



COMUNICACIONES LIBRES

Pacientes femeninas psiquiátricas adolescentes con patología psicótica y antecedentes de abuso

Dra. Diana Daulte

dianadaulte@yahoo.com.ar

La patología psicótica dentro de la psiquiatría se manifiesta de diversas maneras y diferente sintomatología. El motivo de consulta en jóvenes mujeres adolescentes generalmente se manifiesta por crisis de angustia con autólisis, cortes, sobreingesta medicamentosa e ideas de muerte. En el Servicio de internación de adolescentes se despliega toda la sintomatología en relación a un trastorno de personalidad límite que puede confundirse con la enfermedad actual. El diagnóstico presuntivo es un trastorno psicótico, que puede llevar al deterioro cognitivo, afectivo, psíquico y físico de la paciente. El vínculo familiar es fundamental para trabajar la denuncia de abuso, y por ello trabajar con la paciente para que pueda, en el mejor de los casos, reconstruirse psíquicamente. El plan medicamentoso de inicio, en la mayoría de los casos, responde a antipsicóticos atípicos y benzodiazepinas para sedación. Ante una impulsividad muy desbordada, criterios clínicos (anticoncepción), se puede agregar estabilizadores del ánimo con efecto antiimpulsivo tal como el ácido valproico. Nunca se utilizan antidepresivos al inicio del tx psicofarmacológico.

Los puntos a discutir son los síntomas prodrómicos de una psicosis donde esta encubierta por los síntomas de consulta. Además, ante el antecedente de abuso, el deterioro de la paciente es mayor.

Efectos adversos temidos en la clínica infanto juvenil

Merovich Gabriela

merovichgaby@gmail.com

En esta presentación, intentaremos pensar acerca de algunos aspectos de los efectos adversos más frecuentes en la práctica clínica infanto juvenil. Presentaremos el caso de un paciente de 14 años internado en un hospital general de niños de la ciudad de Buenos Aires por presentar un trastorno de la conducta alimentaria severo, de evolución tórpida y con muy difícil manejo. Durante su internación, el paciente presentó distonias con el uso de antipsicóticos, una reacción paradójica a las benzodiazepinas y un episodio interpretado como de manía disfórica asociada a la activación por el uso de antidepresivos. Realizaremos una descripción del caso clínico y del abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico durante la internación. Intentaremos identificar algunas características clínicas del paciente que pudieron funcionar como factores predisponentes para la presencia de dichos efectos adversos. Haremos referencia a las hipótesis diagnósticas pensadas durante este tratamiento.



Estudio de un Caso Complejo

Brian David Romano

brianromano1@hotmail.com

El problema de la comorbilidad en salud mental se presenta con frecuencia en pacientes complejos que presentan síntomas que cumplen con los criterios para múltiples trastornos mentales y de personalidad, que tienen problemas con el abuso de sustancias, que pueden encontrarse en situaciones de conflicto con la ley penal y se encuentran en contextos de vulnerabilidad social. Como paso previo a la planificación de un tratamiento, es esencial una adecuada valoración clínica que permita evaluar estos casos en toda su complejidad.

A lo largo de la presentación se llevará a cabo el estudio del caso de una paciente que fue atendida en uno de los servicios de largo tratamiento del Hospital Moyano. En primer lugar se realizará una breve descripción del caso. A continuación se llevará a cabo una valoración clínica para evaluar cuestiones relacionadas al problema de la comorbilidad y del diagnóstico diferencial correspondientes al caso expuesto desde los sistemas diagnósticos DSM IV y DSM V. Finalmente se señalarán ciertas limitaciones de los modelos diagnósticos vigentes y se esbozará la propuesta de un modelo alternativo.

Presentación psiquiátrica de un joven de 11 años con encefalitis autoinmune

Luz Zappa

lulizappa@msn.com

En esta presentación contaremos el caso de un paciente de 11 años de edad, previamente sano, que es internado por presentar un cuadro clínico de convulsiones (crisis parcial compleja caracterizada por postura tónica en hemicuerpo derecho y pérdida del conocimiento). Durante la internación se descarta el diagnóstico de crisis epilépticas y se recibe en consultorios externos de SESAM con diagnóstico de episodio psicótico agudo. Por la presentación clínica motora y su falta de iniciativa se piensa en un cuadro catatónico. El joven no podía ir al colegio, presentaba mutismo selectivo, alteraciones de la marcha, pérdida del control de esfínteres y descenso de 9 kilos de peso (pasando de estar en sobrepeso a estar bajo peso).

