

## Alternativas terapéuticas en un paciente con hebefrenocatatonía

Ateneo clínico

VIII Ateneo clínico de la Revista de Psiquiatría del Uruguay - Mayo de 2004 - Hospital Vilardebó\*

### Autores

#### Sandra Romano

Médico Psiquiatra.  
Profesora Adjunta de la Clínica Psiquiátrica.

#### Patricia Labraga

Médico Psiquiatra.  
Profesora Adjunta de la Clínica Psiquiátrica.

#### Marcelo Fridlenderis

Médico Psiquiatra.  
Asistente de la Clínica Psiquiátrica.

#### Alicia Coirolo

Médico Residente de Psiquiatría.

#### Gabriela López Mesa

Médico Postgrado de Psiquiatría.

### Introducción

El caso clínico presentado resume la evolución documentada\*\* de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia de tipo hebefrenia, desde su primer contacto con el sistema asistencial, en el año 2002, hasta el momento actual.

Se destaca el cumplimiento ininterrumpido del tratamiento farmacológico y la continuidad en el contacto con el equipo tratante, pese a lo cual se evidencia la progresión de la enfermedad planteando la interrogante acerca de las posibilidades de abordaje de esta situación fuera del ámbito institucional.

### Historia clínica

GG, paciente de 21 años, soltero, desocupado desde 1999\*\*\*, con educación secundaria incompleta.

En tratamiento ambulatorio continuo desde la primera internación psiquiátrica en mayo del año 2002.

Enviado por su psiquiatra tratante por heteroagresividad. Según relata la madre, en emergencia, en los últimos días el paciente presenta insomnio, heteroagresividad y adelgazamiento de 10 kg en los últimos meses, por disminución de la ingesta vinculada a descenso del apetito.

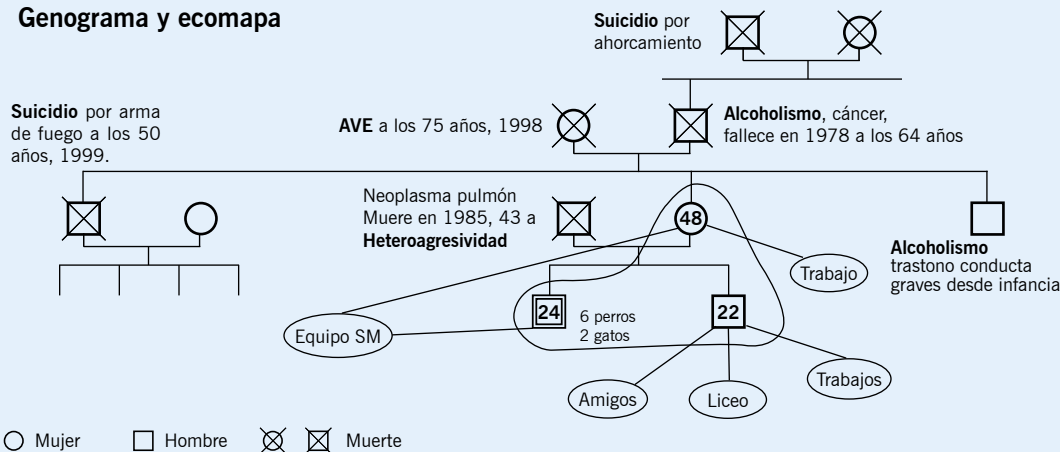
Entrevistas en sala con el paciente y con su madre. Resumen

El paciente no refiere espontáneamente ni ante las preguntas el motivo de la internación. Menciona que bajó de peso, admite tener dificultades para conciliar el sueño y en ocasiones haber agredido verbalmente a sus familiares.

Se le pregunta si tiene preocupaciones y dice: "Hay una boa en la zanja". Menciona la situación socioeconómica carenciada familiar; dice que esto preocupa a su madre, que perdió un empleo.

Explica que abandonó los estudios a los 16 años, en 3º de liceo: "...los profesores estaban en contra mío... había que estudiar aparato reproductor".

### Genograma y ecomapa



\*Se obtuvo el consentimiento informado del paciente y su madre para la presentación en el Ateneo y posterior publicación.

\*\*Historia clínica del hospital, historia clínica de la policlínica periférica, registros de la emergencia móvil en domicilio.

\*\*\*Anteriormente, empleos de baja calificación de duración inferior a dos meses.

La madre relata que en las dos últimas semanas GG estaba más inquieto. Agravó las agresiones verbales y amenazas hacia ella y su hijo menor. Cuando no duerme deambula por la casa; en muchas ocasiones ella se despertó y encontró a GG observándola al costado de su cama.

No mantiene hábitos de limpieza ni cuidados corporales. La madre dice: “Yo debía controlar que se bañara en forma adecuada”. Antes lo bañaba ella.

Apragmatismo social y laboral. En los últimos cinco meses pasa todo el día en su casa, sin ninguna ocupación. Alteración de las relaciones familiares, retraimiento, hostilidad.

En cuanto al pragmatismo sexual, días antes del ingreso la mamá constató la presencia de conductas de zoofilia. Anteriormente, presentó agresiones a los animales de su casa, incluyendo la muerte de uno de los gatos.

La madre del paciente evidencia miedo con relación a él, en particular, por la incertidumbre sobre posibles comportamientos agresivos o sexuales: “Yo no sé qué puede hacer... si hace lo mismo a algún nenito...”

GG no refiere estos episodios. Niega tener relaciones sexuales. Niega haber agredido a los animales de su casa. Frente a las preguntas realizadas, sonríe y responde: “No, nunca lastimé el gato”.

No existen antecedentes de consumo de alcohol ni de drogas, según el relato del paciente, de la madre, y la paraclínica de la internación anterior.

### Examen psiquiátrico

Delgado. Vestido con ropas de calle, acordes al uso social. Acuria, desorden en la ropa.

Actitud corporal en flexión, desgarbado. En los dedos pulgar, índice y anular de la mano izquierda presenta manchas negras en las zonas en que sostiene el cigarrillo.

Sin iniciativa verbal, contesta las preguntas con monosílabos o frases cortas.

Fascies inexpresiva, hipomimia, hipogestualidad. Risas inmotivadas. Sonrisas sardónicas, sin relación con el discurso.

*Actitud.* Acepta la entrevista y responde siempre a las preguntas, pero no aporta información suficiente. No expresa ni en el

discurso ni en su comunicación no verbal, elementos que informen el contenido de su pensamiento o aspectos afectivos.

*Encuentro.* Muy difícil en lo ideico por las alteraciones formales del pensamiento y en lo empático por el alejamiento y falta de resonancia afectiva del paciente. En varios de los integrantes del equipo, la entrevista con el paciente es vivida con tensión y sensación de peligro, si bien el paciente no expresa en ningún momento intenciones agresivas u hostilidad clara.

*Discurso.* Pobre, curso lento, sin inflexiones expresivas, con alteración de la prosodia. Reitera las mismas respuestas en forma estereotipada. Sin hilo conductor. Expresiones bizarras: “Se me bajaron los riñones”. Pensamiento impenetrable (por ejemplo, al explicar el abandono del liceo). A través del discurso esboza un contenido delirante, pobre, sin sistematización.

*Humor y afectividad.* Sin evidencia de alteraciones tímicas, desapego descrito.

*Conductas basales.* Disminución del apetito con repercusión importante en su peso. Insomnio de conciliación y mantenimiento, que se constató en sala. Abandono de los cuidados personales.

*Apragmatismo.* Laboral y social. Alteración de los vínculos familiares, heteroagresividad verbal, sentimientos de temor en sus familiares. Pragmatismo sexual alterado con conductas de zoofilia.

