

3 de diciembre de 2001

Historia clínica

Ficha patronímica

Nombre: Juan.

Edad: 14 años.

Residencia: Montevideo (suburbios).

Núcleo familiar: Vive con su madre, su padrastro y su hermana de 11 años.

Ocupación: Estudiante liceal (3º año).

Enfermedad actual

Ingresa al Servicio de Psiquiatría Pediátrica por primera vez el 19 de junio de 2001, luego de una violenta discusión familiar en la que el mismo paciente llama a la policía denunciando que su padrastro estaba “loco” y que quería pegarle a su madre y a él. Confrontado por la policía, Juan desmiente el motivo de la denuncia y acepta la propuesta de ser visto por el médico pediatra de su centro de salud barrial, quien lo deriva al Hospital Pereira Rossell. Al cabo de quince días vuelve a su domicilio.

Debido a su hipertensión arterial debe cumplir dieta hiposódica. Relata su madre que una noche lo encontró comiendo fuera de la dieta y que, al señalárselo, reaccionó tomando una cuchilla y amenazándola. Cuando sintió que llegaba el padrastro la guardó y se sentó tranquilo a la mesa, negando lo sucedido y yéndose a dormir. Al día siguiente se levantó al mediodía y notó que la madre había escondido los cuchillos. Pidió uno para comer y la madre se lo dio. Luego de comer él se acercó a ella y comenzó a abrazarla y a mimarla, y súbitamente la tomó del cuello y comenzó a apretárselo. Como la hermana se puso a llorar, tomó el cuchillo del plato y la amenazó para que se callara. Fue trasladado por la policía hasta el Hospital Pereira Rossell, donde quedó reinternado.

En la evolución en sala destacamos una crisis de excitación psicomotriz en la que hubo de intervenir la policía ya que el personal de enfermería no se animó a inyectarle la medicación ya indicada. Además, presentó ideación paranoide: “Quiero irme, la gente pasa y me mira, todos me miran”. Posteriormente, recubre con papel las ventanas del box y luego se lo traslada a una sala solo. Es tratado con risperidona (2 mg/día), lorazepam (2 mg/día) y carbamazepina (600 mg/día). Es dado de alta el 27 de julio con el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad y medicado con haloperidol (1 mg/día), carbamazepina (600 mg/día) y lorazepam (2 mg/día). Se indicó, además, dieta hiposódica.

El 16 de agosto ingresa a la Sala de Psiquiatría del Hospital Maciel. El día de la internación él estaba en su casa escribiendo. “Mi hermana estaba al lado y me hablaba y me molestaba. Entonces intenté cortarles el pelo a ella y a mi madre; después me puse la tijera en la barriga e intenté matarme.” Interrogado sobre si llegó a lastimar a su familia o a él mismo, contesta: “Justo llegó mi padre”. Sobre el motivo dice: “Ellas estaban solas y por eso quería aprovechar el momento de cortarles el pelo... Creo que fue un impulso que me salió de adentro; se me vino a la cabeza.” Tampoco había pensado en matarse y es la primera vez que lo intentó.

Durante el relato sonríe a menudo. Interrogado acerca de la motivación de su sonrisa muchas veces responde con silencios.

En uno de sus parlamentos más largos relata: “Todo empezó cuando vi Misery; esa película me traumó un poco. A mí me gustan las películas sadomasoquistas. Yo me identifiqué con el escritor. El autor le daba con la maceta. Ver esa parte me causaba placer. Toda la película está interesante. Fue un castigo como para él. Ella le pega en los pies con la maceta.

Coordinación

Vicente Pardo

Médico Psiquiatra
Ex Asistente de Clínica Psiquiátrica.
Ex Profesor Adjunto de Clínica Psiquiátrica.

* Para facilitar la organización y manejo del material, se solicitó a los participantes que redactaran su exposición oral vertida en el Ateneo.

Yo me identifico porque él era escritor...” Relata que hace tiempo que escribe cuentos.

Niega delirio autorreferencial, alucinaciones acústico-verbales y elementos de automatismo mental.

Respecto a cómo vive los cambios corporales propios de la adolescencia dice que le agradan, ya que le indican que se está “haciendo hombre”. Está preocupado por el tamaño de su pene, ya que le parece muy pequeño; tampoco le gusta estar gordo.

Relata una relación homosexual en la que la pareja le acariciaba el pecho. Se levanta la camiseta y dice: “Creo que él creía que eran senos, pero solo es grasa.” Cuando le preguntamos si existe alguna parte de su cuerpo que haya cambiado y que le resulte extraña nos vuelve a mostrar su pecho: “No son míos, son senos y yo soy un hombre.” Y agrega: “A veces me parece que me estoy feminizando.” Cuando lo confrontamos con su respuesta anterior con relación a que solo era grasa acumulada, queda callado un rato y luego dice: “Sí, solo es grasa.”

Relata espontáneamente estar preocupado por su orientación sexual: “Todavía no sé si soy homosexual; me gustan más los hombres que las mujeres. Con los hombres todo es más fácil, pero todavía no me decidí.” No ha tenido novias.

Niega consumo de alcohol y drogas.

A su ingreso el paciente estaba medicado con olanzapina (2,5 mg/día), carbamazepina (600 mg/día) y lorazepam (2 mg/día).

Antecedentes de la enfermedad actual

a) Entrevista con su madre.

“El siempre fue raro; nunca tuvo un amigo, siempre se aisló en los recreos.”

Relata que desde hace dos años se mira mucho al espejo. Cuando ella le pregunta por qué lo hace, le contesta: “Para ver si me levánté con cara buena o con cara mala.” También se mira mucho los dientes. “Creo que preciso ponerme aparatos”, ha dicho.

Este año comenzó a reírse solo y cuando se le ha preguntado no ha dado cuenta de los motivos.

“Antes era muy ordenado, tenía siempre su cuarto limpio y me ayudaba con la casa, me lavaba la cocina y a veces también el baño. Ahora hace como un año que no limpia su cuarto; se acuesta vestido sobre el colchón sin sábanas.”

Cuando empezaron las clases este año “no quería estudiar, no quería ir al liceo”, según él porque “los compañeros y el liceo están distintos que antes”.

“Siempre se aisló pero ahora se encerraba en su cuarto cuando venía gente a casa, aunque fueran de la familia, hasta con la abuela. Igual se quedaba todo el día sin comer por no salir.” “Tampoco quiere salir a sentarse afuera al sol porque dice que la gente lo mira.”

b) Entrevista con su padrastro.

Ubica un cambio en Juan hace tres años: “Estaba muy encerrado en él mismo... hará unos tres años... cuando terminó la escuela.”

Desde hace un año nota que habla solo, se mira mucho al espejo y se ríe. Él cree que habla con el espejo. Se lava mucho las manos. Se ríe sin tener motivo.

“Es un niño muy tranquilo, muy encerrado en sí mismo. A mí me llamó la atención cuando empezó a insultar a la hermana. Antes era protector con la hermana, jugaba con sus muñecas.”

Antecedentes familiares psiquiátricos

Madre en tratamiento psiquiátrico durante siete años con antidepresivos y tranquilizantes. Comienza el mismo luego de su separación y lo abandona voluntariamente. Actualmente, retoma tratamiento en Policlínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas.

Padre alcohólico. Estuvo preso durante nueve años por tres homicidios. Desde hace un mes está en libertad.

Tío paterno epiléptico.

Abuela materna alcohólica; comete homicidio de su esposo alcohólico y maltratador, padrastro de la madre de Juan, cuando esta tenía seis años.

Antecedentes personales médicos

Convulsión febril a los tres meses de edad, tratado con fenobarbital hasta los dos años.

Hipertensión arterial diagnosticada hace dos meses con cifras máximas de presión arterial sistólica de 150-160 mm Hg.

En estudio en el Hospital Pereira Rossell. Actualmente tratado con dieta hiposódica.

Biografía

Hijo único. Vivió hasta su primer año con ambos padres; luego, con su madre, su padrastro y su media hermana de once años, hija de su padrastro y su madre.

Embarazo y parto normales. Desarrollo neuropsíquico normal.

Fue un niño tímido y retraído. No se interesaba en sus juguetes y tenía poca actividad lúdica. Presentó dificultades en la interacción social desde el inicio de la escolarización. Nunca tuvo amigos. Pasaba el recreo solo, sentado en un banco. Recibió atención psicológica por ese motivo.

Concurre a la escuela con buena escolaridad. A los diez años gana un concurso de cuentos. Comienza el descenso de su rendimiento en 1° de liceo. En ese momento un docente, que leía sus cuentos, percibe que estos se tornaban cada vez más incoherentes. Pasó a recibir clases de apoyo desde esa época. Actualmente, cursa 3° año de liceo con notorias dificultades.

Examen psiquiátrico

Paciente que se presenta en ropas de calle, aseado. Edad biológica acorde con la cronológica. Presenta un biotipo pícnico.

De su estado general se destaca su obesidad.

Facies inexpresivo. Mantiene la cabeza gacha o de lado. Establece muy poco contacto ocular. Por momentos sonríe en una forma que no genera empatía en los entrevistadores. En ciertas oportunidades entrecierra los ojos. En otras, mira de reojo al auditorio en una actitud de cierta desconfianza; comenta que están escribiendo y que eso de alguna manera lo perturba. Su cuerpo permanece inmóvil durante toda la entrevista, las manos en puño dentro de los bolsillos.

Actitud de colaboración pasiva. Responde aunque con demora. Da la sensación de estar en otra cosa.

Conciencia témporo-espacial sin alteraciones. Presentifica correctamente la entrevista. No tiene conciencia de morbidez, sí conciencia parcial de la anomalía de algunas de sus conductas.

El rapport es malo. Si bien despierta deseos de ayudarlo, no se puede vibrar con su relato.

