

Caso clínico presentado en el Ateneo de la Revista de Psiquiatría del Uruguay

Caso clínico

Hospital Vilardebó - Abril 2008

Coordinación

Sandra Romano

Médico Psiquiatra. Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Servicio de Facultad de Medicina

Clínica Psiquiátrica:

Mario Orrego, Fernanda Porteiro, Martín Bouissa, Ma. Alcira Frontini, Marina Hanisch, Lucía Ardao.

Medicina Nuclear:

Rodolfo Ferrando.

Servicio Facultad de Psicología:

Ps. Mercedes Couso y Ps. Pablo Fidacaro.

Estudiante:

Paula Rodríguez de Luca.

I. Datos sociodemográficos

JJ, 31 años, soltero, procedente de Montevideo. Vive con su madre y su abuela. Cursó secundaria completa. Sin trabajo estable, ocasionalmente da clases particulares de contabilidad en su domicilio.

Fecha de ingreso: Febrero de 2008 (segunda internación).

Motivo de ingreso: Episodio de agresión hacia su madre y el entorno, denunciado por su madre en el juzgado de familia especializado. Enviado por juez para valorar la pertinencia de internación o de continuar en un tratamiento ambulatorio.

II. Entrevistas con el paciente en la primera semana

Con relación al motivo por el cual es enviado al hospital, minimiza el episodio de violencia. Relata que no le gusta que en su casa se queden personas ajenas, que es un tema en el que no hay acuerdo con su madre y que han discutido otras veces por ese motivo.

El día del ingreso los visitó una amiga de la madre: Pese a su opinión contraria, la mamá y la amiga resuelven que esta se quede a dormir. JJ se irritó, discutieron y él se puso verbalmente agresivo. Niega agresividad física: “*Me parecía que lo hacía*

incluso para torearne, esa mujer [la amiga de la madre]. Después lo confirmé cuando no me saludó en el juzgado”.

La familia denuncia la agresión y concurren a buscarlo a su casa.

Se resistió a la detención policial, refiere que intentó quitarle el revólver al policía para autoeliminarse: “*Lo pensé en ese momento, para no pasar por toda esa situación”.* Al no lograr su propósito se tira al piso y se golpea la cabeza.

Es conducido a la emergencia del Hospital Vilardebó, de donde ingresa a sala.

Al preguntarle por qué motivo lo conducen al hospital y no lo detienen en la prisión, menciona que desde hace al menos diez años ha presentado trastornos y malestar psicológico. Describe la presencia casi permanente de ideas intrusivas de temor a la contaminación, motivo por el que realiza lavado frecuente de manos, se baña y luego lava todo lo que tocó estando sucio. “*Tengo obsesión de limpieza [...] acá no, como verán [...] acá es todo lo contrario, porque igual me voy a ensuciar; lo mismo si voy a otra casa, me adapto”.*

Refiere que tiene dos tipos de baño: baño sucio, se baña solo él; baño limpio, se baña él y lava todo lo que tocó antes de bañarse.

“*También tenía tipo rituales, como le dicen ustedes los psicólogos: tenía que hacer tal cosa para que no pasara tal otra.”*

Relata que, desde niño, según su recuerdo a partir de los tres años, evitaba pisar

baldosas y movía la cabeza en gesto de negación para quitar de su pensamiento imágenes de películas de terror.

“Cuando tenía 16 años fue muy fuerte eso, que tenía que pensar en ciertas cosas para que otras se me fueran de la cabeza”.

Actualmente su vida se desarrolla en forma pautada y organizada, con una rutina establecida por él para sí y su entorno. *“Todo lo que sea cambio me deshace”.*

Manifiesta sentirse triste e infeliz. Sus vínculos y actividad social se han restringido mucho en el último año.

“La única vida sexual que tengo es la masturbación [...] las mujeres nunca tuvieron interés en mí”.

Sale poco de su casa, debido en parte a que prefiere evitar a las personas: *“No quiero enfrentarme a gente que se cree más que uno”.*

Dice que la vida se ha ensañado con él: *“Hay un engranaje y la parte más fea me ha tocado a mí”.* No identifica ningún agente específico causante de daño hacia su persona.

Varias veces ha pensado en la muerte, pero quiere encontrar un método rápido, para no sufrir: *“Quisiera no existir, quisiera que la vida fuera diferente para mí, pero eso no va a pasar”.*

Niega ideas de autoeliminación actuales. *“Al estar encerrado, tengo menos problemas que antes”.*

Niega consumo de sustancias psicoactivas.

III. Entrevistas con la madre

Relata un agravamiento de los conflictos con su hijo en los últimos meses, y lo vincula al hecho de que ella no está dispuesta a continuar acompañando los rituales de JJ. Manifiesta temor frente a

sus conductas agresivas. Nunca la había agredido físicamente, pero la amenaza con hacerlo y rompe objetos.

“Gritaba muy fuerte, pateaba las cosas, exigía que le limpiaran las cosas, de noche en el cuarto lloraba [...] siempre estoy haciendo lo que él dice para mantenerlo en calma, para que no me rompa las cosas. [...] Si había cambios, él ya no podía [...] A mitad del año pasado dejó de salir”.

Vincula la situación actual a la historia familiar y a las características de su madre, con quien siempre convivieron: *“Ella era igual, cuando yo venía de la escuela me hacía descalzar y lavaba los zapatos con alcohol; con él hizo lo mismo [...] Hasta los 12 años a mí me daba mamadera”.*

Desde niño el paciente participó de los rituales de su abuela.

A los 14 años se le realiza psicodiagnóstico que, según informa la madre, fue normal.

Desde la adolescencia presenta rituales que su abuela secunda, que se agravan progresivamente y ocupan cada vez más tiempo.

Tiene los zapatos ordenados en una fila de la calle y otra fila de la casa. La abuela se los limpiaba y se los pasaba de la fila de la calle a la otra fila.

Después de tocar objetos que consideraba sucios, se bañaba y lavaba las cosas que había tocado antes; lo mismo hacía cada vez que iba al baño.

Coleccionismo, guarda cajas, papeles, listas electorales viejas, colección iniciada por su abuelo, que JJ ordena reiteradamente.

Ritualización de las tareas domésticas, realización de tareas en tiempos y secuencias fijas. Orden que, cuando se modifica, desencadena conflictos.

En mayo de 2006 la abuela tiene un infarto, queda muy limitada para el

desempeño de actividades y no puede continuar comprometida con los rituales antes mencionados.

JJ exige que su madre la sustituya en este rol. Al ser confrontado por ella, que le plantea: “¿Por qué no lo hacés vos solo?”, él dice que está sucio y lo tiene que hacer alguien que esté limpio.

