



Asociación Argentina de Ayuda a la Persona con Esquizofrenia y su Familia

Charla APEF 29 de mayo de 2026

Adolescencias y esquizofrenia, Dra. Bárbara Sparrow y Lic. Santiago Vellettaz *

* Dra. Bárbara Sparrow: pediatra, especialista en adolescencia. Lic. Santiago Vellettaz, psicólogo, psicoanalista

Bárbara

Hoy venimos a contar un poco nuestra manera de trabajo con adolescencia. El servicio al que pertenecemos está en un hospital público y es un servicio de adolescencias en general.



Trabajamos con diferentes cuestiones que atraviesan esta etapa de la vida, desde pacientes con neurodivergencia, pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, trabajamos con el colectivo LGBTIQ+ y dentro de todo eso, trabajamos con patologías mentales graves. Venimos a contar la experiencia del trabajo y cómo se trabaja con adolescencias desde nuestra perspectiva en el sistema de salud público, en el servicio de adolescencia del Hospital Municipal de Vicente López, Bernardo Houssay.



El servicio es interdisciplinario y hacemos atención integral en salud de adolescencias. El enfoque con el que trabajamos, y es nuestro paradigma en el día a día, es el enfoque multidisciplinario del cuidado de la salud. En el servicio de adolescencia puntualmente trabajamos pediatras, las tres pediatras estamos formadas en adolescencia, además psicólogos y psicólogas y psiquiatras.

En el hospital en general, además, trabajamos con servicio social, con el servicio de farmacia, con especialidades médicas. A veces necesitamos también trabajar con la guardia del hospital, así que es más amplio el abordaje. Y además ampliamos aún más nuestro abordaje de los pacientes y trabajamos de manera intersectorial: trabajamos con las escuelas, con los centros barriales, con grupos scout, con grupos religiosos, con clubes, con el mundo donde se mueven nuestros pacientes adolescentes. Brevemente como pediatra voy a contar los dos momentos en los que creemos que nosotros como pediatras tenemos un rol en el acompañamiento de los pacientes y las familias.



El primer lugar en el que los pediatras tenemos un rol de acompañamiento de las familias es cuando empiezan aparecer los primeros síntomas de esquizofrenia o el pródromo, donde a veces las familias no saben por dónde empezar, no saben a quién consultar, no saben a quién dirigirse, o saben, pero no tuvieron buenas experiencias. Quizá estuvieron consultando,

peregrinando entre diferentes lugares y no tuvieron una experiencia adecuada de respuesta. En general la mayor parte de los pacientes ingresan por la consulta pediátrica, en general la primera puerta de ingreso al sistema de salud es el consultorio de pediatría. En esa primera consulta, el paciente o la familia exponen alguna situación que los esté atravesando y muchas veces en una primera consulta no se puede arribar a un diagnóstico, pero sí proponemos un seguimiento longitudinal del caso de una manera más cercana. Entonces, con eso que las familias traen, nosotros nos vamos aproximando en diferentes consultas. A veces no es la primera, sino la semana siguiente o en 15 días.

Hacemos una articulación intersectorial. A veces es la escuela la que trae la primer pauta de alarma, nosotros trabajamos con otras instituciones en las que ese adolescente se esté moviendo en el último tiempo y articulamos preguntando qué cambios notaron, qué notó la escuela, o el club, o el grupo scout, por ejemplo, en la zona donde estamos hay varios grupos Scout. Y el tercer punto, por supuesto, es la interconsulta con salud mental. En nuestro caso, al ser un servicio interdisciplinario, la interconsulta es en el mismo equipo. Se consulta en principio con el equipo de psicólogos y en las cosas que se ha requerido con el equipo de psiquiatras. Y todos los jueves tenemos un pase interdisciplinario de pacientes: ese día, nosotros conversamos sobre los pacientes que ingresan, cuáles son las presunciones diagnósticas y por qué camino vamos a ir abordando cada caso.