De su pensamiento y en lo formal destacamos: su curso lento y la latencia en sus respuestas; los silencios que a veces se producen en medio de una frase, la cual retoma segundos después como si nunca la hubiera interrumpido. También subrayamos la existencia de respuestas absurdas, sin relación con la pregunta. Estas alteraciones desdibujan en varias ocasiones el sentido y la finalidad de la conversación.

En su contenido destacamos ideas mórbidas e incompatibles. El paciente refiere tener ciertos poderes: producir relámpagos y mover objetos. Las ideas de dañar a su madre y a su hermana ya fueron relatadas. Sobre el final de algunas entrevistas el pensamiento se vuelve francamente oscuro, sobre todo cuando relata la película Misery, impresionando por momentos que el paciente se identifica con ambos personajes.

Humor y afectividad. El paciente está eufórico. Su afectividad está aplanada: no tiene variaciones, no se angustia, no se alegra, no se emociona.

Conductas basales sin alteraciones.

Conductas complejas. Presenta conductas de tipo impulsivo de hetero y autoagresividad que son las que motivan las consultas y la internación.

Pragmatismos alterados globalmente. El familiar, a causa de sus conductas violentas. El social está abolido. El ocupacional está alterado desde comienzos de este año, ya que Juan no quiere concurrir al liceo, el que interrumpe definitivamente con el comienzo de sus internaciones.

Evolución en sala

Fue medicado con olanzapina (15 mg/día), manteniéndose la carbamazepina y el lorazepam

a las mismas dosis. Su tendencia fue la de permanecer aislado del resto de los pacientes. Las latencias en sus respuestas disminuyeron y el diálogo se hizo más fluido. El personal de enfermería notó que en las tareas que realizan los pacientes en sala, barría durante varios minutos el mismo lugar.

El paciente refirió mejoría evidenciada por el hecho de que pasó a recibir tranquilo y sin esconderse de las personas que lo visitaron.

Al cabo de un mes de internación se le permitió un paseo de fin de semana para pasar con su familia. A las pocas horas de llegar a su domicilio volvió a golpear a su madre y a su hermana, por lo cual regresó a sala. La madre expresó que estaba aterrada y que en estas condiciones Juan no podía volver a vivir con ellos. Ante tal dificultad pasó a residir, al cabo de algunos días y hasta el presente momento, en una institución religiosa.

Paraclínica

El electroencefalograma convencional y la tomografía computada fueron normales.

Entrevista con el paciente

–Prof. Ángel Ginés: Hola Juan, vamos a conversar contigo a ver en qué te podemos ayudar. Contame cómo te sentís y dónde estás viviendo.

–Paciente: Estoy viviendo en [nombra la institución].

–Prof. A. Ginés: ¿Tú fuiste a [la institución] después de la internación en el Hospital Maciel? ¿Por qué motivo fuiste allí?

–Paciente: Tenía problemas de agresividad.

–Prof. A. Ginés: ¿Problemas de agresividad en qué circunstancia?, ¿con quién? Contanos un poco.

–Paciente: [Latencia.] Contra mi madre y mi hermana.

–Prof. A. Ginés: ¿Solamente contra ellas dos o con otra gente también has sido agresivo?

–Paciente: Sólo con ellas.

–Prof. A. Ginés: ¿Y en los lugares donde estuviste internado, como en el Hospital Pereira Rossell o en el Maciel, y ahora que estás en la Institución, has tenido dificultad personal, te has puesto agresivo?

–Paciente: No.

–Prof. A. Ginés: En un momento en que estabas en el Pereira Rossell, te excitaste, ¿fue así?

–Paciente: Sí.

–Prof. A. Ginés: ¿Era un enojo con alguien?

–Paciente: No.

–Prof. A. Ginés: ¿En tu casa vive alguien más?

–Paciente: Sí, mi padre.

–Prof. A. Ginés: ¿Es tu padre de origen o adoptivo?

–Paciente: Adoptivo.

–Prof. A. Ginés: ¿Con él cómo es la relación? ¿Te has puesto agresivo o no es lo mismo que con tu madre?

–Paciente: No sé, da lo mismo.

–Prof. A. Ginés: ¿Con él cómo dirías que te llevás?

–Paciente: Bien.

–Prof. A. Ginés: ¿Cuánto hace que lo tenés como padre?

–Paciente: Catorce años.

–Prof. A. Ginés: O sea que eras pequeño cuando empezaste a estar con él.

–Paciente: Un año.

–Prof. A. Ginés: A ti te gusta escribir cuentos. ¿Cuándo dejaste de escribir?

–Paciente: Sí, dejé de escribir cuando tuve la primera internación.

–Prof. A. Ginés: ¿Eso fue cuando fuiste al Pereira Rossell? ¿Dónde escribís? ¿En un cuaderno?

–Paciente: Sí, en un cuaderno.

–Prof. A. Ginés: ¿Y qué escribís? ¿Cuentos, poesía...?

–Paciente: Cuentos, poesía no.

–Prof. A. Ginés: ¿Tenés muchos cuentos escritos?

–Paciente: No.

–Prof. A. Ginés: ¿Cuántos cuentos tenés?

–Paciente: Tres.

–Prof. A. Ginés: ¿Empezaste a escribir cuando estabas en la escuela, no?

–Paciente: Sí.

–Prof. A. Ginés: Desde entonces hasta ahora has escrito tres.

–Paciente: Sí.

–Prof. A. Ginés: ¿Son cuentos largos o breves?

- Paciente: Son breves.
- Prof. A. Ginés: Tengo entendido que un cuento que escribiste fue premiado, fue destacado.
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Cómo se llama?
- Paciente: “El otoño de Freddy, la hoja”.
- Prof. A. Ginés: ¿Por qué le pusiste ese título? ¿Qué quiere decir?
- Paciente: [Latencia. No contesta.]
- Prof. A. Ginés: Freddy es el nombre, ¿y la hoja qué es?
- Paciente: [Latencia.] Un personaje.
- Prof. A. Ginés: ¿Freddy es la hoja?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿De qué trata el cuento?
- Paciente: [Latencia.] Del otoño.
- Prof. A. Ginés: ¿Podés explicarme de qué trata cada personaje?
- Paciente: Los demás personajes son hojas.
- Prof. A. Ginés: ¿Todos los personajes son hojas o hay alguna persona?
- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: ¿Freddy participa del cuento? ¿Qué hace? ¿Es una hoja más?
- Paciente: Es una hoja más.
- Prof. A. Ginés: Hubo gente que leyó ese cuento y le gustó.
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: Decime una cosa, ¿cómo entendés que haya empezado esta dificultad con tu madre y tu hermana? Porque tú con ellas te llevabas bien antes. ¿Cuándo empezaron las dificultades? ¿Cuál fue el motivo? ¿Qué fue lo que te cayó mal?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: ¿Podés relatarnos algunas de tus ideas sobre el problema que tuviste con ellas?
- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: ¿Por qué no? ¿No te acordás o no nos querés contar?
- Paciente: Prefiero no contar.
- Prof. A. Ginés: ¿Pero tenés claro que tuviste varios problemas?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Te parece que esas dificultades que tuviste, de bronca, fueron peligrosas, graves?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Por qué fueron graves? ¿Podrían haber causado un daño importante?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Podrían haber causado alguna herida... muerte también?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿En esos episodios tuviste la intención de matar a tu madre o a tu hermana o no llegó a tanto la cosa?
- Paciente: No llegó a tanto.
- Prof. A. Ginés: Pero podía haber sucedido...
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Y cuál sería el motivo de eso? ¿Qué te tenía tan mal?
- Paciente: [Latencia.] Como una rabia.
- Prof. A. Ginés: Pero, sin embargo, en una oportunidad, por ejemplo, te aproximaste a acariciar a tu madre, en una expresión de cariño... y de repente eso... ¿cómo se transformó en algo en que la tomaste del cuello? ¿Cómo fue eso? Da la impresión de que lo primero era más bien abrazarla, acariciarla... ¿Te cambió ese sentimiento ahí? ¿Qué fue lo que pasó?
- Paciente: Sí, cambió.
- Prof. A. Ginés: Te aproximaste cariñosamente en esa oportunidad, y de repente cambió. ¿Fue un impulso? ¿Qué habrá pasado?
- Paciente: Fue un impulso.
- Prof. A. Ginés: ¿Tú pensás que habrá algún motivo por lo que quieras dañar a tu madre o a tu hermana, qué tú veas que ellas no son como querés que sean contigo? ¿O no hay motivo?
- Paciente: No hay motivo.
- Prof. A. Ginés: ¿Hasta hace unos años, por ejemplo, en tu casa eras ordenado, de arreglar tus cosas; limpiabas, ayudabas y dejaste de hacerlo. ¿Por qué cambiaste de actitud?
- Paciente: [Latencia.] Me sentía como deprimido.
- Prof. A. Ginés: ¿Cómo es para ti estar deprimido? ¿Estar triste, desganado?
- Paciente: Desgano.
- Prof. A. Ginés: ¿Y qué hacías? ¿Te quedabas encerrado, en la cama?
- Paciente: Encerrado en el cuarto.
- Prof. A. Ginés: ¿Y en tu cuarto qué cosas hacías? ¿Te quedabas quieto o hacías alguna actividad?

