las separaciones, el accidente, el deterioro económico, el deterioro físico, que surge a través de estas pérdidas continuas que tal vez no haya podido elaborar desde otro lugar.

– **Dr. V. Pardo:** Es un paciente muy grave desde el punto de vista médico. Creo que el formato multiaxial de diagnóstico del DSM puede ayudarnos a pensar un poco al paciente. Obviamente, en el eje III referido a la enfermedad médica, tiene la eritrodermia, constituyendo un factor orgánico al cual este hombre estaba predispuesto y que explotó en un momento de la vida. Habría que ver si ciertos eventos de vida, como el cambio de pareja, el linfoma de la hija, la llegada de los nuevos hijos, el deterioro en lo económico en qué medida pudieron haber incidido.

En cuanto al eje I, de la depresión, en estos últimos años, yo diría que nadie puede tener duda. Creo que además en esta entrevista, inclusive, se puede captar en él una vivencia de depresión, de desánimo, de “no hay mucho por lo que pelear”. Esa vivencia de “vejez eterna” nos dice mucho en ese sentido. Se puede formular el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor o recurrente con mala recuperación interepisódica que funciona como una “depresión crónica”.

Acá surgen dos elementos que nos dan alguna duda diagnóstica. Da la impresión de que vinculado a los corticoides este paciente hace episodios hipomaniacos con hiperactividad, tendencia lúdica, tendencia a descansar

menos, hiperactividad, etcétera.
Una pregunta: ¿cuando se le dio ISRS, hizo virajes a hipomanía?

– **Dra. A. Levy:** No.

– **Dr. V. Pardo:** No sabemos si hubo continuidad en el tratamiento. Porque además, le correspondería un diagnóstico adicional de trastorno del estado de ánimo (maníaco) inducido por corticoides.

¿Pero cualquier paciente que recibe corticoides o en otros casos cualquier paciente que recibe antidepresivos, hace una hipomanía? No. No lo hace quien quiere sino quien puede. Y aquí, evidentemente, la teoría espectral akiskaliana de la bipolaridad creo que nos viene a todos a pesar de su carácter controversial. De este modo los corticoides quedan proscriptos, haciendo que el armamentario terapéutico contra la dermatosis quede muy recortado.

En cuanto a la terapéutica se podría utilizar venlafaxina, a mi entender uno de los más eficaces. Las dosis deberían ser altas, no menores a 225 mg/día a los que habría que llegar con una titulación lenta. Habría que vigilar estrechamente la posibilidad de un viraje de humor así como también realizar control de las cifras de la presión arterial. También podría ser de utilidad un estabilizador del humor, aunque daría la impresión de que la olanzapina le hizo bien a este paciente. La olanzapina tiene un efecto estabilizador del humor bastante probado y se utiliza para el control de accesos hipomaniacos o maniacos.

Hay también que hacer alguna consideración sobre la personalidad del paciente. En tal sentido me vienen al recuerdo algunas conceptualizaciones que en algún tiempo estuvieron muy de moda con relación al “paciente psicossomático”: alexitimia, pensamiento operatorio, etc., en tanto personas con escasa capacidad de mentalizar, de poder vivenciar y expresar sus afectos. Creo que en este ateneo hay personas con más conocimientos que yo en esta línea de pensamiento.

Siguiendo con la personalidad creo que el impacto de la dermatopatía en la misma ha sido enorme por la severa limitación que esta impone a su vida diaria y a su mundo

relacional y ocupacional.

Creo que no tiene un buen pronóstico. Da la impresión de que estando internado se lo puede como “acolchonar”, rodear, y que el paciente en su entorno no puede encarar un tratamiento. Y creo que la actitud regresiva, quizá el no cuidarse a sí mismo, como planteaba Norberto Glisenti, traduzca que el paciente está, como yo lo veo, muy desesperanzado.

No soy muy optimista en cuanto a la posibilidad de antidepresivos y estabilizadores, pero creo que habría que intentarla. Pero no sé si el paciente lo va a cumplir.

