

Evolución de un paciente portador de un trastorno del desarrollo

Ateneo clínico

Setiembre de 2006. Clínica de Psiquiatría Pediátrica de Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, UDELAR.

Coordinación

Fabrizio Choca

Médico. Postgrado Psiquiatría Pediátrica.

Analia Camiruaga

Médica Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Asistente de Clínica de Psiquiatría Pediátrica de Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, UDELAR.

Horacio Porciúncula

Médico Psiquiatra de Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, UDELAR.

Gabriela Garrido

Médica Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Prof. Adj. de Clínica de Psiquiatría Pediátrica de Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, UDELAR.

Laura Viola

Médica Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Profesora Titular de Clínica de Psiquiatría Pediátrica de Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina, UDELAR.

Objetivos

Presentación de un paciente con un trastorno del desarrollo evolucionado.

Discusión de las categorías diagnósticas y la continuidad de la patología.

Historia Clínica

Nombre: FF.

FN: 21/4/1993. Edad actual: 13 años 4 meses. Montevideo.

MSE y C: aceptable.

Cursa actualmente primer año liceal con rendimiento insuficiente.

NF: Madre de 38 años, peluquera, estudios terciarios incompletos.

Padre de 42 años, técnico sanitario.

Ambos padres practicantes de una religión cristiana.

De la historia longitudinal se destaca:

Producto de un primer embarazo, RN macrosómico.

Los padres refieren: *“Siempre vimos a FF como un niño diferente”*.

Presenta alteraciones de inicio en las distintas áreas del desarrollo. Es evaluado y tratado por distintos técnicos, tratamientos que se discontinúan.

Lenguaje adquirido tardíamente, comportándose como una disfasia, con alteraciones múltiples en los distintos niveles (comprensivo, expresivo fonético-fonológico, sintáctico, semántico, pragmático).

A nivel psicomotriz, síndrome de debilidad motriz cerebelosa. Dificultades en el equilibrio y la coordinación. No presenta un conocimiento

y dominio del cuerpo. Dificultades en la percepción visual y de la praxia constructiva.

Relacionamiento social pobre e inadecuado, con momentos de marcada agresividad contra pares. Juegos repetitivos y dramatización de personajes donde los límites entre fantasía y realidad son confusos.

Intolerancia desde siempre a los cambios.

Desde los 5 años alteraciones en el pensamiento: ilógico, impresiona de proporciones psicóticas, presenta regulares interrupciones con discurso fuera de contexto, ecolalias inmediatas y diferidas, fallos de asociación.

MC: Paciente derivado por psicóloga por “conductas bizarras, junta basura en el dormitorio”.

De acuerdo con el relato paterno, en octubre de 2004, cuando FF tenía once años y cursaba su 6º año escolar, presentó una exacerbación de la sintomatología.

✧ Recolecta objetos en la calle u otros lugares, como la escuela, y los guarda en su dormitorio, debajo del colchón, en su ropa o en su mochila. Llama a esta basura “receptores” (fideos, comida, tapitas, papel higiénico usado, etc.) y los guarda con el objetivo de dárselos “al pasado y volver” de esta manera al mismo.

“Yo junto las cosas del pasado; por ejemplo, las tapitas son para llevar receptores a todos lados y volver; así como en 1998 y 1999, en esa época teníamos cable, en esa época comíamos naranja y mirábamos TV.”

✧ Conductas bizarras. Con relación a la alimentación: *“Yo no puedo comer comida del presente, tengo que dejar un 10% para que vuelva; yo lo hago porque tengo que volver”*. *“Yo la escondo para que las personas del presente no piensen mal, que el pasado no existe”*.

Llanto inconsolable luego de un episodio en que su madre le corta las uñas, verbalizando: “No quiero que me saquen más nada”.

Siempre le gustaron los disfraces, él quiere ser actor. Varios de sus cumpleaños fueron de disfraces. La madre percibe la dificultad en discriminar entre jugar a ser como el personaje y ser él mismo. “Yo se los hacía de disfraces para que él no quedase en ridículo frente a los otros niños”, dice.

✧ Ingesta intencional de objetos extraños: pila (se confirma por Rx). “Fue como una señal satelital, cuando me duermo vuelvo al pasado”. “Yo tragué las pilas para volver, no volví, capaz que tengo que hacer otras cosas para morir; en realidad no es morir, es volver al pasado...”

“Tengo que controlar continuamente que no tenga cosas en la boca”, dice la madre.

✧ Escribe en forma reiterada en un cuaderno las mismas frases: “Tengo que volver al pasado, año 1998, 1999, siglo XX”, “Yo le salvo la vida y vuelvo”, “Al 99 lo amo, al 2000 lo odio”. Duerme con estos cuadernos debajo de su almohada. En los últimos días no se desprende de ellos, llevando consigo algunos lápices: “Son señales, se convierten en sagrados”.

✧ Elimina las “huellas” de los lugares donde concurre, frota los nudillos contra la silla o pasa la mano. Presenta algunas lastimaduras con costras a nivel de los nudillos de la mano izquierda. “Tengo que sacar las huellas para que no se las roben, no las están robando porque yo las borro”.

✧ Miedos bizarros: “Tengo miedo a que me borren el pasado. Yo sé que vuelvo. No tengo poderes, el pasado, el pasado tiene poderes, yo quiero quedar estancado”.

✧ Heteroagresividad. De palabra y de hecho, con ambos padres, insultos verbales, conductas homicidas (amenaza con cuchillos). Autoagresividad: amenaza de lastimarse con vidrios y cuchillos durante las peleas con sus padres. Cuando se le pregunta si ha querido matarse responde: “No funciona”. “Agarró una cuchilla y quería clavársela”, dice la madre. “Si me la clavo vuelvo”, dice FF.

Durante los enojos con sus padres amenaza con matarse y les grita: “¡El pasado vive en mi cuerpo, él vive conmigo!” “Yo estoy en

último grado, voy a volver, cuando muera voy a volver y nadie lo va a impedir”.

Conductas ostensibles de exposición al peligro, equivalentes suicidas, camina por la calle y cruza sin mirar. Los vecinos alertan a los padres, describiéndolo como “un zombi”.

Esta sintomatología es la que jerarquizan los padres y desencadena la consulta a instancias de la psicóloga tratante.

Presenta además:

✧ Inmutabilidad que se exacerba frente a los cambios, apegado a objetos materiales tanto actuales como pasados, a que las cosas permanezcan en su lugar. Dificultad en aceptar cualquier cambio, incluidas las modificaciones corporales puberales.

✧ FF refiere que las cosas del pasado son gobernantes, la televisión, el ropero, la casa, que él es de la misma raza que el pasado, que cuando él haga todo lo que el pasado le solicita va a volver.

EA: Lo que centra la historia es el pensamiento delirante acompañado de alucinaciones auditivas y verbales, que genera las conductas mencionadas.

Las frases y relatos no son fluidos; se han reconstruido, a pesar de la reticencia inicial, a los efectos de la presentación. Tienen una modalidad repetitiva, no agregando ni asociando nuevos elementos:

“Volver al pasado.”

“Escucho voces en el oído, yo escucho voz de varón, de cuando era chico, yo lo veo, tengo que tener fe, yo no sé cómo lo veo.”

En cuanto al inicio, según el paciente siempre habló con el pasado; según sus padres, desde octubre del año 2004. “El pasado existe, es cuando yo era chico, si todos pudiéramos volver al pasado, para ser más felices, ahora no somos felices...”. “Yo no soy feliz ahora; yo quiero estar con 1998, 1999; en esa época yo quiero estar; era desde que nací hasta el comienzo del 2000, tenía 5 ó 6 años”.

“La gente no me cree, yo quiero volver; no sé cómo hacer para volver; pienso que tengo que hacer cosas del pasado para volver”.

“El pasado le dice que tiene que juntar cosas”.

“No me dice lo que tengo que hacer, yo lo siento”. “Quiero morirme para volver al pasado, desde que nací hasta el 2000, el cuerpo del presente, el pasado tiene que ir con el pasado”.

“Yo soy el presidente del pasado y voy a volver...”

No habla con todos del pasado. Su madre relata: *“Para él es algo sagrado, no todos son dignos”*. FF dice que *“los dignos son algunas personas, no todo el mundo, tienen que juntar receptores, tienen que querer volver, yo no te hablo a vos, le hablo al pasado”*. *“Yo vivo por el pasado y lo juro por mi vida”*.

Relata que él interpreta y siempre se da cuenta de lo que le quiere decir el pasado.

“Ustedes me ayudan a volver al pasado, yo juego a las cartas”. *“Quienes dicen que estoy grande no van a volver”*.

La idea delirante es:

- Temática: mística, de influencia, megalomanía.
- Mecanismo: interpretativo y alucinatorio.
- Sistematización: bien sistematizado.
- Contenido pobre y monotemático.
- Automatismo mental incompleto: eco (no adivinación ni robos).