### Biografía

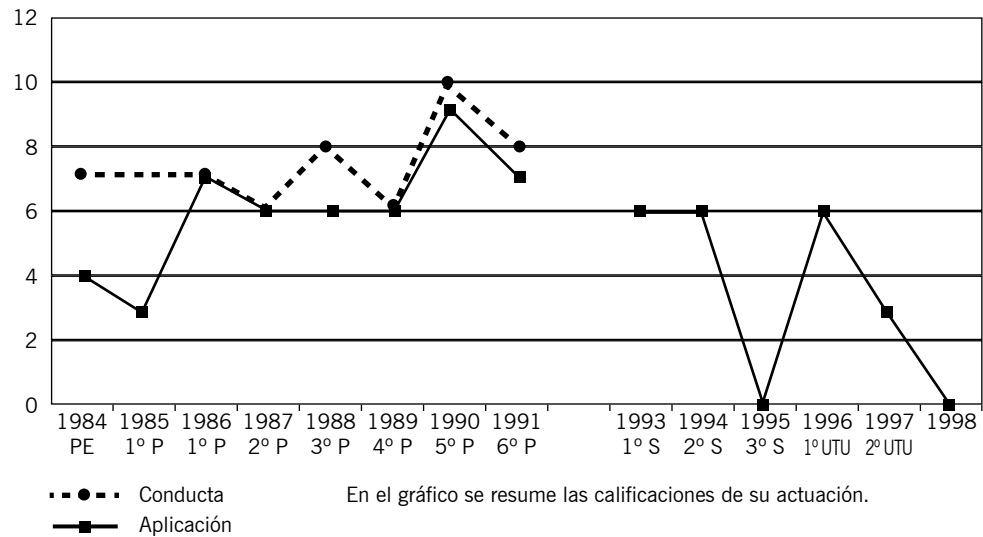
Primer hijo de una pareja estable, legalmente constituida, con graves conflictos relacionales, situación de violencia conyugal. Contexto socioeconómico muy carenciado.

Producto de embarazo no buscado, controlado, que presentó amenazas de parto prematuro (genitorragias y contracciones). Parto a término, por cesárea, PN: 2.700 g. No recibió pecho directo. Bronquiolitis. A los 2 años desnutrición. Retraso del desarrollo neuropsicológico. Marcha a los 24 meses.

Maltrato infantil físico y psicológico de parte del padre.

Escolarizado desde los 5 años.

Gráfico de la escolaridad



Repitió 1º año, coincidiendo con el fallecimiento de su padre y el debut del asma. En la escuela plantearon que pasara a escuela especial en 1º año, por retraimiento y bajo rendimiento. La mamá consideró que era preferible que continuara en esa escuela aunque repitiera.

Trastornos de conducta que no requirieron intervenciones mayores; ocasionalmente violencia física hacia los compañeros: "...tenía esos arrebatos". Lastimaba animales, gatos y gallinas en su casa.

Nunca tuvo amigos en la escuela. En el liceo tenía dos amigos pero no se frecuentaban.

Cursó dos años completos de UTU en la orientación electricidad. No obtuvo el diploma.

Nunca tuvo pareja.

A los 18 años estuvo dos meses en el ejército, pidió la baja.

A los 19 años trabajó por dos meses en una panadería. "Le dijeron que no fuera más... Hacía todo al revés, se enojaba, andaba con cuentos." Ese año trabajó dos meses en una discoteca. No volvió a trabajar.

#### Antecedentes médico quirúrgicos

Desnutrición diagnosticada a los 2 años. Bronquiolitis. Asma leve intercurrente, desde los 7 años, luego de la muerte del padre. A los siete años recibió tratamiento psicológico

por equipo especializado durante seis meses. Fumador intenso. Fractura de brazo derecho a los 16 años.

#### Antecedentes psiquiátricos

Primera consulta en psiquiatría en abril del año 2000 por heteroagresividad: "Tiró la moto al arroyo". Intervención policial y del servicio de emergencia psiquiátrica; le indican medicación y consulta en policlínica, que no cumple.

Segunda consulta en enero de 2002, en emergencia de Hospital Vilardebó, por trastornos de conducta, heteroagresividad y exposición a conductas de riesgo.

De enero a mayo del año 2002 en varias ocasiones consultan a la emergencia médica móvil.

#### Primera hospitalización

Mayo de 2002, durante 50 días. Agravamiento de los trastornos conductuales. Intervención de la policía a solicitud de la familia y traslado en ambulancia al hospital.

#### Datos de la historia clínica de emergencia en la primera hospitalización.

19 años. 2ª consulta en emergencia de este hospital, sin internaciones previas. No cumplía indicaciones. Nunca se controló en

policlínica. Auto y heteroagresividad. Risas inmotivadas. Amenazas a su hermano. Difícil manejo familiar. Pensamiento oscuro, sin hilo conductor. Apragmatismo. Ideas delirantes mal estructuradas. Elementos discordantes.

Fragmentos de las entrevistas de sala en la primera internación

Síndrome delirante politemático, megalomaniaco y de daño y perjuicio:

*“Los marcianos me exprimieron el... que capté de las fuerzas armadas”.*

*“Yo soy ingeniero; en la sangre tengo microrrobóticos, es para curar a las demás personas...” “Yo tengo 1.500 robots, estudio robótica y en mi trabajo los fabrico... son microrrobóticos... que en el banco de sangre ayudan a curar el sida y el cáncer...”* Dice que estudió medicina.

Niega sus conductas heteroagresivas. Autoagresividad, insomnio, impulsiones catatónicas.

Paraclínica dentro de parámetros normales. Dosificación de metabolitos tóxicos en orina negativa.

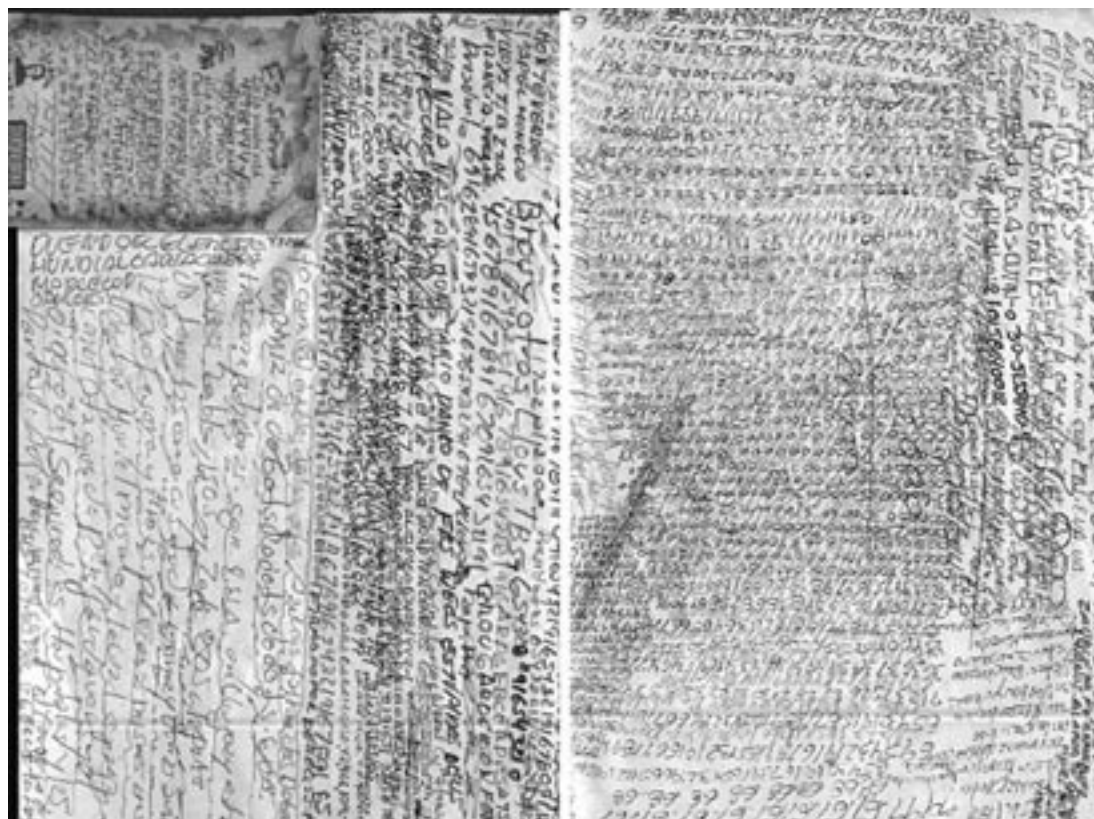
### Tratamiento ambulatorio

Abordaje en equipo en policlínica periférica, desde agosto de 2002, post alta de Hospital Vilardebó.

### Entrevista con la madre en policlínica periférica en agosto de 2002

Desde el año 2000 apragmatismo y trastornos conductuales. Desde enero del año 2002 *“Se desubicó por completo... comenzó a decir que tenía poderes... las voces le decían cosas... para calmarse los nervios escribía”.* La madre aporta material gráfico de lo realizado por el paciente; como ejemplo, se adjunta una hoja. Esquizografía. La mamá refiere que escribía las paredes, los muebles, las bombitas de luz: *“Estaba fuera de sí”.* Durante la noche salía a la calle y escribía en la calle: *“...si no se calmaba, rompía todo”.* En una oportunidad agredió físicamente a la madre.

Insomnio. Desorden en la alimentación, comía únicamente de noche cuando estaba su madre. Adelgazamiento. La mamá estaba atemorizada. Nunca consumió alcohol ni drogas.