Santiago

Muchísimas gracias por la invitación. Tuvimos dos encuentros con APEF que nos visitaron en nuestros espacios académicos que son cerrados, solo para nosotros, y allí tenemos invitados externos y hace unos años con Bárbara pensamos en invitar usuarios, porque la verdad es que nos aporta una cantidad de elementos importantísimos que no están en la teoría, no están en la práctica, que tienen que ver con el atravesamiento personal. Las dos veces que estuvimos con ustedes, la verdad es que aprendimos cosas tan relevantes que yo tengo clarísimo qué aprendí en el segundo y que aprendí en el primero. Y el tema que elegí pensar hoy surgió del segundo encuentro, cuando nos visitaron un par de madres y una nos dijo cuánto le hubiese ayudado que le dijeran el diagnóstico anticipadamente para acompañar a su hijo mejor, para entender determinadas cuestiones. Y cuando nos invitaron esta vez para pensar esquizofrenia y adolescencias, con Bárbara nos pusimos a hacer *brainstorming*, pensamos muchas cosas y el tema tal vez más relevante o el que a mí más me convocaba para pensar era este que partía ustedes. Así que gracias. Venimos a hacer un poco de extraccionismo intelectual y a que nos tiren *data* para aprender y para recalculer nuestras prácticas.

El diagnóstico como intervención clínica

¿Qué característica tiene el diagnóstico en la infancia, en las adolescencias, a diferencia de otros momentos etarios? Hay uno que es clave: están en plena constitución anímica, (una aclaración importante: de alguna manera el desarrollo psíquico continúa el resto de la existencia). Es cierto que en la temprana infancia, en la adolescencia y juventud incluida, hay una cantidad de cambios, incluidos cambios orgánicos. Hay dos elementos básicos, entre otros: una revolución hormonal y el lóbulo prefrontal todavía no está debidamente desarrollado. Así que ese combo hace que haya una cantidad de inestabilidades, de conductas impulsivas y cuestiones que hacen que, por ejemplo, a muchos diagnósticos no se les ponga una firma hasta pasados los 18 o 20 años, por lo menos de acuerdo con el DSM, que es el manual internacional. No es el caso de la esquizofrenia, muchas veces se diagnostica en la infancia y en la adolescencia.

La querella del diagnóstico

Les voy a contar desde el psicoanálisis, para que piensen cuáles son los dilemas que tenemos cuando pensamos diagnóstico. No hay consenso, hay psicoanalistas que no están de acuerdo con diagnosticar. Yo no estoy de acuerdo con esos psicoanalistas. Me parece que es centralísimo pensar al paciente, que ordena las manifestaciones que traiga, que ordena el tratamiento, los modos de intervención, los pronósticos, etc. Y además es muy importante nuestro enfoque interdisciplinario, multidisciplinario y en este caso puntual de esquizofrenia, por supuesto, una intervención psicofarmacológica es muy importante más allá de lo que se trabaja en terapia. Así que dicho eso, como introducción somera, vamos a ir entrando en tema.

Respecto de esta cuestión quizá de protesta muy válida de quien dijo: "Yo hubiera operado mejor, acompañado mejor si hubiese sabido el diagnóstico con antelación." Entonces pensamos en principio si estamos de acuerdo con diagnosticar, que ya dije que sí. En segundo término, la complejidad del diagnóstico en la infancia, en la adolescencia, entendiendo que algunos diagnósticos pueden ser presuntivos, pero en el hipotético caso de que estemos de acuerdo con diagnosticar (que sí lo estamos) y que tengamos un diagnóstico, la tercera consideración sería cuándo, cómo, a quién, de qué manera, que por supuesto es una intervención clínica en tanto algunos diagnósticos, y este no escapa de ellos, que podría ser muy movilizante, podría angustiar o desestabilizar a la familia, al paciente. Y entonces en ese caso habría que pensar algo que le podemos poner el nombre de *timing*, que es cuándo, cómo, a quién y por qué. El por qué es la dirección clínica, que es en última instancia, que si uno tiene alguna información como puede ser el diagnóstico, seguramente eso va a redundar en que uno comprenda algunas cosas mejor, que pueda tener mayor adherencia y mayor conciencia de enfermedad, entonces va a considerar que el tratamiento es muy importante.