Se viste y asea siguiendo determinado protocolo; cuando es interrumpido, se irrita y grita.

Conductas agresivas con intención de daño; rompe o amenaza con romper objetos importantes o imprescindibles para su madre o su abuela.

Hasta hace dos años no dejaba actividades por este motivo, pero progresivamente restringió salidas, actividades y vínculos sociales.

Siempre fue hostil y agresivo verbalmente en la casa, pero a partir de la enfermedad de la abuela esto se agrava y son cada vez más frecuentes los conflictos; grita, amenaza, pateo.

Niega que haya tenido otros comportamientos o ideas que ella considere extraños.

IV. Biografía

Es hijo de madre soltera, no mantiene vínculo actual con su padre, con quien tuvo contacto hasta el año de edad. En la adolescencia tuvo interés en buscarlo; la madre le dio los datos pero no lo encontró.

Se crio con su madre y su abuela. Luego su madre formó otras parejas y vivió también con padrastros, con uno de los cuales tuvo el episodio de violencia que motivó el ingreso anterior.

Cursó primaria y secundaria completa. Repitió tercer año de primaria y algún

año de liceo. Inasistencias. La madre lo explica diciendo que se dormía: “Yo trabajaba y no estaba ahí para hacer que él cumpliera”.

Empezó Magisterio, pero abandonó; según su madre porque los rituales de limpieza posteriores a reunirse con los compañeros le insumían muchísimo tiempo.

Inició estudios de Administración en UTU, pero dejó por problemas económicos.

Empleos zafrales y breves, no más de dos meses.

Hasta el momento del ingreso daba clases particulares de contabilidad, en su casa; luego de irse los alumnos limpiaba los lugares donde habían estado. En los últimos meses disminuye la actividad, pasa todo el tiempo en su casa. Se reduce el número de alumnos.

Hace varios años que no tiene pareja.

Dice que tiene algunos amigos, pero no los ve mucho porque están casados y tienen hijos.

Datos biográficos provenientes de la evaluación psicológica

El paciente evoca sus primeros esbozos ritualistas cuando, a los cuatro años, “*camionaba por determinada línea de baldosas*”, sosteniendo que los integrantes del núcleo familiar, compuesto en ese momento por madre, abuela y bisabuela, “*tenían una cinta de casete en sus espaldas*” que lo situaban ante “*el peligro de enredo*”. A igual edad ubica su primera sensación de asco ocasionada en los besos de una madre a la cual rechaza y considera una hermana.

La función materna fue ejercida en alternancia con la abuela, con quien estableció una relación marcada por el exceso de dependencia de un niño que toma la mamadera hasta los siete años, recibe el alimento en la boca hasta los once años y practica el co-lecho hasta similar edad. A los excesos de cuidado, sucede el relato de los malos tratos de esta abuela, que se extienden en la diacronía de su vida. El paciente describe la posición activamente pasiva que asume en las relaciones sociales, desde su temprana escolaridad hasta la situación actual de internación, en donde es objeto de humillación-flagelación por parte de los pacientes del hospital.

Respecto a dicha posición fantasmática, se enlaza la relación a un padre desconocido (“*No me quiso reconocer*”), hito sobre el cual construye una historia de lo paterno en donde la ausencia de padre biológico se ve imaginariamente compensada por la presencia y el mandato de un bisabuelo materno que impone el legado de la transmisión generacional, puesto que el paciente era el único varón del linaje materno para llevar adelante la descendencia. “*Misión imposible*” según dice el paciente, debido a la “*impotencia psicológica*”, dando cuenta de sus dificultades con respecto al otro sexo.

A una etapa de latencia, que él vive con aparente normalidad, más allá del vínculo materno “fusionado” con el cuerpo de su abuela, le sigue una etapa puberal en donde la emergencia del impulso masturbatorio es alojada en el hogar materno. El acto exhibido “*en el sillón del living*” encuentra la aprobación por parte de su madre; el paciente interpreta el gesto materno como un “*seguí seguí*”. Pero como contrapartida, a pesar de la habilitación de su madre, el púber se ve contrariado por una abuela que de ahora en más prohibirá el acto onanista, obsesivizando al nieto mediante la implementación de rituales de limpieza. Esta le dirá una enigmática

frase al verlo un día masturbarse, que él interpreta con voz sancionante: “*¿No escuchás cuando los gatos caminan?*”

En aquel tiempo del empuje de la pubertad, el paciente va en búsqueda de una referencia paterna, sin éxito alguno, encontrando en su bisabuelo senil la orientación confusa de una referencia que en el anecdotario le relataba cómicamente las aventuras sexuales con las hermanas de su mujer, tías abuelas del paciente. El despliegue discursivo que el paciente relata de su actividad sexual es del orden de la polimorfía perversa propia de un estadio infantil. Fantasías sado-masoquistas, homosexuales y pedofilia son tratadas con puerilidad e infantilismo, siendo la masturbación el único acto exitoso del sujeto, puesto que los intentos de relación sexual propiamente dichos fracasaron.

La historia del padecimiento obsesivo encuentra su primer mojón en un acontecimiento que lo “*ensucia*” cuando va a la casa de unas hermanas- sucias por las cuales él siente atracción sexual, además de estar enamorado de una de ellas. Es aquella impresión que siente cuando pisa materia fecal de animales que vivían en esa casa, lo que imprime en él una suciedad que en el retorno a su hogar intentará quitarse mediante la colaboración de su abuela y sus rituales de limpieza.

Los mismos adquieren características desmedidas y serán integrados a la vida del paciente, quien opta por realizar sus actividades en el baño en las horas de la noche, evitando la presencia de las personas de la casa: “*Los ruidos me perturban en mis actividades, por eso espero a la noche cuando los grillos no hacen ruido...*” “*¿O cuando los gatos no caminan?*” –ríe y asocia. Le hacemos esta pregunta, ante la cual con astucia evoca la enigmática frase con que la abuela finalmente sanciona: “*¿No escuchás cuando los gatos caminan?*”

La presencia en su casa de una madre de dos hijas a las que el paciente cuidaba años atrás y por las cuales sentía atracción en la forma (“*Me excita la idea de que las niñas me peguen*”), sumada a la atracción que ha sentido por esta visitante, interfiere con su actividad y compromete sus ceremoniales. Este hecho se contextúa, además, en un giro progresivo que ha ocurrido en la dinámica del hogar, puesto que la abuela luego del infarto ya no apoya al paciente en sus rituales. En este contexto se produce el desencadenante de la internación: “*Le pegué a mamá*”.

V. Antecedentes

Médicos personales. Intoxicación accidental con atropina a los ocho años, con internación. Control durante un año.