Copia del material gráfico del paciente

En el gráfico siguiente se resumen las estrategias terapéuticas implementadas en las distintas etapas y momentos evolutivos que muestran los resultados obtenidos.

En resumen: fue posible el control de la agresividad, de los severos trastornos conductuales y parcialmente de la desorganización. Disminuyó la actividad delirante. Se mantuvo el apragmatismo, y fue más aparente en la evolución el existir delirante, autista y la seria afectación cognitiva.



### Discusión clínica y diagnósticos planteados

Paciente que presenta una esquizofrenia hebefrenocatatónica, con aumento de la sintomatología habitual, alteración de las conductas basales y conductas extravagantes. Sin interrupción del tratamiento farmacológico ni de los controles clínicos.

Personalidad premórbida con rasgos esquizoides y conductas de tipo antisocial.

Múltiples estresores crónicos y actuales. Apragmatismo social y laboral. Alteración del pragmatismo familiar y sexual.

Se discute el momento de inicio de este proceso y la incidencia de la interacción de múltiples factores de vulnerabilidad.

### Vulnerabilidad biológica

- Predisposición genética dada por la presencia de antecedentes familiares de patología psiquiátrica (se desconoce los diagnósticos realizados, pero consta la presencia de antecedentes de impulsividad, agresividad, suicidio, alcoholismo).

- Trastornos durante la gestación y bajo peso al nacer.

- Patologías de los primeros años c/trastorno del desarrollo neuropsicológico (bronquiolitis, desnutrición).

### Vulnerabilidad psicológica

- Presencia de violencia en la pareja parental y maltrato físico y psicológico hacia el paciente.

- Pérdida temprana del padre, con evidencia de alta significación para el paciente (inicio del asma y pérdida del año escolar).

Como factores de incidencia en la evolución se consideró de especial importancia:

De incidencia negativa

- Tipo de esquizofrenia y factores de vulnerabilidad mencionados.

- Estrés crónicos y agudos:

Situación socioeconómica carenciada.

Pérdida reciente del trabajo de la madre.

Ausencia de red social y familiar de soporte para el núcleo familiar de GG.

- Alta tasa de emoción expresada de parte del hermano.

- Imposibilidad hasta el momento de mantener un tratamiento de rehabilitación (el paciente no tiene interés y discontinúa).

De incidencia positiva

- Madre continente, con información de la enfermedad y manejo adecuado frente a algunas dificultades.

- Buena adherencia al tratamiento psiquiátrico de parte del paciente y de su familia.

- Seguimiento ininterrumpido por un equipo de salud mental, con abordaje al paciente y su familia.

Tratamiento actual en sala

El día anterior al ingreso recibió 200 mg i/m de decanoato de haloperidol.

Olanzapina en dosis progresivamente mayores, hasta 20 mg/día.

Flunitrazepam 2 mg en la noche.

Clorpromazina 200 mg en la noche.

Profenamina 100 mg en dos tomas.

Entrevistas diarias con el paciente, cada dos o tres días con su madre, y dos entrevistas con el hermano.

A los 14 días del ingreso se le plantea a GG la posibilidad de concurrir al centro diurno. Acepta, y se coordinó la entrevista de evaluación.

Evolución en sala

Al inicio mantuvo insomnio de conciliación y mantenimiento, requiriendo en una oportunidad consulta a la guardia en la noche. Se alimenta. No presentó trastornos conductuales. Tranquilo. Bien aseado. En ocasiones angustiado: *“Mi madre el otro día estaba llorosa, tengo miedo que la tengan que internar”*.

Las características consignadas en el examen psiquiátrico se mantienen.

Al momento de la presentación en el Ateneo el paciente pasaba la mayor parte del día levantado, bien aseado. Se tiende su cama. Se vincula con algunos de los pacientes de la sala, compartiendo actividades, interesándose por las noticias de actualidad, así como preferencias de los demás pacientes con relación al fútbol.

En forma progresiva ha presentado una mayor iniciativa verbal, un discurso más organizado, con una mejor comunicación del contenido de sus pensamientos y de sus afectos. En las entrevistas diarias con el equipo de salud, se observa una mayor iniciativa. En forma espontánea busca una silla, arregla la cama, se despide afectuosamente.

Se alimenta bien y no presenta alteraciones del sueño.

Se coordina con el centro diurno para que GG concorra en inicio tres veces por semana.

Se plantea que la buena evolución en sala se debió a la interacción de varios factores: la hospitalización como factor terapéutico en sí mismo, facilitando además la disminución de estresores como es la alta tasa de emoción expresada a nivel familiar, así como el cambio en el tratamiento farmacológico, con la incorporación de un antipsicótico atípico.

## Motivo de presentación al Ateneo

Con relación al diagnóstico se plantea la discusión acerca de la incidencia actual de los factores de vulnerabilidad y la tipificación del momento evolutivo: ¿se trata de una descompensación o es una agravación clínica vinculada al genio evolutivo de la enfermedad?

Con vistas al alta y reintegro al medio familiar interesa especialmente la evaluación del riesgo y alternativas posibles de prevención:

- Con relación a su conducta sexual.
- Heteroagresividad, considerando los antecedentes familiares, personales, y la forma clínica de esquizofrenia.
- Posible autoagresividad, dada la importancia de los factores de riesgo de suicidio.

¿Es posible plantear un proyecto terapéutico que permita mejoría clínica y de calidad de vida del paciente y su familia?

¿Qué alternativas farmacológicas pueden modificar esta evolución clínica? ¿Qué otras estrategias?

Considerando la evolución desde la primera hospitalización hasta ahora y la respuesta al tratamiento, ¿es aconsejable la interrupción del neuroléptico de depósito, frente a la posibilidad de iniciar un tratamiento con clozapina?

## Entrevista con el paciente

–Prof. Mario Orrego: Acá estamos como te habíamos adelantado y pedido permiso: estamos en el Ateneo. Los colegas presentes estamos interesados en hacer algún aporte para tu mejor evolución.

¿De algún modo tú esperabas que ocurriera esta internación?

–Paciente: No.

–Prof. M. Orrego: Digamos que la vida transcurría de modo corriente. ¿No había nada que motivara algún inconveniente?

–P: No.

–Prof. M. Orrego: ¿Cómo es la situación con tu hermano? ¿Tú te peleas frecuentemente con él?

–P: No, puede preguntarle a mi hermano.

–Prof. M. Orrego: Contanos un poco lo que pasa, cómo son esos líos.

–P: Él me dice que trabaje, él me reprocha que no estudio ni tengo trabajo, que lo tengo que hacer para salir adelante, por mi madre. Yo digo que no, pero sin discusiones, nada de pelea, ni piñazos, ni portazos, ni nada.

–Prof. M. Orrego: Pero a veces forcejean...

–P: No.

–Prof. M. Orrego: Pero tu madre refiere incidentes, dice que tú te irritás mucho cuando tu hermano te dice que sos un vago.

–P: No, nada que ver.

–Prof. M. Orrego: No estás teniendo conciencia de que pasen cosas así.

–P: Soy consciente de que pasan cosas así, pero sin discusión, yo nunca me peleé con él. ¿Por qué vamos a estar peleando? Somos re-amigos.

–Prof. M. Orrego: Aparentemente él no identifica bien que tú estás enfermo; se enoja contigo porque no hacés nada.

–P: Ah... bueno, pero yo hago la comida, hago limpiezas, fideos con tuco...

–Prof. M. Orrego: ¿Te encargan eso o lo hacés por iniciativa propia?

–P: No, por mi propia voluntad.

–Prof. M. Orrego: ¿Lo hacés para todos?

–P: Sí, les gusta mucho.

–Prof. M. Orrego: ¿Qué otra cosa pasa en tu casa?

–P: Bueno, mi madre se enoja conmigo porque hago ruido para comer; no sé comer como los demás y tampoco tragar, porque hago buches. Me dice: “No hagas buches, no hagas ruido, no hagas esto, no hagas lo otro”. Según lo que coma, hago ruidos con la boca, hago buches.

–Prof. M. Orrego: ¿Y a veces no te ocurre que sentís una determinación a no hacer caso, y no tomar en cuenta lo que te formulan?

–P: No hago caso.

–Prof. M. Orrego: Tú has tenido comportamientos que llaman la atención.

–P: Sí, la otra vuelta cuando estuve internado.

–Prof. M. Orrego: ¿Qué recordás de eso?

–P: Casi mato a un gato, porque estaba con lombrices.

–Prof. M. Orrego: ¿Nos contás cómo fue el incidente?

–P: Estaba tomando unas pastillas para matar las lombrices y se murió.