Humor y afectividad:

Humor con oscilaciones, se exalta frente a la confrontación de sus ideas, reaccionando agresivamente. Impresiona su desafectivización.

Repercusión familiar

Toda esta sintomatología del paciente genera distintas conductas en los padres, penitencias, búsqueda de recrear situaciones del pasado. La madre para evitar que junte basura en los bolsillos de los pantalones se los ha cortado. *“En algunos momentos para no llevarle la contra, le seguimos la corriente”*.

Muchas veces dudan de si la conducta de FF es para manipularlos, dando cuenta de

la dificultad en reconocer la enfermedad de su hijo.

En dos oportunidades FF fue golpeado. Su madre lo zamarrea, le pega con la mano y su padre con el cinturón: *“Me sentí como una torturadora”*. El padre frente a la amenaza de FF de cortarse la cabeza con el vidrio de una ventana rota de su cuarto, le dice. *“¿Te querés matar? Yo te ayudo, te corto en pedacitos (tenía en su mano un cuchillo), o te dejo en el Borro con una ficha de teléfono a ver qué hacés”*.

El resto de la familia cree que el problema de FF es que falta ponerle límites.

Rendimiento académico:

Presenta una franca inflexión sobre un rendimiento bajo desde siempre, no cumple con las exigencias, no participa. Recibe apoyo extracurricular.

Semiología de cuadernos:

- Matemáticas: adquisición de mecanismos operatorios elementales.
- Lenguaje escrito: presenta sustituciones, omisiones. Construye frases realizando asociaciones por similitud en los finales (por ejemplo, rodilla-canilla), mostrando una actitud lúdica frente a las mismas.
- Deberes: desprolijo, tareas incompletas.

Se infiere que las promociones de un año a otro han sido en condiciones especiales.

Relacional social

Vínculos sociales escasos e inadecuados; tenía un único amigo que actualmente no frecuenta. Concorre a jugar a casa de un compañero. Juegan con juegos electrónicos y con autitos.

Se le exige mantener el grupo recreativo de la iglesia donde además realiza deportes.

“Todas sus áreas de inserción las decidía yo, aunque en realidad no funcionó en las áreas que elegí”, dice la madre.

Hábitos

Higiene: en los últimos meses no le gusta bañarse: *“Yo no puedo tirar huellas del pasado”*;

“Su aspecto es más descuidado, desaliñado”, en el último tiempo.

Se niega a cortarse las uñas; si se las corta también tiene que guardarlas.

Alimentación: come bien aunque parece que sin hambre, no pide alimentos, deja parte de la comida, el 10%.

Sueño: insomnio de mantenimiento. “Se despierta a las 3 de la mañana y escribe en el cuaderno”. Algún episodio de insomnio de conciliación, la madre le lee para que se duerma. En algunas oportunidades cuando se despierta comienza a jugar a las cartas; según él: “Si gano vuelvo y si no juego de nuevo, juego 12 veces, si gano vuelvo, 12 porque cada uno tiene 3 vidas y son 4”.

No ha logrado otras conductas de autonomía acordes o esperadas a su edad.

Eventos estresantes o traumáticos

Múltiples en el último año, a lo que se agrega el empuje puberal con un crecimiento estatural importante en un corto período.

Entre ellos: juegos sexuales con un vecino de 11 años; heteroagresividad hacia el paciente, llegando a intentar ahorcarlo, dejándole equimosis a nivel de cuello.

Hepatitis que lo obliga a permanecer dos meses en reposo.

Trabajo materno que implica cambios en la dinámica familiar.

Mudanza transitoria a casa de abuelos luego de AVE de abuela materna.

Accidente de tránsito y fallecimiento de su padrino.

Cultural

La familia cumple con los ritos de una colectividad religiosa cristiana, aportando el diezmo. “Él rechaza nuestras creencias religiosas”.

“Yo tengo otra religión, el pasado es un Dios, es un rey”, “Yo estoy adorando a un Dios que es energía”, dice FF, si bien vemos que él toma elementos de esta religión (diezmo).

De este “rey pasado” dice que es como un ángel: “Es como yo cuando era chico y tiene mi voz”.

Dinámica familiar

El padre pone los límites, la madre se describe como más cariñosa: “Yo era una mamá muy complaciente, negociaba todo, tal vez él quería más a esa madre, yo hacía todo lo que él quería”. “Yo soy una mamá muy exigente, puedo lograr todo con FF, soy una mujer muy complicada”.

“Con FF somos de conversar todos los temas, nosotros funcionamos en bloque.”

Imposibilidad materna de contactar con sus afectos, muy controladora, intrusiva, desorganizada. Discurso indiscriminado respecto al de su hijo, introduciéndolo permanentemente en su pensamiento delirante, buscando posibles etiologías puntuales del cuadro, o intentando reproducir situaciones del pasado a los efectos de que FF mejore. Negación de la enfermedad de su hijo.

En la familia hay una imposibilidad en cumplir rutinas y horarios, no establecen dinámicas internas, hay continuamente propuestas de cambios que no se concretan.

El sustento económico proviene del padre que trabaja en un horario laboral extenso, lo que lo obliga a estar muchas horas fuera de su casa.

Historia longitudinal

Producto de un primer embarazo, mal tolerado por amenaza de parto pretérmino. Cesárea de término por macrosomía, peso al nacer de 4.750 g, permanece unas horas en incubadora. Alimentado a PD 5 meses. Marcha: 12 meses. Pautas neuromadurativas dentro de lo normal. Lenguaje ya descrito. Escolarizado a los 3 años.

Antecedentes familiares psiquiátricos

Padre: retardo en la adquisición del lenguaje

Abuelo paterno: tendencia al aislamiento, ¿depresión?

Tías abuelas paternas inmigrantes: ¿psicosis?

Examen psiquiátrico

Adolescente vigil, bien orientado en tiempo y espacio por momentos.

Vestido acorde a edad y sexo, alto, delgado, con caracteres sexuales secundarios poco marcados, torpe en sus movimientos. Fascies hipomímico, en algunos momentos difícil de contactar con la mirada.

Actitud: reticente en presencia de sus padres, ante quienes no aparecen ideas delirantes, que surgen cuando se lo entrevista a solas. Con contacto ocular fluctuante, risa inmotivada, se balancea a veces durante la entrevista. Motricidad en menos.

Rapport: dificultad en el encuentro.

Atención: intercepciones.

Lenguaje: poca iniciativa verbal espontánea, vacila en lo que hace y dice, latencia en algunas respuestas. Pobre caudal lexical. Alteraciones en los distintos niveles semántico, sintáctico. En lo pragmático, no comprende chistes ni lenguaje metafórico.

Pensamiento: alterado en el curso y en el contenido, incoherente, descarrilamiento del mismo, no-finalista. Ideas delirantes sistematizadas que generan conductas que se evidencian durante la entrevista, movimientos de cara, “sacar huellas”, caminar en línea recta.

En lo perceptivo relata escuchar una voz, de varón, que corresponde al pasado (alucinación acústico verbal).

En el **humor** y su **afectividad** presenta oscilaciones. Por momentos, serio; en otros, se enoja (con el relato materno); pero la mayoría del tiempo se muestra indiferente, frío e insensible. Atimormia.

No tiene conciencia de enfermedad.

Juego: de un niño de menor edad, donde la temática es de guerras, muerte, con angustias persecutorias.

Planteos diagnósticos

Eje I: Esquizofrenia infantil muy precoz (VEOS).

TGD: PPD-NOS.

Eje II: Nivel marginal.

Eje III: Alteraciones fronto-temporales derechas.

Eje IV: Problemas relacionados al grupo primario de apoyo.

Situaciones vitales estresantes

Eje V: Globalmente descendido.

Paraclínica

Consulta con Neuropediatra.

Consulta con Endocrinólogo.

RNM: normal.

EEG vigilia y sueño espontáneo: moderada actividad epileptógena focal frontotemporal derecha.

Glicemia: 0,90 g/dl.

Hemograma: normal.

Funcional y enzimograma hepático: normal.

Insulinemia basal: 13,7 mUI/l (valor normal 2,6-11,1).

Estrategias terapéuticas

En primera instancia se resuelve la internación del paciente en sala de pediatría, donde permanece internado menos de un mes con un alta transitoria en el curso de la misma.

Se elabora un abordaje terapéutico con un enfoque simultáneo individual (desde lo farmacológico y psiquiátrico terapéutico), familiar (psicoeducación e intervenciones terapéuticas) y social (rehabilitación).

Se inicia tratamiento farmacológico:

- Haloperidol: se inició gradualmente hasta llegar a 15 mg/día.

- Biperideno: 2 mg/día cuando se constata sintomatología extrapiramidal.

- Se evidencia durante la internación que han disminuido las conductas generadas por su pensamiento, las ideas pasan a ocupar menos espacio en su economía psíquica y las transmite paulatinamente con menor calor afectivo, si bien permanece la convicción. Lo

perceptivo (la voz) disminuye; inclusive, en ocasiones refiere tener que *“hacer fuerza para poder escuchar la voz”*.