– **Dra. A. Levy:** Está cumpliendo ahora.

– **Dr. V. Pardo:** Está cumpliendo. Bueno, habría que apostar fuertemente a eso y al tratamiento de la dermatosis.

– **Dr. Mario Orrego:** Este paciente es portador de una dermatosis crónica, grave, evolucionada y complicada.

El inicio aparece relacionado; ocurre en el tiempo al año siguiente del diagnóstico de enfermedad de Hodking de una hija.

Pienso que hay que considerar ese factor como de eventual potencial movilizador de contenidos intrapsíquicos, por la analogía con el duelo por el fallecimiento prematuro (53 años) de la madre debido a una enfermedad próxima (linfoma).

Esta dermatosis puede tener un componente psicossomático en su gestación inicial, pero se transforma, obviamente, en la evolución, en una enfermedad autónoma.

Otro aspecto a jerarquizar en el seguimiento desde una perspectiva biológica es el riesgo oncológico, dado que, como expresaron los dermatólogos, los eritemas eczematosos pueden transformarse, después de un curso evolutivo largo, de hasta seis años, en linfoma; constituirían tres generaciones en continuidad de manifestaciones en este aspecto.

Tiene otra vulnerabilidad genética: el padre registra antecedentes de oscilaciones del humor, que no podemos evaluar porque no tuvo diagnóstico clínico.

Como ya lo han señalado otros colegas, tiene una personalidad previa con rasgos notoriamente narcisistas e hipertímicos.

Es un hombre procedente del área rural, con una subcultura bastante tosca en el sentido relacional, caracterizada por la baja capacidad de expresión de sus sentimientos y emociones. De hecho, asume un desafío formidable en la mediana edad, comprometiéndose en un matrimonio con una mujer veinticuatro años menor. En su situación actual la relación de pareja se ha vuelto notoriamente asimétrica (61 años vs. 37 años). La dermatosis le produjo un envejecimiento prematuro. De acuerdo con los antecedentes era una persona de muy diferente apariencia y ha perdido toda posibilidad de vestirse de amor propio en términos de intimidad física. Esa transformación genera obviamente una expectativa de rechazo, y presuntamente se considera repulsivo; ese tipo de sentimiento resulta inevitable aunque no lo explicita. O sea, que tiene factores de estrés a nivel de pareja bien identificados.

Por causales endógenas y exógenas, esta persona ha desarrollado una depresión que se ha constituido en un problema crónico que requiere diagnóstico.

En el año 2006 fue identificada como una depresión mayor; actualmente no se encuentra en período de estado, porque puede experimentar sentimientos de rabia y transmitirlos a través de la hostilidad en el vínculo, tan notoria con la colega durante la entrevista y el trato despectivo hacia los otros médicos que lo han atendido.

Creo que le asiste parcialmente la razón, porque convocada la Medicina no le ha resuelto la enfermedad. Eso es algo que tenemos que tomar en cuenta cuando nos relacionamos para respaldarlo mediante psicoterapia de apoyo.

Una de las respuestas características que hacen los pacientes crónicos en situación de fracaso terapéutico cuando se les pregunta cómo están es: “¿Y a usted qué le parece, doctor?”, como diciendo: “Hay una cantidad de cosas que son obvias, y si usted es inteligente y sagaz se tendría que haber dado cuenta”. Hay que trabajar con estos pacientes basados en estos presupuestos, tolerando la agresividad que consideran justificada. Requieren hablar de los contenidos con los que no pueden tomar contacto por las dificultades en integrar sentimientos

o moderarlos en el curso de la experiencia intrapsíquica e interpersonal. Ese trabajo posibilita un desahogo de tipo catártico que descarga la piel y contribuye a la mejoría de la dermatosis si todavía tiene implicados mecanismos psicosomáticos.