–Prof. M. Orrego: Pero eso fue hace dos años.

- P: No, pero ahora estoy hablando de este año.
- Prof. M. Orrego: Yo me estoy refiriendo al incidente de hace dos años, cuando el gato se murió.
- P: Por lombrices, yo sé porque le vi el estómago, salió por los intestinos.
- Prof. M. Orrego: ¿Murió espontáneamente o vos lo agrediste?
- P: No, fue espontáneamente.
- Prof. M. Orrego: En otra oportunidad tú tenías un palo en la mano.
- P: No, yo no toqué ningún animal. Bueno... alguna vez maté una víbora.
- Prof. M. Orrego: En ese caso estaría justificado, pero en este caso...
- P: Yo no lo maté.
- Prof. M. Orrego: Acá tenemos los escritos que has realizado, los tenemos en tu carpeta.
- P: Son graffiti. Esos son de la primera internación. La psicóloga me dio para escribir como un diario.
- Prof. M. Orrego: En esas escrituras hay muchos contenidos referidos a códigos; y tú explicitabas en ese momento que recibías mensajes.
- P: Antes, en la primera internación.
- Prof. M. Orrego: ¿Qué era lo que te sucedía?
- P: No me acuerdo de nada por el electroshock.
- Prof. M. Orrego: Esto tú lo reconoces de antes. Tiene una serie de escritos codificados, ¿qué significan?
- P: Nada, es un graffiti.
- Prof. M. Orrego: Pero el graffiti es una expresión plástica, que tiene un significado...
- P: Simbólico. Hay números, hay letras, una cédula de identidad...
- Prof. M. Orrego: Acá hay una cosa muy interesante: que escribe con dos colores, rojo y negro. Y hay también dos escritos superpuestos, que se pueden seguir como escritos diferentes aunque están superpuestos.
- P: Sí, lo que está escrito con rojo.
- Prof. M. Orrego: ¿Esa complejidad tiene significado?
- P: No lo conozco para nada.
- Prof. M. Orrego: En tu estadía en el hospital hemos visto que evolucionabas y la impresión es que estás mejor. ¿En qué te sentís mejor?
- P: Yo me encuentro igual en mi casa como en el hospital. Bueno, en mi casa era distinto, a veces me levantaba a las tres de la tarde, ahora me levanto a las seis.
- Prof. M. Orrego: ¿Cómo es tu rutina?
- P: Me levanto, espero el turno de la leche, después tomo la medicación, charlo con mis compañeros, después como a las once, espero la medicación de las dos, sigo con los compañeros y ceno a las siete.
- Prof. M. Orrego: Tu vida en el hospital es bastante más rica que en tu casa.
- P: No, igual, me llevo con todos los vecinos también. Ellos me habrán extrañado en estos días.
- Prof. M. Orrego: ¿En tu casa tienen mascotas?
- P: Sí, gatos, perros, pollos en un corral.
- Prof. M. Orrego: ¿Cómo es tu vida de relación con ellos?
- P: A veces me aburre entrarlos y sacarlos. A los gatos los quiero mucho.
- Prof. M. Orrego: ¿Cuántos perros tienen?
- P: Están Dogui; Sultán; Roque, que es de una raza fina, de esos peludos con orejas largas; dos perros más; dos pollos y dos gatos.
- Prof. M. Orrego: ¿Hubo un incidente en el último período con un perro o una perra? ¿Recuerdas que haya pasado algo extraordinario?
- P: No.
- Prof. Ángel Ginés: ¿Qué nos puedes decir con relación a las cosas que te gustan? ¿Escuchás música? ¿Mirás TV?
- P: La música, tipo dance, los dibujos animados, y las seriales, las conozco a todas.
- Prof. A. Ginés: ¿Escribís? ¿Hacés deportes?
- P: No, porque no tengo dónde hacerlo.
- Prof. A. Ginés: ¿Te gusta el fútbol?
- P: No, no me gusta. Según como venga, porque a veces me gusta un partido o un país cuando



juega. Lo escucho por la radio.

–Prof. A. Ginés: ¿Estás conforme con tu vida? ¿Tenés algún proyecto?

–P: Trabajar, ser vendedor. Tengo vino para vender. Me lo han ofrecido los compañeros.

–Prof. A. Ginés: ¿Estás bien en la sala con los compañeros?

–P: Sí, con los médicos, los enfermeros, con todos muy bien, gracias.

–Prof. A. Ginés: Hace un tiempo los médicos te habían hablado de la posibilidad de concurrir a un taller, ¿por qué no fuiste?

–P: Tuve que dejar porque eran drogadictos, ladrones. Bueno, ahora cambió. Yo había ido en el 2003, antes de que fuera la Dra. Romano.

–Prof. Esteban Gaspar: ¿De qué te acordás del liceo? ¿Te gustaba estudiar?

–P: Sí, me acuerdo de idioma español.

–Prof. E. Gaspar: ¿Entendías lo que decían los profesores? ¿Qué materias había?

–P: Estaba matemáticas, literatura, que la profesora nos tenía a las carreras a ver quién terminaba antes de escribir, y unas cuantas materias más.

–Prof. E. Gaspar: ¿Hablabas con los compañeros?

–P: Sí.

–Prof. E. Gaspar: ¿Por qué dejaste el liceo?

–P: Porque empecé a ir a la UTU; mi madre me mandó a la UTU.

–Prof. E. Gaspar: ¿Por qué dejaste la UTU?

–P: La UTU la dejé nomás, me faltaban dos exámenes.

–Prof. E. Gaspar: ¿Te gustó lo que aprendiste allí?

–P: Sí, si en casa se rompía un fusible lo sabía arreglar.

–Prof. Osvaldo Do Campo: Hay una frase que escribiste que dice que “la madre maltrata y hay que echarla de la casa”. ¿Qué opinás de esto? ¿Es cierto que tu madre te esté maltratando?

–P: No. Lo único es que no hay para comer; si no, está todo bien.

–Prof. O. Do Campo: ¿Hay alguna otra cosa que te preocupe? ¿Te han preguntado si le pegabas a un animal?

–P: Me han preguntado, sí, pero fue solo a una víbora con un machete.

–Prof. O. Do Campo: ¿Qué opinarías tú de una persona que le hace daño a los animales?

–P: Que está loco.

–Prof. O. Do Campo: ¿Tenés planes de ser vendedor?

–P: Sí, porque no tengo muebles, no tengo dientes, no tengo nada.

#### Entrevista con la madre del paciente

–Prof. M. Orrego: ¿Cuál es su mayor preocupación respecto a la enfermedad de su hijo?

–Madre: Cuando empezó a estar mal yo no quise que llegara a estar como la vez pasada. Hablamos con la doctora, yo le planteé que tenía mucho miedo y que las pastillas no le estaban haciendo efecto: no dormía, estaba alucinando. O sea, que teníamos que tomar medidas antes de que se agravara. Ella me dijo: “Señora, podemos cambiar toda la medicación o internarlo”.

Nunca estuve de acuerdo, porque a nadie le gusta esto, pero me pareció correcto. Esta vez hemos superado que no haya entrado con la gravedad que entró la vez anterior.

–Prof. M. Orrego: Cuando usted refiere que le tiene miedo, ¿a qué le tiene miedo, específicamente?

–M: A las reacciones de él, porque él puede llegar a cualquier cosa. No le importa pegarle a una persona, no le importa herirla física o psicológicamente. Porque yo pensé que en estos dos años él se iba a curar, que iba a ser una etapa que él tuvo en la vida.

Me explicaron que era genético, que había algo en la familia. Yo lo entendí, pero pensé que iba a salir adelante, pero veo que no. Desgraciadamente, creo que lo va a tener toda la vida.

Mi otro hijo no le tiene paciencia, porque quiso sacarlo adelante, dijo que él lo iba a ayudar para que estudiara, para que fuera un hombre de bien, que trabajara y viera la

vida de otra forma. Incluso, él no quiere saber de una novia, de sexo, hasta estos últimos tiempos. Bueno, para él no existía nada de eso, no existía el trabajo, no existía nada. No sé qué tipo de persona era. Hasta esos años lo habíamos llevado porque no sabíamos que estaba enfermo; lo aguantábamos hasta que lo empezamos a presionar, diciéndole que ya no podíamos más. Cuando le empezamos a decir que él tenía que cambiar, que tenía que pensar en trabajar, en ser otra persona, entonces se empezó a sublevar, a arrebatarse y a demostrar el carácter que lo tenía escondido; eso lo tiene adentro.