Familiares psiquiátricos. El paciente y su madre niegan la existencia de tratamientos previos en personas de la familia. Ambos refieren los comportamientos antes descritos en la abuela materna de JJ.

Personales psiquiátricos. En la edad escolar realizan una consulta psicológica y psicodiagnóstico. El resultado es transmitido oralmente por la madre, quien informa que no presentaba trastornos a destacar. No se realizó seguimiento. Primera hospitalización en el hospital psiquiátrico en 2001, también a causa de heteroagresividad intrafamiliar: rompió un televisor y agredió físicamente a la pareja de la madre, con denuncia policial de esta última. Se planteó al ingreso el diagnóstico de *trastorno obsesivo compulsivo* o probable inicio de *esquizofrenia* y se destacó la presencia de un *síndrome depresivo*. Se inició tratamiento con fluoxetina y benzodiazepinas. Buena evolución, sobre todo de la sintomatología depresiva. Egresó con diagnóstico de *trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo* (F60.5) y probable nivel intelectual medio bajo.

No se realizó evaluación psicométrica. Al alta se indicó continuar el tratamiento con fluoxetina 60 mg/d y clonazepam 2 mg/d, el cual no cumplió.

Examen psiquiátrico de las primeras dos semanas

Se presenta desaseado, con la misma ropa desde el ingreso.

Estrabismo, lesión palpebral a derecha.

Acepta la entrevista y establece un diálogo fluido, minimiza la sintomatología, elude la información precisa sobre lo que ocurre. Actitud acorde al contexto, distante, por momentos esboza desconfianza y hostilidad, pero controla sus manifestaciones.

Hipomimia, hipogestualidad.

Pensamiento sin alteraciones en el curso, de caudal rico, detallista, conoce terminología psiquiátrica. A veces utiliza palabras soeces, que contrastan con la prolijidad del resto del discurso. Sin alteraciones formales.

En el contenido, aparecen ideas de contaminación; niega obsesiones impulsivas. Ideas tristes y cierta minusvalía.

Ideas de autorreferencia y de daño y perjuicio a mecanismo interpretativo, desestima el azar en la contingencia de los hechos y les da un sentido fatalista dirigido contra su propia persona, que fueron interpretados como pensamiento mágico y sin carácter delirante. “*A veces he pensado que puede haber algo sobrenatural que me puede estar haciendo daño para que no me salga nada bien*”.

Humor y afectividad. Relata y evidencia tristeza, abulia, anhedonia. Por momentos angustia, pero en general su relato carece de expresión de afectos.

Inversión del ritmo sueño-vigilia previo al ingreso.

Conductas de heteroagresividad verbal y física intrafamiliar. Impulsividad. Conducta autoagresiva en el momento de la detención policial. Compulsiones de limpieza.

Pragmatismos globalmente alterados.

Nivel intelectual. En el desempeño de actividades intelectuales e instrumentales ha demostrado una capacidad dentro de lo esperado para su edad y medio socio-cultural en cada etapa, llegando a nivel terciario de estudios con un rendimiento promedio. En las entrevistas evidencia un buen nivel de comprensión y abstracción, con buen manejo del lenguaje y riqueza terminológica. Su funcionamiento y nivel de logros académicos y laborales han sido inferiores a lo esperado para su capacidad intelectual.

Personalidad. Se describe a sí mismo como de mal carácter dentro de la casa y tímido y retraído afuera (“*cuesta entrar en confianza*”). Expresa que se “*embronca*” frecuentemente frente a situaciones que frustran la concreción de sus deseos y demandas, situaciones que frecuentemente desencadenan episodios de heteroagresividad verbal y en ocasiones, física. De su funcionamiento habitual se destacan rasgos de dependencia, no toma de decisiones, demanda de atención y satisfacción de sus necesidades excesiva y arbitraria. En la internación se muestra susceptible a las acciones y opiniones de los demás, vulnerable, pendiente de algunas personas que son de su interés, por ejemplo, su novia. En las entrevistas busca aprobación y agrado.

VI. Planteo diagnóstico inicial y tratamiento

En emergencia se plantea el diagnóstico de *esquizofrenia* y se inicia tratamiento con risperidona.

Evaluated en sala y posteriormente en el ateneo del servicio, se plantea diagnóstico de *trastorno obsesivo compulsivo grave y episodio depresivo mayor moderado*.

Se realiza tratamiento con sertralina 200 mg/día.

Disminución de la risperidona a la semana del ingreso y suspensión a partir del día 20 de su ingreso.

Flunitracepam 2 mg en la noche.

A partir del mes de ingreso levopromacina 12,5 mg c/12 horas

VII. Informe de la aplicación de técnicas de psicodiagnóstico

Batería de test aplicados: Machover (test gráfico), Rorschach (test proyectivo mayor) y Desiderativo, con el objetivo de delimitar un diagnóstico situacional, dinámico y estructural.

Análisis de las técnicas exploratorias

Análisis intra e inter técnica en el cual se desarrollará aquellos puntos que consideramos aportarán a la comprensión del funcionamiento psíquico del paciente.

En cuanto a la actitud de JJ a lo largo de la aplicación de los test, la misma fue colaborativa y por momentos pueril. Todas las consignas dadas fueron comprendidas y aceptadas.

Con relación al Machover, el dibujo se presenta integrado y con un adecuado grado de organización. Su aspecto caricaturesco,

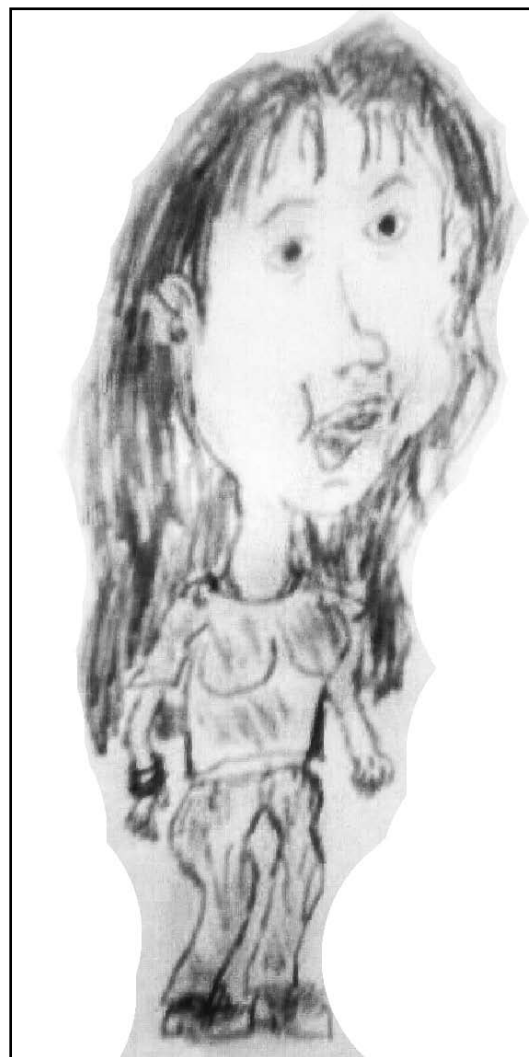


que va a estar dado fundamentalmente por la desproporción entre la cabeza y el cuerpo y el tratamiento especial de algunas zonas, da cuenta de conflictos, ansiedades y defensas puestas en juego.