Dada la evolución referida se opta por incorporar un neuroléptico atípico del tipo de:

- Olanzapina: 7,5 mg/día.
- Levomepromazina: 12,5 mg solo al inicio con fines sedativos.

Se valoró simultáneamente la pertinencia de la electroconvulsoterapia como tratamiento inicial. Como factores en contra de esta opción terapéutica encontramos: la edad del paciente, cuadro con características de cronicidad, sintomatología insidiosa, así como también respuesta inicial favorable con los fármacos elegidos.

Abordaje terapéutico psiquiátrico-psicológico

Se establece con el paciente una alianza terapéutica muy estrecha y de confianza progresiva, se ofrece un espacio para él, diferente al caos propio de la organización familiar, trabajando desde ese lugar la posibilidad de discriminarse de su madre, que vive una gran ambivalencia hacia su hijo y su patología. Promoviendo conductas de autonomía y de autocuidado.

Se efectúa un abordaje con la familia mediante entrevistas, con el objetivo de realizar psicoeducación y explicar la enfermedad de FF. Se hacen señalamientos en el manejo de su hijo, en cuanto a cuidados y pautas y actividades a cumplir. Se les ofrece contención, dada la dificultad en la aceptación de la enfermedad de su hijo, replanteándose en varias oportunidades la etiología de la misma, pues a veces la ven como un acto manipulador y consciente de su parte.

No logran adaptarse a las posibilidades de su hijo, exigiendo logros académicos, sociales y de autonomía que el paciente no está en condiciones de alcanzar.

Se trabaja con el padre que se mostraba inicialmente muy angustiado y confundido, manteniéndose entrevistas psiquiátricas con ambos padres por psiquiatra de adulto. Se establece una alianza terapéutica con ellos a fin de dar continuidad al tratamiento; se pone

énfasis en la importancia de los tratamientos, pues los anteriores estuvieron marcados por la discontinuidad.

Rehabilitación

Coordinaciones a nivel de instituciones educativas a las que concurre. Se informa sobre la situación del paciente y se sugiere estrategias de abordaje. Se promueve la búsqueda de inserciones luego del egreso escolar.

Actualmente, se mantiene contacto con el liceo para que puedan ser contempladas las características de nuestro paciente.

Evolución

Se plantea el alta psiquiátrica hospitalaria con seguimiento semanal ambulatorio en Policlínica.

Se realiza el seguimiento con abordaje a través de entrevistas psiquiátricas con intervenciones terapéuticas con el paciente, con sus padres, en conjunto y por separado.

Con FF se realiza un acompañamiento terapéutico, ofreciendo un espacio para poder expresarse. Aparecen en alguna oportunidad ideas delirantes cuando se lo entrevista a solas, aunque con menor intensidad y sin un correlato afectivo, pudiendo también dar cuenta de otras actividades que realiza y que paulatinamente comienzan a ganar espacio en su vida.

Mejoría en el lenguaje y en el pensamiento que no parece tan polarizado, aunque aparecen descarrilamientos e interceptaciones en menor intensidad.

El contenido de las ideas delirantes no genera conductas según su madre, pero se nota en ocasiones la aparición de algunas de ellas, como caminar en línea recta, o deseos de querer escribir aunque no lo hace.

En el humor y la afectividad se observa mejoría, teniendo momentos donde se muestra afectivamente algo más acorde a lo que vive, pero otras veces se muestra indiferente, como, por ejemplo, frente al fallecimiento de la abuela.

Rapport: es difícil por momentos por lo incompatible de sus pensamientos, que dificulta la posibilidad de empatizar, pero mantiene un aspecto lúdico en su presentación que genera el deseo de ayudarlo y a través de esto la posibilidad a un acceso terapéutico.

Se evidencia mejoría en su presentación, mejora los hábitos de autonomía así como las conductas basales (sueño y alimentación). Se muestra más afectivo en los vínculos con los técnicos tratantes. Verbaliza: *“Yo no quiero venir ni tomar medicación, yo no estoy loco”*.

Se establece un vínculo estable con el paciente y su familia, que es lo que ha preservado la atención en el CHPR.

Seguimiento farmacológico

- Haloperidol: se disminuye gradualmente hasta llegar a 7,5 mg/día.

- Olanzapina: continuamos con 7,5 mg/día.

- Biperideno: 2 mg/día.

Se mantiene este plan por seis semanas evidenciándose pobre mejoría en este lapso, aumenta de peso, quedan dudas de la adherencia al tratamiento farmacológico.

A las tres semanas en lo académico se evidencia un marcado deterioro, inasistencias y dificultad en mantener la inserción escolar. Comienza nuevamente con una exacerbación del delirio y este le genera conductas como escribir en el cuaderno, e inclusive la ingesta de un comprimido de medicación con el objetivo de volver al pasado. En el pensamiento aparecen interceptaciones, descarrilamientos, vivencia delirante con desconexión, en ocasiones, de la realidad.

Aparece a nivel conductual desinhibición en cuanto a conductas, puerilidad en las mismas, cierta impulsividad; estado del humor exaltado, con momentos de euforia.

Se confirma el incumplimiento del plan terapéutico por parte de la madre y se decide en ese momento administrar Piportil 25 mg i/m.

Disminuyen los síntomas positivos y se logra así una estabilización en su presentación clínica que se mantiene hasta la actualidad.

En cuanto a la inserción liceal, concurre al liceo público con rendimiento insuficiente. Ha logrado aceptación en el grupo de pares, inserción que ha oficiado como factor socializador. Aparecen intereses adolescentes, pero se evidencian aspectos inapropiados de su comportamiento hacia pares, sobre todo, del sexo femenino.

Se mantiene contacto con el centro educativo, se realiza coordinaciones y psicoeducación, y se elabora estrategias en conjunto para mantener la inserción liceal.

Entrevista (Realizada en Cámara Gesell)

- **Madre:** Está enojado.

- **Paciente:** No puedo contar.

- **Dr. Fabrizio Choca:** ¿Por qué estás enojado?

- **Paciente:** Estoy enojado por la medicación, quieren sacarme todas las cosas, dándome medicación lo sacan.

- **Madre:** Casi lo sancionan en el liceo, hace caretas y se mete con las gurisas.

- **Paciente:** Dicen que yo las toco y yo no las toco. Tal vez le da cosa o vergüenza que las mire. “Yo quiero que se asusten así” [hace gestos con la cara]. Que hable mamá.

- **Dr. F. Choca:** ¿Por qué no hablas tú? ¿A ti te gusta Montecable o Nuevo Siglo? ¿La tía tiene Montecable o Nuevo Siglo?

- **Paciente:** Nuevo Siglo.

- **Madre:** Necesito más justificación, él no quiere quedar con la tía Susana, porque ella no tiene el cable Nuevo Siglo.

- **Paciente:** No puedo hablar ahora, hablé vos [dirigiéndose a la madre]. ¿Por qué me internaron? No quiero perder la presidencia de Nuevo Siglo del 98, 99, 2000.

Mi papá también, él es presidente, unidos con él.

- **Madre:** Él al padre lo quiere porque fue quien puso el cable Nuevo Siglo y yo fui quien lo saqué.

- **Paciente:** Mi padre también es presidente.

Discusión

– **Dr. Carlos Prego:** Me resultó muy interesante el haber visto al paciente en cámara. Hubo un aspecto, que al verlo, de alguna manera fue como una ficha que cayó en mi cabeza: a este paciente hay que entenderlo dentro de un cuadro de disminución cognitiva.

– **Dr. Mario Orrego:** Voy a referirme al trastorno mental del que es portador el paciente desde mi ignorancia de la actividad especializada de ustedes. Este delirio, sistematizado, pero pobre, en relación con las dificultades de esta persona, contiene una cosmogonía peculiar, una visión del mundo diferente, ubicada en el pasado, con una religión de la cual él es el Dios de referencia. Resulta obvio que reniega de la dimensión del tiempo y recrea una época que añora a través de elementos desechados que la representan, como si coleccionara antigüedades. Expresa literalmente el propósito de volver al pasado a través de esas entidades, que desde una perspectiva sanitaria constituyen basura insalubre. Así mismo, pero en otro orden de cosas, queda comprendida la porción (10%) de comida que no ingiere y guarda en sus bolsillos y dormitorio, desconociendo la imposibilidad de su conservación e inevitable descomposición; aparentemente constituye una analogía equivalente al diezmo usual de contribución religiosa.

Para comprender mejor la posición psicótica de este paciente ante la realidad que no asume, es conveniente indagar las acciones determinadas por el delirio. Mucha información puede quedar excluida en el encuadre de la comunicación verbal formal que establece, porque los trastornos cognitivos le dificultan el discernir la experiencia de irrealidad y su transmisión inteligible. Por momentos parece que habla en lenguaje cifrado y algunas de las frases se vuelven consistentes, si se saltean palabras o se las reordena. A estos efectos es de utilidad el empleo de metodologías activas, propiciando compañía técnica profesional durante las actividades propiamente delirantes del paciente, para tener oportunidad de conocer las vivencias en estado naciente al ser compartidas en el

curso de la recolección-reserva-recreación de la realidad.

