

## Ateneo clínico de la Revista de Psiquiatría del Uruguay

Discusión acerca del proyecto terapéutico en patología dual. Esquizofrenia y consumo problemático de drogas. 19 de octubre de 2009. Hospital Vilardebó.

Ateneo clínico

Entrevista realizada por la Dra. Carina Aquines. Profesora Adjunta de Clínica Psiquiátrica.

La situación clínica fue presentada por el equipo de la Unidad Docente Asistencial del Hospital Vilardebó de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina. Se trata de un hombre de 28 años con un trastorno de al menos 9 años de evolución que fue diagnosticado como esquizofrenia desorganizada. El paciente es atendido en el Servicio desde su primera internación, en el año 2004, en los períodos de hospitalización y en la atención ambulatoria. La gravedad del cuadro clínico con persistencia de la sintomatología activa y la comorbilidad con consumo problemático de drogas plantea dificultades en la instrumentación de un proyecto terapéutico efectivo y continuo, lo cual motiva su presentación en la instancia de ateneo.

### Datos sociodemográficos

CC. Cursa 6ª hospitalización.

Soltero sin hijos. Vive en una ciudad del departamento de Canelones.

No tiene empleo. Cobra pensión por discapacidad.

Escolaridad: Primaria completa, Ciclo Básico de UTU\*\* completo, con buen rendimiento, continúa formación profesional en carpintería tres años, abandona sin completar la formación. Estudió computación.

Trabajó, en forma ocasional, en las zafras de fruta, en un negocio familiar; no trabaja hace varios años.

### Coordinación

#### Sandra Romano

Médico Psiquiatra. Profesora Agregada de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

#### Elena Guglielmi

Residente de Psiquiatría. Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

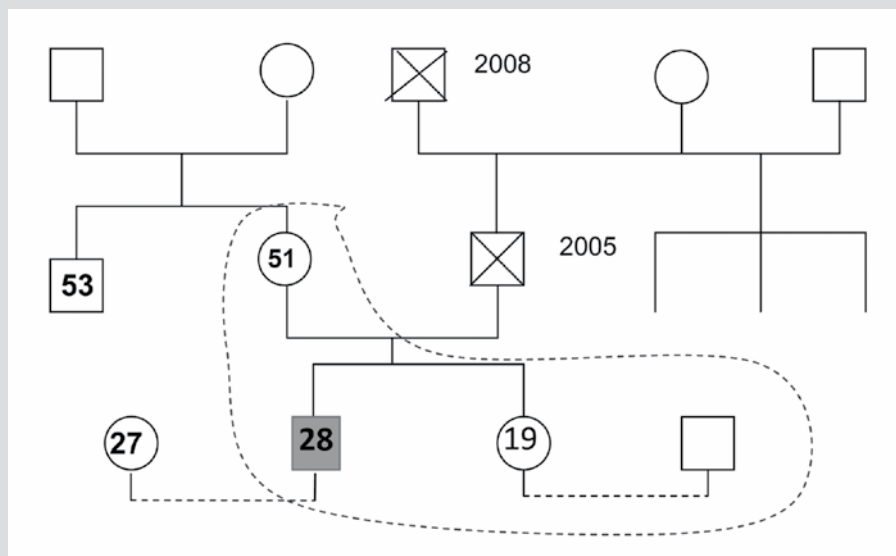
#### Ximena Ribas

Profesora Adjunta de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

#### Ana Laura Araújo

Residente de Psiquiatría. Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Gráfico 1 | Genograma\*



\* Diagrama familiar, grafica la constitución del grupo familiar, vínculos familiares y datos relevantes de su historia. (Murray Bowen, 1978). Principales símbolos usados:

Mujer ○ | Hombre □

Pareja ○—□ | Hijos T

Se indica fallecimiento por una cruz sobre el símbolo, se indica la edad y años de eventos, se indica el paciente sombreado el símbolo y se engloba su grupo de convivencia con el trazo punteado.

\*\* Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU), institución pública de capacitación técnica-profesional.

## Motivo y situación clínica al ingreso

Ingresó 10 días antes de la realización del ateneo.

Concurre acompañado por su madre a la Emergencia del hospital, enviado por su psiquiatra tratante para hospitalización, por descompensación de patología psicótica crónica, vinculada al abandono del tratamiento farmacológico y consumo de THC\* desde hace 2 meses. Presenta importante irritabilidad e insomnio, ideas de daño y perjuicio y automatismo mental.

En los últimos tres meses CC cumple parcialmente el tratamiento farmacológico. Abandona la risperidona, disminuye por su cuenta la dosis de clozapina.

Falta a dos consultas.

Mantiene importante síndrome de automatismo mental, con difusión del pensamiento, robo y adivinación, que implican gran sufrimiento para él.

Se realizaron intentos de reorganizar la toma de medicación, de forma que pudiera administrarla su madre y de tarde la pudiera ingerir en el centro diurno, sin resultado.

En la entrevista, la madre refiere que el paciente solo cumple con indicación de H 8 - 20 a la mitad de la dosis prescripta, y que consume THC. Se plantea la hospitalización.

## Antecedentes

### Antecedentes médico quirúrgicos personales

A los 17 años sufrió un accidente de tránsito con traumatismo encéfalo craneano con pérdida de conocimiento; permaneció 24 horas en observación en Emergencia. Se estudió posteriormente con electroencefalograma y tomografía computada de cráneo que no mostraron elementos patológicos. Nunca presentó convulsiones ni síntomas focales neurológicos.