El exceso de presión en el trazo y lo entrecortado y reforzado del mismo, habla, por un lado, de la dificultad en el control de los impulsos, la agresividad y la tendencia al *acting out* y por otro, de inseguridad, ansiedad y baja autoestima. En este sentido, lo caricaturesco del dibujo también deja entrever cierta autohostilidad y rechazo.

La necesidad del paciente de controlar el objeto gráfico a través de la actitud constante de revisar, arreglar y repasar el dibujo, y el detallismo con el que lo realiza (lo cual también se verá reflejado en un aumento en el tiempo de la toma de la técnica) hablan de la puesta en juego de mecanismos de defensa obsesivos

(formación reactiva), en el intento de controlar los impulsos agresivos. Dichos mecanismos no son eficaces en la medida que la agresividad es proyectada, sobre todo en la figura femenina. Esto se puede observar a través del tratamiento que hace del cabello, las cejas y el mentón, el énfasis en los agujeros de la nariz, el



rayado dentro de las figuras y, fundamentalmente, los dientes, lo cual remitiría a fijaciones orales-sádicas.

Concomitantemente, el emplazamiento de las figuras en la hoja (en la zona izquierda e inferior), el tratamiento que hace de la

boca y lo pronunciado de los senos de la mujer, dan cuenta de un sujeto con características regresivas e infantiles en el que predomina la dependencia, pasividad y búsqueda de satisfacción inmediata.

La dificultad en el control y manejo de los impulsos y la preocupación por mantenerlos separados de lo intelectual también se ve reflejada en el tamaño acentuado de la cabeza de las dos figuras (sobre todo la femenina) y las características del cuello (largo y reforzado) a través de las cuales se intenta preservar las capacidades intelectuales (de las que dan cuenta las técnicas aplicadas).

El paciente dibuja en primer lugar la figura masculina. Comienza el dibujo por la oreja, lo cual resulta significativo ya que habla de la presencia desde el inicio de ciertas ansiedades paranoides, lo cual también se corresponde con la caracterización que hace de los ojos de esta figura (abiertos, alerta al mundo exterior). Continúa con una nariz excesivamente larga, “caricaturesca”, a través de la cual, desplazamiento mediante, se presenta como un elemento compensatorio que da cuenta de una *intensa angustia de castración*. En tal sentido, las características fálicas y dominantes de la figura femenina, que están dadas fundamentalmente por lo rectangular del tronco y lo marcado de sus senos, van a dar cuenta de cierto temor ante la sexualidad femenina. El dibujo del cinturón, los detalles que le agrega a la figura (pulsera, anillo, aro) y el bolsillo en la parte trasera (desplazamiento de la zona vaginal), hablan por un lado del intento por parte del sujeto de controlar el “poder” de la imago materna “fálica y castradora”, su necesidad de castrarla (llenarla de agujeros) y ante la intensa angustia el movimiento regresivo a la etapa anal.

A su vez, las fijaciones a nivel sádico-oral de las que hablábamos anteriormente, tam-

bién dan cuenta de la intensa agresividad puesta en juego con relación a la imago materna. Las ansiedades persecutorias que se proyectan en los gráficos (sobre todo en la figura masculina) dan cuenta de un temor a ser destruido por ese objeto “malo” en el que el sujeto proyecta toda su agresividad.

En cuanto al Rorschach (test proyectivo mayor), es importante decir, en primer término, que el haber dado cuatro respuestas secundarias simultáneas en un total de diez respuestas da cuenta de un pensamiento creador, de una buena capacidad de análisis y síntesis. Logra las respuestas populares, usa el movimiento y el color y las respuestas son de buena calidad formal. Así, cobra significación el intento en el gráfico (a través de lo reforzado y largo del cuello) de mantener separado lo impulsivo de lo intelectual, en una necesidad de preservar en algún punto lo que se evidencia como un potencial del sujeto.

Al igual que en los gráficos la proyección de los impulsos hostiles es una constante en las láminas, que va desde su presentación como “un perro con cara agresiva” en la lámina I a la proyección de la imago materna como un “pedazo de carne” en la lámina VII. La conflictiva remite nuevamente al vínculo primario, e incluso se ponen en juego defensas más primitivas como ser la disociación, la idealización y el control mágico omnipotente, lo cual evidencia la necesidad del paciente de disociar sus aspectos hostiles, y proyectarlos al mundo exterior en la medida en que no pueden ser controlados e “invaden” el mundo interno del sujeto. Ante el miedo a ser destruido por el objeto “malo” emerge la ansiedad persecutoria. Es de destacar que será esta ansiedad la que, al igual que en los gráficos, predomine en el protocolo.

Es significativo en la lámina VII, lámina de “la imago materna”, el olvido de su respuesta “pedazo de carne” y la emergencia de una nueva significación: “dos conejos”. Este movimiento remitiría a lo temido con relación a las fantasías incestuosas, en donde el conflicto es planteado en términos de, o quedar apareados como dos conejos o morir.

Esto se corresponde con su respuesta en la lámina VI, lámina que da cuenta de cuáles son sus fantasías en torno a la sexualidad con relación a las primeras relaciones objetales. Su respuesta, “*un gato muerto aplastado en la carretera*”, nos habla nuevamente de su imposibilidad de asumir su sexualidad dentro en la lógica fálica y nos remite a sus fijaciones sádico-anales, etapa en la cual no hay distinción de sexos y sí la coexistencia de estos dos aspectos entre los cuales el paciente oscila; el pasivo (dependiente, sumiso) y el activo (dominante, agresivo).