- Paciente: Leía libros.
- Prof. A. Ginés: ¿Qué libros leías?
- Paciente: De Mario Benedetti.
- Prof. A. Ginés: ¿Te gusta Mario Benedetti?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Qué has leído de él? ¿Cuáles fueron las cosas que más te gustaron?
- Paciente: [Silencio.]
- Prof. A. Ginés: ¿Has leído algún otro autor?
- Paciente: Roy Berocay.
- Prof. A. Ginés: ¿Alguno más?
- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: O sea que te encerrabas en tu cuarto y leías. ¿Leías mucho tiempo? ¿Cuánto tiempo leías?
- Paciente: Una hora.
- Prof. A. Ginés: ¿Podías seguir bien los textos o había momentos en que no los entendías?
- Paciente: Podía entenderlos.
- Prof. A. Ginés: También nos contó Vicente Pardo que decías que había una película que había influido mucho en las dificultades que habías pasado, ¿es así?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Podrías relatarnos un poco de qué se trata esa película? Yo no la he visto. ¿Es una película de origen americano o español?
- Paciente: Norteamericano.
- Prof. A. Ginés: ¿Dónde la viste?
- Paciente: En mi casa.
- Prof. A. Ginés: ¿En la televisión?
- Paciente: En el cable.
- Prof. A. Ginés: ¿De qué trata esta película y por qué crees que tiene que ver con tu problema?
- Paciente: Me gustaba el personaje.
- Prof. A. Ginés: ¿El escritor? ¿Tú te considerarás de alguna manera un escritor?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Qué pasaba? ¿Qué aspecto te impactó de esa película?
- Paciente: [Latencia.] La relación que tenía... el escritor y la enfermera.
- Prof. A. Ginés: ¿Este hombre estaba internado en algún lugar?
- Paciente: No, estaba en la casa.
- Prof. A. Ginés: ¿Y qué le pasaba al escritor?
- Paciente: Tuvo un accidente.
- Prof. A. Ginés: Contanos un poco qué tipo de accidente.
- Paciente: La enfermera lo atendía en la casa.
- Prof. A. Ginés: ¿Pero qué le había pasado al escritor? ¿Qué accidente había tenido?
- Paciente: [Latencia.] Había quedado inválido.
- Prof. A. Ginés: ¿Qué cosas le impedía el accidente? ¿No podía caminar?
- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: ¿Podía escribir?
- Paciente: Escribir, sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Y cómo era la relación?
- Paciente: Al principio era buena.
- Prof. A. Ginés: ¿Porque él la había contratado para que lo cuidara?
- Paciente: No, porque del accidente se lo llevó a la casa.
- Prof. A. Ginés: ¿Se lo llevó, y no lo conocía de antes?
- Paciente: Lo conocía, sí.
- Prof. A. Ginés: ¿De dónde lo conocía?
- Paciente: Por la TV. Ella lo veía por la televisión.
- Prof. A. Ginés: Digamos que se movió en ella algo para cuidarlo.
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: Y al principio era buena ¿y después qué pasó?
- Paciente: Terminó mal.
- Prof. A. Ginés: ¿Cómo?
- Paciente: [Latencia.] La mujer que lo cuidaba le pegó con una maceta.
- Prof. A. Ginés: ¿Como para herirlo o para matarlo?
- Paciente: Para matarlo.
- Prof. A. Ginés: ¿Y dónde le pegó con la maceta?
- Paciente: En los pies.
- Prof. A. Ginés: Pero es difícil que lo mate así, ¿qué te parece?
- Paciente: No [sonríe].
- Prof. A. Ginés: ¿Y por qué le pegó en los pies y no en otro lugar más radical?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: No entiendo, si hubiera pensado en eso le hubiera pegado en la cabeza.

- Paciente: [No contesta].
- Prof. A. Ginés: ¿Qué te quedaste pensando? ¿Te quedaste pensando? ¿Cuando te quedás en silencio te quedás pensando en lo que te pregunto o a veces te quedás en blanco?
- Paciente: Pensando.
- Prof. A. Ginés: Te quedás pensando y buscando la respuesta, no es que te vayas... ¿Por qué le pegó en los pies y no en la cabeza, por ejemplo?
- Paciente: [Latencia.] Porque ella le tenía admiración.
- Prof. A. Ginés: ¿Qué habrá sido? ¿Tuvo el deseo de matarlo, pero después cambió el golpe de lugar por la admiración que le tenía?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: Entonces tenía dos sentimientos, uno de bronca y de odio y otro de cariño.
- Paciente: Sí [sonríe].
- Prof. A. Ginés: ¿Esto es parecido a lo que te sucede en los episodios que contaste con tu madre, que la abrazaste, la agarraste y después la quisiste lastimar? Ahí aparecían los dos sentimientos, el afecto... ¿es así o no?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: ¿Se parece, no?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Cómo era el escritor? ¿También tenía ese doble lado de que amaba y odiaba, o era distinto?
- Paciente: Él la odiaba.
- Prof. A. Ginés: Así derecho no más, ¿sólo odio tenía? ¿Y cómo él aceptaba estar ahí? ¿Estaba como preso?
- Paciente: [Silencio.]
- Prof. A. Ginés: ¿Te sentías parecido a los dos personajes?
- Paciente: Al escritor.
- Prof. A. Ginés: Sólo odio, entonces, ¿pero en esto que pasó con tu mamá también había amor?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿O era disimulo no más? ¿Cuando la agarrabas cariñosamente, sentías ese afecto?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Porque lo podrías haber hecho por la agresividad, la bronca, también?
- Porque me llama la atención que de los dos personajes estás más cerca del escritor que era puro odio. ¿Tenía razón en el odio que le tenía a la enfermera?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Por qué?
- Paciente: [Latencia.] Claro, porque la mujer era mala con él.
- Prof. A. Ginés: ¿En qué sentido era mala? ¿En qué cosas?
- Paciente: Porque... le impedía estar con la familia.
- Prof. A. Ginés: No lo dejaba verla. ¿Ella lo tenía como secuestrado? ¿Lo daban por muerto en la familia?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Quién era la familia de este hombre?
- Paciente: Tenía una hija.
- Prof. A. Ginés: ¿Y no lo dejaba tomar contacto con la hija?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Y él quería tomar contacto con la hija?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: Por eso estaba con bronca. ¿Y la enfermera por qué no lo dejaba tomar contacto? ¿Porque lo quería para ella sola?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: Yo todavía no llego a entender cuál es la relación de todo esto que vos me contaste muy bien, pero ¿qué me decís del sentimiento que tenés con tu madre y tu hermana? ¿En qué se parecería esto de la película con lo que te pasa a ti?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: ¿No habrá alguna persona en tu vida que para ti sea importante o que quieras conocer o tener contacto?
- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: ¿Y tu padre?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: ¿Qué pasa con tu padre?
- Paciente: Con él me llevo bien.
- Prof. A. Ginés: ¿Con tu padrastro?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Y con tu padre?
- Paciente: No tengo contacto.
- Prof. A. Ginés: ¿Y qué pasó con él? ¿No tenés ningún recuerdo de él?

- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: ¿Qué pasó con tu padre? Tenemos algunos datos pero muy pocos, ¿tú sabés lo que pasó?
- Paciente: [Latencia.] Creo que se lo tragó la tierra. Nunca más oí hablar de él.
- Prof. A. Ginés: ¿Alguna vez sentiste hablar de él?
- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: ¿No sabés dónde anduvo?, ¿qué pasó con él?
- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: ¿Tu madre nunca te relató qué pasó con él?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: ¿Últimamente, hace unos meses, ustedes no hablaron de tu padre, de que estaba por volver?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: ¿Alguna vez pensaste qué habrá pasado con tu padre?
- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: ¿No preguntaste nunca por él?
- Paciente: No.
- Prof. Agda. Dra. Maren Ulriksen: Tal vez no lo quiera hablar entre todos; somos muchos acá.
- Prof. A. Ginés: ¿Es así como dice la doctora?
- Dra. María Ferrando: Lo habíamos hablado antes, ¿te acordás?
- Dra. Silvana Borges: ¿Te habrás olvidado en este tiempo o no lo querés hablar?
- Paciente: Él es homicida.
- Prof. A. Ginés: ¿En qué trabajaba?
- Paciente: No trabajaba.
- Prof. A. Ginés: ¿Sabías que él estaba por salir o salió últimamente?
- Paciente: Salió.
- Prof. A. Ginés: ¿Ya han hablado con él? ¿Tú querrías saber? ¿Te preocupa él?
- Paciente: No.
- Ginés: ¿Desearías que se lo tragara la tierra?
- Paciente: Desearía que se lo tragara la tierra.
- Prof. A. Ginés: Decime una cosa, donde vivís actualmente ¿hacés alguna actividad? ¿Estás como en tu casa, un poco encerrado, o te conectás con los demás?
- Paciente: Estoy como en mi casa.
- Prof. A. Ginés: ¿Hacés alguna actividad allí?
- Paciente: Carpintería.
- Prof. A. Ginés: ¿Tú sabías hacer carpintería?
- Paciente: No.
- Prof. A. Ginés: ¿Te gusta eso?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Así que vas a ser un escritor carpintero? ¿Cuántas horas hacés de carpintería? ¿Vas todos los días?
- Paciente: Los martes y los jueves.
- Prof. A. Ginés: ¿Tenés un profesor? ¿Has aprendido alguna cosa?
- Paciente: Sí, a lijar.
- Prof. A. Ginés: ¿Lo hacés con entusiasmo, con ganas?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Extrañaste no estar en tu casa o pasás bien?
- Paciente: Extraño.
- Prof. A. Ginés: ¿Pero podés tolerarlo?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Entendés que es razonable que estés allí y no en tu casa?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: ¿Por qué motivo?
- Paciente: Porque podría pasar algo.
- Prof. A. Ginés: O sea que tú encontrás bien estar ahí.
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: Durante todo este período, el problema de la presión comenzó el 19 de junio, ¿es así? Me llamó la atención, ¿qué es el 19 de junio?
- Paciente: El natalicio de Artigas.
- Prof. A. Ginés: Muy bien. Desde entonces hasta acá, luego de las internaciones en el Pereira y en el Maciel, ¿dirías que estás en tu peor momento, estás igual o mejor? ¿Cómo ves la situación?
- Paciente: En el mejor momento.
- Prof. A. Ginés: ¿En el mejor momento de este último período?
- Paciente: Sí.
- Prof. A. Ginés: Y si comparáramos tu situación de ahora con la de la época de la escuela o de los primeros años del liceo, ¿estás mejor ahora o peor?