### Antecedentes psiquiátricos personales

Inicio de tratamiento psiquiátrico ambulatorio en 2001 a los 18 años. Los familiares refieren que presentó episodio de "rigidez paralizada" que requirió medicación i/m; a partir de ese momento inició tratamiento farmacológico con olanzapina y seguimiento por psiquiatra en el ECSM\*\* de su ciudad, que cumplió durante 2 años. Luego y hasta la primera hospitalización en el año 2004, no concurre a consulta ni toma la medicación (Gráfico 2).

### Resumen de datos clínicos de las hospitalizaciones

1ª H marzo/2004. En los meses previos al ingreso presentó conductas referidas como extrañas por sus familiares, risas inmotivadas, retracción social, y progresiva inhibición psicomotriz, las últimas semanas no salía de su cuarto. Al ingreso mutismo, catatonía, recibió 10 sesiones de ECT\*\*\*. Inicia concurrencia al centro de rehabilitación del hospital durante la internación. Como circunstancia familiar a destacar, en ese momento su papá estaba en tratamiento por tumor encefálico (fallece al año siguiente).

2ª H febrero/2006. Ingresó por irritabilidad, agresividad, ideas de daño y perjuicio referidas a su madre. Consumo de THC, cumplimiento irregular del tratamiento. Se realizó 10 sesiones de ECT y tratamiento farmacológico.

3ª H diciembre/2006. Presenta agravación de su síndrome delirante, alteraciones de las conductas basales, inquietud, importante síndrome de automatismo mental. Deambulación, niega interrupción del tratamiento farmacológico. Consumo de THC 2 ó 3 veces a la semana, consumo en 2 oportunidades de PBC\*\*\*\*. Del examen se destaca la presencia de una disquinesia bucolinguo facial. Se inicia tratamiento con clozapina.

4ª H julio/2007. Agravación de su síndrome delirante, autorreferencia, automatismo

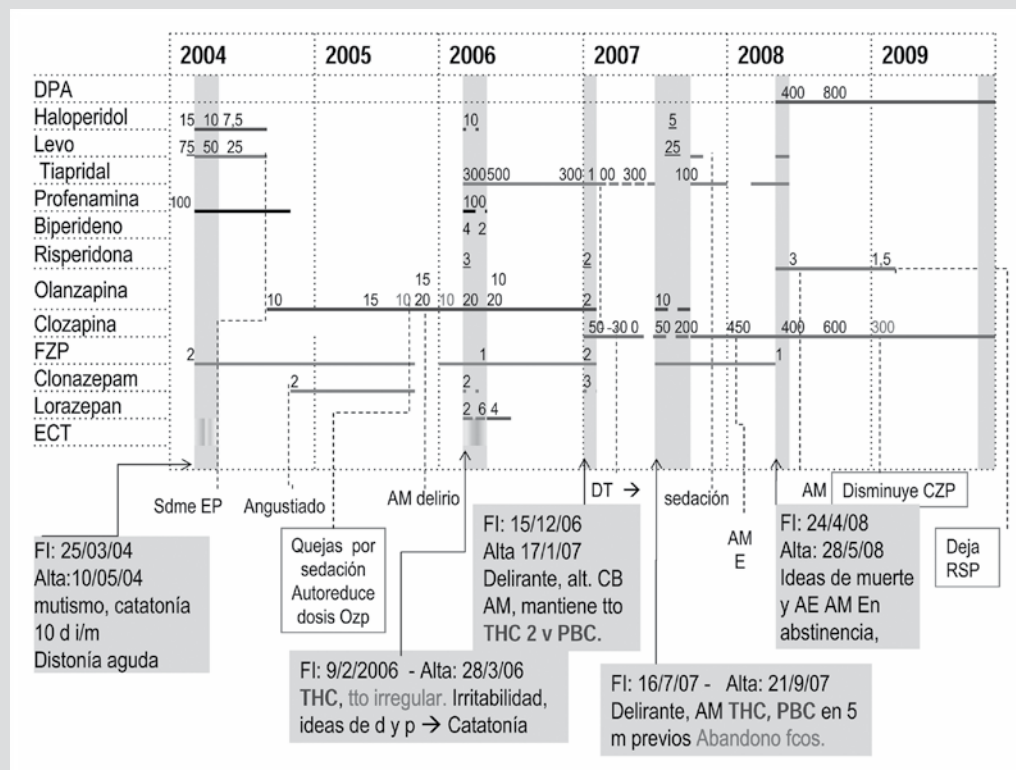
\*THC: tetrahidrocannabinol.

\*\* Equipo Comunitario de Salud Mental.

\*\*\* ECT: electroconvulsoterapia.

\*\*\*\*PBC: pasta base de cocaína.

**Gráfico 2 | Cronología de las hospitalizaciones y tratamiento farmacológico recibido**



Aclaración del gráfico: Los períodos de internación se señalan por las zonas sombreadas verticales. Los períodos durante los que recibe cada fármaco se indican por las líneas continuas verticales, sobre las que se indica la dosis en mg. Los recuadros sombreados vinculados por flechas al gráfico temporal indican sintomatología principal en esa internación. Los recuadros blancos mencionan los abandonos parciales o totales del tratamiento farmacológico.

mental, intenso sufrimiento en relación con esta sintomatología. Consumo de THC y de PBC en los últimos 5 meses previos al ingreso hospitalario. Abandono de la medicación. Reinstalación del tratamiento farmacológico, en abstinencia durante la internación, buena respuesta con disminución de la sintomatología delirante.