En este sentido, es bien significativa la respuesta que da en el Desiderativo ante la interrogante qué animal le gustaría ser y qué animal no le gustaría ser, en el caso de no ser persona. Plantea que le gustaría ser un oso “*porque vive en el bosque, es libre e independiente*” y no le gustaría ser un perro “*porque es muy sumiso y doméstico*”. Aquí nuevamente se despliega su conflictiva en torno a la sexualidad; ser un oso, implicaría poder circular simbólicamente y no quedar como un perro atrapado en lo doméstico, vale decir, en su madre. La dificultad en tramitar la separación y la intensidad con que son vivenciadas las fantasías incestuosas, plantean el conflicto en términos de una disyuntiva, la de ser hijo o ser hombre, disyuntiva que por sí misma hace de este último lugar un imposible para el sujeto.

Su respuesta cuando es interrogado acerca de qué del reino vegetal le gustaría

ser y qué no, también puede leerse en esta línea de análisis: “*Me gustaría ser una parra porque le da felicidad a la gente, le gusta a casi todos*” y “*No me gustaría ser yuyo porque la gente lo corta, lo elimina*”. Remite a la intensa angustia que le provoca la posibilidad de ser cortado –léase castrado– y a la necesidad de no perder el lugar del deseo del Otro.

Por último, ante la interrogante de qué del reino inanimado le gustaría ser y qué no, dice que le gustaría ser “*una roca, porque no tiene vida*” y que no le gustaría ser “*una roca de sal, porque es salada*”. En relación con lo planteado anteriormente, se vislumbra la necesidad de JJ de no ser con relación a su sexualidad, en la medida en que el ser lo confrontaría con la posibilidad de desintegrarse como una roca de sal.

VIII. Informe del SPECT

Se le realizó al paciente un SPECT de perfusión cerebral con 99m Tecnecio-ECD (Etil-cisteinato dímero). Este fármaco penetra libremente la barrera hematoencefálica, es captado inmediatamente por las neuronas en forma proporcional al flujo sanguíneo existente en las distintas áreas del cerebro y luego sufre cambios intracelulares que evitan su retrodifusión a la sangre por varias horas, así como los cambios en su distribución regional intracerebral. Si bien las imágenes se adquieren en diferido (1 hora post inyección), representan la distribución del flujo sanguíneo cerebral regional (FSCr) en el momento en que se realizó la inyección. Dado que la sustancia gris perfunde aproximadamente tres veces menos que la sustancia blanca, la imagen de SPECT muestra principalmente sustancia gris, es decir, corteza cerebral, núcleos de la base, tálamos y cerebelo. El estudio es una técnica de imagen funcional cerebral.

Permite medir indirectamente la actividad neuronal a través de la evaluación del FSCr, gracias a que la perfusión, el metabolismo cerebral y la actividad neuronal son fenómenos que experimentan cambios paralelos en el cerebro normal, así como en casi todas las circunstancias en las diferentes patologías.

El SPECT de nuestro paciente mostró aumentos del flujo en la corteza frontal ventromedial y del cíngulo anterior subgenual bilateral a predominio izquierdo, el sector anterior de la ínsula derecha, la corteza prefrontal dorsolateral izquierda y la amígdala homolateral, discreto aumento en la cabeza del núcleo caudado derecho y leve hipoperfusión talámica izquierda.

El hallazgo más destacado del estudio es la hiperactividad marcada en el sector ventral de las regiones prefrontales mesiales mencionadas.

Los cambios funcionales existentes en el TOC han sido bien caracterizados por métodos de imagen funcional como el SPECT. Consisten en aumentos de la actividad gangliobasal, particularmente en la cabeza del núcleo caudado, y en estructuras paralímbicas de la corteza prefrontal, como la corteza orbitofrontal y el cíngulo anterior. El sistema límbico está formado principalmente por estructuras temporales mesiales (el hipocampo y el núcleo amigdalino), que se conectan dorsalmente con la circunvolución del cuerpo calloso o cíngulo. Constituye corteza cerebral muy primitiva desde el punto de vista filogenético y representa la base anatómica del cerebro inconsciente, relacionado con funciones como la memoria y las emociones. Está conectado directamente con otras estructuras que cierran el llamado cinturón paralímbico, como el cíngulo ventral, la corteza orbitofrontal, la ínsula, el polo anterior del lóbulo temporal y los núcleos caudados. Las emociones y su patología están relacionadas con estas estructuras, cuya función se encuentra

alterada en los trastornos de ansiedad. La corteza orbitaria posibilita la expresión correcta de las emociones y los sentimientos en un contexto social determinado, las asociaciones adecuadas entre objetos o personas y afectos. El cíngulo anterior se relaciona con la motivación conductual. La corteza orbitaria, frontal ventromedial y el cíngulo anterior son áreas de corteza prefrontal que se relacionan con el control de las conductas agresivas o violentas y su disfunción se ha descrito reiteradamente en individuos con comportamiento agresivo de tipo impulsivo. La existencia de dichas alteraciones funcionales puede relacionarse con una predisposición a manifestar este tipo de conductas.

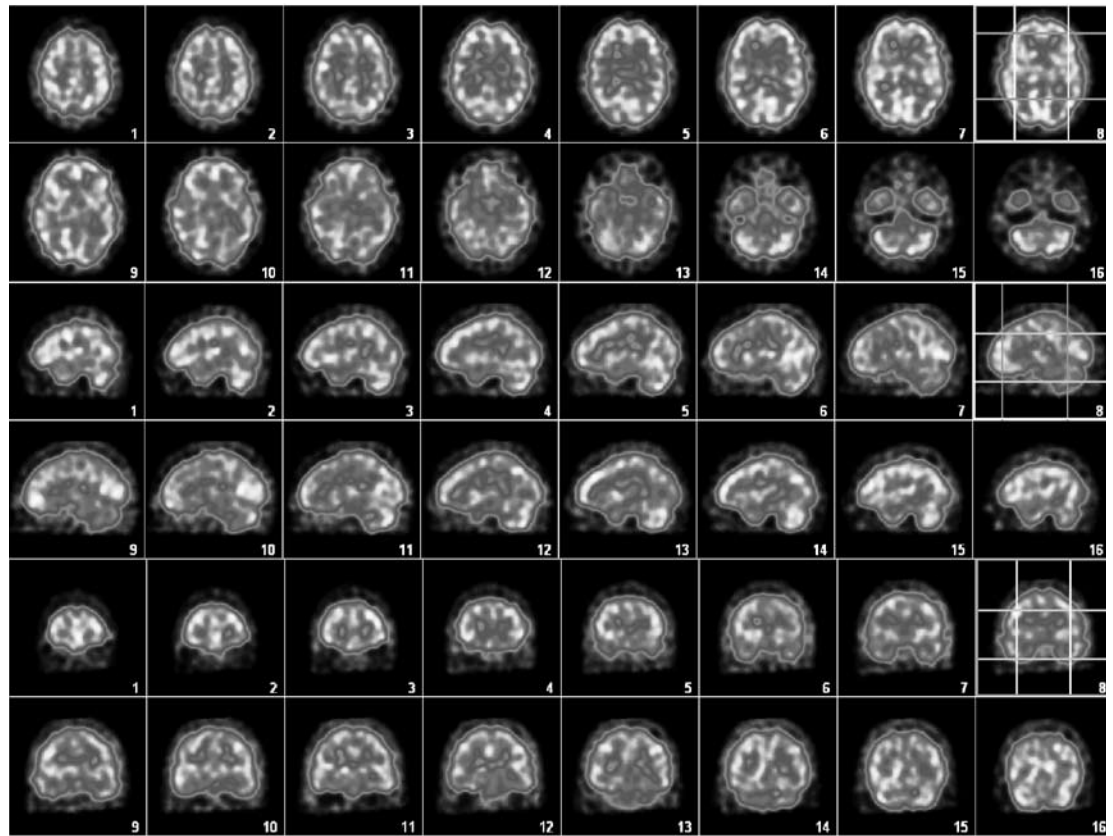
El mal funcionamiento de una estructura cerebral dada puede ser consecuencia de una disminución en su función, pero también de un aumento exagerado de su actividad.