El objetivo de la exposición es mostrar la presentación semiológica tan particular en este grupo etéreo y relatar su excelente evolución.

Nuestro trabajo consistió en psicoeducación a los padres y cambio paulatino de la medicación que traía (de ácido valproico y risperidona a lorazepam). A la vez contar el desarrollo de las evaluaciones neurológicas, donde actualmente se encuentra estudiando si el paciente podría haber presentado un cuadro de encefalitis autoinmune.

Se discutirán las señales de alarma a considerar en psiquiatría para pensar que un cuadro psiquiátrico pueda tener origen orgánico.



Trastornos de la alimentación. Obesidad, Bulimia y Anorexia. Particularidades clínicas.

Marcela Victoria Reyes

marcelavreyes@hotmail.com

Introducción

Anorexia Vera y Bulimia Nerviosa, son cuadros de la psiquiatría que remiten a estructuras clínicas sumamente pobres donde prima una prevalencia y desregulación del registro imaginario no encontrándose este ordenado por la función fálica.

El rechazo a comer puede darse en cualquier estructura clínica. En algunos casos se presenta como síntoma de borde previo al desencadenamiento de una psicosis.

Objetivos:

Describir las particularidades clínicas en la Anorexia. Bulimia y Obesidad.

Realizar diagnósticos diferenciales con relación a la inscripción del Nombre del padre y su operatoria.

Describir a partir de la articulación teórica de dos casos clínicos la particularidad clínica en la obesidad.

Hipótesis:

Tanto en la Anorexia y la Bulimia hay una prevalencia y una desregulación del registro imaginario no ordenado por la función fálica.

En la obesidad en cambio encontramos un goce no acotado por la función fálica y la prevalencia de la pulsión de muerte.

Metodología de trabajo:

Se realizó una revisión sistemática. Se tomaron publicaciones y artículos de revistas en páginas Webs especializadas. Se cruzaron los términos trastornos de la alimentación y psicoanálisis. Se seleccionaron 20 artículos.

Conclusiones

Como conclusión podemos pensar a la Anorexia como un intento fallido de separación del Otro no barrado omnipotente. En la Bulimia en cambio encontramos una demanda voraz del sujeto por mantener la consistencia imaginaria del Objeto oral Omnipotente.

En la obesidad encontramos una desregulación en la función fálica que no permite poner un límite al goce vía la conducta compulsiva adictiva y donde predomina un goce mortífero.

Trastorno alimentario grave

Covetta Alejandro N.

drcovetta@gmail.com

Paciente de 17 años de edad que vive con su madre, padrastro y hermana. Se presenta a consulta con los siguientes síntomas: restricción alimentaria, episodios de voracidad, vómitos autoprovocados, miedo a engordar, irregularidades menstruales, baja autoestima, irritabilidad, intolerancia, impulsividad elevada, uso de laxantes, ideas sobrevaloradas respecto al cuerpo y a la comida, distorsión del esquema corporal, Ciclación tímica, explosiones de carácter, sentimiento de vacío, ira inapropiada para si y para terceros, crisis nerviosas, autolesiones. Se diagnostica Bulimia nerviosa subtipo purgativo y como comorbilidad trastorno limite de la personalidad.



Paciente que bajo tratamiento y cumplido los 18 años se va de la casa de sus padres, vive en la calle en condiciones insalubres enfermándose de tuberculosis. A raíz de dicha enfermedad se produce descenso de curva ponderal, a lo que la paciente ve como favorable ya que se cumplía su deseo de bajar de peso, asimismo le resulta angustioso porque si su curva de peso continuaba decreciendo se incrementaba el riesgo de muerte.

Antecedentes familiares: Tabaquismo (padre, madre, abuela materna), alcoholismo (abuelo y tío mat), juego compulsivo (padrastró), bipolaridad (madre y padrastró).

Tipo familiar: débil con los límites, bipolar

Puntos a debatir:

Diagnóstico.

Ideas sobrevaloradas, obsesivas o delirantes.

Condicionamiento de la conducta por cuadro psicopatológico y libre albedrío.

Ambivalencia entre deseo y angustia.