Desde el punto de vista medicamentoso me parece acertado reducir olanzapina, porque es un buen anticiclador, pero en esa dosis de 20 mg puede estar incidiendo en el mantenimiento de depresión farmacológica. Considero conveniente la reducción de la dosis de olanzapina y alternativamente introducir estabilizadores que no afecten la piel, eventualmente gabapentina. Como antidepressivo, creo que venlafaxina a bajas dosis puede ser una buena elección, vigilando la posibilidad de inversión del humor.

– **Dra. A. Levy:** Ya no está recibiendo corticoides.

– **Dr. M. Orrego:** Bueno, porque los libros dicen una cosa y los pacientes experimentan otra. Estos fármacos tienen efectos devastadores. La gente se deprime y se deteriora farmacológicamente.

No sé bien del punto de vista médico qué significa el tema de ser córtico-dependiente, qué contraindicaciones implica eso. Porque si bien existe el riesgo de inversión del humor con corticoides, quizá se beneficia en un balance de planificación terapéutica farmacológica que comprenda cierta dosis de corticoides baja y menos dosis de inmunosupresores. Y como antidepressivo, creo que venlafaxina a bajas dosis es una buena elección, con mucho celo evolutivo por el riesgo.

Pero creo que este hombre no va a mejorar solo por los fármacos y que requiere de un lugar en donde pueda hablar de esas cosas con las que no puede tomar contacto él mismo. Porque este hombre es muy tosco en su sensibilidad y en la posibilidad de integrar sentimientos en el curso de su experiencia. Pienso que hay que trabajar con eso y posibilitar un desahogo, una catarsis, para descargar un poco la piel, si es que todavía tiene factores psicosomáticos.

– **Dra. Sandra Romano:** Acuerdo totalmente en relación con los planteos diagnósticos que

se han hecho. Con relación al seguimiento del tratamiento, es evidente la dificultad enorme que ha habido en establecer una alianza terapéutica con este paciente. De alguna manera todos plantearon el mal pronóstico, por la gravedad de la enfermedad de fondo y por el cuadro psiquiátrico agregado. Destacaría la evidente imposibilidad de que el paciente juegue un papel activo en su propio tratamiento.

Vinculado a lo que planteaba el Profesor Orrego, de qué manera trabajar con él, la posibilidad de que pueda tener un espacio donde plantear estos temas, sus preocupaciones, y a la vez, ser protagonista de su propia situación.

Los aspectos regresivos que destacaba Norberto Glisenti también lo colocan en un lugar de mucha pasividad, en el cual él es objeto del tratamiento, pero no está pudiendo ser partícipe en ninguno de sus aspectos.

Si bien el pronóstico es muy malo por todos estos aspectos, generar un espacio para trabajar específicamente, tal vez podría abrir una puerta, una alternativa.

- **Dra. Gabriela Garrido:** Siguiendo la línea de Sandra Romano, porque estoy de acuerdo con todo lo que se conversó en cuanto al pronóstico. Es cierto que no se ha establecido una alianza terapéutica con el paciente. Creo que él no es pasivo; me parece que hay un componente de autoagresividad muy importante. En el marco de toda esta sintomatología depresiva y sus ideas de muerte, creo que hay una cosa activa. Entonces en qué medida las cosas que se hacen van en contra del deseo de él. Hay que visualizar más aspectos de su deseo real, porque si no es ir contra la corriente. Además de dolor genera enojo. Porque si no, es la sensación de un trabajo inútil y la sensación de lo regresivo del paciente. Creo que si bien el corte de curso de su vida se inicia con la separación de esa familia primera, hay ahora una vuelta de él a los cuidados de las hijas y de esa esposa, que es la única que recuerda y que trae historias, ¿no? Yo no sé cómo se podrá establecer ahí algún enganche, porque parecen ser sus únicos enganches más fuertes a la vida. Hay una tendencia como de querer morir.

- **Dr. J. Dapuelo:** Creo que hay un acuerdo en cuanto a los planteos diagnósticos y a la importancia de los fármacos, a que tiene un trastorno afectivo recurrente en el cual los fármacos han actuado en mayor o menor medida.