- Paciente: Peor.
- Prof. A. Ginés: ¿En qué sentido estás peor?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: Con relación, por ejemplo, a tus sentimientos, a las cosas que hacés, ¿has venido para atrás desde aquella época? ¿Pensás que antes estabas más conectado con la gente, con tu familia?
- Paciente: Creo que avancé.
- Prof. A. Ginés: ¿En qué avanzaste?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: ¿Cómo harías ese balance? ¿Qué cosas dirías que están mejores?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: ¿Te quedaste pensando o te fuiste...?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. A. Ginés: ¿Qué planes tenés para adelante?, ¿qué podrías pedirnos?
- Paciente: Nada.
- Prof. A. Ginés: ¿Cómo ves las cosas hacia adelante? ¿Querías volver al liceo? ¿Con la carpintería estás bien, o no lo tenés claro?
- Paciente: No lo tengo claro.
- Prof. A. Ginés: Sin embargo, la carpintería podría ser un camino. Ha sido un gusto conversar contigo.
- Prof. Juan Carlos Rey: Buenos días, Juan. Contame qué te pasaba que no tenías amigos con quienes conversar. Dejaste de ir al liceo. Contame un poco qué estaba pasando.
- Paciente: Me costaba relacionarme.
- Prof. J.C. Rey: ¿Le huías a la gente? ¿Cuál era el motivo?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. J.C. Rey: ¿Qué explicación tenés para haber dejado el liceo? ¿Cuáles fueron los motivos?
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. J.C. Rey: ¿Entendiste lo que te pregunté? ¿El liceo había cambiado, no era lo mismo que antes?
- Paciente: Sí, estaba distinto.
- Prof. J.C. Rey: ¿En qué sentido estabas distinto? Decime alguna de las características que notaste en ese cambio.
- Paciente: [No contesta.]
- Prof. J.C. Rey: Cuando estabas internado le dijiste al doctor que estabas cambiando, como feminizado. ¿Por qué tuviste esa impresión?
- Paciente: ¿A quién?
- Prof. J.C. Rey: Al doctor [lo señala].
- Prof. A. Ginés: Se refiere a cuando estuviste internado en el Maciel. El profesor te pregunta sobre algo que comentaste allí, sobre que tenías dudas si eras varón o mujer. ¿Lo tenés presente ahora?
- Paciente: No.
- Prof. Mario Orrego: Juan, me llamo Mario Orrego. Quiero saber cuándo viste Misery.
- Paciente: Mayo.
- Prof. M. Orrego: ¿A principios de mayo o al final?
- Paciente: Al final.
- Prof. M. Orrego: ¿Decís que esa película te trastornó?
- Paciente: Sí.
- Prof. M. Orrego: ¿En qué sentido? Tú explicás que te identificabas con el escritor, en el sentido de que tú hacés cuentos y él hacía novelas.
- Paciente: Sí.
- Prof. M. Orrego: ¿Y en qué otra cosa más? ¿Con la enfermera no te identificaste en ningún momento?
- Paciente: No.
- Prof. M. Orrego: Para ti resulta muy obvio que ella en la acción del salvataje lo secuestra. ¿No es que te faltan las palabras para explicarlo?
- Paciente: Sí.
- Prof. M. Orrego: ¿Qué es un secuestro?
- Paciente: Un robo.
- Prof. M. Orrego: Una privación de libertad.
- Paciente: Sí.
- Prof. M. Orrego: ¿Cuando atacabas a tu hermana o a tu madre, tú decías que sentías placer en ese momento?
- Paciente: Sí.
- Prof. M. Orrego: ¿Eso es así?
- Paciente: Sí.
- Prof. M. Orrego: Y decís que eso es algo que te viene de repente, como un arranque.
- Paciente: Sí.
- Prof. M. Orrego: ¿Qué pensás acerca de eso? ¿Está bien o está mal? ¿Qué juicio podés elaborar al respecto?
- Paciente: Está mal.
- Prof. M. Orrego: De alguna manera cuando

tú hacés opción de quedarte donde vivís, decís que es para evitar el riesgo de agredirlas.

–Paciente: Sí.

–Prof. M. Orrego: En la película lo que hace la enfermera es fracturarlo para seguirlo teniendo. ¿Te diste cuenta de eso?

–Paciente: Sí.

–Prof. M. Orrego: Pero ella no sentía placer en hacerlo; sentía placer en retenerlo.

–Paciente: Sí.

–Prof. M. Orrego: ¿Te das cuenta de la diferencia?

–Paciente: Sí.

–Prof. A. Ginés: Muchas gracias, Juan.

–Prof. M. Orrego: ¿Hay datos perinatales importantes, de agravio?

–Dr. Vicente Pardo: Él tuvo una convulsión febril a los dos meses. La atribución que la madre hace, con mucha claridad, es identificar la pulsión agresiva de Juan con relación a su padre, un homicida que además la maltrataba a ella. Ella prácticamente siempre tuvo la idea de que Juan podía ser igual al padre, y en ese sentido frágil. Ella ya tuvo una asistencia previa que hubo que reinstaurarla en esta situación.

Aportes de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica acerca de Juan

Resid. Dra. Silvana Borges,
Resid. Dra. María Ferrando,
Asist. Dra. Mercedes Pazos,
Asist. Dra. Adriana Martínez Schiavo,
Prof. Agda. Dra. Maren Ulriksen

El paciente Juan llega al Centro Hospitalario Pereira Rossell el 19/6/01 de modo inhabitual: él mismo solicita telefónicamente la intervención policial por un conflicto familiar. Cuando acude la Policía no encuentra el episodio violento denunciado sino a un adolescente desasosegado que es trasladado para atención médica.

En la entrevista, el día de su ingreso en Emergencia, se presenta lúcido, alerta, bien orientado en tiempo y espacio; su mímica y gestualidad están muy disminuidas, sin iniciativa motriz. Establece contacto ocular, con mirada lateralizada que desvía rápidamente.

Impresiona eutímico. Su afectividad está aplanada, embotada, carente de reactividad y variaciones, con restricción en la expresión de emociones, no mostrando angustia o enojo, únicamente sonrisas fugaces cuando relata episodios de la película “Misery”. Dice: “Me pasan cosas fuera de lo normal...” “...hablo solo con una segunda persona”. Annie, personaje de la película, habla mal de él, le dice “cosas feas y me cuestiona”. Despersonalización y desrealización, hostilidad hacia su madre y hermana, inquietud y dificultades para conciliar el sueño. El contenido del pensamiento resulta oscuro, difícil de comprender, con ideas incompatibles, verbalizaciones lacónicas fundamentalmente centradas en cómo su vida psíquica está invadida y cambia a partir de ver esta película. Del punto de vista formal no presenta descarrilamiento, tangencialidad o pérdida de las asociaciones, manteniendo el hilo conductor. El nivel intelectual inferido clínicamente es normal. El rapport es difícil.

El día de su ingreso se evalúa como una probable esquizofrenia de inicio, por la presencia de ideas delirantes, relato de alucinaciones auditivas, comportamiento desorganizado, síntomas negativos, deterioro social y académico y antecedentes personales de aislamiento social. Se decide su internación para evaluación diagnóstica y tratamiento.

Al día siguiente y en los sucesivos quince días que permaneció internado, observamos una gran variabilidad fenomenológica y polimorfismo sintomático. Relata alucinaciones verbales pero sin convicción; critica estas percepciones. Niega despersonalización y desrealización. Presenta ideas recurrentes de contenido erótico y perverso, haciendo relatos cruentos que generan un notable impacto en el auditorio y un manifiesto placer en el paciente. En otros momentos, se muestra adecuado y conforme a criterios compartibles de realidad: “Me trajeron porque vi una película que me alteró un poco, pero ya estoy mejor...” “No tengo amigos porque soy tímido, me gustaría tenerlos...”, bromea y muestra una afectividad apropiada. Su conciencia de enfermedad es oscilante, solicitando, por ejemplo, la consulta con psiquiatría desde un mes antes de su ingreso. Manifiesta vivencias de descontrol impulsivo sin llevar a cabo los actos violentos imaginados.

En suma: Adolescente con manifestaciones de una patología psiquiátrica grave con ruptura de su funcionamiento previo, presentando una descompensación psicótica que no es permanente durante los días de internación, destacándose los antecedentes psicopatológicos de personalidad esquizoide en la infancia, y antecedentes familiares de personalidades violentas probablemente patológicas. Ante la complejidad y variabilidad de la presentación clínica y el peso del contexto socio-familiar y cultural de Juan, realizamos los siguientes planteos diagnósticos:

¿Inicio de una esquizofrenia?

¿Trastorno esquizotípico de la personalidad?

¿Trastorno límite de la personalidad?

En función de los cuales:

– Se descartan en principio por la anamnesis y examen las causas médicas y los trastornos por consumo de sustancias como posibilidades etiopatogénicas en la base de este cuadro.

– Se solicita EEG (que fue normal).

– Se realiza psicodiagnóstico, que no muestra índices de ruptura con la realidad, dando en su mayor parte respuestas populares, con momentos de falla de las defensas por desborde de angustia persecutoria (Rorschach).

– La evaluación por posgrado de psiquiatría de adultos en pasantía, informa que en ese momento no se presenta clínicamente como una esquizofrenia. Su planteo fue de probable trastorno de personalidad límite con elementos perversos.