– **Dra. Laura Viola:** Centrando la discusión en las consideraciones diagnósticas propiamente dichas, me gustaría profundizar y hacer una pregunta: si se piensa en la recolección de basura y su frecuencia en la infancia, esta es infrecuente. En la búsqueda bibliográfica realizada no aparece; entonces, ¿tiene este cuadro la característica de un síndrome de Diógenes de la infancia? No lo sé.

En este paciente, ¿es la patología que fue variando, o es que va variando la forma de entenderlo? ¿Se plantea que tiene un PPDN, un trastorno del espectro autista, dentro de los trastornos del desarrollo?

Si se observa la evolución cronológica, se ve la construcción de lo que son las disarmonías, donde por definición hay que tener un cociente intelectual marginal, y un conjunto de alteraciones que, como en una sumatoria, agrega al lenguaje y a la motricidad. Por eso es que, a los 5 años y 5 meses, se plantea una disarmonía. Pero antes, cuando solo se observaban alteraciones del lenguaje, se plantea como si fuera un PPDN.

Muchas veces asistimos a lo que es la complejidad en el diagnóstico en la psiquiatría, si se toman como elementos las categorías diagnósticas o si uno lo entiende desde una perspectiva dimensional. Como paradigma de esas dificultades, se puede entender esta situación como un diagnóstico dimensional, donde desde la normalidad, o desde las alteraciones hasta esta presentación, hay un contínuum donde cada entidad no se diferencia claramente de la otra, sino que se empiezan a sumar.

Para pensar en una esquizofrenia de inicio infantil, tiene que tener las alteraciones del pensamiento, compromiso de lo relacional social y las alteraciones de la conducta antes de los ocho años, para poder plantearnos una esquizofrenia de inicio muy precoz. Para nosotros estos cuadros presentan una bajísima frecuencia.

– **Dra. Nora Rodríguez:** Estoy totalmente de acuerdo con la Prof. Viola. Los diferentes datos que aporta la historia diacrónica se relacionan con técnicos de distintas disciplinas, que lo miraban por lo tanto

desde distintos lugares, y eso incide sustancialmente en cómo está siendo visto el paciente. Además, debe tenerse en cuenta que el niño va creciendo, y, en la medida en que lo hace, son más ostensibles las alteraciones del desarrollo, cada vez se desvía más del desarrollo normal. No es lo mismo que un niño de 2 años todavía no haya adquirido el lenguaje, a que un niño de 5 años presente una comunicación no verbal también inadecuada; y donde aparecen en el lenguaje alteraciones que trascienden las características de las disfasias. Esto no quiere decir que no haya una alteración específica de la función lingüística. En un principio, desde el lado de la neuropsiquiatría se ve la dificultad, la falla en la adquisición; después se va viendo que asocia ecolalias, no solamente inmediatas, sino diferidas, que son bastante sugerentes de los trastornos profundos del desarrollo. Además de todo eso, se señalan fallas en la pragmática de la comunicación, en el momento en que lo evalúa una psiquiatra de niños que hace un diagnóstico de disarmonía evolutiva a polo psicótico, que es más acorde con nuestra forma de verlo, o cuando se habla de la presencia de un síndrome psicolingüístico de la infancia, que es otra terminología para el mismo fenómeno, más afín a los neuropediatras. Entonces, se jerarquiza la falla en la comunicación verbal y en la función lingüística en el marco de una patología del desarrollo que compromete al sujeto como persona, en sus vínculos y en la comunicación más integral.

Por otra parte, ¿cómo hacemos para que en un niño con una alteración en el lenguaje podamos ver además una alteración en el pensamiento? ¿Desde qué lugar lo vamos a medir? Para evaluar que el pensamiento tenga un hilo conductor coherente en cualquier niño, se requiere de una organización básica del lenguaje. Estudiábamos este año con los residentes en un trabajo escrito por Rochelle Caplan, basado en análisis poblacionales, que no es posible describir un pensamiento desorganizado a partir del lenguaje en niños menores 7 años. No se describen, porque la pérdida, el descarrilamiento no es tan fácil de ver, porque las variaciones en la organización

morfosintáctica son muy amplias antes de esa edad: hay algunos niños que hablan perfecto, otros que no, y eso no quiere decir que tengan un problema, se hace sensible en determinado momento del desarrollo, y hay puntos de corte alrededor de los siete años de edad. Como decía la Prof. Viola, entre los seis y ocho años aparece la alteración del pensamiento. En la historia, que me parece que está muy bien planteada, aparecen también las fantasías exageradas, donde por momentos hay una pérdida del como si. Uno tiene cierta tolerancia en cuanto a lo que es la fantasía en niños pequeños, pero en determinado momento se hace sensible que este niño está fuera de la realidad. Creo que queda claro que el paciente tiene una desviación en el desarrollo normal, que cada vez se va haciendo más ostensible.

El otro aspecto que me parece importante es pensar que un CI marginal en este caso es solamente una construcción matemática de un funcionamiento inarmónico. Para este niño, que tiene varias alteraciones instrumentales, como sucede en general en las disarmonías, es algo así como una proeza que tenga un CI marginal, resultante del promedio entre algunos rendimientos muy buenos y otros muy malos. Tomemos en cuenta además lo difícil que es aplicarle a este paciente, por sus características, un test de nivel. En realidad, deberíamos considerar la importancia de buscar, dentro de su capacidad adaptativa, cuáles son las áreas donde potencialmente se manifestó mejor, para ver su capacidad potencial, porque este niño no tiene un retardo.

– **Dra. Gabriela Garrido:** En la misma línea de lo que planteaba la Dra. Rodríguez, yo retomaría lo que inicialmente decía esta mamá: “Siempre fue un niño distinto”, lo cual, junto con otros datos de la historia, nos evoca los trastornos profundos del desarrollo. De la historia longitudinal y con los aportes que realizan las distintas disciplinas consultadas desde los primeros años de este niño, aparece el trípede diagnóstico de lo que hoy denominados trastornos del espectro autista.

Lo que pasa es que dentro de los trastornos profundos del desarrollo, el trastorno más frecuente y prototípico, el trastorno autístico,

tiene una evolución en donde es infrecuente su continuidad a la esquizofrenia.

Esta historia lo que muestra es que no alcanza con una entrevista, no alcanza con lo transversal, requiere de la rigurosidad de toda la historia del desarrollo. La aparición de estas alteraciones del pensamiento, es lo que permite el planteo actual de esquizofrenia de inicio infantil o de inicio muy precoz, pero no queda claro si realmente hubo una pérdida de adquisiciones o se trataba de una inhabilidad muy temprana en las áreas de la interacción social y la comunicación.

Yo me pregunto si la evolución de este caso se corresponderá con la de la esquizofrenia “enfermedad”, o con la evolución de estos trastornos del desarrollo temprano que tienden a una estabilidad y una progresiva, aunque lenta, adquisición de habilidades. Hay una diferencia importante entre lo que es la aparición de un “corte” en el perfil evolutivo, con un “deterioro”. Acá parecería que no ha habido un retroceso claro, ni una gran pérdida de adquisiciones, lo que se injerta son las alteraciones en el pensamiento.

Por supuesto, no tenemos una respuesta para esto en este momento y este caso nos muestra la complejidad del diagnóstico evolutivo y la necesidad de un seguimiento a largo plazo.

– **Dr. Vicente Pardo:** Quiero felicitar, en primer lugar, a los colegas que hicieron la historia clínica, ya que está muy bien hecha. Creo que ha sido un gran esfuerzo el lograr que fuera tan armónica cuando en realidad ha sido sacada de varios cortes transversales. En segundo lugar, creo que es una historia linda como para propiciar que haya una mayor conexión de estudios de seguimiento entre psiquiatría pediátrica y psiquiatría de adultos. Creo que para nosotros, psiquiatras de adultos, la psiquiatría pediátrica es un agujero negro de difícil comprensión. A menudo heredamos pacientes con trastornos psiquiátricos graves desde su infancia luego de los 15 años de edad, ante los que no sabemos realmente cómo posicionarnos. Tampoco estamos capacitados para averiguar retrospectivamente cómo fue su desarrollo, sabiendo además que el sesgo del recuerdo familiar y la falta de confiabilidad, a veces, del relato del paciente, nos coloca en una

situación incómoda. Yo hoy venía con la idea de desasarme un poco sobre estos temas: el trastorno generalizado del desarrollo, disarmonías, etc., que siempre han quedado para mí como títulos. A muchos psiquiatras de adultos que ya peinamos canas nos haría muy bien realizar una pasantía o una aproximación a la psiquiatría pediátrica. Hoy en día, con las modernas teorías del neurodesarrollo, quizá nos estemos aproximando un poquito ambas disciplinas.