5ª H abril/2008. Presentó ideas de muerte y de autoeliminación e importante síndrome de automatismo mental. En abstinencia de sustancias psicoactivas. Eventos vitales estresantes, fallecimiento de su abuelo. Algunas irregularidades en la toma de la medicación (disminución de las dosis en 3 ó 4 oportuni-

dades) pero sin discontinuación. Se optimiza dosis de clozapina y se agrega ácido valproico y risperidona. Restablece eutimia, disminución de la sintomatología delirante.

#### Tratamiento ambulatorio

En tratamiento ambulatorio continuo desde su primera hospitalización en el año 2004.

Desde la primera hospitalización ingresa en un programa de rehabilitación, inicialmente en el Centro Diurno del Hospital Vilardebó. En diciembre de 2004 concurrió a la primera entrevista en el Centro Diurno Sayago, durante tres meses participa en el grupo de

preingreso, ingresa en mayo de 2005, siguiendo un programa con actividades diarias en la tarde y una mañana a la semana.

### Evolución constatada en la atención ambulatoria

Concurre a consulta en forma regular con bajo ausentismo. En varias oportunidades, discontinuidad del tratamiento farmacológico, con disminución de las dosis indicadas o interrupción de alguno de los fármacos por algunos días, aduciendo efectos adversos molestos, especialmente, sedación. Grave síndrome disociativo discordante. Discurso desorganizado, se queja en forma persistente de no tener “*intimidación en el pensamiento*”, autorreferencia e ideas de daño y perjuicio. Los fragmentos siguientes fueron extraídos de entrevistas en el último año como ejemplo de lo anterior:

Marzo 2008. En entrevista individual en el centro diurno, manifiesta estar enfadado, dice que planteó sus ideas y no le han dado la

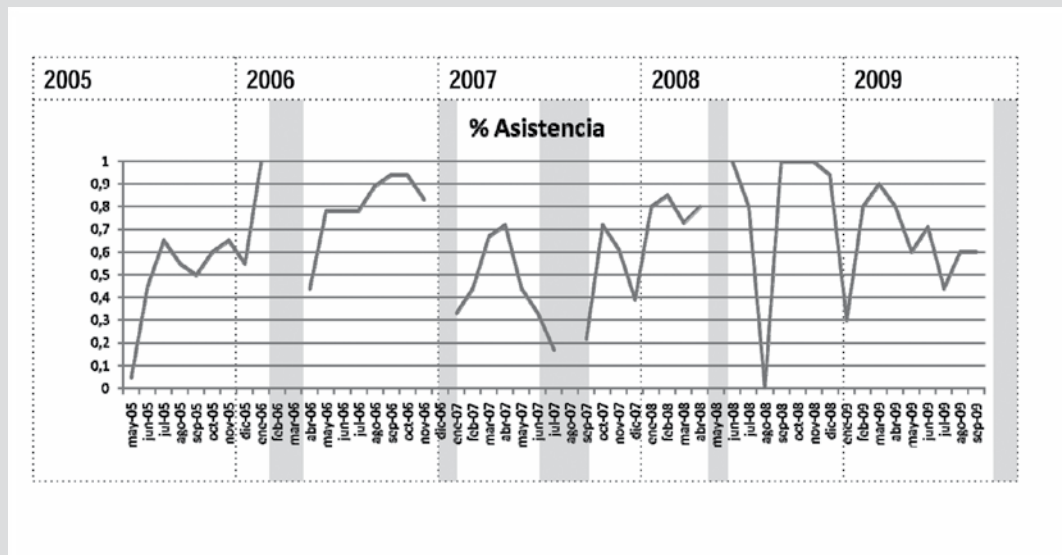
atención que esperaba. Llevó escrito un texto de un personaje de historieta para la TV, solicitando que desde el centro se hiciera llegar a los canales para que se realizara. Comenta que sabe que le van a robar sus ideas, que por eso no lo presentan.

Abril 2008: Plantea que tiene que estar solo, si no, deja “*regalados a los demás*”, pues adivina lo que piensan, y a la inversa: “*Desde que pensé, este lugar debe valer mucho, porque acá se dio la batalla de Las Piedras, se llenó de gente y tenés que caminar apretado*”.

Marzo 2009. Refiere sentirse mejor en los últimos días, puede andar en la calle sin tanto malestar en relación con la gente: “*No sé si soy egoísta, yo hago la mía y creceré como pueda*”.

En el centro de rehabilitación participa activamente en instancias grupales terapéuticas y en talleres expresivo creativos. Comparte responsabilidades de gestión en comisiones de trabajo e integra una murga inclusiva con otros usuarios del centro y vecinos del barrio, participando en espectáculos en espacios sociales. Dos días previos al ingreso participó en una presentación pública en forma adecuada a los requerimientos del evento.

Gráfico 3 | Asistencia a rehabilitación, porcentaje mensual



Se graficó el porcentaje de concurrencia a rehabilitación desde el inicio, se indica los períodos de hospitalización por las zonas sombreadas. En agosto de 2008 pidió licencia un mes. El programa de trabajo propuesto implica concurrencia diaria al centro.

Se destaca que mantiene la continuidad y avance en el proceso, pese a estar la mayor parte del tiempo con importante intensidad sintomática, sobre todo fenómenos de automatismo mental e importante desorganización del pensamiento.

### Historia de consumo problemático de múltiples sustancias

Tabaquismo intenso desde la adolescencia.