Nuestro paciente presenta hiperactividad de estructuras relacionadas con el TOC, así como con el control de los impulsos agresivos. La actividad intensa de la corteza frontal ventromedial y del cíngulo anterior subgenual es su característica individual más destacada.

Las consideraciones descritas relacionan los cambios en la función del cerebro del paciente con su sintomatología clínica prevalente, aunque no es posible sacar conclusiones generales sobre aquellos pacientes con TOC que presentan tendencia a la conducta agresiva a partir del estudio de un solo caso clínico.

Ateneo. Evolución a dos meses del ingreso

Al ingreso ansioso, progresivamente adaptado a la internación, toma mate con los compañeros de sala. Establece una relación de noviazgo con una paciente (que tiene pediculosis).



Los primeros días no se bañó; luego de la segunda semana se baña diariamente.

Se lava las manos antes y después de orinar y defecar y no se las seca, pues no quiere tocar la toalla (*“Las dejo escurrir”*).

No realiza rituales de limpieza en la sala. Explica que no le perturba porque *“acá todo es sucio, no puedo hacer nada [...] sólo baños sucios”*.

Dice que al alta tiene que limpiar todo lo que se tocó en su casa desde mayo del 2005 hasta ahora, fecha en que ocurrió una situación similar a la que motivó el ingreso con la amiga de la madre.

La madre refiere mejoría en su vínculo, pero teme la situación luego del alta.

IX. Aspectos relevantes del examen psiquiátrico en la entrevista realizada en el ateneo

JJ concurre de buen grado al ateneo, acepta y colabora con la entrevista. Al ingresar al salón se presenta desgarbado, achicado, torso en semiflexión, cabeza levantada mirando al auditorio, esboza una sonrisa, se instala en el lugar que le indican y espera. Vestido en ropa de calle, aseado, con moderado descuido en el arreglo personal, un poco despeinado.

Evidencia disposición al diálogo; por momentos toma la iniciativa verbal.

Hematoma palpebral evolucionado. Fascies al inicio expectante. En ocasiones expresión aniñada, que en el curso de la entrevista varía en forma concordante al diálogo que se establece y al contexto en el que este se desarrolla, armónicamente

integrada a la mímica y gestualidad que acompañan su discurso.

Sin particularidades a destacar en la psicomotricidad.

Discurso fluido, organizado, sin trastornos sintácticos ni semánticos. En algunos momentos da detalles pero no se extiende en la exposición, sin dilaciones ni elipsis, ni trastorno en las asociaciones, mantiene el hilo de lo planteado en el diálogo. Maneja un léxico rico y evidencia un buen nivel de comprensión y abstracción, aunque por momentos aparece pueril en sus opiniones y expresiones.

Pobre caudal ideico de cuyo contenido se destaca: ausencia de crítica o preocupación por la situación que motiva la internación, minimiza sus trastornos conductuales, justifica lo sucedido por las actitudes de los demás. Imagen de sí mismo desvalorizada, siente que no es capaz de afrontar la vida sin apoyo, e incluso que dejaría de ejecutar sus rutinas ritualizadas si no estuviera su familia para ayudarlo. Por ejemplo, al hablar sobre la eventualidad de vivir solo dice: *“Me tiraría al abandono, no haría nada, solo no puedo... dejaría todo”*. Ideas de contaminación y suciedad, que son expresadas en respuestas a preguntas específicas al respecto, sin aparición de otras ideas intrusivas, que en la situación de internación no generan conductas. Confrontado con esta situación, minimiza el hecho, no manifiesta incomodidad (*“Acá está todo sucio y eso no puedo cambiarlo”*); por lo tanto, no se ocupa de ese tema. Expresa su intención de, al retornar a su casa, encargarse de que se limpie todo lo que está sucio, manteniendo la idea de que su familia debe ayudarlo en este cometido.

Se extiende al hablar de la internación y los vínculos establecidos en el hospital, su relación de pareja y su preocupación por la chica con la que se vincula (paciente internada desde hace varios meses con

diagnóstico de parafrenia). Intentó hablar con el psiquiatra que la atiende, pues dice que él no la ve bien. Relata un episodio en el que ella le propuso *“tener sexo oral a través de la reja, y yo le dije que no. No me parecía bien”*. No evidencia incomodidad ni plantea ninguna reflexión acerca de sí mismo con referencia a esta situación.

No expresa planes de futuro; vago en cuanto a sus proyectos al alta.

No refiere ni se evidencia tristeza. A lo largo de la entrevista la expresión afectiva varía, acompañando la temática que desarrolla.

Desde el ingreso recuperó el ritmo de sueño, sin trastornos de la conducta alimentaria.

Mantiene los cuidados personales. Lavado de manos muy frecuente, no se las seca. No se extiende con relación a este punto; en ocasiones, elude ser más preciso.

Ha participado en discusiones con los compañeros de sala, y en dos oportunidades fue golpeado por uno de ellos.

X. Discusión en el ateneo, aspectos destacados y cita de algunas intervenciones

Con relación al diagnóstico clínico, se analizaron los planteos en las distintas instancias de contacto del paciente con el sistema de atención (psicodiagnóstico realizado en la infancia, primera internación, internación en curso al momento del ateneo).