Para mí la gran pregunta cuando leí esta historia fue: ¿esto es una esquizofrenia infantil, o es un trastorno profundo del desarrollo? Voy a dar una opinión desde la visión de un psiquiatra de adultos que ya tiene unos cuantos años en la profesión y que obviamente, el ángulo desde el que uno observa y los conocimientos que uno tiene, y los que no tiene, sesgan lo que se puede objetivar. Yo diría, como una primera aproximación, que este paciente tiene mucho y también le sobran cosas de la primitiva hebefrenia descrita por Hecker y Kalhbaum, núcleo de la demencia precoz de Kraepelin, donde destacan la desorganización del pensamiento, el descarrilamiento, los trastornos en la conducta, los síntomas negativos y la atimormia. Respecto a esto último, ustedes toman un término que hacía tiempo que no lo escuchaba, que es ese distanciamiento afectivo, esa pérdida del impulso vital tan marcado. Coincido con lo que dice la Dra. Garrido: este es un muchacho que si bien tiene un quiebre existencial, no es tan marcado como sería en una esquizofrenia más típica. Aunque hoy en día, y gracias a las modernas teorías del neurodesarrollo, sabemos que un porcentaje nada despreciable de pacientes con la esquizofrenia más típica del adulto y del adolescente, tiene como antecedentes en su infancia pautas neuromadurativas deficitarias: trastornos de socialización, algún trastorno cognitivo, rendimiento escolar algo por debajo de la media, torpeza psicomotriz, etc. Decía que este paciente para hebefrenia tiene la desorganización del pensamiento y marcados trastornos de conducta. No sé si tiene esa puerilidad que es bastante proverbial en esta forma clínica. En principio, no me dio esa impresión. Le sobra para hebefrenia

el alto cuántum de delirio que tiene. Un delirio con un núcleo temático muy terca y obcecadamente sostenido en cuanto al valor del pasado. En general los delirios de los pacientes hebefrénicos son muy pobres, deshilvanados, deshilachados, que al final quedan convertidos en jirones, disgregados por el proceso disociativo-discordante. Nosotros (psiquiatras de adultos) sabemos que el 40% de los esquizofrénicos varones, diagnosticados desde los 15 años en adelante, comienza su enfermedad antes de los 19 años. No estamos acostumbrados a ver inicios de esquizofrenia tan tempranos. De lo que he leído, de la fenomenología clínica en niños y adolescentes esquizofrénicos, más o menos reportan la misma sintomatología positiva, en cuanto a delirios y alucinaciones, que los adultos esquizofrénicos. Quizás este sería un elemento a favor en este paciente del diagnóstico de esquizofrenia infantil. Creo que las modernas investigaciones basadas en las teorías del neurodesarrollo, son las que pueden aportarnos más conocimientos para esclarecer estos tópicos. Este era un niño marcadamente distinto desde muy pequeño, sobre todo en su interacción social y esto, en menor grado, también lo reportan los padres de pacientes con esquizofrenia que diagnosticamos en el joven y en el adulto. Creo que toda esta disquisición diagnóstica quizá no aporte mucho a la conducta terapéutica, la que, por otra parte, es todo un desafío.

- **Dra. Eva Palleiro:** El problema que veo es un problema que también nos cuestiona mucho: cómo nos paramos frente a la problemática psiquiátrica, y yo apporto desde mi lugar, no desde el lugar supuesto del saber. A mí pararme en la problemática psiquiátrica desde una mirada taxonómica me cuesta muchísimo y creo que además es un esfuerzo improductivo. Yo no tengo dudas de que este paciente es un psicótico, pero no tengo dudas no por la cantidad de síntomas que nos trae, o sea por lo productivo y lo negativo que nos trae, sino que no tengo dudas porque su historia es la historia de la psicosis, y en su historia y en su semiología debemos siempre colocar, a mi entender, la historia del niño y su entorno familiar. Yo no puedo leer, o pensar o mirar a este

paciente, si no lo pienso en este contexto familiar, que empieza con esa madre que dice: “Siempre vimos a FF como un niño diferente”, o sea, que ya empieza con la mirada de los padres que lo muestran en forma diferente. En lo multifactorial del fenómeno del enfermar o sufrir psicótico, inciden muchos factores, todos los que tienen que ver con el retardo del neurodesarrollo y todo lo que ya se ha expresado, proveniente de la importante rama de la neurología; yo sé mirar más, porque todos miramos sesgadamente y probablemente por eso la construcción de diagnósticos complejos requiere de la multidisciplina. Yo sé mirar más lo que tiene que ver con la relación vincular, y a esta relación vincular la veo muy patológica desde los inicios, como la veo en los pacientes que tratamos adultos, cuando nos retrotraen a su historia de la infancia o cuando la vemos en actividades como son el psicoanálisis familiar, donde las familias nos cuentan o nos muestran su disfuncionalidad, o sus identificaciones recíprocas patológicas que están desde el inicio, desde esa mirada de “sos diferente” y no cumplís con mis expectativas y la agresividad que empieza en los padres y en el hijo, y se retroalimenta y que culmina finalmente en el acto de “me mato-te mato”, que culmina en la terrible historia que siempre nos muestra la psicosis de no tener un lugar psíquico previo, concedido desde las figuras parentales. Es un chico que es pensado, hablado, dirigido, particularmente por la figura materna, y con una ausencia de la figura paterna, característica que también vemos muchísimo cuando vemos las psicosis en los adultos. Para mí la psicosis se gesta en esta interrelación recíproca desde el inicio; que en ella inciden otros factores no lo niego, simplemente estoy hablando más del aspecto que yo veo más, que es el relacional. Creo que los personajes a los que él recurre no me asustan tanto como los personajes a los que la madre recurre, cuando nos dice que es una madre comprensiva y luego en la historia dice que es una madre hiper-rígida, un padre dedicado y un padre que trabaja todo el día, un hijo que habla de la necesidad, lo más importante de la psicosis, el borramiento de la historia. Nosotros tenemos pacientes psicóticos que

anotaban en una libretita las palabras, porque estas se borraban y ahí perdían su historia, o sea la importancia de historizarse que la madre la refiere a cosas: “Te voy a poner el cable de la época, el armario de la época...”. De alguna manera hay una incapacidad de metaforizar o simbolizar en el niño pero que está primero también en la madre, que queriendo curar al hijo solo le habla de cosas que recuperan su historia, y él está muy preocupado por recoger su historia. Comparto con el Dr. Orrego que uno debe escuchar con atención el contenido del delirio, porque el delirio es también un intento fallido de curación y por lo tanto nos dice mucho; entonces debemos escuchar con mucha seriedad su contenido y tratar de mirarlo no de la manera en que fue mirado, sino de una nueva manera, a él y a la familia.

- **Dra. Analía Camiruaga:** Nosotros miramos esa parte. Frente al empuje puberal de este niño, se genera una imposibilidad de subjetivar lo que está viviendo. De alguna manera el recuperar estos objetos, era negarse a crecer, había una negativa, una imposibilidad afectiva, psíquica de poder tomar la edad que estaba viviendo. No quería saber de eso, si nosotros le hablábamos de algo del presente, inmediatamente terminaba la entrevista y se iba. Nosotros teníamos que hablar de los aspectos del pasado; en la entrevista no se podía dar nada del presente y mucho menos del futuro. Cuando yo le dije: “Pero empiezan a aparecer cosas nuevas que sí te interesan”, porque a través de mí, él vehiculiza ese gusto más por lo femenino, entonces puede tomar, aceptando desde otro lugar, esas cosas nuevas que empiezan a aparecer. Pero inmediatamente me dice que “el pasado y el futuro son dos cosas distintas, aquello no me lo toques, es mío”. Es como una pertenencia y un refugio, por eso es que uno podría decir el delirio como un refugio autístico donde él quedaba protegido de esta cosa de incompreensión de lo que estaba viviendo y de las respuestas totalmente discordantes que le daba el entorno.
- **Dr. Marcelo Viñar:** Una perspectiva es hacer un diagnóstico o un abordaje terapéutico en términos académicos, desde el punto de vista