Consumo de THC desde los 15 años, con períodos de abstinencia de varios meses, en distintos momentos. En consumo en el momento del ingreso.

Consumo de cocaína ocasional.

Consumo de PBC, en 2007 en abstinencia luego del alta.

Consumo de alcohol, moderado, por períodos de algunas semanas en varias etapas desde la adolescencia. En consumo en el momento del ingreso.

### Planteo y conducta desde el ingreso

El planteo diagnóstico continúa siendo el de esquizofrenia a forma desorganizada, con consumo problemático de THC y alcohol, presenta una disquinesia tardía. Convive con su familia, que acompaña el tratamiento. Desde el ingreso a sala se reinstaló el tratamiento con clozapina, partiendo de la dosis que el paciente refería tomar al ingreso. Dosis al momento del ateneo: 200 mg/día.

La presentación del paciente en el momento del ateneo era similar a la del ingreso.

Se plantea el ateneo con el objetivo de evaluar la evolución con el tratamiento instituido hasta ahora y analizar posibles alternativas en el proyecto terapéutico.

Preguntas iniciales:

- Con relación al tratamiento biológico

Pertinencia de continuar el tratamiento con clozapina. Se plantea la duda frente a la dificultad para la continuidad dada por la discontinuación y disminución de las dosis por parte del paciente en 4 períodos desde que está en tratamiento, el último desde hace 6 meses.

¿Sería indicado reintroducir los NL de depósito? Facilitarían la continuidad pero limita su indicación la forma clínica y la evolución, la alta vulnerabilidad a efectos EP, y la presencia de una disquinesia tardía.

En varias hospitalizaciones recibió ECT con disminución importante de la sintomatología productiva; ¿estaría indicada la ECT de mantenimiento?

- ¿Se beneficiaría de cambiar su seguimiento psiquiátrico al ECSM de su zona?

El Equipo Comunitario de Salud Mental de la zona de domicilio del paciente ofrece la posibilidad de cercanía del equipo y permitiría la continuidad asistencial por el mismo psiquiatra tratante.

El equipo de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital Vilardebó permite una frecuencia de seguimiento semanal y entrevistas más prolongadas. Otro factor a considerar es la elección del paciente, que ha optado por continuar la asistencia en la unidad.

¿Qué otras estrategias se pueden proponer para la comorbilidad esquizofrenia y consumo problemático de drogas en nuestro medio?

## Entrevista con el paciente

El paciente acepta concurrir y se muestra dispuesto a colaborar en la entrevista.

Ingresa vestido en ropas de calle, aseado, algo despeinado. Desgarbado.

Facies poco expresiva, salvo en algunos momentos que sonríe en forma concordante al discurso. Por momentos su mirada se dirige al auditorio, otras veces hacia abajo, sólo en algunos momentos mira a la entrevistadora. Disquinesia de maxilar inferior.



**Dra. Carina Aquines** –CC, encantada; te comunicaron las doctoras de la sala que vamos a realizar este ateneo.

**CC** –Sí, me dijeron.

**Dra. C. Aquines** –Algunos datos tuyos ya los tenemos. Tienes 28 años. ¿Dónde vives?

**CC** –En Las Piedras, con mi madre, mi cuñado y mi hermana.

**Dra. C. Aquines** –Estás en tratamiento desde hace un tiempo y además vas a un Centro de Rehabilitación. ¿Te gusta concurrir al Centro?

**CC** –Sí, un tiempo ya que estoy en tratamiento. Me gusta ir al Centro. Voy así, yo que sé, digo ahí, pero al tiempo me vuelven a empezar los problemas, estar irritado... y después me empecé a quedar que no me podía levantar de la cama.

**Dra. C. Aquines** –¿Cuándo sucedió eso?

**CC** –Ah, hace ya unos cuantos años, como siete años.

**Dra. C. Aquines** –¿Podés contarnos un poco cómo fue esa situación?

**CC** –Claro..., me choqué así, comencé a quedar irritado, quedé tirado, no me podía levantar de la cama.

**Dra. C. Aquines** –¿Qué quiere decir eso de “me choqué”?

**CC** –Choqué en un accidente en moto, con un muchacho africano, que ahí cumple el mismo día que yo.

**Dra. C. Aquines** –¿Era un conocido tuyo?

**CC** –Que me acuerde... eh... lo conocía de vista, yo venía en la moto... así...

**Dra. C. Aquines** –¿Tú venías solo y chocaste contra él?

**CC** –Sí, él me chocó a mí.

**Dra. C. Aquines** –¿Y qué tiene que ver que cumpla el mismo día?

**CC** –Y... yo qué sé, es una coincidencia para sanar, para sanarnos los dos, que cumplamos los dos el mismo día por algo es. Yo soy blanco, él es negro, yo qué sé... Yo no soy nada de racismo, me da igual, me gusta que la otra persona sea amiga, no tiene una inclinación...

**Dra. C. Aquines** –CC, cuando yo te pregunté por qué ibas al Centro de Rehabilitación tú

me cuentas lo del accidente. ¿Qué tienen en común estos hechos?

**CC** –Porque irritado, así... y eso después con el tiempo empecé a ver las cosas, a querer representar lo bueno y lo malo, representar los errores que tuve... ¿Entendés, estar así, mal? Y salir a la calle, a veces es un quemo porque no puedo, no es de continuo, es un rato, como que las personas me leen la mente.