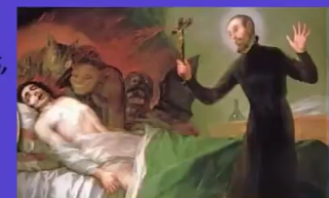
Etimología de Diagnóstico: la palabra Diagnóstico viene de las palabras griegas "día" (a través de) y "gnosis" (conocimiento).

Considerar al Diagnóstico como "Marco de Conocimiento", es fundamental para servirse de él como una herramienta que nos permitirá establecer regularidades, considerar tratamientos adecuados (si se requiriesen) y pronósticos posibles.

La palabra *diagnóstico* viene de dos palabras griegas que son *dia* y *gnosis*, y eso significa *a través de o un marco de conocimiento*. Entonces pensar el diagnóstico en estos términos nos permite aplicar un marco de conocimiento, que en mi marco teórico sería un diagnóstico estructural, una determinada serie de lógicas que son generalizaciones. Les cuento por qué no hay consenso. Algunos psicoanalistas pensando que uno trabaja con la singularidad de cada

persona, cosa que por supuesto yo suscribo, proponen que pensar en términos diagnósticos anularía la singularidad, cosa que yo no estoy de acuerdo. Creo que uno puede pensar determinadas lógicas estructurales y después, por supuesto, trabajar con cada persona única y singular, no reducirlo al diagnóstico. De hecho, y ustedes me dirán si estoy en lo cierto, yo no sé el origen del nombre APEF, pero estoy seguro que en vez de poner familiares de esquizofrénicos, ponen *personas con esquizofrenia*, porque tiene que ver justamente con no encerrarlas a ese diagnóstico, que son mucho más que eso. Creo que esa es la impronta, uno puede hacer un diagnóstico y entiende, a mí me parece casi una obviedad, pero indudablemente no lo es, que la persona es muchísimo más compleja que eso poquito que explica el diagnóstico. Pero es muy importante que uno entienda tal vez alguna falencia cognitiva, alguna cuestión respecto de la comprensión de algún área (que ahora vamos a ahondar) en la que tenga una dificultad y alguna otra en la que no. Pero pensar en estos términos, como dijo una de las personas que nos visitaron en el hospital que efectivamente le hubiera ayudado mucho, y por supuesto, que su familiar es infinitamente más que eso. Es una obviedad. Sin embargo, valga la aclaración porque algunas personas, colegas no les parece que se pueda trabajar en ambos niveles. En el servicio consideramos que sí.

<i>Historia del diagnóstico actualmente conocido como Esquizofrenia</i>		
<i>Época</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Tratamientos</i>
<i>Desde Siglo V (a.C.) hasta siglo XVII</i>	<i>Locura, melancolía, manía.</i>	<i>Sangrías, shocks térmicos</i> Teoría de los humores de Hipócrates: • Flemático • Colérico • Sanguíneo • Melancólico
<i>Edad media (Siglo V a XV)</i>	<i>Posesión demoníaca</i>	<i>Exorcismos, flagelaciones, trepanaciones.</i>



Esto un recorrido histórico de cómo se ha pensado este diagnóstico que ahora llamamos esquizofrenia, sobre todo la psiquiatría, el psicoanálisis lo llama psicosis, que no son estrictamente sinónimos, pero en la coloquialidad de la clínica se utilizan como sinónimos.

En el siglo V a.C., Hipócrates sistematiza esta famosa teoría de los humores, que algunos la habrán oído nombrar. Él no la inventa, es anterior, pero la sistematiza en cuatro humores, pues a lo largo de las épocas fueron variando, algunos ponían más humores, otros menos y proponía como tratamiento sacarles sangre a los pacientes con la aplicación de sanguijuelas o realizando incisiones. Y esto se sostuvo, lo digo para un poco también como llamada a mis colegas, si hay alguno que escuche, o vaya a escuchar, además de ustedes como familiares y o pacientes, que es entender que el marco teórico es muy importante y al mismo tiempo requiere que uno lo problematice. Y lo digo inclusive críticamente del psicoanálisis que muchas veces repite cosas desde hace 200 años y es un problema. Porque entre otras cosas, muy lejos de la teoría de género, siguen en algunos casos culpando a las madres y estas cosas que están muy anticuadas

en mi consideración. Por eso ponerlo en contexto histórico a mí me sirve para pensar y recalculer y por eso me gusta el encuentro con ustedes porque nos ayudan a repensar.