de cuánto hay de orgánico, de psicótico, en este trastorno del desarrollo. Otra es pensar la terapéutica en el sentido del destino de este muchacho en su futuro inmediato. Pedí la palabra cuando la Dra. Camiruaga trajo el tema de que el pasado es una cosa y futuro es otra. Creo que hay una verdad muy profunda en ello. Yo aprendí, no en un tratado de psiquiatría, sino con Mafalda, que mamá hay una sola porque con dos uno moriría aplastado. Lo que más miedo me da en el pronóstico inmediato de este chico, es cómo va a transitar su crisis adolescente en el marco de esta simbiosis. Lo que más me llamó la atención de su historia, es que si bien todos somos hijos distintos para nuestras madres, el modo en que esta madre lo dice no es en el sentido habitual del término, sino en el sentido de que hay una unión única entre ellos dos. A esa folie a deux, de una madre que “no ve” la anormalidad de su hijo, es lo que llamo simbiosis. Yo diría que hay entre ellos una unión eterna. Es decir, que hoy el presente, y dinámicamente hablando (y no hago un diagnóstico psiquiátrico, sino psicodinámico, que es otra cosa), la simbiosis madre-hijo que hay entre ellos, se plantea distinto en la etapa prepuberal que en la postpuberal; que es el momento del estallido de la locura. Por eso veo como una urgencia del tratamiento que se va a encarar ahora, cómo se va a hacer la incisión en esa simbiosis, porque el muchacho cuando dice Dios es la infancia, es porque tiene una fobia a crecer, eso está claro. El sueño del chico, yo no sé si lo indujo la madre, supongo que sí, es que el chico es chico para siempre. Esto no anula las consideraciones diagnósticas ni farmacológicas que haya que hacer desde el punto de vista psiquiátrico y farmacológico que también hay que hacer. Es otra dimensión, pero es una dimensión que tiene que ver con lo que a él le va a pasar, y que tiene un punto de urgencia en el pronóstico, porque una cosa es esta fusión hasta los 13 años y otra lo que es en este momento. Cómo se plantea la crisis de adolescencia en un chico con este trastorno, y cómo manejarlo en una escena sugerida por la idea de que hay un punto donde FF tiene razón, es que el pasado está sacralizado e inmóvil, pero que el futuro es muy abismal. Trabajar esa simbiosis y promover

una movilidad en la relación madre-hijo me parece un punto crucial de la psicoterapia que se está comenzando.

– **Dr. Horacio Porciúncula:** Todo tiempo pasado fue mejor; entonces en estos encuentros con FF, uno piensa qué fue lo mejor de ese pasado y por momentos se tiene la sensación de que lo mejor de ese pasado era el no tener conciencia de la diferencia que iba adquiriendo a la medida que el tiempo iba pasando. La otra cosa que tiene el mensaje, pensando desde el lado de lo delirante positivo, es esto de estar enganchado al cable del Nuevo Siglo, que de alguna forma habla del cambio de siglo, que de alguna forma habla de un cambio que a todos nos atemorizó: todas las cosas que se podían pronosticar con el cambio de siglo. El miedo al cambio está presente en todos, el proceso de adaptación al cambio también es dificultoso; y en este momento, además, está en una situación de muchos cambios, porque esta relación con su mamá no solamente se ve alterada por los propios cambios, sino también porque la madre se va a realizar una operación que viene anunciando desde hace muchos años y que siempre viene difiriendo por una razón u otra, que de alguna forma ahora se va a producir. Entonces, cuando él dice: “No quiero ir a la casa de la tía porque tiene Montecable...”, en realidad la lectura profunda es: “No quiero que mamá se opere, no quiero los cambios, no quiero que haya cortes”. Por otro lado, uno piensa que esta historia tiene la riqueza de permitirnos ver lo multifactorial de la patología, y además, dentro de lo multifactorial, entre los aspectos que tienen que ver con las cuestiones meramente biológicas, de un proceso que podríamos llamar de orden psicótico, y como este proceso se puede ver de diferentes maneras desde el lado donde uno puede estar parado, y hasta desde el punto de vista teórico pensar en algo ¿degenerativo o del desarrollo?; y desde los aspectos sociales, lo familiar cómo influye en toda esta estructura, como ha sido marcado en diferentes momentos de esta conversación. Y cómo influyen además los factores psicológicos individuales, que más allá de los procesos psicóticos que FF pueda estar viviendo, también está viviendo sus propios procesos psicológicos en cuanto

a evolución, a un cuerpo que cambia, a un relacionamiento con los otros, que ahora aparece como atractivo: él compraba besos a un peso, que ahora subieron a cinco y a su vez, él asusta a las niñas porque él es demasiado grande y va y las abraza, y ellas tienen mucho temor. ¿Esto va por los trastornos psicóticos, por aspectos de la medicación produce liberación de actos instintivos, o por un proceso normal y exagerado del niño, o una inhabilidad en el manejo cognitivo? Esto hace muy interesante esta discusión.

– **Dra. L. Viola:** Vamos a pasar ahora a la tercera etapa del abordaje.

– **Dra. A. Camiruaga:** Los planteos diagnósticos eran de: esquizofrenia de inicio temprano, o de un trastorno no especificado del desarrollo con un nivel marginal. Aparecen alteraciones frontotemporales derechas en el EEG, que los neuropediatras no consideran significativas. Los problemas relacionados al grupo primario de apoyo, de los que ya hemos hablado mucho; estos eventos vitales estresantes y un funcionamiento globalmente descendido.

De la paraclínica: se le realiza una RNM que fue normal, un EEG con las alteraciones ya mencionadas, insulinemia algo por encima de lo normal. Está pendiente el SPECT y una valoración neuropsicológica.

Se resuelve frente a la sintomatología presente, la internación en sala de pediatría, y se plantea un abordaje con distintos enfoques: un tratamiento farmacológico que consistió al inicio en haloperidol que se fue subiendo gradualmente hasta llegar a los 15 mg, acompañado de biperideno en el momento que empezaron a aparecer efectos colaterales extrapiramidales. Esto empieza a disminuir la sintomatología, las ideas delirantes comienzan a tener menor calor afectivo; incluso él dice: “Tengo que hacer fuerza para que me aparezca la voz, la voz no me aparece”. Le producía un poco de desasosiego el hecho de perder las ideas y su vinculación con el pasado. Se plantea el inicio de un antipsicótico atípico, de tipo de la olanzapina y la levomepromazina porque seguía con un insomnio de mantenimiento; luego se retira paulatinamente. También en ese momento, se plantea la oportunidad o no de realizar la electroconvulsoterapia, por

el hecho de ser una patología crónica, por la edad del paciente. Se valoraron los pros y los contras, y se decidió que no tenía indicación de ECT. Se consideró además que, dentro de ciertos márgenes, estaba respondiendo a la medicación indicada.

De inicio también se establece otro pilar en el tratamiento individual: dada la complejidad del caso no se hace el abordaje con un solo técnico. Se establece el tratamiento psiquiátrico con intervenciones terapéuticas, en el intento de poder dar comprensión; por un lado disminuir lo productivo con lo farmacológico, pero también dar un espacio de reflexión de estas cosas que está viviendo y de alguna manera, en la imposibilidad de contar las ideas vinculadas al pasado, también había un temor a exponer sus grandes enojos, con relación a sus padres. En esta reticencia de contarnos a nosotros sus ideas había mucho más que eso, y es la posibilidad de este adolescente de poder elaborar de alguna manera el momento de vida que está viviendo. Por otro lado, abordar con la familia la necesidad clara e inmediata de discriminar mínimamente a esta mamá, en su discurso, del relato del niño, y de abordar con ambos padres la angustia y confusión que les producía y la dificultad en entender que su hijo estaba enfermo; algo que venían escuchando desde la primera infancia y que buscaban explicaciones racionales a cada conducta que él había ido modificando. También participó de la intervención terapéutica con los padres el Dr. Porciúncula. Nosotros realizamos también psicoeducación. Es decir, desde distintos registros poder abordar a esta familia. Apuntalamos para establecer mínimas dinámicas internas en lo familiar, de poder ver al adolescente que tenían enfrente, porque por un lado aparecían los abandonos o las exigencias como si fuera un niño normal y capaz. Y sobre todo la rehabilitación desde el principio, porque si bien está internado durante un lapso, está preocupado por faltar a la escuela; por eso una vez que baja lo productivo y la polarización de su pensamiento empieza a dar cabida a otras cosas, inmediatamente aparece la preocupación de volver a reinsertarse a nivel escolar. El Colegio al que concurre tiene características particulares,

pero bienvenido el colegio que lo aceptó nuevamente.

La idea nuestra era que terminara el ciclo escolar, aun en condiciones particulares era suficiente, y luego habíamos pensado en otras posibles inserciones un poco más adecuadas para este adolescente. La familia consigue el pase y lo inscribe en un liceo público, normal, lo cual nos obliga a realizar coordinaciones, psicoeducación, y a apuntalar esta inserción, buscando más una reinserción social que lo académico, como forma de que no quedara recluido dentro de su casa. El hecho de que la familia consigue esta inserción genera algunas dificultades, por inadecuación del paciente que, si bien logra cierta aceptación del grupo de pares, al inicio, ahora aparecen conductas inadecuadas de desinhibición, sobre todo con las compañeras.

Con la mejoría de la sintomatología durante la internación en sala de pediatría, se plantea el alta hospitalaria, y en un momento se le da un alta transitoria, para ver cómo se manejan con la vuelta a casa, y luego determinamos un seguimiento ambulatorio en policlínica en el cual se lo ve semanalmente, con un sostén farmacológico, sostén psiquiátrico y terapéutico con el niño, con la familia y toda esta inserción social. En un momento hay una clara inflexión, donde la madre confirma que no estaba cumpliendo con el tratamiento, con lo cual se pasa a un neuroléptico de depósito.