**Dra. C. Aquines** –¿Y cómo podría ser eso?

**CC** –Las personas, es lo que no sé, es lo que quiero saber.

**Dra. C. Aquines** –¿Cómo pueden los demás leerte la mente?

**CC** –Si hubiese un pensamiento correcto.

**Dra. C. Aquines** –¿Pero cómo pueden los demás leerte la mente?

**CC** –Y yo qué sé, porque me ven, digo que ellos me ven a mí, pero representar las cosas buenas no las cosas malas.

**Dra. C. Aquines** –¿En qué te importa eso?, ¿cómo te hace sentir?

**CC** –Angustiado, me angustia como en el pensamiento, no me causa dolores corporales, ¿me entendés? Es más lo que digo que no puede ser, que no puede pasar esto a mí.

**Dra. C. Aquines** –¿Por qué será?

**CC** –Y yo qué sé... ¿por qué será qué?

**Dra. C. Aquines** –¿Qué pasó?, ¿te olvidaste de lo que te pregunté?

**CC** –No, no. Y porque... yo qué sé, me parece que no me hacía respetar, me parece.

**Dra. C. Aquines** –¿Porque no te sabés respetar es que pueden leer tu mente?

**CC** –Claro, o al revés, que no los respeto yo a ellos, y me pasa eso.

**Dra. C. Aquines** –CC, hace tiempo que vienes a los controles, ¿te gusta venir acá? ¿En qué piensas que te podemos ayudar para que sigas viniendo?

**CC** –Yo digo, me gustaría cerrar la boca, que no sea pensamiento de ninguno, pensar bien, lo que está bien está bien y lo que está mal está mal.

**Dra. C. Aquines** –Y para eso, ¿seguirías viniendo?

**CC** –Y si... al control y al Centro, a controlarme.

**Dra. C. Aquines** –¿En qué te hace bien la medicación?

**CC** –El DPA me da como un calor. La otra es olanzapina, esa no me acuerdo, es tipo... como que me hace reconocer más el sol.

**Dra. C. Aquines** –¿Por qué has nombrado mucho los errores, las cosas que están bien o mal? En ese sentido, ¿cómo está tu ánimo?

**CC** –Cuando estoy con gente conocida... no puede ser, me dicen algo, viene el otro de ahí y yo solo pensando sé lo que me dijo el otro, para no causar problema... pero es un punto bueno también porque aprendés a andar solo.

**Dra. C. Aquines** –¿A ti te gusta estar solo, o te interesa estar con gente, a pesar de que puedan saber lo que tú piensas?

**CC** –Habitualmente solo, y estar con gente pero bien, trato de estar con gente.

**Dra. C. Aquines** –¿Eso te pasa con algunas personas en especial o con todos?

**CC** –Hay gente que me agrede y otra que no, o no le dan importancia o no saben, ¿me entendés? En algunos momentos estoy bien, que no me leen la mente y a veces, ya está, caigo y quedo regalado, pienso en todo lo que he hecho mal y todo eso.

**Dra. C. Aquines** –¿Has hecho muchas cosas malas?

**CC** –No, no... de robar, nunca robé. Una vez me dieron un billete de 500 pesos falsos, para que lo agarrara y se lo diera a mis amigos, y después lo agarraron así y los llevaron al juzgado por eso.

**Dra. C. Aquines** –¿Alguna vez estuviste preso?

**CC** –No, no. Yo trabajé bien. Después, trabajé de marinero.

**Dra. C. Aquines** –¿Has tenido novias?

**CC** –Sí, siempre fui mujeriego. Cuando era chico era siempre de andar con una, con otra.

**Dra. C. Aquines** –¿Cuánto hace que no tenés pareja, una novia?

**CC** –Como dos meses, más o menos...

**Dra. C. Aquines** –En tu historia clínica aparece que consumes marihuana. ¿Qué te produce el consumir marihuana?

**CC** –De vez en cuando, yo qué sé... me hace sentir mejor, como que encuentro más los colores.

**Dra. C. Aquines** –¿Otras drogas y alcohol?

**CC** –Otras drogas no, alcohol sí, a veces también me tomo una buena malta.

**Dra. C. Aquines** –¿Te emborrachás?

**CC** –Me emborracho, sí.

**Dra. C. Aquines** –¿En los controles psiquiátricos has tenido muchas psiquiatras, ya que van cambiando?

**CC** –Como cinco.

**Dra. C. Aquines** –¿Recuerdas si con alguna te llevabas mejor, con la cual te gustara más venir?

**CC** –Realmente me han atendido bien, hablan conmigo y me desahogo y todo.

**Dra. C. Aquines** –No has tenido mucha dificultad cuando han cambiado, ¿te has adaptado bien cuando cambian?

**CC** –Sí, sí. En Sayago, me llevaron a tener tranquilidad, en el cuerpo a mí.

**Dra. C. Aquines** –Estás muy preocupado por tu cuerpo, ¿te ha pasado algo en tu cuerpo?

**CC** –Lo que me pasa es que a veces no pienso bien, así...

**Dra. C. Aquines** –¿Te explicaron las doctoras por qué tenías que tomar medicación?

**CC** –Y sí, una es para... alimentar el cuerpo y la otra es para la epilepsia.

**Dra. C. Aquines** –¿En tu casa con quién te llevas mejor?

**CC** –Con mi madre. Mi hermana está ahí, es independiente.

**Dra. C. Aquines** –¿Y hay alguien más, de tu familia o amigos, con quien te lleves bien o te guste ir a la casa?

**CC** –No, ando solo, con amigos del barrio converso un poco pero... trato de...

**Dra. C. Aquines** –¿Hay actividades, como la música, que te gusten?

**CC** –Sí, me gusta todo, bailar, tirarme de un edificio... [se ríe].

**Dra. C. Aquines** –¿Cómo es eso de tirarte de un edificio?

**CC** –No, no... hay que tener cuidado... porque a veces hay trampas... uno entra en confianza, se toma las pastillas y agarra y...