En cuanto a la evolución y a cómo seguir adelante, creo con el Profesor Orrego que está mejor. Ahora es posible una entrevista; cuando lo vimos por primera vez la entrevista era imposible, la comunicación era imposible por su estado afectivo. Ahora se pudo hacer una entrevista tal como pudimos observar en el video.

Desde el punto de vista psicofarmacológico creo que el planteo está bastante claro.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, ¿qué cosas se le pueden ofrecer? La pregunta que hacía el Dr. Pardo me parece muy atinada: qué nivel de mentalización tiene este paciente y si es posible trabajar psicoterapéuticamente con él. Marina Altman destacaba que sí. El hecho de que no hayan aparecido todos estos afectos en la entrevista, que son: la rabia, la envidia –con esa mención al hermano que no tiene nada, que es sano, a quien la vida le sonríe, y en cambio él está en esta situación–, no significa que no puedan aparecer en una situación psicoterapéutica.

Aparecen algunos elementos de humor irónico que podrían retomarse. Obviamente, no funcionan con él intervenciones de apoyo, como decirle: “A usted lo que le pasa no es tan importante; no se le caen las partes del cuerpo”. Aunque realmente no se le estén cayendo las orejas y la nariz, como él afirma, de todas maneras la vivencia es destructiva.

Creo que desde el punto de vista farmacológico está claro el planteo. Desde el punto de vista psicoterapéutico creo que se podría intentar, en estas entrevistas breves de 20 minutos –quizá Berta Varela pueda aportar en ese sentido–, con un enfoque dirigido a buscar enganches vitales, de apuntalamiento del yo, de retomar aquellos afectos que vayan apareciendo, como decía Marina Altman, como para ver qué nuevas formas de procesos mentales se pueden generar, para que se deposite menos en la piel y se procese más a nivel mental.

– **Dra. Analía Camiruaga:** Uno puede pensar en los 61 años y en lo regresivo de este paciente, y en la importancia de la piel, en los inicios de la vida psíquica. La piel como continente y la necesidad de otro que metabolice los contenidos de uno. Se tiene la sensación como de un cuerpo abierto que pierde partes, donde no es posible retener afectos y retener vínculos, no es posible retener contenidos internos.

Dentro de lo psicossomático, la depresión que hace es del tipo que desvitaliza. Uno tiene que hacer un esfuerzo por vitalizar al paciente, donde no puede convertirse en una cosa seductora ni en una cosa maníaca. Lo que decía el Profesor Orrego: “¡Cómo me va a preguntar cómo me siento! Si mínimamente está en el lugar en que estoy yo, puede entender cómo me siento...”

Entonces cómo hago yo para vitalizar, para libidinizarse este cuerpo que nadie acepta, que nadie quiere tocar, al que nadie se quiere acercar. Un poco como es una función como en lo regresivo que él se va a un vínculo fraterno con su hermano, algo casi como maternal, en la función terapéutica de poder nuevamente libidinizarse ese cuerpo y de poderlo libidinizarse a él en los aspectos vitales que todavía le quedan. Porque, en realidad, vinculado a las enfermedades, tiene más aspectos mortíferos que vitalizados. Me parece que no es por ahí; es más intentar ver cuál es el núcleo que a él lo desvitaliza y desde ese lugar trabajar.

Nosotros tenemos algunos pacientes con este tipo de enfermedades. Para el técnico es muy difícil porque uno siente como una cuestión de su propio aparato psíquico puesto en juego, donde uno tiene que poner una energía psíquica muy importante.

Me parece que es en la cualidad de la depresión sobre lo que hay que trabajar. Es un tipo de depresión muy particular.

– **Ps. B. Varela:** Iba a aportar desde la pregunta de Juan Dapuzo. El esquema referencial ofrece un amplio marco para integrar los aportes que se han hecho, desde el peso del traumatismo y las fallas de los recursos mentales del traumatismo que ocurrió hace 10-12 años, para procesarlo, y el peso de lo tanático que hace que haga un determinado tipo de depresión.