– Se realizaron múltiples entrevistas con los distintos integrantes de su núcleo familiar, lo cual permitió la derivación a psiquiatría de la madre.

– Concurrimos al centro educativo al que asistía el joven a fin de conocer su funcionamiento previo y sus posibilidades de reinserción.

– Se inicia tratamiento farmacológico con antipsicóticos a bajas dosis, anti-impulsivos y ansiolíticos. Rápidamente, en los días posteriores la presentación fue variando, con buena adaptación a la internación en sala de Pediatría.

– Coordinamos con Asistente Social barrial la permanencia de Juan en las actividades extracurriculares.

En el seguimiento ambulatorio presentó en una oportunidad amenazas hacia su madre y hermana, con riesgo potencial de conductas violentas. Las carencias en infraestructura de nuestro dispositivo asistencial –CHPR– motivan su derivación e internación en un hospital de adultos.

Hipótesis dinámico-genéticas para la eclosión sintomática actual en el paciente Juan

La fuerza de lo transgeneracional

Desde la infancia, el discurso familiar le asigna a Juan un lugar fijo, predeterminado, que lo designa como “igualito al padre”, profetizando la repetición transgeneracional de una filiación homicida.

El padre, desde la cárcel, coloca a su hijo cumpliendo su mandato de ser temible, violento, peligroso, fuera de ciertos estamentos sociales: la ley, el liceo. La familia presenta una disfunción crónica y severa, permaneciendo durante años en un estado de alerta constante, en expectativa armada, ante la amenaza de un ataque violento e imprevisible del padre.

En los últimos meses, ante las amenazas verbales y conductuales de Juan hacia su madre y hermana, surge el terror en la familia ante “la expresión de los genes paternos”, marcando la llegada de un destino inevitable, inefable.

La potencialidad psicótica

“La potencialidad psicótica” (Piera Aulagnier) se constituye en la infancia, cuando la madre encierra al niño en un campo identificador limitado, que no debe jamás evolucionar y que está destinado a ser el soporte de sus propias proyecciones.

La irrupción de los cambios puberales en Juan, como evento traumático, rompe la continuidad existencial, produciendo un quiebre, una discontinuidad en la experiencia del sí mismo.

Es en la adolescencia que se asiste al pasaje de una potencialidad psicótica a su forma manifiesta, expresándose en la ruptura psicótica con la realidad.

Esta neo-identidad de “loco” puede favorecer una cronificación de tipo psicótica, eventualmente reforzada por un apresuramiento diagnóstico y un tratamiento medicamentoso

(o farmacológico) antipsicótico inadaptado. La prudencia en cuanto al diagnóstico de psicosis permite considerarlo a medida de la evolución, y separar el campo de la psicosis y de las patologías límites. La calidad de respuesta del entorno y la capacidad del equipo tratante para investir al adolescente y sostener un trabajo multifocal, diseñan un espacio terapéutico complejo, abren un campo de actividad de representación de las relaciones, de estímulos relacionales y de posibilidad de continencia por el encuadre institucional. La calidad de la respuesta terapéutica es un factor importante a considerar cuando evaluamos la evolución y el diagnóstico.

Prof. Esteban Gaspar: Agradezco a la Sociedad de Psiquiatría haberme invitado al Ateneo, y resumo a continuación mis palabras expresadas en dicho momento:

He visto a este chico en el mes de agosto en el Hospital Maciel, en una reunión donde concurren integrantes de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica.

Me gustaría hacer algunas consideraciones diagnósticas, ya que el tema del diagnóstico fue el problema principal que discutimos en aquella oportunidad.

Quiero destacar que hay una notable diferencia entre aquel momento de evolución del paciente y el momento actual, puesto de relieve por la historia que se trae al Ateneo y por la entrevista realizada por el Prof. Ginés.

Este paciente, como dijo la madre, siempre fue raro, nunca tuvo un amigo, se aisló en los recreos. Desde hace dos años disminuyó su rendimiento y cambió sus hábitos higiénicos. En los últimos meses ha tenido conductas agresivas, explosivas, inmotivadas tan llamativas.

A partir de un desencadenante como el haber visto reiteradamente la película *Misery*, que le generó una fascinación mórbida y la activación de sus propios núcleos sadomasoquistas. En este momento su conducta ha cambiado notoriamente; antes no era violento y podía controlar sus impulsos, manteniéndolos a "raya" con defensas, que ahora han claudicado, generándose el descontrol de los mismos.

El contacto que estableció el Prof. Ginés fue mucho más difícil que aquel que se pudo establecer hace pocos meses en el Hospital Maciel. Su incapacidad de relatar la película, su aceptación pasiva de vivir en una institución muestran la acentuación notoria de su sintomatología negativa en las esferas cognitiva, afectiva y del pensamiento, hechos clínicos que nos llevan a comprender mejor su patología.

Quiero subrayar que ahora es claro que el paciente presenta una esquizofrenia, siendo su trastorno de personalidad y el descontrol de sus impulsos elementos de su psicosis crónica.

Este rápido progreso de su sintomatología lo ha vuelto peligroso. El tipo de esquizofrenia que presenta, a nuestro modo de ver, es el de una hebefrenia, que se caracteriza precisamente por trastornos de conducta y el empobrecimiento cognitivo, apuntando a la disociación y a la disgregación.

Resumiendo: El enfermo es un psicótico, portador de una psicosis esquizofrénica de muchos años de evolución, que a partir de los últimos seis meses se ha agravado notoriamente.

Prof. Juan Carlos Rey: En primer lugar quiero hacer una observación sobre el aspecto físico del paciente. Además de ser un obeso para su edad (14 años), la distribución de su tejido adiposo se acentúa sobre la parte superior, rememorando la forma de búfalo que se describe en el síndrome de Cushing. Si a esto se suma su hipertensión arterial, en un pre adolescente, creo que merece un estudio endócrino y humoral para descartar o afirmar este diagnóstico.

Entrando ahora al estudio psicopatológico y clínico de nuestro paciente, lo que se destaca como elemento principal son los trastornos de conducta por los cuales fue internado varias veces, donde la agresividad hacia la madre y la hermana es lo más saliente (intento de ahorcamiento a la madre, corte de pelo, amenazas de muerte), así como autoagresividad (tijeras en el abdomen). En suma, conducta excéntrica del comportamiento con descon-

fianza e intolerancia hacia la familia y la gente en general (notó cambio en los compañeros del liceo). Acompañando a esta gran carga agresiva, se destaca una disminución en todas las áreas funcionales. En lo personal: se aísla, abandona el cuidado personal. En lo social: se nota un cambio, como es el rechazo hacia la gente que concurre a la casa (se queda en su cuarto y no sale hasta que éstos se van). En lo escolar: deja los estudios sin explicación plausible, se pasa sentado en los recreos y no tiene amigos.

Hay, pues, una limitación emocional, con aplanamiento afectivo, anhedonia con pérdida de interés o placer afectivo. En el interrogatorio llama la atención la pobreza del habla y ciertos trastornos del pensamiento, además del curso lento del mismo y por momentos oscuro con silencios prolongados que hacen pensar en un pensamiento desorganizado, al cual se agregan ideas paranoides (“todos me miran”, razón por la cual se aísla y tapa con papel los vidrios del box).

Creo que esboza ideas delirantes de transformación cuando dice: “Me estoy feminizando”, “Tengo senos grandes”, “¿Soy hombre?” Tiene una preocupación autista por el sexo y por su orientación sexual.

Es frecuente en la adolescencia y pubertad que el cuerpo sea el modo de expresión de la psicopatología, ya que en esta época debe modificar la imagen de su cuerpo, incluyendo sus órganos sexuales. Cuando se produce un fracaso en este proceso, se produce un paro en el desarrollo. Esto ha sido bien estudiado por M. Laufer, quien le atribuye episodios psicóticos (tentativas de suicidio, agresividad marcada); otras veces produce adicción a drogas, anorexia o estados depresivos y en ocasiones, momentos psicóticos donde la ruptura con la realidad es completa. Esto es debido a la pérdida de investidura del cuerpo y sus objetos internos, que están psíquicamente destruidos y que son sustituidos por las ideas delirantes que reemplazan el vacío así creado. En este paciente las ideas delirantes no son tan claras, en el momento del examen, debido al tratamiento antipsicótico instituido. Sin embargo, tiene ideas mórbidas e incompatibles cuando manifiesta que tiene ciertos poderes,

como mover objetos con la mente y producir relámpagos.

En este caso, el diagnóstico de esquizofrenia implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a disfuncionamientos sociales y ocupacionales. En Juan, nuestro paciente, los síntomas positivos están dados por ideas delirantes de transformación, ideas paranoides, así como comportamiento extraño de agresividad y conductas excéntricas de comportamiento; mientras que los síntomas negativos o deficitarios se dan en el aplanamiento afectivo, con la ambivalencia afectiva hacia su madre y hermana, la pobreza del habla (alogia), una abulia muy marcada y disminución en todas las áreas funcionales como en lo personal, familiar, en lo escolar y social.

Creo que es adecuado el diagnóstico hecho en su primera internación, catalogado de trastorno esquizotípico de la personalidad, caracterizado por deficiencias sociales y personales, conductas excéntricas, donde la afectividad está muy restringida. Se considera estos trastornos esquizotípicos dentro del espectro esquizofrénico. Estos dos cuadros están relacionados, considerándose a los trastornos esquizotípicos una forma más leve de comienzo, pero perteneciendo al espectro de la esquizofrenia.