En la Edad Media, del siglo V al X, se ubicaba desde ese paradigma más religioso y se pensaba en posesiones demoníacas, entonces los tratamientos eran exorcismos y cuestiones por el estilo. También es interesante ver que conviven ambos paradigmas, que también eso está para pensar, aunque no me interesa tanto esto (salvo para graficar), sino las teorías actuales y la importancia de entender que conviven. Yo lo digo más bien hacia los clínicos: no tener prejuicio respecto de otras corrientes. Desde el psicoanálisis se suele tener prejuicios respecto de lo cognitivo conductual, y yo creo que hay herramientas de esa corriente teórica fabulosas, también desde el psicoanálisis, desde los acompañamientos terapéuticos, de las teorías sistémicas. En fin, todo eso que creo que no es una opción o la otra, sino que hay que tratar de incluir lo más que se pueda, por supuesto.



Acá están estas tres teorías que son propias del siglo XX, incluido el psicoanálisis. A Kraepelin lo pasé por alto, pero es el que hablaba de demencia precoz, y también es un concepto que se sostuvo bastante tiempo y se trasciende en tanto partía de dos cosas que ya no se consideran: que se producía solo en la temprana adolescencia o infancia, y que incluía un proceso de demenciación, dos cosas que ya no se consideran. Bleuler, que es más moderno, es quien ubica las "4 A" (ambivalencia, autismo, aplanamiento afectivo) y es el que marca en gran parte la marcha de la psiquiatría moderna. Seguramente algunas cosas están trascendidas, pero ya se propone otra mirada. Después hay otra cosa que para mí es muy interesante, que todos los marcos teóricos, salvo los medievales, planteaban la laborterapia y para mí eso está buenísimo, desde el psicoanálisis o de cualquier corriente. En este recorrido histórico que estuve haciendo estos días, encontré que todos tenemos en común lo importante de la laborterapia, es tener algo arreglado, algo que por lo menos varios días a la semana ordene horarios, de modo de tener algo que hacer, porque hay algo ahí de la estructuración psíquica. No importa si uno tiene esquizofrenia, melancolía, neurosis o lo que fuere, eso ordena y es saludable; luego cada uno lo irá haciendo a su medida y como se lo dicte su salud y los tratamientos.

Época	Diagnóstico	Tratamiento	
Mediados del Siglo XX en adelante	Psicosis/Esquizofrenia	Antipsicóticos Típicos ('50s) Antipsicóticos Atípicos ('80s, '90s)	
		Tratamiento comunitario – • Libertad y dignidad: Eliminó las camisas de fuerza y los métodos de coerción. Instaló un sistema de "hospital abierto" que permitió a los pacientes salir, participar de actividades y recuperar su autonomía. • Participación activa: Otorgó a los pacientes voz y voto para decidir en asambleas y creó cooperativas de trabajo remuneradas. • Atención territorial: Desplazó el centro de atención del manicomio a la comunidad, integrando a los pacientes a la sociedad.	
Entre Ríos, "Colonia Federal" – Dr. Camino. (1968)	Trieste – Franco Basaglia. (1971)	Rio negro - Hospital Monovalente "Allen" reconvertido en Polivalente (1988)	Hospital "Estévez" (2026)
			