Este esquema lo que permite es pensar que estos pacientes no solo son alexitímicos, sino que tienen distintos niveles de mentalización y que dan muestras de esos niveles de acuerdo con lo que va pasando y a las intervenciones psicoterapéuticas. Un trabajo psicoterapéutico con estos pacientes, cara a cara y muy empático.

La intención de las entrevistadoras hoy fue quizá provocar alguna reacción y no mostraron el otro lado del trabajo, en un paciente que utiliza mucho la agresión pasiva y donde lo autodestructivo está.

– **Dra. Ana Inés Ruiz:** Quería realizar una intervención con respecto a los aspectos farmacológicos.

Por la complejidad y la comorbilidad en este paciente, y teniendo en cuenta los fármacos que se utilizan para el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, es más difícil elegir cuál sería la estrategia farmacológica más adecuada para él.

Creo que el no uso de corticoides le daría un elemento de estabilización del humor, por lo menos exógeno, por lo cual no estaría tan predispuesto a presentar los elementos de exaltación. Quizá su presentación clínica de aquí en más, si evitamos el uso de corticoides, sea la de un paciente más depresivo como reacción a la enfermedad, como característica de vulnerabilidad biológica y también de alguna manera como una herida narcisista de acuerdo con todo lo que se ha estado planteando previamente.

En ese caso, y teniendo en cuenta que todos los estabilizadores del humor tienen algunos efectos colaterales, que pueden ser complicados de manejar en este paciente, yo considero que el uso de la olanzapina es bueno, quizá a menor dosis, como decía el Prof. Orrego. Como alternativa, pensaría en otro antipsicótico, al cual se le está dando más relevancia en la esfera del humor, que es la quetiapina, que no tiene los efectos colaterales a nivel metabólico que tiene la olanzapina, sobre todo porque este paciente tiene antecedentes familiares de algunos factores de riesgo cardiovascular y no deberíamos agregar factores de riesgo en ese sentido. La quetiapina genera menos efectos colaterales a nivel de la glicemia y de los lípidos, menor sedación y en los últimos

años, si bien no está categorizado como estabilizador, algunos estudios le están dando un poco más de importancia en la capacidad que tendría de estabilizar el humor desde arriba, desde la manía, y también desde la depresión. Me parece importante considerar como fármaco alternativo a la olanzapina, en caso de que el paciente adhiriera, obviamente, al tratamiento.

– **Dra. L. Schwartzmann:** Se puede cerrar esta discusión, en primer lugar, agradeciendo la participación, pero además cómo se ha ido dando el poder pensar juntos en términos complejos al paciente, dado que hay una necesidad de analizarlo desde varias perspectivas. No hay una respuesta única: “Este paciente es igual a...”, cosa que muchas veces pasa con los pacientes, pero además en particular cuando está la enfermedad orgánica que marca una presencia fuera de lo fantasmático que da una característica muy especial.

De alguna manera se pudo a través de los distintos aportes intentar juntar lo que el paciente en este momento no puede, que es lo que está perdiendo.

En este paciente, estamos todos de acuerdo, se produjo un derrumbe en su vida hace nueve años. Un derrumbe que tiene que ver con estos factores, como han planteado, que pueden haber actuado como predisponentes, pero que además causan por sí el desencadenamiento de una enfermedad que a su vez ataca principios básicos de sus características y de su historia. Y además de esto y de sus características de personalidad y ese derrumbe, efectivamente se empieza a sentir una serie de trastornos que tienen que ver con lo regresivo y que tienen que ver con la piel.

Sin duda, este paciente por sus antecedentes tiene una susceptibilidad especial al uso de los fármacos. Es un paciente con una personalidad compleja, con una dosis importante de elementos narcisistas. El ser atractivo, prolijo y gustarle a las mujeres era un elemento esencial de su ser. Eso se ataca masivamente.