En cuanto al pronóstico de este paciente debemos considerarlo como muy severo: por iniciarse muy tempranamente (antes de los 14 años), por tener síntomas negativos muy acentuados, por su abulia, su marcado aplanamiento afectivo y afectos inapropiados, así como por el signo del espejo y las risas inmotivadas. Pero lo que se marca como síntoma más llamativo es su monto de agresividad, creando gran preocupación y rechazo familiar, especialmente hacia su madre que vivió escenas violentas de castigo por parte de su esposo y padre del paciente, que es alcoholista intenso y que tiene en su haber tres homicidios. A su vez, la madre es una depresiva en tratamiento, que vivió en su infancia escenas de maltrato hacia la abuela de Juan, quien fue alcoholista y mató a su esposo. Todo este destino azaroso y cruel de la madre crea en ella un rechazo marcado hacia la agresividad de su hijo, lo que complica el vínculo afectivo familiar y

la inserción social de este paciente, así como su pronóstico reservado que hacemos que perturba su tratamiento, ya que solo nos queda por actuar desde el punto de vista biológico (con antipsicóticos) y cierta psicoterapia, pero no podemos utilizar el vínculo familiar ya que está rechazado por su medio.

Prof. Ángel Ginés: Este joven y su familia tomaron contacto con los servicios de Psiquiatría Pediátrica y de Clínica Psiquiátrica como resultado de insólitas, inexplicables y graves conductas de violencia hacia su familia y hacia sí mismo. Ha resultado un difícil desafío para nuestros servicios y nuestras habilidades y recursos terapéuticos controlar estas conductas, sucediéndose varias internaciones y retornos al núcleo familiar con el mismo penoso y peligroso resultado, que obligaron finalmente a separar al joven del medio familiar, donde la convivencia se volvió imposible, inconveniente y riesgosa.

De la observación del joven en condiciones de internación, de los antecedentes biográficos, de las entrevistas con terceros significativos –como se testimonia en la historia clínica– y de la entrevista que tuvimos con él en este Ateneo, resulta que los acontecimientos violentos que comienzan a reiterarse desde hace seis meses representan sólo una complicación evolutiva dramática y de alto riesgo, pero que la intensidad cuantitativa y cualitativa de las alteraciones psicopatológicas actuales y preexistentes desbordan ampliamente las explosiones violentas del último semestre.

Llamativamente, las notables alteraciones previas no habían conducido a la asistencia psiquiátrica –queda abierto y es de interés investigar el porqué–, permaneciendo el paciente y su familia librados a la maligna evolución espontánea del trastorno.

Compartimos los amplios y precisos fundamentos diagnósticos expresados por los Profesores Rey y Gaspar y por otros compañeros, en el sentido de identificar un trastorno esquizofrénico, con preludios en las conductas extremas de aislamiento infantil, que luego se desarrollan con continuidad y permanente agravamiento con síntomas positivos y negativos desde hace varios años, hasta este encuentro

con nuestros servicios, tan conmovedor por la peripecia como por la devastación psicológica del joven y de su mundo relacional, que tan difícil ha hecho el contacto con él en la entrevista. El Prof. Gaspar subraya –y esto tiene el mayor interés– que esta modalidad evolutiva en la que predomina la desorganización profunda de las actividades psicológicas es de forma hebefrénica; pero agrega, además, porque había investigado al paciente hace unos meses, que su estado de desorganización cognitiva, afectiva y vincular es más intenso aun con descomposición generalizada del sujeto y su mundo. Si bien el diagnóstico no deja lugar a alternativas, merecen considerarse posibilidades comórbidas (el EEG convencional y la TAC no han detectado alteraciones), y el Prof. Rey ha señalado que la hipertensión arterial y la distribución corporal del tejido adiposo hacen menester el estudio endocrinológico, es decir, que importa descartar el Cushing por su propia entidad, pero también por los efectos corticoideos que pudiera agregar sobre el funcionamiento del SNC.

En un paciente con una desorganización psicótica de esta magnitud, con una evolución de años con agravamiento continuo y permanente, con antecedentes premórbidos notorios, el pronóstico queda marcado por el escepticismo.

Esta expectativa escéptica no debería arrastrar al equipo de asistencia al nihilismo terapéutico. Conviene tener presente, en especial en casos como éste, que el pronóstico es metodológicamente una operación conceptual a futuro, algunas de cuyas pruebas de contrastación quedan diferidas. En el pronóstico médico-psiquiátrico anticipamos con hipótesis prospectivas, escenarios evolutivos posibles e incluso, a veces, podemos estimar sus probabilidades. En este caso, a mi manera de ver, existen dos escenarios extremos posibles: a) el paciente y su familia librados a su propia suerte, que es lo que ha venido pasando hasta hace seis meses; y en el otro extremo b) el paciente y su familia asistidos con todos los recursos de que hoy disponemos, con continuidad y sin límite de tiempo. Entre ambos extremos es posible esperar innumerables variantes.

En el último semestre se comenzaron a realizar intervenciones terapéuticas, cuyos

esbozos iniciales resultan razonables: unos ensayos con psicofármacos apropiados; una modificación de la red social mínima de sostén –luego de comprobada la imposibilidad y la inconveniencia de mantenerlo en la familia–; el comienzo de la investigación de las circunstancias actuales e históricas del joven y su familia –que ya ha develado la terrible singularidad de los múltiples homicidios con protagonista paterno y en la línea materna– y otras vicisitudes indispensables para la aproximación al joven y a su familia; y finalmente, y ampliamente destacable –porque es condición sine qua non para abordar la situación–, que ésta haya sido comunicada y procesada colectivamente en nuestros servicios.

Se trata, pues, de concebir un proyecto terapéutico integral de mediano y largo plazo, permanente y sin límite de tiempo, ajustado a la evolución crónica del trastorno y en consonancia con la trama situacional e histórica del paciente y su familia.

Los objetivos terapéuticos deben explicitarse con claridad, evitando falsas expectativas de la familia y de los propios técnicos: atenuar la progresión de los daños y obtener una red de sostén que asegure las interacciones sociales elementales que el paciente estuviera en condiciones de tolerar; en la medida en que se obtenga la estabilidad en este nivel basal de actividad, podrían intentarse acciones dirigidas a restaurar o recrear algunas aptitudes de funcionamiento personal y social. Una respuesta favorable no debe esperarse en forma lineal sino oscilante y la obtención de algunos beneficios puede insumir muy largos períodos.

La propuesta integral debería incluir varios instrumentos simultáneos y convergentes: a) modular la actividad del SNC con psicofármacos (continuar el ensayo clínico con antipsicóticos de nueva generación y otras medicaciones anti-impulsivas), con el objetivo de atemperar las conductas agresivas, mantener atenuada la actividad delirante y facilitar la interacción con el entorno, teniendo presente que los efectos neurobiológicos pueden demorar buen tiempo en obtenerse; b) asegurar un espacio extrafamiliar de convivencia, protector y con el mínimo de exigencias a las que el paciente pueda responder, con propuestas de actividades de interacción a la medida de su

reducida capacidad psicológica y funcional; c) asistencia a la familia, que en este caso no incluye sólo la educación, sino la intervención psicoterapéutica en función de los trágicos acontecimientos repetidos en dos generaciones cuyos fantasmas parecen reactivarse con las conductas violentas del paciente; aproximación personalizada (psicoterapéutica) al joven, dirigida a favorecer la confianza en el vínculo terapéutico, acompañarlo en la precaria capacidad de procesar peripecias existenciales elementales e intentar la reconstrucción y la articulación de algunos fragmentos de identidad e histórico biográficos.

¿Qué resultados esperamos obtener? El núcleo familiar (madre, padrastro y hermana de 11 años) podría beneficiarse fuertemente del proyecto terapéutico. Los resultados sobre el paciente, a mediano y largo plazo, resultan difíciles de anticipar; pero por magros que éstos fuesen, la protección y los cuidados permanentes y humanamente dignos son una meta mínima en la que no deberíamos ceder.

Prof. Agdo. Mario Orrego: La historia clínica describe como enfermedad actual tres situaciones en las que el paciente en su medio descontrola impulsos, en contextos patológicos diversos. Los episodios son infrecuentes y ocurren desde hace seis meses: una vez al mes, sucesivamente, a mediados de junio, julio y agosto del presente año. Constituyen incidentes familiares en donde la actuación agresiva, que excede al verbo, va creciendo en peligrosidad. En el primero efectúa, como epílogo a discusión familiar generalizada, una denuncia policial de tenor mitómano acusando al padre de violencia; luego se retracta. En el segundo, durante dos días seguidos, incurre en excesos actuando en reacción a estímulos menores, intimidando con cuchillo a la madre y a la hermana, y expresando de modo espontáneo y discordante ternura (abraza) y violencia (estrangula) a la madre. En el tercero también actúa de modo reactivo y desproporcionado, intentando cortar riesgadamente el pelo con una tijera a la hermana y a la madre; este hecho es seguido de ensayo de autoagresión inconsistente.

Todo ello configura descontrol de impulsos, con conducta antisocial y agresividad de corta duración, asociada a labilidad y ambivalencia afectivo emocional.

Al respecto de las anécdotas elabora hipótesis patogénicas cuando dice: “Creo que fue un impulso que me salió de adentro; se me vino a la cabeza”, y al referir: “Todo empezó cuando vi *Misery*; esa película me traumó un poco. A mí me gustan las películas sadomasoquistas... Ella le pega en los pies con una maceta. Ver esa parte me causaba placer. Yo me identifiqué con el escritor...” Aparentemente, la filiación de ambos tipos de incidentes, intrafamiliares y filmicos, es ejemplo de lo mismo: imposibilidad de controlar pulsiones instintivas arcaicas, que se manifiestan en el placer activo perverso del sometimiento a otros (referidos a familiares: denuncia, intimidación, amenaza, ataque con objetos cortantes), y también pasivo, de experimentar placer en el curso de realizaciones simbólicas, al ser dañado a través del sujeto de su identificación en el film (la identificación con el escritor se realiza por analogía, a través del rol literario, dado su reconocido incipiente talento en la producción de cuentos infantiles).