El inicio de trastornos en la infancia motivó una evaluación especializada. A pesar de que no recibió tratamiento pudo continuar una trayectoria escolar promedio y tanto el paciente como su familia no identifican una afectación importante en otras áreas de desempeño

personal. A temprana edad comienza con conductas compulsivas y en edad escolar rituales de limpieza en parte inducidos por el contexto familiar. La presencia de los síntomas mencionados, la ausencia de tratamiento de los mismos y las características del contexto familiar, se destacan como factores de impacto negativo en el desarrollo de la personalidad de JJ.

Se discutió el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia con síntomas obsesivo compulsivos y trastorno obsesivo compulsivo.

Los aspectos de la situación clínica del paciente que condujeron al planteo de esquizofrenia en comorbilidad con síndrome obsesivo compulsivo, al ingreso, tanto en la internación anterior como en la presente, se vinculan al impacto de la patología en el curso de vida, en la que se destaca el progresivo deterioro pragmático con abandono de actividades laborales y estudio, aislamiento social y la no búsqueda de ayuda.

Otro argumento surge de la observación del paciente en la sala de internación, su rápida adaptación a la situación hospitalaria, la interacción cercana y sin cuidados especiales con los compañeros y la suspensión de los rituales.

Se señalaron y discutieron varios elementos que alejaron el diagnóstico de esquizofrenia.

El registro de la primera internación en 2001 es similar a la presentación en la actual internación. En los siete años transcurridos no ha habido nuevos elementos semiológicos que aporten evidencia sobre un proceso esquizofrénico en evolución. El examen psiquiátrico actual no evidencia una desorganización del pensamiento, no existe un síndrome disociativo discordante ni un delirio paranoide.

Existe evidencia de que el trastorno obsesivo compulsivo puede evolucionar

hacia la gravedad extrema con ritualización de la vida y severa afectación del funcionamiento personal global, constituyendo un importante escollo para la vida cotidiana autónoma, con alto impacto en la calidad de vida personal y familiar.

Está descrita la selectividad situacional de las compulsiones en los pacientes portadores de un TOC. Es posible que este paciente se haya visto avasallado por la “contaminación hospitalaria” y la única alternativa para tolerar esa situación, que lo llevaría al colapso, sería racionalizar que no puede luchar contra ella. Las ideas obsesivas, sin embargo, persisten según su relato, ya que una vez de alta “se pondría al día” con todo lo que se contaminó en los últimos meses en su domicilio. Impresiona ser un paciente con una estructura neurótica, pero muy primitivo, lo cual implica gravedad, en el cual el factor ambiental determinó esta especie de *TOC a deux* con su abuela. La enfermedad de esta probablemente terminó de desestructurarlo, presentando una evolución más tórpida desde entonces (*Martín Bouissa*).

Más allá de considerar el trastorno que tenga este paciente en el eje I, hay que considerar el eje II, que no parece tener que ver con un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, sino que sus conductas hacen pensar en una organización más primitiva de personalidad (*Marina Hanisch*).

En la reconstrucción biográfica y el análisis del estilo actual de vida del paciente, se evidencia como patrones constantes de funcionamiento rasgos de dependencia y evitación. Presenta dificultad en la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades, sentimientos de incapacidad y desamparo frente a la idea de estar solo, dificultad para llevar adelante actividades en forma autónoma o iniciar proyectos, inseguridad frente a los vínculos sociales,

demanda desmedida y permanente hacia sus vínculos íntimos.

Ejerce un control continuo sobre su entorno, incluyendo las conductas despóticas descritas, que condujeron al episodio de la internación. Sin embargo, no se identifica ni en el relato del paciente ni de la familia ni en lo observado durante la internación, la presencia de otras características frecuentes en el trastorno de personalidad de tipo obsesivo como es el perfeccionismo, preocupación por los detalles, las reglas y la organización. La actitud del paciente hacia sí mismo es de desidia y en ocasiones autocompasión, no se evidencia hiperexigencia, psico rigidez y excesivos escrúpulos.

A partir de las distintas entrevistas realizadas y la serie de técnicas exploratorias aplicadas, podemos ubicar las coordenadas entre las cuales se sitúa el sujeto y, al tiempo que construir una hipótesis diagnóstica, vectorizar una posible dirección del tratamiento.

El recorte clínico expuesto esboza la constitución de un síntoma obsesivo en una estructura que despierta interrogantes. La manifestación neurótica sintomática es el elemento visible que en el funcionamiento ritualizado revela un fenómeno de “fachada” con valencia preponderante defensiva ante la proximidad de un objeto que se torna incestuoso. El ceremonial es, de esta manera, un ensayo legalizante, en su función de prohibición, con que el sujeto hace límite al goce materno, allí donde hubo una notoria debilitación de la función paterna. El ritual produce una suerte de sustitución de esta función fallida, pero al tiempo que hace ejercicio de una ley que prohíbe, dificulta la habilitación del sujeto. En el intento de hacer límite a lo materno, progresivamente se va encerrando en la misma encrucijada que busca acotar, evidenciando finalmente el fracaso del síntoma.

Es el tiempo de entrada en la internación, condición determinada por un *acting* vinculado a punto dramático de la historia del sujeto, a saber, la relación de dependencia establecida con el Otro. Se trata de un joven que desde su temprana infancia se ve expuesto a la precocidad de la satisfacción sexual, en una relación al Otro materno de naturaleza anaclítica. Exceso de amor e ilimitados cuidados respecto a un chico que ocupa el lugar de “único varón”, “ser amado” de la constelación materna. Plus de maternaje con un alto componente de erotización en el vínculo, el que vira por momentos hacia la agresividad. En una posición de extrema dependencia, el otro se torna necesario para hacer funcionar sus rituales, y cuando su *partenaire* de ceremonia varía la escena, la agresividad precipita un desenlace distinto. El movimiento de la pulsión hace un recorrido que va de “pegarse a mamá” a “pegarle a mamá”. El *acting* finalmente es exitoso en el punto en que produce un llamado legalizante encarnado en la sanción del Juez que finalmente lo interna en el hospital y lo externa del lugar materno.

Sorprende en cierto sentido el buen despliegue del paciente en el contexto de internación, en donde el síntoma del ritual progresivamente se desvanece. La llamada internación psiquiátrica se torna un dispositivo subjetivante en donde el paciente dice en la entrevista de ateneo que llegó “hasta conocer el amor”. La distancia del objeto atenúa el síntoma, el hospital lo habilita a la producción de lazos inéditos, según su decir.