Este paciente nos planteó en muchos momentos que había cosas que excedían a lo que uno puede expresar como reacción psicológica de alguien frente a una enfermedad.

Es muy interesante el aporte de la gente que trabaja con quemados, la ruptura de esa frontera. Por momentos este paciente tiene algunos elementos bizarros; no en esta entrevista, pero en determinados momentos que uno lo ha visto llama la atención con conductas que parecen bizarras.

Efectivamente, creo que hay una vulnerabilidad genética para lo depresivo; diría que se junta lo reactivo a su situación más la predisposición genética, pero creo que hay una sensibilidad a los fármacos que da este elemento que a veces parece de deterioro, de elemento psicótico, que le da un toque particular más allá de las depresiones narcisistas que hemos visto en muchos pacientes.

Desde Psicología Médica planteamos: paciente difícil, alguien con una personalidad narcisista va a ser un paciente difícil por definición. Porque toda enfermedad implica aceptación de pérdidas y si alguien tiene al lado narcisistas marcados, es para nosotros un paciente difícil. Y hemos vivido muchos.

En este paciente hay un plus que tiene que ver con la patología de piel y con las características que la patología de piel implica, pero también creo que hay aquí el efecto de los fármacos.

En cuanto a la corticodependencia, porque nos lo explicaron las dermatólogas, en este paciente hoy está contraindicado el uso de corticoides. Porque lo que tiene es una situación en la cual se requiere dosis cada vez más altas para lograr el efecto, y en realidad no hay un efecto terapéutico.

Esto hizo que a lo largo de todo este período se tratara y sobre todo porque recurriendo en el interior a lo que más se dispone, con corticoides. Entonces ha habido tratamientos en dosis muy altas y además ha habido una cuota de automedicación.

En este momento, en apariencia, no está con corticoides en cuanto indicación. Porque acá hay un hecho que tiene que ver con lo que este paciente hace en su desesperación por encontrar una solución. Se queda sin vaselina porque se pone toda la vaselina sabiendo que después va a venir; de alguna manera es como la desesperación de cómo tapo estos agujeros internos y externos que tengo. En esa desesperación posiblemente acuda a la automedicación, como acude a los curanderos... y ahí ya entramos en un

espectro de interacciones que perdemos. Es más, se sabe, por ejemplo, que la ciclosporina, que fue lo que estuvo tomando en este último período, tiene interacciones importantes.

No es que todas estas cosas que él toma son inocuas.

Es bueno lo que plantea el Dr. Pardo de los ejes y es generalmente el tipo de diagnóstico que nosotros tenemos que hacer. Nos movemos más con diagnósticos en ejes; es decir, tiene desde el punto de vista físico esta enfermedad importante cuyo diagnóstico además no acaba de estar terminado, porque es evolutivo. ¿Va a hacer un linfoma? Tenemos además ese elemento de gravedad e incertidumbre. Y desde el punto de vista psicológico tenemos una personalidad con determinados rasgos que creo que no califican para decir que tiene un trastorno de personalidad previo, porque logra de alguna manera organizar su vida, aunque los aspectos que se ven más empobrecidos son justamente las relaciones sociales. Necesita estas relaciones de picaflor para reconocerse en su autoestima.

Llama la atención para el aspecto narcisista el hecho de que sus hijas lo recojan como alguien con quien tenían un buen vínculo. Como un padre cariñoso y preocupado. Es como la suma de condimentos. Tiene los rasgos, tiene la predisposición hereditaria quizás a lo depresivo, tiene una enfermedad que echa por tierra lo que son sus baluartes fundamentales, su pinta y su plata, es decir, los dos ejes fundamentales de su vida: él siempre lindo y bien arreglado, y por otro lado el dinero que logra de su trabajo. Los dos pilares se le desarmen.

El tema más complicado: yo le preguntaría a los que han estado cerca si se puede llegar a empatizar con este paciente. Porque –y eso lo sabemos todos– no hay proceso psicoterapéutico que funcione si no hay algún punto en que uno también pueda empatizar.