Las secuencias referidas por el paciente respecto a los mecanismos de la agresión establecen como posibilidad:

- Alguna disfunción específica en el sistema de estructuras originales que se reconocen implicadas en la génesis de los impulsos agresivos (hipotálamo y amígdala temporal; límbico), su filtrado (tálamo) o procesado lógico cortical moderador (frontal).

- Eventual acción inductora del filme, más allá del efecto gatillo disparador sobre la conflictiva de agresión propia y familiar, por reprogramación cerebral (de acuerdo con datos de entrevista durante el Ateneo observa la película a reiteración, unas diez veces, en un período inmediato breve hacia finales de mayo, antes del comienzo del descontrol agresivo hacia mediados de junio), riesgo que padecen los individuos con deterioro cognitivo y juicio pobre, y descrito como conductas de imitación por los neuropsiquiatras (disfunción orbitofrontal) y criminólogos.

El tema ad hoc de la ambigüedad en su identidad, expresado en la confusión conceptual

corporal al asimilar “pecho-senos-grasa” y comentar “...a veces me parece que me estoy feminizando”, “...todavía no me decidí”, tiene múltiples y posibles interpretaciones e intrincadas significaciones, sugeridas tanto en el relato del paciente como en el texto de la historia, y el propio contexto de la enfermedad, su tratamiento y evolución; abarca un espectro amplio de trastornos diversos, de alteración en la identidad de género sexual, o personal, ligado a inmadurez del desarrollo o desorganización de la personalidad, e inclusive como fantasías con materia que complican la aparición de ginecomastia no obvia por hiperprolactinemia intercurrente debida a factor secundario farmacológico (haloperidol, risperidona, olanzapina) común en púberes.

La enfermedad actual fue precedida en la apreciación de la madre y el padrastro, de cambios en la pauta básica de comportamiento en un período variable de dos o tres años, respectivamente. Constatan disminución progresiva del pragmatismo, retracción social con reclusión eventual voluntaria en su habitación, risas inmotivadas, inusual desaseo y lavado ritual de manos, actividad de inspección corporal frente al espejo asociada a preocupaciones somatomorfias con locución circunstancial, y paranoidismo de grado leve (autorreferencias). Refieren tolerancia por este conjunto de anomalías notorias previas, y la mayor sorpresa frente a la irrupción de agresión violenta de un miembro de la familia antes evaluado como “muy tranquilo” y “protector”.

Resulta entonces evidente con la información de terceros que el descontrol de impulsos de la enfermedad actual constituye un epifenómeno nuevo y circunstancial de un proceso de cambio sustancial cuya naturaleza debemos discernir para propiciar la mejor evolución.

¿Cuál es la naturaleza de ese proceso de cambio y su tiempo de evolución?

- La fenomenología de los últimos dos-tres años identifica un síndrome evolutivo que evoca el constructo de esquizofrenia. Se interpreta portador de rasgos de personalidad esquizoides predisponentes. Diagnóstico presuntivo: Esquizofrenia de comienzo insidioso; obtuvo el mayor recibo y desarrollo entre los concurrentes al Ateneo médico.

- En relación con los antecedentes personales se jerarquizan la incidencia temprana de crisis convulsiva (febril, a los tres meses de edad), el tratamiento hasta los dos años con anticonvulsivos (fenobarbital), la escasa actividad lúdica inicial y social escolar posterior, y el deterioro cognitivo (rendimiento escolar) y expresivo literario (incoherencia de texto) progresivo a partir de la pubertad. Los datos referidos pueden ser integrados como anomalías en la historia del neurodesarrollo: se registran datos concordantes de disfunción temprana neurológica (convulsión febril y administración prolongada de barbitúricos), neuropsíquica intermedia (aislamiento lúdico y vincular), y neuropsiquiátrica posterior (deterioro). Esta hipótesis diagnóstica considera la posibilidad de que el síndrome evolutivo atribuido a esquizofrenia real corresponda más precisamente a una psicosis esquizofrenosímil, expresión fenotípica ídem de una encefalopatía crónica de comienzo clínico en el primer año de vida, relativamente compensada por la reserva funcional neuronal a lo largo de la infancia, y que colapsa en la pubertad o adolescencia por la incidencia de la poda neuronal fisiológica y la disminución abrupta de la densidad sináptica. La noción teórica de disturbo citoarquitectural sutil en la etapa migratoria neuronal precediendo a las manifestaciones psiquiátricas es común a las psicosis esquizofrenosímiles (Meenke y Janz 1984, Lyon y Gastaut 1985, Hardiman 1988, Kaufman y Galaburda 1989), y a las psicosis esquizofrénicas reales (Roberts y Weinberger 1987, Roberts 1988), pero se considera de mayor severidad en las esquizofrenosímiles: la diferencia explica la ocurrencia de disfunción neuronal más temprana con aparición de convulsiones en los primeros años y mejoría transitoria en el período intermedio de la infancia por el aumento del umbral convulsivo. El patrón EEG de encefalopatía debe indagarse mediante EEG cuantitativa (mapeo computado) en vigilia (señal lenta), y EEG cuantitativa o convencional en sueño (señal paroxística), a partir de registro digital prolongado. Diagnóstico presuntivo: Psicosis esquizofrenosímil debida a encefalopatía evolutiva. La hipótesis requiere confrontación paraclínica (EEG) y terapéutica (timorreguladores anticonvulsivos asociados a antipsicóticos), y constituye mi contribución al Ateneo.

Los antecedentes de homicidios reiterados a cargo de familiares (tres del padre biológico y uno de la abuela materna) constituyen un marco histórico de leyenda criminal que genera en los allegados –por recreación vivencial de la referencia– expectativas de riesgo similar ante las manifestaciones agresivas inexplicables del caso. Se ha indicado consulta con expertos acreditados en psicología social, área sistémica familiar y criminología.

La comorbilidad médica con obesidad e hipertensión arterial requiere la integración de medicina interna, endócrino y cardiología.

Prof. Adj. Gonzalo Valiño: En función de lo que he escuchado de la intervención de los colegas coincido en que es importante reivindicar los hechos clínicos simples.

En tal sentido, es necesario considerar la historia previa del paciente, y de la historia clínica actual dos elementos: la impulsividad y sus características y, por otro lado, su estado cognitivo.

Por último, el tiempo de evolución de este proceso y qué es lo que éste ha dejado, si hay una restitución completa o hay una “cicatriz” procesual en su personalidad.

Respecto al primer punto me remito a los hechos patobiográficos consignados en la historia que traen los colegas, en la que los acontecimientos hablan por sí mismos.

En cuanto a los elementos clínicos, en lo que respecta a la impulsividad, determinamos que ésta tiene carácter discordante y lleva el sello no solo de lo ambivalente sino también de lo extravagante, lo que traduce el caos pulsional instintivo afectivo del paciente. Es posible que el incremento importante del peso, previo al tratamiento farmacológico, se inscriba en este ítem.

Respecto a los aspectos cognitivos cabe resaltar la bradipsiquia, cuya intensidad se va incrementando a lo largo de la entrevista, a tal punto que después de un período en que se incrementa la latencia en las respuestas, esta termina convirtiéndose en un verdadero “fadding mental” o “barrage”.

Por momentos distraibilidad, en concordancia con el síntoma anterior, pensamiento concreto con pérdida de abstracciones.

Tomando en cuenta la estructura de las preguntas y las respuestas del paciente se puede encontrar un alto monto de sugestibilidad tipo “obediencia”.

Considerando este conjunto semiológico, la historia anterior y la evolución al momento actual, pensamos que se trata de un síndrome discordante, procesual I, esquizofrénico a forma clínica predominantemente catatónica.

Desde el punto de vista terapéutico, en lo que se refiere a lo estrictamente farmacológico, consideramos dos posibilidades:

- Primero, incrementar la dosis de olanzapina que recibe actualmente, pensando en la técnica de la megadosis (40 mg).

- Esperar un tiempo prudencial entre 2 y 3 meses, valorar clínicamente y si no hubiera mejoría pensar en la posibilidad de pasar a clozapina. La otra posibilidad es valorar el uso de clozapina desde un principio.

Prof. Agdo. Vicente Pardo: Agradezco a la Sociedad de Psiquiatría la invitación para la participación y conducción de este Ateneo, lo que constituye para mí un verdadero honor.

Se trata de una historia muy impactante tanto por la edad del paciente, la gravedad de sus síntomas y la importancia del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

En el corte longitudinal, Juan fue un niño con escasa tendencia al juego, con marcado aislamiento social por lo que llegó a recibir asistencia psicológica. De todos modos logró un adecuado rendimiento escolar y llegó a desarrollar una aptitud literaria (escribir cuentos) acorde con su edad. Al parecer no tuvo trastornos de conducta en la infancia.

A los 12 años, coincidiendo con su ingreso al liceo, se produce un acentuado déficit en las áreas de funcionamiento en las que hasta ese momento había tenido un desempeño correcto. Su rendimiento intelectual disminuye, se evidencia una pérdida de correlación lógica en sus cuentos y descuida su higiene. Al mismo tiempo presenta el “signo del espejo” al percibir cambios en su cara y dientes, así como

también risas con un carácter enigmático e indescifrable.

Estos síntomas deficitarios persisten dos años sin aparente modificación, al cabo de los cuales instala síntomas delirantes a temática autorreferencial persecutoria.

Los episodios generados a partir de junio de 2001 muestran en Juan la aparición de conductas agresivas para con su madre y hermana que son expresión de una liberación pulsional sadomasoquista muy primitiva, con marcada egosintonía, que dio lugar a las internaciones y tratamientos reseñados. La reiteración de estas conductas ha motivado que el paciente, en el momento actual, no esté viviendo con su familia dado el riesgo potencial para los integrantes de la misma.