El hermano ya no le tiene paciencia; le dijo que no piense volver a casa con la misma locura de antes. Entonces me siento sola, no tengo familiares, ni madre; tengo un hermano pero es como si no existiera. Quiero sacarlo adelante, pero veo que no puedo, necesito alguien que me ayude. Yo no tengo estudios, no tengo mundo, no tengo nada, ni siquiera una ayuda psicológica, que me hubieran explicado cómo relacionarme con él. Hice lo humanamente posible, pero no llegué. Yo le hablo, hemos logrado que sea más humano. Él antes no tenía sentimientos. Le hemos enseñado con paciencia a querer un animal, a lo que sea, a que se olvide lo que era el padre, a que lo perdone, a que siga adelante...

–Prof. A. Ginés: Cuando usted se refiere a antes, ¿a cuánto tiempo antes hace referencia?

–M: Desde que nació, desde que tuvo uso de razón; porque él desgraciadamente puede decirles cuando el padre lo maltrataba. El padre no quería trabajar. Estuvo nueve de los trece años que estuvimos casados, hasta que falleció, que no trabajó.

Yo trabajaba en una fábrica, me iba a las cinco de la mañana, volvía a las seis de la tarde. Él dejaba a mis hijos, se iba por ahí, no les daba de comer y los vecinos tenían que venir a ver cómo estaban. Yo le decía que saliera a trabajar, y él no lo toleraba. Llevé a mi hijo a controlar al centro de salud y me dijeron que estaba completamente desnutrido y para ingresar al hospital.

Quise renunciar al trabajo por esto y él me dijo que si lo hacía me fuera de la casa. En ese momento, creía que me iban a sacar a mis hijos, y por eso aguanté palos.

Intenté eliminarme pero siempre había algo que me decía que no lo hiciera por mis hijos.

Así luché, salí adelante, hasta que un día me cansé y dije hasta acá llegó: “O te vas a trabajar o tomo otras medidas”.

Cuando mi hijo tenía dos años y medio, no lo dejaba caminar. Él veía cómo me pegaba. Un día tiré el coche y dije que me hijo iba a caminar; agarré una mesa y agredí a mi esposo.

–Prof. A. Ginés: ¿Con la enseñanza de su otro hijo, usted ha tenido problemas?

–M: No.

–Prof. A. Ginés: ¿Cuándo apareció el miedo que usted siente por GG?

–M: Yo ya vengo con el miedo en la sangre; porque yo tenía cinco años y encontramos a mi abuelo colgado. Después, mis padres no se llevaban bien. Tuve el golpe grande de mi hermano, mi matrimonio y después este pobre chiquilín que cuando falleció el padre lo tuve seis meses en psicólogo. Le hicieron exámenes que estaban bien y luego le dieron el alta. Pero siempre pasaba que no tenía amigos, se peleaba mucho en la escuela, era muy retraído, no quería jugar, tenía celos con el hermano.

Hizo la escuela bastante bien y en el liceo empezó a faltar, nunca supe dónde se metía. Luego comenzó la UTU, y todos los viernes faltaba a casa. Le dije que lo iba a poner bajo vigilancia policial y por eso él se mantuvo así. A los 18 años fue por dos meses al cuartel, hizo maniobras afuera.

–Prof. Juan Carlos Rey: ¿Cómo fue el desarrollo de GG desde su nacimiento? ¿Le costó caminar y hablar?

–M: Él dejó los pañales a los tres años, empezó a caminar y a hablar a los tres años. Pero siempre se golpeaba la cabeza desde bebé, pero nunca lloró. Nosotros no supimos nunca cómo era el llanto de ese niño: a él se le murió la abuela, el padre y nunca lloró.

–Prof. J. C. Rey: ¿A usted le parece que dejó de hablar porque no lo atendía usted o porque su marido era así?

–M: Es que el padre nunca lo bajó de ese coche. Yo me iba a trabajar a las cinco de

la mañana y volvía tarde. Él era el ama de casa y quedaba a cargo de ellos; yo no podía hacer otra cosa. Quedaba sucio hasta que yo llegaba. Después, cuando fueron pasando los años, con el hijo más chico él no era así, porque el chico era más amoldado a él.

–Prof. O. Do Campo: ¿Usted notaba cuando era bebé que tuviera movimientos raros?

–M: Se elongaba mucho, le daban ataques, quedaba como negrito. Yo atinaba a soplarle la nariz, entonces él reaccionaba. Nunca le dieron importancia.

–Prof. O. Do Campo: ¿Que tuviera movimientos de extensión de los brazos, piernas, que no mirara a los ojos...?

–M: Sí, él tenía cosas, siempre llamó la atención, era distinto al otro. Él era aislado, quedó enfermo de esa niñez tan tremenda. No miraba a los ojos, él estaba siempre en otra cosa, no jugaba.

–Prof. J. C. Rey: ¿Desde que está internado, lo notó cambiado?

–M: Sí, cómo no. Él ingresó muy mal la vez anterior. Le hicieron 15 sesiones de ECT, como les dije. Y pasaron muchas cosas... Él es humano, fuera de eso que lo supera. Yo lo adoro, quisiera que ocurriera un milagro, quisiera estar yo en el lugar de él; él es otro GG.

Lo malo que empezó es que de tanto quererme a mí, y el hermano le metió en la cabeza que tiene que tener novia, de la noche a la mañana se empezó a inclinar más a mí. Llegó un momento que tuve miedo que atentara contra mí, así que le dije que bastaba, que yo era la madre. Cuando lo frené, le dije con tu madre no, una porque me dio asco y otra que no me cabía en la cabeza.

–Prof. M. Orrego: Le agradecemos su presencia.

## Discusión

–Dr. Valiño: Quisiera hacer una pregunta: ¿describió en algún momento esa dificultad para comer? Primero, lo que plantea es un acto de rumiación, ¿o hay algo más?

–Prof. Sandra Romano: No, no la describe. En el ingreso anterior él comía sólo cuando

la madre llegaba del trabajo; durante el día no comía nada: No da explicaciones acerca de este comportamiento.

–Prof. M. Orrego: Una pregunta inicial a efectuarnos es acerca de la paradoja evolutiva: ¿la patología de este paciente que protagoniza incidentes clínicos relevantes ha empeorado?

Según refiere la profesional tratante, mantener una entrevista con él hace dos años era casi imposible por la desorganización del pensamiento; las respuestas que brindaba eran no relacionadas, inconexas y fragmentadas.

Aparentemente, de acuerdo con la documentación de la historia clínica y los gráficos, inicia una esquizofrenia hace cinco años, con un síndrome agudo a predominio de manifestaciones paranoides (ideación delirante profusa, alucinaciones auditivas), hipergrafía e importante alteración del lenguaje. En el período inmediato al primer episodio clínico, queda establecida una intensa desorganización hebefrénica.

Con el paso del tiempo y la continuidad del tratamiento biológico integra parcial y circunstancialmente el psiquismo, mejora la expresión del lenguaje, pero reitera comportamientos inapropiados y actos analógicos impulsivos disociados muy perturbadores para todos.

Las vicisitudes disfuncionales se aprecian claramente en la sucesión de cambios en las manifestaciones afectivo instintivas; en la versión de la madre, “de no sentir nada y ser insensible” (período de máxima desorganización) pasa a excederse en demostraciones (período de organización incipiente), expresarse de modo discordante (no discrimina adecuadamente entre experiencias de afecto, ternura y sexo), y protagonizar actuaciones extremas (la censura brusca de la madre, con prohibición expresa del incesto, determina el inmediato abuso sexual a una mascota de la familia).

Interpreto que la zoofilia aparece como un incidente complejo, producto de la inestabilidad de una patología psicótica grave, de riesgo, activada en el vínculo materno filial, en torno a la expresión desordenada –antes inexistente– de contenidos afectivos

e instintivos, emergentes de la organización incipiente del psiquismo, como resultado de la respuesta favorable a la terapéutica biológica de la enfermedad.

Este tipo de trastornos caracteriza la evolución de las personas portadoras de hebefrenia en proceso de rehabilitación (comunicación de referencia: “El comportamiento desorganizado en la hebefrenia; captación perceptiva y acto analógico”, Jornadas Científicas, 1997).