- **Dra. E. Palleiro:** Nos tenemos que poner de acuerdo en algunos términos. La palabra rehabilitación está usada como se usaba hace más de veinte años, como dar un conjunto de habilidades que permitan ciertos logros en el desempeño social. Capaz que tendríamos que pensar si rehabilitación como se la usa actualmente, y la propuso la WPA, es el término más ajustado. A mí me parece que no. Pero la connotación, el sentido que la palabra rehabilitación tiene hoy, luego que se expidió en el 2002 y 2003 la WPA, es otro. La rehabilitación es concebida por la WPA y por nuestro país, en el capítulo de rehabilitación del Plan Nacional de Salud Mental, como el abordaje integral de la problemática psiquiátrica y como dice la WPA, cualquiera sea esta y

siempre concebida desde el inicio. O sea, que se llevó al extremo el concepto del término rehabilitación, equiparable a tratamiento. Tratamiento es casi igual a rehabilitación; y tratamiento si este es concebido y como aquí fue presentado integral, desde el inicio, en este caso para patologías graves. Yo creo que hay que revisar el alcance del término, pero es así como está concebido hoy por la WPA y en nuestro Plan de Salud Mental. Por eso no puede figurar como un ítem aparte y circunscripto a lo psicosocial prácticamente. Creo que en ese sentido, el tratamiento integral o de rehabilitación que debe recibir FF, como ustedes bien lo mostraron, recorre tres grandes polos: el farmacológico, que voy a dejar que otros colegas se extiendan más al respecto. Me preocupan los nuevos informes, y porque nos ha sucedido además, de muertes en la clínica, la farmacovigilancia, en particular con la olanzapina, sin ECG previo, el intervalo QTc; pero obviamente tiene que recibir un tratamiento en base a neurolépticos. En cuanto a si es internado o no, me preguntaría por qué no internaron al padre, que le puso la cabeza debajo del vidrio; o sea, que estamos frente a un problema que no es individual. La psicosis no la concibo como una problemática de un individuo psicótico que repercute en un contexto familiar; es una enfermedad familiar. Familiar, en cuanto a concebir el aspecto interpersonal, intersubjetivo; entonces a veces con las internaciones tratamos los puntos de emergencia cuando hay riesgo de vida, que fue quizás lo que ustedes vieron, etc. Pero recuerden que dentro de los riesgos de vida están los que se puede autoinfligir el individuo y los que los padres, que sí tienen tendencias filicidas, puedan actuar. O sea, volvemos a esta cosa muy difícil de discriminar cuando se interna, a quién hay internar, pero a conciencia de saber que esto excede al paciente.

Con respecto al tratamiento psicoterapéutico, uno va intentando, va probando. Obviamente también va a influir el marco referencial y existen muchos marcos referenciales. Uno entiende la problemática psicótica y la humana; yo la entiendo desde el punto de vista psicodinámico, y por ende voy a proponer más abordajes en lo que tiene que ver con

FF, con connotación psicodinámica. En lo que tiene que ver con los abordajes individuales y grupales, yo creo que el abordaje de los problemas psicóticos es esencialmente grupal, porque el fenómeno de grupo aporta una tercera dimensión, un colchón psíquico que la terapia bipersonal no logra; no estoy negando este tipo de terapia, sí creo que hay que complementar una con la otra. La terapia grupal es imprescindible para mí en los pacientes psicóticos, con otros pares que tengan las mismas problemáticas, las retenciones bajas. Es más fácil la construcción de una historia colectiva entre otros, porque a veces la trae el otro. La comprensión no es la misma que nosotros le podamos dar, que otro que está sufriendo una problemática similar, etc. El abordaje familiar nuclear, los fenómenos de psicoeducación son importantes pero también a veces nos juegan una pasada en contra, porque a veces reafirman conductas de sometimiento sobre el paciente, que son parte de lo que lo ha enloquecido a lo largo de su historia. La información a los padres es importante, como lo es la información al paciente. Entonces, hemos visto más operativo cuando el trabajo familiar se hace con la inclusión del paciente, y sobre todo cuando es con muchas familias y sus pacientes simultáneamente, que es lo que se conoce con el nombre de psicoanálisis multifamiliar. Al trabajar muchas familias en grupos grandes (de 60 a 100 personas), en estas asambleas o psicoanálisis multifamiliar, es más fácil que se vea primero en los otros estos aspectos tan patológicos vinculares, para luego empezar a tolerarlos y verlos en ellos mismos; de ahí la importancia de que sean varios grupos y la tolerancia de temáticas muy duras como la filicida, en este caso, permite y habilita el pensar sobre algo que si no queda siempre cristalizado en ese pasado lleno de cosas cristalizadas, ortopédicas al no poderlas llevar a un nivel de metaforización o simbolización que permitan de última el crecimiento de un espacio psíquico y con él el desarrollo de recursos yojicos genuinos tanto en el joven como en la familia. Reduciendo mucho, el abordaje familiar me interesa que sea con el joven, y a su vez con otras familias y sus pacientes, importa muchísimo en esta línea que veníamos hablando. Por último, viene

la intervención de la sociedad y de la comunidad que tiene una importancia enorme, que es lo que antes se llamaba rehabilitación en cuanto le define un rol, una calidad de vida, un bienestar, que son los criterios que nos pide la OMS, que nuestro tratamiento apunte a lograr sentimientos de bienestar, el desempeño de un rol y buenas relaciones con el entorno, que eso es lo que define la calidad de vida.

- **Dra. L. Viola:** Mientras escuchaba a la Dra. Palleiro, pensaba en lo importante de estas reuniones, donde la multidisciplina complementa los saberes. La doctora daba su versión del abordaje desde lo que ha hecho siendo psiquiatra de adultos. Indudablemente el abordaje que hacemos desde psiquiatría pediátrica, tiene algunos puntos en común, y otros que difieren. La peculiaridad, la especificidad de un niño en evolución, el trabajo con los padres, todo el trabajo que se hace de rehabilitación desde los conceptos actuales para la psiquiatría de adultos, y quizás muy viejos para la psiquiatría pediátrica, donde la intervención con el niño en el abordaje integral se hace desde el primer día, cosa que es como una adquisición bastante reciente de la psiquiatría de adultos, de acuerdo con lo que tú contabas. Sin embargo, es el abordaje integral la forma de trabajar en la psiquiatría de niños. Entonces pensaba que es muy importante poder entender y ver cómo trabajamos en formas diversas, distintas, porque muchas de las cosas que la Dra. Palleiro planteaba ahora, con un paciente que no tuviera 5, 6, 11 ó 12 años, serían muy pertinentes, qué es lo que nos pasa con estos niños si usamos ese mismo modelo en la infancia.
- **Dra. E. Palleiro:** Yo hablaba para este niño que tiene 13 años.
- **Dra. L. Viola:** Cómo pensarlo en el desarrollo, pienso que la psiquiatría de niños tiene mucho más la impronta del desarrollo de las distintas etapas que ese niño va cumpliendo y cómo uno tiene que ir apuntalándolo, porque en cinco años el trastorno que pueda tener o los abordajes que nos podamos plantear, sólo con cinco años de diferencia cambia, ya que es una cosa a los 8 años y otra a los 13 años; o a los 2 y a los 7 años, se entiende que cambia totalmente. Por lo tanto, se tiene

que estar revisando cuáles tienen que ser las orientaciones. Siempre digo “eclécticas” y me critican porque aparece como una cosa peyorativa, pero es en el sentido de qué es lo mejor para cada situación, en cada momento y no quedarnos solamente con un abordaje desde una única teoría.

- **Dra. E. Palleiro:** No estoy de acuerdo, de lo que hablé es de este chico con 13 años. Ahora, si queremos plantear una revisión de los tratamientos que debió recibir desde los 4 a los 13 años, es otra cosa.
- **Dra. L. Viola:** No, este es un abordaje de lo que ha ido pasando desde los 11 años hasta ahora. Podemos pensar en cómo podemos seguirlo tratando.
- **Dra. G. Garrido:** Una cosa para acotar al aporte de la Dra. Palleiro, es que ella habla de rehabilitación y nosotros muchas veces, preferimos hablar de habilitación. Porque no sería la recuperación de algo previamente adquirido, sino, como en este caso, el producto de una inhabilidad temprana que hay que “habilitar”. Esto es parte de la cuestión a discutir: cuáles fueron las cosas adquiridas que se perdieron y cuánto corresponde a una inhabilidad en el desarrollo de la socialización que estuvo siempre presente. Entonces, cuando manejamos ciertos términos, estamos aludiendo a una comprensión distinta.
- **Dr. M. Orrego:** Retomando el hilo conductor debo expresar que esta patología tiene a mi criterio más características de trastorno del desarrollo que de trastorno degenerativo evolutivo. No se trata de una persona que haya perdido capacidades adquiridas, sino que registra desde muy temprano disfunciones en casi todas las áreas; a los 2 años y 8 meses ya se encontraba en asistencia, por manifestaciones que se habían vuelto clínicas.