En la entrevista pudo captarse con claridad la lentitud y la pobreza del contenido de su pensamiento, la latencia en las respuestas, un ensimismamiento de sus silencios, la sugestibilidad –ya mencionada por el Dr. Valiñodada por el alto tenor de contestaciones aprobatorias, el desconcertante hermetismo de sus expresiones, la falta casi absoluta de contacto empático con sus entrevistadores y, en última instancia, el fracaso en el intento de penetrar en su mundo.

Creemos que en nuestro paciente se ha dado una reorganización persistente, deficitaria e involutiva de las relaciones de su Yo consigo mismo y con el mundo.

Realizando una lectura “clásica”: la ambivalencia psicótica dada por la coexistencia simultánea de sentimientos de amor-odio, la impenetrabilidad de sus motivaciones pulsionales, la extravagancia de sus risas, el retiro de sus intereses en el mundo compartible apuntan a conformar un típico síndrome de discordancia. Se trata de la historia de alguien que habiendo perdido el “contacto vital con la realidad”, al decir de Minkowski, se encierra en un mundo autista de significaciones puramente subjetivas y cerrado a la comunicación con otros.

Tras esta organización autística de la vida psíquica emergen ideas delirantes fragmentadas, pobres, quizá hoy algo amortiguadas –como expresaba el Prof. Rey– por la acción de la olanzapina.

El desencadenamiento de las conductas agresivas ya referidas también puede considerarse como derivado de la fragmentación esquizofrénica de la personalidad.

En una aproximación más “moderna”, de acuerdo con las actuales dimensiones de la psicopatología de la esquizofrenia, vemos que los síntomas negativos: abulia, aplanamiento afectivo, anhedonia, retraimiento social, carencia de iniciativa, etc., son de una enorme significación clínica. La desorganización tanto de su conducta como de su pensamiento ya fue suficientemente jerarquizada, así como también los síntomas delirantes.

Se trata de un trastorno esquizofrénico de tipo hebefrénico, dada la rápida evolución de los síntomas deficitarios y de desorganización.

La repercusión en las diferentes áreas de funcionamiento ha sido realmente devastadora: abandono de sus estudios y de su única actividad recreativo-cultural, notable distorsión del vínculo con su familia al tiempo que mantiene su grave desinserción social.

Además, hay que realizar el diagnóstico –no psiquiátrico pero sí situacional– de peligrosidad. Juan llegó a poner en peligro la integridad física tanto de su madre como de su hermana. De este modo, las internaciones en los hospitales Pereira Rossell y Maciel y su actual alojamiento en una institución protegida, no solo obedecen a la intención de obtener una mejoría clínica sino –fundamentalmente– a la de evitar una situación de riesgo físico de sus familiares, con las consecuentes derivaciones legales para Juan.

En cuanto a la terapéutica: a) En lo biológico: pensamos que la olanzapina no ha tenido resultados significativos. Dada la gravedad evolutiva y los severos trastornos de conducta de este proceso esquizofrénico, sugerimos iniciar un ensayo terapéutico con clozapina, por ser este el antipsicótico atípico con mayor influencia probada en la disminución de la agresividad. b) En lo psicosocial: opinamos que Juan no debe vivir con su familia por un lapso prudencial. Su alojamiento actual dista de ser el más adecuado para una persona de su edad y de su problemática, pero al momento no parece haber otro. Esto nos habla a las claras –dicho sea de paso– de las carencias

asistenciales y residenciales para este tipo de pacientes en nuestro país. Asimismo, resulta de fundamental importancia la realización de un intenso trabajo de apoyo y de psicoeducación dirigido a su familia.

La inserción de Juan en un centro de rehabilitación psicosocial deberá sopesarse adecuadamente sobre todo con relación al momento de su indicación. Sabemos que si los estímulos ambientales saturan la capacidad de procesamiento del paciente con esquizofrenia, este tiene una mayor tendencia a la descompensación psicótica.

Un objetivo terapéutico esencial está constituido por el retorno de Juan a su hogar. También aquí la adecuada evaluación de la oportunidad constituye un aspecto esencial, a fin de evitar retrocesos que podrían resultar muy desalentadores. Por lo tanto, el gradualismo parece estar indicado. Los “paseos” por pocas horas o días a la semana, en sentido creciente, tanteando la tolerancia del paciente y la de su familia en las entrevistas, podrían constituir una aproximación en tal sentido.

El pronóstico de todos modos es severo. La sintomatología actual está muy consolidada y signada por los síntomas deficitarios y los graves trastornos de conducta, con escasa respuesta a varias semanas de tratamiento con un antipsicótico de nueva generación. Sabemos que en la esquizofrenia el principal predictor del funcionamiento en diversas áreas es el ajuste premórbido y en tal sentido ya fue abundantemente descrita la precariedad del mismo. Otro factor de mal pronóstico está dado por el inicio psicótico con francos síntomas deficitarios y rápidamente evolutivos.

De todos modos, coincidimos con el Prof. Ginés en que todo esto no debe hacernos caer en el nihilismo terapéutico y que Juan deberá ser reevaluado tantas veces como sea necesario a los efectos de rediseñar su estrategia terapéutica.

Pensamos que la situación clínica de Juan constituye un verdadero desafío para nuestro pretendido arte de combatir la enfermedad mental grave. El diseño de mejores estrategias terapéuticas para este tipo de pacientes debe constituir un objetivo crucial de nuestro quehacer cotidiano.

Comentario posterior al Ateneo y búsqueda de antecedentes

Dra. Yubarandt Bespali: Ante la importancia de la historia familiar de violencia que ha marcado la vida del padre del adolescente, se buscó en archivos judiciales los datos referentes a sus condenas por los tres homicidios que cometió en diferentes épocas de su vida.

Para la publicación, se cumplió el Instructivo de la Acordada de la Suprema Corte de Justicia N° 11/2000, referente a “Protección de Datos Sensibles”. Atendiendo la confidencialidad de los datos psiquiátricos del paciente involucrado.

El padre del paciente es el séptimo de una fratría de 16 hermanos. El segundo de sus hermanos fue procesado dos veces por lesiones graves y otro hermano también por homicidio. Cursó hasta 5º año escolar y cuando jovencito, trabajó como vendedor de caramelos y como repartidor de diarios. Tuvo tres internaciones por hurtos determinadas por la justicia de menores, según su relato. No se insertó en ningún trabajo estable en los períodos de libertad entre sus condenas. Cuando tenía 18 años fue procesado por primera vez por “Hurto”, al actuar como “campana” en el robo de una casa.

A los 20 años, discutió con un cómplice, al frustrárseles un asalto. Lo mató con tres disparos de un arma de fuego. Declaró que la discusión se debió a una violación padecida un tiempo atrás por una hermana suya. Esta defensa a ultranza de los miembros de su familia, que señala una pauta de la subcultura del grupo, reaparecerá como excusa o motivación en otro delito posterior. Transcurrido más de un año de su procesamiento, fue periciado por psiquiatra forense. Entonces, refirió que fue invitado “bajo presión” a cometer una rapiña y que, al fracasar, el cómplice, ebrio, lo conminó a cometer actos vandálicos (“prender fuego los ranchos”), lo que él no estaba dispuesto a hacer, trabándose en lucha. Durante el proceso envió una carta, para mostrar su falta de responsabilidad en el hecho delictivo, argumentando la conducta delictiva de su víctima (con quien paradójicamente compartía gran parte de su tiempo), y alegando que el mundo del “cantegril” donde se crio era muy carenciado. En resumen,

mostró sobrevaloración de sí mismo, falta de arrepentimiento y carencia en el aprecio de controles y normas de convivencia (justificando el homicidio por la forma como describe los hechos, y por el juicio negativo sobre su víctima). Se le diagnosticó un nivel intelectual normal, y una personalidad con rasgos psicopáticos de tipo perverso.

A los 26 años mató a la abuela de la jovencita de 15 años que era entonces su concubina. La mujer (de 69 años) fue hallada en un terreno vecino a su casa, tras haber agonizado durante la noche por el hachazo en la región parietal que le perforó mientras discutió con ella.

En la entrevista psiquiátrica se evidenció una personalidad explosiva, violenta, con tendencia a la acción en desmedro de lo simbólico y del área del pensamiento. Mostró una permanente actitud de proyectar la culpa en los otros: “me quieren perjudicar, yo no hice nada, sólo me defendía, fue un accidente, la señora estaba tomada, me insultó, yo sólo evité que me pegara”. También justifica otras agresiones porque eran dirigidas a un “soplón”. Se le diagnosticó una personalidad disocial.

En 1986, fue procesado por “Lesiones ordinarias y tentativa de hurto”, proceso del cual no tenemos datos accesibles.

Nuevamente, en 1987, a los 34 años de edad, fue procesado por “Lesiones ordinarias”, lo que motivó que fuera entrevistado por psiquiatra forense, a quien refirió que había discutido en varias ocasiones con su concubina llegando a golpearla.

Apenas transcurridos ocho meses del cumplimiento de su condena anterior, se ve involucrado en una “venganza” familiar, por la que mata a tiros a un tío del presunto asesino de un sobrino suyo.

En la entrevista psiquiátrica relató que “mataron a un sobrino mío y me agarraron a balazos, yo tenía la escopeta martillada y me salió un disparo”. Se describió a sí mismo como “impulsivo” y “medio calentón”.

El padre de Juan fue condenado por este tercer homicidio y le correspondió salir en libertad a los 48 años de edad, en el año 2001, tras haber transcurrido gran parte de su vida de adulto en la cárcel.