Acá había una cosa contratransferencial desde Dermatología, también desde las compañeras, como que costaba realmente verlo como lo puede poner Marina Altman, como alguien que necesita mucha madre. Seguramente lo necesita, pero qué defensas tiene el paciente y en qué medida permiten entrar por algún lado.

Creo que en lo farmacológico estamos de acuerdo, acá hay seguramente un trastorno inducido por sustancias, con la predisposición. Hay que evaluar eso. Pero el tema con respecto a lo psicoterapéutico que me cuestiono es qué posibilidad hay de parte de quienes están acá de establecer ese vínculo empático para intentar reavivarlo.

Los elementos para un mal pronóstico creo que los tenemos claros. El tema es ver qué podemos aportar para mejorar su calidad de vida. Es clara la percepción de la distancia entre cómo me veo y cómo quisiera ser. Para mostrar cómo un paciente tiene la percepción de una calidad de vida absolutamente deteriorada, es la imagen que él da de “Soy la vejez eterna. No puedo trabajar y por lo tanto estoy con satisfacción cero con relación a mi vida”.

¿Alguien del equipo considera que hay alguna forma de poder empatizar con este paciente como para poder pensar la intervención?

– **Ps. A. Rodríguez:** A mí me alegró el resultado de la entrevista, porque fue un paciente que durante meses veníamos siguiendo, y cuando él dice: “Me sale el agua por la piel”, era como que nosotras no podíamos juntar. No había continente, en un paciente acerca del cual teníamos que recoger información de terceros, permanentemente –de sus hijas, que tenían una imagen muy atravesada por la idealización de este padre, al que le cuesta entender o aceptar esta caída que ha tenido–. Sin duda que la entrevista apuntó a mostrar elementos de la personalidad que previamente no habíamos podido obtener, porque presentaba cuadros que tapaban un poco. Desde el principio, se inicia como un episodio depresivo que después se presenta con el elemento de exaltación del humor. Ahora él empezó a permitir en esta entrevista, mostrando un poco quién es el paciente. Desde el punto de vista de lo transferencial y contratransferencial, que es lo que Marina Altman aportó y me encantaba la idea de retomarlo, es un paciente que también en el equipo produjo cambios, porque era el paciente que “pobrecito, iqué enfermedad terrible!” la que tenía. Pero es un paciente que –retomando lo que decía Sandra Romano– no cumple con el tratamiento. Entonces, sin

duda, genera en el equipo un rechazo muy grande.

Pero este paciente parecería presentar un beneficio de esta situación o por lo menos nosotros sentimos en ese vínculo transferencial que tiene un beneficio de esta situación de no cumplir con los tratamientos: seguir manteniendo a esta familia primera de origen, como la familia con la cual se encuentra más cercano. Separarse o aislarse de todas esas cosas que no puede hacer y buscar ese continente en el hospital.

- **Dra. L. Schwartzmann:** Ustedes se van a encargar de lograr la alianza con este paciente para tratar de ayudarlo. Le damos la palabra final al Profesor Orrego.

- **Dr. M. Orrego:** Me parece que lo que tenemos que lograr es que él empatices con nosotros. En ese sentido, yo le estaba haciendo la propuesta a Dapuetto de que podríamos hacer algo que aparentemente es confort pero que tiene un significado en el psiquismo. Ofrecerle a él todos los días ropa de cama, pijamas limpias, como una forma de que él no se sienta tan repulsivo. Obviamente, no se puede poner perfume en su piel, pero se puede poner un poco de perfume en la ropa exterior, como modo de no generar tanto rechazo en el otro. Tiene una expectativa de intenso rechazo, porque el olor desagradable va directo al cerebro y es de enorme impacto emocional y uno tiene actitudes de rechazo inevitables. Hay que atender estos riesgos como forma de que él empatices más con nosotros de modo indirecto. Es una forma de sacarle los andrajos que se pone, o cuando está desnudo "los andrajos de piel". Es un modo de aproximarse que puede dar resultado.