Señalo algunos aspectos de ese proceso observados en régimen de psicoterapia de psicosis:

a) Es habitualmente frustrado y complicado, porque cuando los pacientes mejoran en términos de organización las funciones psíquicas, tienen manifestaciones clínicas alarmantes (ideación delirante, afectividad discordante y comportamiento inapropiado) que dificultan notoriamente la vida de relación común, organizada en términos compartibles.

b) Usualmente no tienen conciencia plena al protagonizar incidentes de vida críticos, disociados, en los que actúan automáticamente, con exclusión –durante su curso– de la instancia de pensamiento. La elaboración responsable con reparación social no es posible al quedar la mayor parte de los eventos fuera del registro de memoria, y solo recordar vivencias y percepciones parciales, aisladas del contexto.

c) La indagación clínica en la entrevista para identificación de la patología, con fines diagnósticos o terapéuticos, debe realizarse exclusivamente sobre hechos acaecidos referidos por terceros, y preferentemente contrastados con información de múltiple fuente. Las preguntas abiertas sobre rutina diaria o temas generales producen característicamente mejor rendimiento cognitivo, con relato fantaseado aparentemente adecuado pero ajeno a realidad, dada la recuperación del uso formal del lenguaje, y la organización mediada por la activación del interlocutor.

La paradoja reside en que las manifestaciones patológicas clínicas peor toleradas por la sensibilidad humana aparecen en instancias de evolución relativamente favorables de reorganización del psiquismo, quedando habitualmente sujetas a juicios de valor normativo por allegados. El riesgo técnico

profesional consiste en efectuar evaluación prematura de mala evolución.

– Prof. J. C. Rey: En este paciente lo que llama más la atención son las pulsiones instintivas que no las puede controlar. No es muy frecuente ver esto, a pesar de que en los esquizofrénicos muchas veces hay agresividad, hasta en un 14%. Aquí llama la atención la situación en general, sus trastornos del comportamiento, la agresividad y los trastornos en la esfera sexual. Pero si vamos más atrás, vamos a encontrar que en la base de esto aparecen situaciones que llaman la atención. Una es el retraso en el desarrollo: a los 24 meses empieza a caminar y posteriormente, a controlar esfínteres, lo cual es un trastorno muy serio y muy grave. Después en la escuela sigue un procedimiento bastante anómalo, en el sentido de que va a la escuela pero le dicen que lo tienen que llevar a la escuela especializada, es decir, que el rendimiento escolar era bastante deficitario. Aparecieron muy tempranamente trastornos de conducta en la escuela, violencia física con los compañeros, arrebatos y violencia hacia animales.

Creo que todas estas cosas indican que hay un disfuncionamiento de las estructuras originales. Eso está relacionado al inicio del proceso psicótico posterior. Todo esto que pasó, todo lo que cuenta la madre de lo que le pasó a ella, de alguna manera eso tenía que revelarse en el comportamiento de la madre; diríamos, que en el comportamiento con los hijos tenía que darse en diversos grados, pero parece que con el segundo hijo fue mejor. El comportamiento maternal de ella ha ido cambiando con el tiempo, creo que ya no es un holding para el hijo, que proteja suficientemente al hijo, porque ya el miedo está tan impregnado en ella que realmente creo que no va a poder volver a vincularse con él. Eso indica la dificultad para el tratamiento de este paciente, a pesar de que por suerte hay un aspecto positivo, y es que él aceptó el tratamiento por vía oral de los fármacos y está en mejores condiciones que antes de iniciarlo.

Desde el punto de vista clínico, se trata de una psicosis esquizofrénica de tipo hebefrenocatónica; no hay dificultad en hacer ese diagnóstico. Pero creo que, con esa actitud,

con esa agresividad agrega un síndrome de peligrosidad, de riesgo que la madre vive muy intensamente. Creo que los colegas que examinaron a este paciente sintieron algo: la traída al Ateneo del mismo, creo que está vinculado a esta peligrosidad que captamos todos, que vivimos nosotros en este momento. Esto fue vinculado al deseo de repartir responsabilidades en un caso tan grave como este; pero que incide en que todos tengamos que intuir o mejorar el conocimiento de este muchacho para poder ayudarlo a mejorar aun más.

El pronóstico es, desde mi punto de vista, muy severo. ¿Qué va a pasar con él? Si acepta tomar la medicación puede mejorar, pero si se niega, como sucede en los pacientes psicóticos (porque les aumenta el peso, les disminuye la libido o les produce sedación), el pronóstico es peor.

Con respecto a la pregunta de si sería conveniente seguir con los neurolépticos de depósito, pienso que sí, que hay que seguir aun si se llega a indicar clozapina, ya que mejora la agresividad.

Lo que no sabemos es en qué momento puede estallar esto, como dice la madre, que intuye muy bien lo que sucede. Uno no sabe cómo va a actuar este paciente, lo cual genera una situación incómoda y peligrosa.

La peligrosidad existe, por eso yo le daría medicación de depósito, para asegurar el cumplimiento. Este paciente estará toda su vida en tratamiento psiquiátrico con antipsicóticos. El pronóstico es muy grave, muy serio y toda la vida estará bajo tratamiento médico.

Ha sido muy favorable la aparición de los antipsicóticos de depósito, porque los pacientes psicóticos abandonan la medicación, y, en cambio, si reciben la medicación de este modo, la agresividad disminuye.

– Prof. Guzmán Martínez Pesquera: Quiero decir dos cosas: la primera es que en la lectura de la historia se demuestra claramente la multicausalidad de la esquizofrenia. Como ustedes lo han señalado, aparece la vulnerabilidad biológica y psicológica, el factor del estrés agudo y crónico (situación socioeconómica carencial, pérdida reciente

del trabajo de la madre, ausencia de red familiar y social para él mismo).

A esto hay que agregar la terrible infancia que tuvo este niño, que daría para especular que frente a tantas condiciones negativas, cualquier persona podría claudicar y que han dejado huellas indelebles en él.

Yo no creo que el niño tuviera un retraso en el desarrollo psicomotor, sino que este fue el producto de la falta de incentivación: pasó prácticamente inmovilizado, impidiéndole el desarrollo en el período sensorio motor, lo que le produjo un retraso en las funciones motoras, el caminar y en la adquisición del lenguaje.

Concuerdo con el planteo diagnóstico del Prof. Rey. Pero quisiera hacer un comentario sobre un artículo aparecido en la Revista de la WPA de octubre del año 2003, titulado “Violencia y enfermedad mental, una consideración general” de H Stuart. Los aspectos que quiero resaltar creo que pueden ser de utilidad en el caso que tratamos. Primero: que los trastornos mentales no son la causa necesaria y suficiente para generar conductas violentas, de acuerdo con el resultado de múltiples estudios realizados a doble ciego, randomizados, etc. Segundo: que los factores determinantes de la violencia son principalmente sociodemográficos y socioeconómicos, entre los cuales se cita la juventud de los actores, el sexo masculino y el nivel socioeconómico bajo. Tercero: es mucho más probable que los enfermos mentales sean víctimas y no promotores de actos violentos, siendo esta premisa avalada por varios trabajos estadísticos. Cuarto: la drogadicción parece ser un determinante importante de la violencia, tanto en las personas con enfermedad mental, como en aquellos que no las padecen. Y finalmente, se ha demostrado que los objetivos principales de la violencia de los enfermos mentales son en un 87% los familiares o amigos.

Creo que es instructivo el hecho relatado en la evolución de este paciente, que demuestra claramente el efecto beneficioso de la medicación, que logró disminuir la peligrosidad y obliga a seguir muy de cerca, principalmente con el fin de mantener el cumplimiento del tratamiento.

– Dr. Gaspar: Quería señalar que estoy totalmente de acuerdo con lo planteado por el Prof. Rey. Agregaría dos consideraciones. Primero, que llama la atención, además de la sintomatología psicótica que presenta el paciente desde su adolescencia, el retardo que tuvo en el desarrollo neuropsicológico. Estos elementos deficitarios pueden ser vistos como de orden neurológico o como manifestación de una psicosis infantil precoz. Este es un tema difícil de dilucidar a esta altura de su evolución.

El otro elemento que agregaría es el pensar cómo y cuándo se podría dar de alta del hospital. Evidentemente, su núcleo familiar, su madre, no lo puede contener. Vimos cómo es esta madre y el temor que le tiene.

Pensamos que debe quedar internado un tiempo prolongado y entre tanto integrarse al equipo de rehabilitación del hospital.