Construyendo una red en Salud Mental Infanto-Juvenil”

Mas Marina

marina_m201@hotmail.com

Durante la rotación electiva en el Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Juan M. Obarrio (SeSMIJ), transitamos la experiencia de participar activamente en el Dispositivo de Apoyo y Articulación Clínica con Atención Primaria (DAACAP), no solo desde la práctica en terreno, sino también en espacios que nos permitieron formar parte de la construcción de una red en Salud Mental Infanto-Juvenil que permite la asistencia del niño y de su familia.

Esto nos dio la posibilidad de reflexionar acerca de las transformaciones institucionales en la práctica de la asistencia en Salud Mental que vienen ocurriendo a partir de la implementación de la ley 26.657, y entender la importancia de trabajar de una manera más organizada, teniendo en cuenta la intersectorialidad y la territorialidad.

Comprendemos a este dispositivo, con características particulares y propias, como parte de este cambio, donde el SeSMIJ “sale” a un centro de atención primaria con la finalidad de trabajar en equipo interdisciplinario y potenciar recursos del primer nivel, a través de intervenciones que aumenten la capacidad de resolución de los problemas de salud, manteniendo una comunicación activa.

Dado que el eje teórico de cuarto año de la residencia es “Salud Mental Comunitaria”, proponemos articular el DAACAP con nuestra formación en APS a fin de adquirir nuevas experiencias y conocimientos, ejecutar actividades de prevención y promoción en salud mental infantojuvenil, desarrollar programas de intervención comunitaria y dar continuidad al trabajo en red implementado desde el SeSMIJ.

La interconsulta hospitalaria y la escucha psicoanalítica

Florencia Ipuche

mflor82@hotmail.com

El Servicio de Salud Mental recibe el pedido de interconsulta realizado por los médicos a cargo de Terapia intermedia por considerar que la paciente no poseía adherencia al tratamiento médico



La paciente padece Fibrosis Quística, tiene 23 años de edad.

La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad genética e incurable. Se trata de una patología compleja, que afecta a muchos órganos del cuerpo (pulmón, páncreas, disminución de la fertilidad en mujeres, infertilidad en hombres) aunque en cada paciente se puede manifestar de distintos modos y en distintos grados. La afectación pulmonar es la más grave y determina el pronóstico, pues las continuas infecciones deterioran el tejido pulmonar y en ocasiones llega a ser necesario realizar un trasplante. Esta patología presenta un cuadro grave. Sin embargo, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado pueden aminorar sus efectos. El curso clínico habitual es el de una enfermedad crónica y progresiva, con mal pronóstico.

Permaneció internada en el Hospital durante un total de 15 días y luego continúa tratamiento por consultorios externos.

Podemos pensar, en este caso, las distintas pérdidas que tiene que afrontar un paciente con una enfermedad crónica y progresiva, como se puede acompañar como profesional en la situación de un cuerpo que va en déficit.

La interconsulta hospitalaria y las intervenciones posibles

Patricia Calderón

patocalde2002@yahoo.com.ar

El Servicio de Salud Mental recibe el pedido de interconsulta realizado por los médicos a cargo de Terapia intermedia. El paciente padece Miastenia Gravis, tiene 26 años de edad a la fecha de la internación.

En esta presentación proponemos ubicar distintos montos en el tratamiento que se extendió más allá de la internación. Un primer momento de alianza terapéutica luego, la instalación de la transferencia y la posibilidad del psicoanálisis como parte del tratamiento de esta enfermedad que en tanto autoinmune la abordaremos dentro de las denominadas psicósomáticas.

El paciente padece una enfermedad autoinmune, presenta autoanticuerpos que juegan un papel patogénico primordial en la unión neuromuscular. Los pacientes que padecen miastenia gravis tienen debilidad y fácil fatigabilidad en la musculatura esquelética. Dicha debilidad puede estar ausente en reposo, pero se incrementa con el correr del día y con el ejercicio sostenido o repetido.

El curso clínico habitual es el de una enfermedad crónica, con periodos de exacerbación y remisión, y la posibilidad durante los primeros años de padecer de crisis miasténicas, que son exacerbaciones agudas con compromiso respiratorio y de la musculatura estriada (fono-deglución), durante las cuales es fundamental el cuidado de la función respiratoria. Por este motivo se atienden a estos pacientes en nuestro Hospital.

Permaneció internado en el Hospital durante un total de 98 días.

En este recorrido también se podrán ubicar las distintas intervenciones posibles dadas las particularidades que el caso presenta.