Más allá de la notoria mejoría sintomática a nivel de los rituales que el sujeto produce mediante la intervención del hospital, el síntoma dice de su posición estructural. Un paciente con un nivel intelectual medio alto, en una relación de extrema dependencia al Otro Materno, ante una función paterna debilitada, con

* En el texto se indican entre paréntesis los códigos correspondientes a la CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en su décima versión.

una sexualidad perversa polimorfa que rumia en las fantasías y la imposibilidad de recortar el objeto sexual que denuncian las dificultades de asunción del cuerpo sexuado balizado por la metáfora paterna. En el momento de la internación existen áreas y funciones comprometidas, que agudizan la problemática cuando advierte en la reciente entrevista el riesgo de “echarse al abandono” ante la eventual ausencia de su madre. Estos elementos indican la posición infantil y de riesgo ante la cual se torna necesaria, a nuestro entender, una indicación de tratamiento que posibilite atender a este punto de detenimiento del sujeto que lo sitúa en un tiempo precoz en el armado de su subjetividad (*Pablo Fidacaro*).

En suma. Se concluye en el planteo diagnóstico de *trastorno obsesivo compulsivo* (Cod. F42 de la CIE-10*) en un paciente con un trastorno de personalidad del Grupo C con marcados rasgos de dependencia y evitativos (F60), en cuya biografía destacan hechos negativos en la infancia, como la ausencia paterna (Z61.0), alteración en el patrón de relación familiar, con sobreprotección y presiones inapropiadas (Z61.2, Z62.1, Z62.6), el antecedente familiar de una abuela con un probable trastorno mental no tratado (Z81.8). Se agrega un nuevo estresor hace dos años con la enfermedad cardíaca de la abuela y la consecuente limitación de autonomía de esta (Z63.6).

Con respecto al proyecto terapéutico a corto y mediano plazo, se comenzó analizando la respuesta al tratamiento instituido, el impacto de la internación en el comportamiento cotidiano de JJ y en la dinámica familiar. Situación de corte en la rutina ritualizada y posibilidad de interacción con terceros que habilitó una instancia de trabajo terapéutico con él y con su madre. La interacción social en un entorno diferente al familiar, con otras reglas y presencia de otras perso-

nas, aspectos no pasibles de control de su parte.

JJ se adapta a esta nueva situación, acepta la asistencia propuesta, establece nuevos vínculos, se establece una alianza terapéutica inicial con el equipo, lo cual posibilita plantear un proyecto terapéutico a mediano y largo plazo.

En cuanto al tratamiento farmacológico en curso con sertralina a dosis de 200 mg y benzodiazepinas, resultó una clara mejoría del cuadro depresivo. La internación ha implicado la discontinuación de los rituales de limpieza, pero se mantienen las ideas de contaminación. Se destacó que el efecto antidepressivo es independiente del antiTOC. Si bien ya se objetivó una mejoría del humor, aún no se había cumplido el plazo de 12 semanas necesario para evaluar la respuesta a los síntomas OC.

Recordemos que en estos pacientes la respuesta parcial es la regla, siendo la remisión excepcional. Las estrategias de potenciación que han demostrado ser modestamente eficaces, se deben aplicar cuando la respuesta al ISRS es parcial y no satisfactoria. Se sugirió que en caso de ser necesario se optara por la potenciación con antipsicóticos atípicos, a dosis terapéuticas habituales, destacando que sería contraproducente hacerlo a dosis bajas, ya que predominaría el antagonismo serotoninérgico y esto empeoraría los síntomas OC.

Según los datos aportados en la entrevista psicológica, el paciente se beneficiaría de un espacio psicoterapéutico, ya que cuenta con un buen nivel y demuestra capacidad de asociación. Resulta determinante en el proyecto terapéutico, sobre todo en lo que respecta a la posibilidad de trabajar en una psicoterapia, dónde pasará a residir al alta, ya que, de regresar a su domicilio, su vida se ritualizará nuevamente. La posibilidad de vivir, aunque sea transitoriamente, en

la casa de unos amigos, podría ser una alternativa (*Martín Bouissa*).

La internación fue valorada como una buena herramienta en el momento en que se realizó, pero hubo acuerdo en no prolongarla, estableciendo la posibilidad de comenzar a trabajar hacia el alta luego de esta instancia.

Fue de consenso la propuesta de mantener una estrategia terapéutica que incluya abordaje clínico con tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Se discutió sobre las orientaciones posibles de la psicoterapia. Si bien en el caso del TOC se privilegia la indicación de terapia cognitivo conductual por existir evidencia de buenos resultados, en este caso es relevante la historia de vida y la conflictiva familiar actual del paciente, por lo que otras orientaciones psicoterapéuticas se plantearon como indicadas.

XI. Alta hospitalaria y proyecto terapéutico

El paciente fue dado de alta a los diez días del ateneo, retornando a vivir a su medio familiar. Clínicamente estable, con una presentación similar a la expuesta en el momento del ateneo. Se mantiene el tratamiento farmacológico realizado durante la internación, a las mismas dosis.

Se establece una etapa de transición de seguimiento por el equipo de atención en sala, durante tres a seis meses. Articulando el seguimiento a largo plazo con otro equipo en el Servicio de atención ambulatoria que corresponde a su zona de residencia. Se coordinó con dicho centro la continuidad del seguimiento clínico por psiquiatra y psicoterapia para el paciente y eventualmente, su madre.

Se acuerda esto con el paciente, proponiendo trabajar en este período de transición en forma quincenal, con el objetivo de consolidar la estabilización

clínica lograda durante la internación, evaluar la evolución en su medio habitual y construir la posibilidad de mantener el tratamiento, dado el antecedente de interrupción post internación en el año 2001.

XII. Evolución a las siete semanas del alta

A partir del alta el paciente ha continuado el tratamiento, concurre a las citas fijadas, cumple con el tratamiento farmacológico correctamente.

No ha retomado actividad laboral pero colabora en tareas de mandados y pagos de cuentas. Concurre a reuniones sociales y recibe amigos en su casa. Refiere consumo de alcohol, hasta dos vasos de cerveza, en ocasión de las reuniones sociales en las que participó.

No retomó los rituales de limpieza y aseo. Manifiesta “*extrañarlos*”.

Las entrevistas post alta se centran en sus circunstancias de vida, especialmente en las dificultades vinculares con su abuela y su madre y la falta de dinero, muy demandante hacia su familia por este motivo.

No ha presentado episodios de heteroagresividad física; sí verbal, en algunas ocasiones, al ser confrontado con relación a sus demandas.

Eutímico, sin ideas de muerte ni de autoeliminación. Sin alteraciones del sueño ni de la alimentación.

La madre corrobora los cambios relatados; dice verlo “*mucho mejor que antes de la internación*”, aunque refiere que le grita cuando algo no es como él quiere.

En el mes de julio JJ tiene las primeras entrevistas con el equipo que continuará su atención, ha aceptado los cambios propuestos y mantiene una expectativa positiva frente al inicio de esa etapa de su tratamiento.