**Dra. C. Aquines** –¿A veces sos desconfiado?

**CC** –Pah, no.

**Dra. C. Aquines** –¿Qué instrumento tocas?

**CC** –El bombo, platillo, yo qué sé... Sin ser desconfiado... en el sentido de que le rompan el auto pero tengo la confianza que si una cosa se te rompe, se te va a romper para bien, no va a ser para mal. Ahí sí puede ser algo que no es precoz.

**Dra. C. Aquines** –¿Te gusta ir al Centro Sayago?, ¿vas habitualmente?

**CC** –Sí, me gusta.

**Dra. C. Aquines** –¿En tu casa te gusta también escuchar música, bailar, o solo lo haces cuando vas al Centro?

**CC** –Me gusta en todos lados, toda la música.

**Dra. C. Aquines** –¿Tienes problemas para dormir o para alimentarte?

**CC** –No, pero sabés que a veces no me acuerdo de las cosas que me pasó el otro día. Me alimento bien, sí.

**Dra. C. Aquines** –¿Haces deporte?

**CC** –No, que lo hagan los demás.

**Dra. C. Aquines** –¿Te gusta ver deportes?

**CC** –El básquetbol y el vóleibol.

**Dra. C. Aquines** –¿Vas a los partidos?, ¿sos hincha de algún cuadro?

**CC** –Sí, soy del Arsenal.

**Dra. C. Aquines** –¿Has ido a ver algún partido?

**CC** –Sí, al partido de Uruguay.

**Dra. C. Aquines** –¿Cuando estuviste internado te realizaron electroshock? ¿Qué recuerdas de eso?

**CC** –Que me gustaba... dormía tranquilo y sentía la voz de los demás.

**Dra. C. Aquines** –¿Te hizo bien el tratamiento?

**CC** –Sí, me hizo bien.

**Dra. C. Aquines** –¿Tú piensas que tienes alguna enfermedad?

**CC** –...esquizofrenia rápida y a la inversa.

**Dra. C. Aquines** –¿En qué síntomas de esta enfermedad te gustaría estar mejor?

**CC** –Eh... estar tranquilo.

**Dra. C. Aquines** –¿En algún momento has logrado estar muy bien, con algún tratamiento en especial que recuerdes?

**CC** –No, siempre tengo algo.

**Dra. C. Aquines** –¿En qué sientes que te han podido ayudar los médicos?

**CC** –Y... yo qué sé, poco. No, mirá lo que estoy diciendo... Me han ayudado.

**Dra. C. Aquines** –¿Por qué decidieron traerte aquí al ateneo?

**CC** –Porque... yo qué sé... Serán cosas buenas... me dan apoyo... siempre me salvan... conversan conmigo... me dejan volar.

**Dra. C. Aquines** –¿De qué otras maneras te podemos ayudar? Es tu oportunidad para decirnos algo más.

**CC** –Yo lo que necesito es la tranquilidad mental, eso y punto.

**Dra. C. Aquines** –La idea es que con todas las personas que estamos en este ateneo, hablemos y discutamos cómo podemos ayudarte para que eso se termine y logres esa tranquilidad mental que no has podido tener. Es muy importante que sigas con los controles, con el Centro y tomando la medicación a las dosis que te lo indican. ¿A veces tomas menos medicación?

**CC** –Sí, porque me quiero probar a ver si aguanto.

**Dra. C. Aquines** –¿Pero cada vez que probás, después te internan?

**CC** –A veces; a veces no.

**Dra. C. Aquines** –Entonces lo mejor es no abandonar el tratamiento, porque si no cada vez que lo dejas te internan. ¿Qué tienes que hacer entonces para que no te internen?

**CC** –Tomar bien la medicación y tener la perfecta suerte.

**Dra. C. Aquines** –Muchas gracias, CC.

## Comentarios

Se solicita a la enfermera de la sala, Verónica Mir, que relate cómo es el desempeño y relacionamiento de CC con el personal y los demás pacientes.

**Aux. de Enf. Verónica Mir.** Cuando hablamos con él en la sala, en general es: “Buenos días, cómo estás, hay que tomar la medicación...”. Nunca habíamos tenido



oportunidad de hablar en profundidad como en esta entrevista, donde vemos la disociación. Me llamó la atención cómo se iba de esta conversación. La medicación en sala la cumple, se levanta y la acepta.

En la sala, con enfermería es correcto; es así también con los compañeros.

**Dra. Elena Guglielmi.** Conozco al paciente desde abril de este año, y destaco que aunque su pensamiento es desorganizado la evolución ha sido desfavorable en los últimos meses, acentuándose los síntomas de automatismo mental. Él siempre negaba el incumplimiento del tratamiento, pero en los últimos controles reconoció haber disminuido la dosis del mismo.