– Dr. Gonzalo Valiño: Creo que el punto central es determinar la forma clínica de un diagnóstico positivo, que, sin duda, es una esquizofrenia. Pensamos que se trata de una forma hebefreno-catatónica, predominando hoy la evolución deficitaria que se observa sobre todo en la producción verbal: tendencia a la concreción, lenguaje elíptico, hermético, con pérdida del objetivo y disminución ostensible del gasto verbal, que son la muestra del profundo trastorno de la comunicación que esta patología representa. Estoy de acuerdo con el planteo del Profesor en que debemos plantearnos cuándo comenzó el trastorno, ya que este chico presenta una historia infantil cargada. ¿Se trata de una forma de esquizofrenia infantil tardía, con comienzo en la proximidad de los trece años? Al respecto, debemos plantearnos el largo período de desarrollo que tiene el psiquismo humano, que hace que los fenotipos clínicos en psiquiatría sean heterotópicos, en tanto que en el resto de la medicina sean homotópicos, es decir, que una insuficiencia hepática en un niño es similar a la del adulto, pero una forma de esquizofrenia en función de 20 años de evolución del psiquismo, va a variar en su presentación clínica de acuerdo con la edad en que comience (aunque la evolución deficitaria sea la misma). Los movimientos gestuales iterativos, parásitos que sobrecargan

la gestualidad sobre todo al final, sabemos que se corresponden con la forma clínica, al igual que otros movimientos que son parte de la evolución de la enfermedad. La aparición de otros movimientos como tics motores complejos durante el período de la primera infancia, podrían hacer pensar en la posibilidad de una forma de autismo infantil o, como se trata de un varón, de un síndrome de Asperger. Pero lo típico del cuadro (en el sentido hebefrénico), la buena escolaridad y que los trastornos de la gestualidad en las formas de autismo suelen ser más elaborados, nos alejan de esa posibilidad. Más bien creo que los movimientos que presentó durante la infancia tienen que ver con su historia infantil, ya que como lo hacía ver Germain Gueux se observan en los niños abandonados (movimientos más elaborados de balanceamiento o succión, golpeteo de la cabeza, que se observan en los momentos de ansiedad).

El paciente ha mejorado con la medicación de depot, lo cual plantearía que: Primero, este paciente entrará dentro de los 5 por cien mil que deben ser institucionalizados porque no tienen una capacidad de organización psíquica; al menos por un tiempo prolongado y ver la evolución de las conductas, sobre todo en el aspecto social en la posibilidad de que algo pudiera ser mejorado. Segundo, respecto a la medicación depot cito a Libermann, quien, cambiando su posición inicial contraria, sostiene hoy que los resultados a largo plazo en el tratamiento con el uso de la medicación de depot son mejores desde todo punto de vista.

Creo que nosotros tenemos más dificultades operativas en el manejo de los mismos (como país empobrecido del tercer mundo) y a veces hemos exagerado las dosis, pues no sabemos, a nivel público, cuándo vamos a volver a ver al enfermo, ajustando las mismas en ocasiones en función de ese intervalo que puede ser de meses. Sería mejor administrarlo a intervalos menores, de aproximadamente 20 días, lo que nos permitiría disminuir la dosis minimizando los efectos secundarios, sin apelar de manera sistemática a los anti-parkinsonianos, y evitando los fenómenos desinhibitorios que tienen lugar en los primeros cinco días.

– Prof. A. Ginés: Han sido bien esclarecedores los aportes realizados, incluida la presentación documental y las dos entrevistas presenciales, para aproximarnos a esta situación clínica de gran complejidad.

Desde el momento de su ingreso a la fecha, el paciente está relativamente mejor en cuanto a la organización de sus conductas basales y vinculares. Esta relativa mejoría no es un hecho menor habida cuenta del grave trastorno que padece y que tanto el equipo tratante como este Ateneo categorizan como esquizofrenia hebefreno-catatónica.

Pero además de este trastorno diagnosticado en ajuste a criterios consensuados, el Ateneo subraya la preexistencia de importantes alteraciones desde los primeros años de vida y una complicada distorsión del sistema familiar, con graves episodios de conducta agresiva y suicida en las tres generaciones que se informan.

La versión de la madre sobre los primeros años de vida incluye información consistente respecto de los trastornos del paciente en ese período, pero su versión está sesgada por fantasmáticas familiares, especialmente con relación a la pareja (padre del paciente), que deberán desbrozarse en la reconstrucción de la historia personal y familiar: ¿síndrome de abandono infantil, como los descriptos por Spitz en los hospicios ingleses?, ¿trastorno del desarrollo?, ¿otros motivos de distorsión en el desarrollo?; pero sobre todo sus consecuencias en la vida del grupo familiar y del paciente que parece haber tenido un período de relativo mejoramiento en sus desempeños hasta hace algunos años en que aparecen los desórdenes que merecieron el diagnóstico y las acciones terapéuticas.

El equipo de salud toma contacto tardíamente, recién hace dos años, luego de dos décadas de complicada y penosa peripecia del paciente y de su núcleo familiar. Las acciones terapéuticas realizadas, incorporación de medicación antipsicótica –que muestra cierta efectividad sin mayores efectos adversos– y la aproximación al paciente y su familia, parecen estar abriendo una vía posible de interacción con el equipo asistencial y de construcción progresiva de una alianza terapéutica, que es una directiva principal en la tentativa de

atenuar o modificar benéficamente el curso evolutivo de esta situación, en la medida de lo posible.

Debemos felicitar al equipo asistencial que en lugar de eludir o disimular una situación tan complicada y desalentadora, comparte con nosotros la impotencia que ella promueve y realiza acciones inteligentes y solidarias; comienza a establecer cierto orden, cierta luz en la existencia de un núcleo humano inundado de sufrimientos y enigmas.

Toda la inteligencia en la aproximación del equipo asistencial aparece expuesta en la cuestión central que interrogan: “¿Es posible plantear un proyecto terapéutico que permita mejoría clínica y de calidad de vida del paciente y su familia?”

Esta pregunta es de tal calidad estratégica que la convierte en conductora principal de las acciones a corto, mediano y largo plazo, en la intrincada complejidad de esta situación. Define, en primer lugar, la concepción de un proyecto terapéutico que no puede derivarse simplemente de pautas esquemáticas, sino que impone creatividad con ajustes y adaptaciones en función de sus efectos. En segundo lugar, establece con claridad los objetivos: “mejoría clínica y de calidad de vida del paciente y su familia”; es decir, que no queda atrapado en el fanatismo curativo sino que con sensatez se propone atenuar los síntomas y mejorar el estado de existencia de los sufrientes. Además, percibe con claridad que los resultados del proyecto terapéutico deben medirse en los beneficios sobre el paciente y sobre la familia, beneficios que pueden cursar paralelos (el mejor resultado), o pueden beneficiar a la familia o al paciente (resultado parcial que enunciamos en orden de probabilidad ya que en los dos miembros “no enfermos” del núcleo familiar suponemos una mejor correlación salud/enfermedad), y desde luego los diversos matices evolutivos, incluidos los adversos, puesto que no es posible controlar todas las variables en juego.

Nuestras respuestas necesariamente estarán por debajo del planteo estratégico de la pregunta y resultarán tanteos de aproximación.

Con esa limitación quiero subrayar algunas pautas. Primero: creo que a la vista de la intervención realizada por el equipo de salud, concebir y perfeccionar un proyecto terapéutico no solo es posible a la luz de los recursos de la psiquiatría contemporánea, sino éticamente inexcusable; esto sin desconocer que en nuestro medio algunos recursos (por ejemplo, el hogar alternativo, necesario en este caso) aún no están asegurados para la gran mayoría de nuestros pacientes. El equipo de salud ha construido los primeros cimientos de un proyecto terapéutico: comienzo de una alianza terapéutica con el paciente y la familia que está en proceso de consolidación, modulación farmacológica de la conducta del paciente a permanencia (que ha permitido la reducción parcial de la sintomatología en esta última crisis que motivó la internación), comprobación de una mejor capacidad de convivencia del paciente con un núcleo social alternativo (conducta en sala de internación).

Segundo: la convivencia con su familia resulta inconveniente durante un tiempo que no podemos prever. Esta convivencia –actualmente– constituye un factor patógeno y de riesgo para él y para la familia. La decisión de separar al paciente de la familia es una acción terapéutica psicosocial que debe ser procesada en la alianza terapéutica: esclarecimiento, consentimiento y elaboración de sentimientos ambivalentes. (Es en esta circunstancia donde la carencia de hogares alternativos resulta crítica. A la espera de ingeniar una solución extra hospitalaria, debe prolongarse la internación aun cuando esta decisión contradiga, en beneficio del paciente, nuestra pauta de hospital para complicaciones agudas.)

Tercero: la educación del núcleo familiar en las características del trastorno y de las medidas terapéuticas, es en este caso tan necesaria como en todos los casos. Pero no es suficiente; es menester realizar intervenciones de psicoterapia y rehabilitación psicosocial del núcleo familiar.

Cuarto: el paciente tiene que estar incluido en un plan apropiado de rehabilitación integral, con medicación a permanencia en la dosis mínima efectiva (parece razonable, aunque

se ensayen fármacos de nueva generación, mantener la medicación de depósito, que por ahora parece imprescindible para evitar el riesgo de la discontinuidad farmacológica).