Respecto de las estrategias terapéuticas farmacológicas, considero importante la posibilidad de incluir anticomiciales en el tratamiento. No sé cuál es la posición de los neuropediatras al respecto; la nuestra deriva de la experiencia en la asistencia de estas poblaciones a partir de la adolescencia, cuando son transferidos después de años de trabajo de psiquiatría pediátrica. La irrealidad de los pacientes portadores de disfunciones

cerebrales focales fronto temporales, no asociadas a epilepsia, mejora a veces más con anticomociales de nueva generación que con antipsicóticos y neurolepticos. El programa farmacológico que protocolizamos es de politerapia, con balance adecuado de anticomociales y antipsicóticos, y tendencia a establecer dosis altas de anticomociales y bajas de antipsicóticos. Estos pacientes son muy vulnerables a los secundarismos indeseables tóxico-neurológicos de antipsicóticos y neurolepticos; para ellos rige el aforismo paradójico “más no es mejor”, respecto de la dosis. A veces son refractarios a dosis consideradas habitualmente terapéuticas, y mejoran con dosis consideradas subterapéuticas. En este sentido, el cambio de haloperidol por olanzapina resulta pertinente; eventualmente, en diferido, se puede reducir aun más la dosis de antipsicótico, una vez logrados niveles plasmáticos terapéuticos de los anticomociales asociados, en un balance de proporciones entre ambos que hay que identificar.

Al respecto de las disfunciones cerebrales focales corresponde expresar para evitar malos entendidos:

- 1) Nuestra población de referencia en la investigación clínica se encuentra constituida por pacientes portadores de trastornos psiquiátricos procedentes del Hospital Psiquiátrico.
- 2) Fueron objeto de estudios longitudinales en períodos prolongados de hasta 25-30 años.
- 3) Las topografías temporales y frontales dan manifestaciones psiquiátricas a nivel clínico de presentación similar a las categorías diagnósticas de eje I-II.
- 4) El concepto es que se efectúa asistencia a personas portadores de patología de origen multifactorial que se manifiesta de modo clínico psiquiátrico, pero con factores etiológicos o patogénicos asociados de eje III.
- 5) Las anomalías EEG se identifican como marcadores biológicos disfuncionales eventualmente relacionados; la posibilidad se confronta en los ensayos terapéuticos sucesivos.
- 6) Muchos pacientes mejoran o se resuelven con el adecuado balance farmacológico

referido, de tratamiento sintomático y fisiopatológico combinados.

Otro aspecto relevante que hay que considerar es el riesgo de muerte que tiene este paciente, por el desafío del azar que realiza, cuando camina en medio de la calle, o cruza la calzada sin mirar. Hace alusiones que implican eventualmente una equivalencia entre el riesgo de accidentarse y el suicidio, obviamente considerando que ese desenlace es proporcional a la exposición al riesgo. Resulta crucial, como estrategia de prevención, el desarrollo de una actividad clínica particular, que facilite la expresión del delirio adentro del consultorio (“deliratorio”: lugar para la ficción) y la disminuya afuera (exclusión de la vía pública). Es conveniente que ese trabajo se efectúe con abordaje grupal, pero en un comienzo solo con técnicos y profesionales, porque no es prudente exponer su vulnerabilidad a movilizaciones intempestivas por intervenciones de otros pacientes.

A la familia se le debe contraindicar de modo bien definido, la confrontación de los rituales insalubres durante su curso activo, para evitar la emergencia de crisis; parte de la violencia disruptiva con la que el paciente se manifiesta puede corresponder con la no aceptación del sistema delirante en el cual se encuentra complacido.

Con respecto a los fármacos, es parte de la norma de seguridad obvia vigente realizar ECG con QTc, por los riesgos implicados en su prolongación.

- **Dra. L. Viola:** Tratamos a nuestros pacientes con un abordaje farmacológico que incluye anticomociales, y tenemos una muy buena experiencia tanto con el divalproato como con la ox-carbamazepina, desde hace tiempo. En general usamos en forma combinada, dosis bajas de antipsicóticos y dosis altas de reguladores.
- **Dr. M. Orrego:** En la investigación clínica lo que identificamos es que el efecto de los fármacos anticomociales en psiquiatría depende de la idiosincrasia individual, por lo que ensayamos sucesivamente diversos anticomociales si no se obtiene los resultados esperados.

Sin embargo, en este paciente corresponde considerar de elección lamotrigina, por los

efectos farmacológicos adicionales estabilizadores y eutimizantes “desde abajo”, que posibilitan mayor cobertura del riesgo psicopatológico de depresión secundaria a la eventual adquisición de realidad por mejoría del delirio.

– **Dra. L. Viola:** La FDA no ha aprobado la lamotrigina y el topiramato en niños; hemos usado lamotrigina en algunas situaciones. Usamos como reguladores clásicos, el valproato, el divalproato, la carbamazepina, la ox-carbamazepina y usamos en menor medida la lamotrigina, pero tengo entendido que no hay estudios en niños como reguladores del humor y del comportamiento.

– **Dra. N. Rodríguez:** Me parece bien interesante el área topográfica del foco epiléptico, que me hizo reorganizar el conocimiento del paciente, vinculándolo a la evolución de su presentación clínica. Porque ese niño de 5-6 años, que tenía una torpeza psicomotriz, que presentaba seguramente impulsividad, que tenía sobre todo alteraciones pragmáticas del lenguaje y una dispraxia, de alguna manera podría interpretarse como un trastorno de aprendizaje no verbal, donde sobre todo está comprometido funcionalmente el hemisferio derecho, a nivel fronto-temporal. Ahora vemos que a ese nivel hay un elemento que nos está haciendo una señal. Lo interesante es que este tipo de trastorno cognitivo, que describió Rourke, que se llama trastorno de aprendizaje no verbal, asocia desde el punto de vista comportamental típicamente lo que también Rourke describió como “trastorno en las habilidades sociales”, y que se correspondería con esta inhabilidad para poder organizar sus vínculos que el paciente presenta desde el inicio del cuadro. Todavía más interesante es que Rourke y sus colegas hicieron estudios prospectivos y vieron que muchas veces, no siempre, estos pacientes evolucionaban a una franca esquizofrenia con elementos productivos en la adolescencia. Es un material que se puede revisar.

– **Dr. V. Pardo:** Creo que en el tratamiento psicosocial el abordaje familiar tiene que ser pragmático, con un mensaje no culpabilizador a la familia. Pongo énfasis en esto, porque creo que muchas veces incurrimos en este pecado. Como psiquiatras debemos manejar la contratransferencia hostil que una familia de este tipo puede llegar a generarnos. En cuanto

a la hipótesis de la familia como enfermante del paciente, se podría plantear también al revés. O sea, el impacto de una psicosis de este tipo, altamente disruptiva desde la infancia, como capaz de generar patología en la familia, o sea, patrones de conducta y actitudinales sumamente alterados. Creo además que tiene que ser un abordaje no confrontativo, muy centrado en contenidos de psicoeducación y de resolución de problemas concretos. En cuanto al tema de la rehabilitación, el Dr. Martínez Tehaldo, que dirigió el Centro de Rehabilitación Psíquica, abogó muchas veces en esquizofrenias de comienzo precoz por habilitar más que por rehabilitar. Porque estos pacientes suelen tener, lamentablemente, una variada gama de discapacidades desde muy pequeños, por lo que suelen estar muy a la zaga de sus coetáneos. Centros de rehabilitación para niños, púberes y adolescentes de menos de 15 años, que yo sepa, no hay en nuestro país. Esta es una gran carencia en nuestro medio. Me pregunto si el medio normalizado, el “liceo”, va a poder ser lo suficientemente continente y si más tarde o más temprano no tendrá que concurrir a un centro de rehabilitación psicosocial para adultos, como terminó yendo a Sur - Palermo un paciente, que también fue presentado en un ateneo de la Revista hace cinco años, y que al fin y al cabo, dentro de la cordedad de expectativas que podíamos tener, no evolucionó tan mal pudiendo reinsertarse adecuadamente con su familia, después de haberla agredido en un nivel grave, casi en el nivel de este paciente que vimos hoy.

– **Dra. Matilde di Lorenzo:** Yo me había quedado pensando en esto de que la psicosis es una patología familiar; entonces creo que es importante, y es algo que nos planteamos siempre en psiquiatría pediátrica, la posibilidad de evaluar a los hijos de los psicóticos en forma temprana. Es decir, pensamos que en abordaje familiar la evaluación de los adultos psicóticos sería una buena cosa si lo pudiéramos hacer desde temprano, aunque quizás no muestre una sintomatología evidente.

– **Dra. L. Viola:** Realmente fue muy importante para la Clínica de Psiquiatría Pediátrica haberlos recibido.