**Dra. Ximena Ribas.** Destaco de la presentación clínica la importante disociación. Lo que más me preocupa de los planteos que hemos hecho es que creo que la clozapina es la medicación indicada para este paciente de acuerdo con su cuadro clínico y también como tratamiento de la disquinesia tardía, pero el problema es cómo hacemos para sostener eso, si hay alguna otra alternativa que no se haya hecho o decidir hacer algo que no sea lo mejor para él. Pienso que utilizando la gran adherencia que tiene al Centro de Rehabilitación, se podría plantear una estrategia en conjunto, haciendo una planilla, para constatar la toma de clozapina y que la medicación de la noche sea dada por la madre. Pienso que se podría hacer una única toma de clozapina de 200 mg en la noche, supervisada por la madre y agregar electroconvulsoterapia de mantenimiento. Esta dosis de clozapina podría ser consensuada con el paciente, ya que él no se niega a la clozapina, pero sí a los efectos colaterales que presenta, sobre todo la sedación, que generan que él incumpla el tratamiento.

**Dra. Laura Saettone.** Me llamó la atención la desorganización del pensamiento y me hizo pensar que se trataba de un paciente sin tratamiento farmacológico. Realmente me sorprende que tomando la medicación y cumpliendo el tratamiento en el hospital tenga este pensamiento absolutamente disociado. Creo que por la gravedad del paciente, la

clozapina es el tratamiento indicado y que la electroconvulsoterapia de mantenimiento es una elección muy buena. El paciente manifestó que la electroconvulsoterapia le “hacía bien”. Pienso, en ese sentido, que la adherencia a este tratamiento va a ser buena. Me parece más adecuado asegurarnos que realice un tratamiento en forma pautada a que cumpla la mitad de las indicaciones en forma irregular. Otro riesgo es que si él miente que está tomando determinada dosis de clozapina, y se le da, por ejemplo, 200 mg, cuando en realidad estaba tomando menos, podemos generar algún efecto colateral importante, como convulsiones, por ejemplo.

Una baja dosis de clozapina 100 a 200 mg, que es el fármaco de elección por la gravedad y evolución del paciente, más electroconvulsoterapia de mantenimiento, una vez por semana, considero va a dar mejores resultados.

**Dr. Marcelo Escobal.** El incumplimiento con la clozapina es una contra importante para mantener el tratamiento. Vemos, sobre todo en pacientes de las Colonias, en quienes luego de discontinuar la clozapina es muy difícil obtener respuesta posterior con otras indicaciones. Además, para ser un paciente con una esquizofrenia hebefrenocatatónica que comienza con los síntomas hace ocho años, a los diez años, yo les diría que tampoco está tan mal. Es de las formas de peor evolución; pasaron diez años y no ha tenido muchas internaciones, teniendo en cuenta que además hay un policonsumo de sustancias.

Lo otro que plantearía es, si hay un incumplimiento, buscar un fármaco de administración más conveniente –del que por lo pronto no disponemos– como la quetiapina de liberación prolongada y, a una dosis antipsicótica, darla en una única toma diaria. Es una buena opción, que permite además controlar la parte sedativa, con la vida media y hora de administración. Si bien no es clozapina, pero a su vez tiene un riesgo controlado de distonía aguda o disquinesia tardía. Me parece una opción interesante, una solución de compromiso, y en caso de que la tome podría ser más efectiva que lo que sucede ahora. También estoy de acuerdo con electroconvulsoterapia de mantenimiento, por ejemplo, una vez por mes.

**Dra. Carina Aquines.** Fue muy difícil sostener la entrevista con el paciente, por lo disociado de su pensamiento. Me parece importante plantearnos en esta internación hasta dónde podemos llegar con el tratamiento en el caso de este paciente. Sugiero aumentar la dosis de clozapina, viendo hasta qué dosis tolera sin efectos secundarios, y si no hay una buena evolución agregarle tratamiento de electroconvulsoterapia. Podríamos hacer este tratamiento con el objetivo de que mejore en los síntomas de automatismo mental, va a tener menos efectos secundarios a nivel extrapiramidal, e iríamos viendo la evolución en conjunto con el tratamiento farmacológico. Tendría que haber un antes y después de esta internación, en cuanto a ordenar el tratamiento, o sea, en el sentido de que deberíamos establecer qué dosis de clozapina le indicamos, cuáles son los efectos colaterales a dicha dosis, y dejar eso bien establecido.

**Dra. Ana Inés Ruiz.** Este paciente es muy rico a nivel semiológico. Debuta a los 18 años con sintomatología catatónica clara, que al parecer evoluciona favorablemente con el tratamiento farmacológico y de electroconvulsoterapia. Con el correr del tiempo, agrega elementos hebefrénicos: la desorganización en el pensamiento y conductas, con ambivalencias, y hasta algún neologismo.

Se destaca además el automatismo mental con robo y adivinación, como uno de los síntomas más permanentes y que le generan mayor sufrimiento psíquico, lo cual evidencia cierto riesgo vital. Debemos considerar el riesgo suicida, ya que se trata de un hombre joven, que si bien no está en los primeros cinco años de la enfermedad, sí tiene elementos de riesgo, como lo es además el abuso de sustancias psicoactivas.

A pesar del desapego, hay algunos aspectos que son más sintónicos con la realidad, como las actividades que hace en el Centro de Rehabilitación, que lo reconfortan, y que las mantiene en mayor medida. Esto es algo peculiar de este paciente, y me parece que es bueno profundizar este aspecto porque es una de las cosas que nos acercan más a él. Si bien uno puede pensar que este paciente tiene un

aplanamiento afectivo más importante, este aspecto de su vida pienso que lo conecta más a la realidad.

Creo que el equipo que lo ha tratado ya ha instaurado varias estrategias de tratamiento con poca respuesta, ya sea a nivel farmacológico como social.