Quinto: el equipo tratante debería compartir periódicamente en Ateneo la peripecia evolutiva, como elemento de calidad asistencial y de aprendizaje colectivo, del cual hoy nos hemos beneficiado todos.

– Prof. M. Orrego: Dos recomendaciones finales sobre estrategia en la programación terapéutica, biológica y familiar.

El paciente es portador de una enfermedad crónica severa, y se encuentra evolucionando favorablemente, en el sentido de una mayor organización del psiquismo. Quizás pueda recibir beneficio adicional de la reducción de haloperidol, porque, a veces, lo que interpretamos como desorganización ligada a proceso patológico se relaciona con dificultades cognitivas por respuesta idiosincrásica a fármacos. La noción de resistencia del síndrome requiere la identificación diferencial –por revisión de dosis– en la evaluación de secundarismos, en particular, de neurolepticos. En razón de esa posibilidad, considero importante efectuar el ensayo de optimización del balance de la politerapia que recibe, gradualmente, con disminución del neuroleptico (HPD, actual 200 mg c/30 días; hasta 50 mg), y aumento del antipsicótico (OLZ, actual 10 mg día; hasta 40 mg). La indicación en el caso se funda porque a medida que la incidencia del haloperidol depósito disminuye, mejora de modo notorio el lenguaje respecto al momento del ingreso hace un mes. El fenómeno observado asociado puede implicar una relación causal y no casual. Dado que el paciente requiere internación prolongada, resulta conveniente –aspirando a mayor rigor– usar ese tiempo para contrastar hipótesis y discernir qué va por cuenta de cada factor (patología o iatrogenia).

Desde otra perspectiva, aunque se logre cierta estabilidad, en la enfermedad grave y crónica no es posible controlar todos los síntomas, ni la inevitable incidencia perturbadora sobre la familia en la experiencia continuada de vida cotidiana. Una decisión clínica crucial al respecto de este caso individual, consiste



en controlar ciertos factores peculiares que caracterizan la configuración familiar, que contribuyen a complicar los incidentes clínicos promovidos por las manifestaciones de la patología. Respecto de situaciones disfuncionales creadas, anecdóticamente referidas acerca de este grupo de familia, se destaca como indicaciones la necesidad de psicoeducación al hermano del paciente, que tiene dificultades en identificar la naturaleza psicopatológica del comportamiento desorganizado, y de asistencia psicoterapéutica a la madre del paciente, con el objetivo particular de ayudarla a discernir entre contenidos internos y realidad, evitando la prevalencia de significaciones catastróficas debidas al entrecruzamiento de la realidad con los recuerdos (formula riesgo fratricida entre sus hijos, al revivir intensamente por analogía una trágica situación real ocurrida en la familia de origen).

La institucionalización prolongada se encuentra recomendada como indicación, en función de la patología del paciente, pero también por la complejidad de la condición del grupo de familia.

– Prof. A. Ginés: El hecho de comunicarle a la familia que creemos que deben estar separados por un tiempo, va a mejorar mucho la relación con nosotros del hermano y de la madre, porque van a sentir que les estamos resolviendo eso que están pidiendo, y probablemente corrigiendo esto, el hermano y la madre se sentirán más aliviados; a la vez que mejore la alianza de trabajo con ellos.

Yo no tocaría la medicación por ahora, afianzaría mejor esta situación y no haría cambios farmacológicos en este momento. No porque no se puedan hacer, sino porque me parece que no es el momento.

– Dr. G. Valiño: Algunos pregonan el uso de megadosis de olanzapina, hasta 40 mg/día. Habría que pedirle un perfil lipídico y una glicemia, al igual que con la clozapina un control anual sería de buena práctica clínica. Aunque ya hace tiempo que la toma y no ha aumentado de peso. El incremento de peso en estos dos atípicos se produce en los primeros seis meses; si no ocurre, en general no tiene lugar a posteriori en la evolución.

Igualmente no se debe descartar el síndrome X metabólico, que se asocia al uso de ambos fármacos.

– Dr. O. Do Campo: Lo primero que quería decir es que no sé si es una hebefrenocatatonía que uno puede identificar con esa claridad diagnóstica clásica. Este paciente enseña, como primer punto, la necesidad de incluir el pensamiento longitudinal en la psiquiatría, desde el consejo genético a la vejez extrema. Entender que el postulado esquiroliano de que la niñez está al abrigo de la locura debe ser reconsiderado: nos muestra cómo en la infancia y en situaciones de mucho riesgo se debe trabajar al detectar signos precoces para una intervención preventiva, pedagógica o de disminución de daños y riesgos en salud mental. Esto se apoya en todo lo que la señora cuenta con respecto a los movimientos anormales, del trastorno de la nutrición, la perturbación deficitaria del desarrollo psicomotor. La vida de marginalidad y la ignorancia de los padres fueron obstáculos que impidieron captar la problemática del menor y la familia en un país chico como el nuestro. El segundo punto es que la semiología actual muestra lo que es la escisión del psicótico: mata animales y dice que no lo hace, y el que lo hace es un loco: esa es la escisión total. Desconoce y excluye de forma total y radical un comportamiento perverso y terrible. Este paciente tiene la genética y el ambiente como dos factores fundamentales. Hay un síndrome central en la infancia que es el síndrome de Rett, que hasta ahora ha sido descrito en niñas y se acompaña con retardo de la caja craneana. En toda la patología del desarrollo, las convulsiones, los movimientos raros anormales de balanceo, la auto agresión y la ausencia de los primeros comportamientos de apego a la vida como la alimentación y las perturbaciones del apego, son síntomas de alerta. Este joven, según refiere la madre, nunca la miró a los ojos en la reciprocidad de encuentro y comunicación entre una madre y su bebé. Los movimientos anormales y la perturbación de las pautas del desarrollo constituyen un síndrome central básico, donde a partir de ahí uno puede encontrar toda una gama de casos de menor o mayor gravedad. Este

chico tiene un trastorno de apego desde el inicio: no fija la mirada con la madre, hecho central, este chico no tuvo canción de cuna. A mí me parece que es un hecho que hay que descartar por la importancia ya conocida de los primeros vínculos. Después presentó una serie de movimientos anormales que ya van pautando un déficit en el desarrollo, “terreno” por no decir sustrato psico físico o vulnerabilidad determinada por patología preexistente desde la primera infancia. La madre manifiesta que siempre fue raro y distinto a su hermano. En el momento de los cambios, de la eclosión puberal y de todas sus exigencias instintivo pulsionales y la profunda modificación neurobiológica determinada por los cambios neurohormonales de personalidad y sociales exigencias, aparece el cuadro que lo derrumba. La etapa de la mielinización definitiva, de la reorganización dendrítica del hipocampo y el girus dentado acompañan y sellan la característica biológica de la adolescencia.

Que haya tenido rendimientos altos no me llama la atención, porque la regresión, por un lado, y los islotes de inteligencia, son muy comunes en los trastornos del desarrollo y funcionan a ese nivel. Sorprende por momentos los rendimientos académicos que tienen y cómo luego decaen. En este paciente la genética es incuestionable como herencia, pero más que nada el ambiente, porque en este chico toda la patología que se va desarrollando y perpetuando en él es por factores ambientales. Hay que tener en

cuenta la historia de la familia, una familia incestuosa, endogámica, donde el elemento inconsciente que se planteaba aquí como ausente y sin representación, está en el discurso, es manifiesto, no tiene nada de oscuro el inconsciente aquí, está puesto en todo lo dicho en los comportamientos sádicos, en lo transparente de la sintomatología. El ambiente próximo de este paciente juega un rol fundamental; yo no sé si está más tranquilo, no solo por la medicación sino porque está en otro ambiente lejos de su hogar.

### Conducta planteada a partir del Ateneo

Fue una opinión de consenso que GG se beneficiaría de una internación prolongada, instituyendo estrategias de abordaje hacia el paciente y hacia la familia.

El tratamiento farmacológico antipsicótico combinando el uso de haloperidol de depósito y olanzapina, considerado adecuado dada la respuesta inicial, podrá ser evaluado en medio hospitalario, tanto en su efecto terapéutico como en los posibles efectos adversos, valorando las dosis definitivas a emplear. Este seguimiento cercano permitirá adecuar las estrategias psicosociales a las posibilidades que la evolución del paciente permita. Este tiempo permitirá el trabajo con la familia, articulando las acciones desde la sala, el centro de rehabilitación del hospital y la policlínica periférica, delimitando espacios de atención para cada uno.