En cuanto a lo farmacológico, es claro que por tener una esquizofrenia hebefrenocatatónica y por la sensibilidad a los efectos colaterales, el paciente se beneficia de un antipsicótico.

Seguramente, el paciente cumple con los criterios de una esquizofrenia resistente, de acuerdo con los ensayos realizados con los fármacos anteriormente, por lo cual la elección de la clozapina es lo ideal. Evidentemente, por la forma en que el paciente cumple no podemos decir si existe una falta de eficacia de la sustancia o si la falta de adherencia es lo más importante.

Una alternativa por el bajo perfil de cumplimiento, podría ser la risperidona de depósito, si bien es difícil instaurarlo por las condiciones en que trabajamos en este caso. Por supuesto, creo imprescindible seguir favoreciendo todo lo relacionado con la estrategia psicosocial.

El pronóstico de este paciente es malo, si realmente no se logra el cumplimiento de una estrategia farmacológica estable.

**Dra. Sandra Romano.** Aun en los momentos en que el paciente toma la medicación (clozapina) a dosis indicada, mantiene algunos elementos de automatismo mental y de desorganización, de menor intensidad a los que presenta actualmente.

Vive estos síntomas con mucha angustia.

La actividad en el Centro de Rehabilitación lo organiza; realmente, cuando uno lo ve así piensa que no podría mantenerlas, pero sí lo hace, y lo disfruta.

Se ha intentado varias estrategias para el cumplimiento de la medicación. La madre le ha dado la medicación de la mañana y la noche, y el paciente tiene con él (en el bolsillo) la dosis de la tarde; muchas veces se olvida de tomarla y como últimamente se dormía en la mañana también dejaba la dosis matutina.

En algunos momentos, el paciente oculta intencionalmente el incumplimiento, por lo

cual no sabemos con certeza si toma la dosis indicada de clozapina, si toma menor cantidad o si realmente no la toma. Cumple la indicación de clozapina hasta determinada dosis; no se niega a tomar dicho fármaco, pero sí le resulta difícil tolerar la sedación.

Se podría reintentar un plan con una dosis más baja de clozapina de tarde, que reciba en el Centro de Rehabilitación. Esto implica tomar en cuenta su reclamo con respecto a los efectos colaterales. Hacer actualmente una serie de electroconvulsoterapia y luego seguirla de mantenimiento.

**Prof. Dr. Orrego.** Este paciente tiene una vulnerabilidad tóxica que ha sido puesta en evidencia. Tiene disquinesia tardía, por lo cual es un paciente con un cerebro agraviado. No sabemos por qué, pero estimamos que hay una incidencia de tóxicos. Si tiene una hebefrenocatatonía como pensamos, la evolución ha sido buena. En su historia farmacológica aparece claramente que a partir de 2007, cuando comienza con clozapina, él deja de tener episodios catatónicos, y pasa a tener más síntomas delirantes, en el sentido del síndrome disociativo-discordante, y de automatismo mental. Es un paciente atípico, porque tiene una sintonía que no es usual en una hebefrenocatatonía y un sufrimiento que tampoco es habitual, por lo menos en los términos como él lo expresa, en comunicar su experiencia.

Entonces, sobre la base de estas atípías, yo considero que lo más importante, más allá de establecer el diagnóstico, es no agregar daño a este cerebro agraviado; eliminar los tóxicos, a través de una estrategia eliminar el incumplimiento farmacológico, ya que cumplir parcialmente significa incumplir. Hay que elegir un antipsicótico de última generación porque los neurolépticos le generan disquinesia y elementos extrapiramidales, que están contraindicados. Con clozapina ha evolucionado bien. Insisto, es una apreciación clínica, no es la evolución de una hebefrenocatatonía, tendría que estar aplanado este paciente y la enfermedad tendría una evolutividad maligna. O sea que el fármaco, si bien no lo ha limpiado de síntomas psicóticos, lo ha mejorado mucho, por lo que hay que seguir intentando lograr una administración cotidiana. En cuanto

a los efectos secundarios de sialorrea, son un motivo muy fuerte de abandono. La otra alternativa además de los antipsicóticos de acción prolongada como indicación farmacológica, sería asociar la electroconvulsoterapia de mantenimiento. Frente a las situaciones que le generen ansiedad se puede recurrir a las benzodiazepinas. Los pacientes psicóticos que experimentan intensa ansiedad por los síndromes como él manifiesta, que se sobresedan y duermen, con la indicación de benzodiazepinas se despiertan a veces con el cerebro reseteado.

La asistencia psicosocial debe ser de una frecuencia diaria y aprovechar la oportunidad para registrar la medicación; el ir al Centro es la mejor oportunidad para hacerlo.

## Comentarios finales

En la discusión sobre la situación hay coincidencia en evaluar que el paciente presenta una forma clínica gravemente evolutiva a la que contribuye el agravio del consumo de sustancias. Se sostiene como pertinente la continuidad del tratamiento con clozapina; varios argumentos fundamentan esta indicación: la forma clínica y la resistencia a otros tratamientos, el consumo de drogas y la presencia de disquinesia tardía. Pese a la reiteración de modificaciones del tratamiento por parte del paciente, este acepta continuar recibiendo el medicamento. Se propone acordar la máxima dosis posible, con el paciente y la familia continuando la psicoeducación respecto al tratamiento.

Al alta se valora como muy necesaria la continuidad del proceso de atención desde el centro de rehabilitación y la consulta semanal con el equipo de policlínica. Se propone realizar ECT de mantenimiento, en inicio quincenalmente, regulando la frecuencia según la evolución.