Después aparecen los antipsicóticos. Primero los típicos, que eran muy buenos en cierto sentido, pero tenían mucho efecto colateral; y los atípicos, que son los que más se usan porque tienen menos efectos adversos y entonces permiten que haya más adherencia a los tratamientos. Y quiero destacar esto, porque además sé el posicionamiento de ustedes y las escuché hablando en la audiencia en el Senado: tenemos que defender la ley, porque la ley propone una mirada participativa y comunitaria. Hay como una propuesta medio clínica, que no es cierta, que dice que el que propone esto está en contra de la psiquiatría, y por supuesto que no. Yo estoy muy a favor de la psiquiatría, ayuda muchísimo, es muy necesaria, y la mirada comunitaria para desestigmatizar, para que trabajen y tengan salida a la sociedad es centralísima. De hecho, nosotros practicamos con el ejemplo, ya que trabajamos en un polivalente (no es que estemos en contra de los monovalentes, en muchos casos son necesarios). Hace poco escuché una de las expresiones en la audiencia que está en YouTube: "No queremos cerrar monovalentes, queremos abrirlos", y me pareció espectacular como mensaje, que es abrirlos a la comunidad. Pero por supuesto que, si es un episodio agudo, puede ser un poco más complicado y requerir internación; supongo que todos los que estamos acá ninguno tiene duda de eso, que a veces se requiere, y al mismo tiempo es muy importante trabajar en la inserción o en la reinserción, y que los pacientes en la medida de lo posible estén circulando como cualquiera de nosotros, porque en tal caso somos todos pacientes, no sólo somos todos familiares de pacientes, sino somos todos pacientes en una u otra medida.

Todos los que han propuesto esto son psiquiatras, con lo cual la pelea que se propone que tenemos con los psiquiatras no es cierta. El doctor Camino, que armó la Colonia Federal en Entre Ríos, era psiquiatra. Franco Basaglia es psiquiatra. En el Estévez son psiquiatras.

Época	Diagnóstico	Tratamiento
Mediados del Siglo XX en adelante	Psicosis/Esquizofrenia	Tratamiento comunitario – Grupos psicoterapéuticos/ Redes de apoyo de familiares/ Movimientos sociales



APEF
ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE AYUDA A LA PERSONA CON
ESQUIZOFRENIA Y SU FAMILIA



aafe
Asociación de Ayuda de Familiares
de personas que padecen esquizofrenia



EL ORGULLO LO CURA
20 MAYO
N/A DEL ORGULLO LOCO



radiolacolifata
En una vieja casona de San Telmo,
Defensa 1344/1348, la cocina se convie...



LA COLIFATA
¿QUÉ ES EL LOCO?

Y por último, las asociaciones de familiares, el orgullo loco que empezó hace unos años allá en España y son marchas para defender los derechos, lo cual está muy bien. En cualquier momento estará bien que empiece a suceder algo de eso acá. Y hay muchos emprendimientos, como el de La Colifata que de hecho parte del Borda y ahora están saliendo a la comunidad, han armado un restaurante en San Telmo. Este era el recorrido que me pareció importante para poner en consideración los diagnósticos, los tratamientos y que pensemos en conjunto cómo mejorarlos.

El problema (?) del diagnóstico en psicoanálisis

Silvia Bleichmar



Piera Aulaugnier



Marisa Rodulfo



Colette Soler



Ahora, lo que a mí me compete, que es el psicoanálisis: el título de esto que propuse hoy tiene una cuestión muy característica, sobre todo en lo lacaniano: Lacan habla muy en difícil, por eso hay quien lo ubica como un signo de engreimiento (que puede ser, no lo niego). Y por otro lado, él lo proponía como una forma de que se activara el pensamiento, que yo elijo pensarlo

así porque me parece que está bueno: que si nos juntamos diez psicoanalistas habrá ocho psicoanálisis. La importancia de eso es que produzcamos conocimiento. El problema, yo creo, es cuando alguno se erige como el dueño de la verdad; ahí hay un problema, pero no me voy a ocupar de eso hoy. Estas cuatro teóricas han escrito muchísimo acerca del diagnóstico, sobre todo las dos del medio, Marisa Rodulfo y Piera Aulagnier, mucho sobre infancias y adolescencias, y proponían esta cuestión de ser cautos, pero al mismo tiempo trabajar desde el diagnóstico con la consideración de que eso podría ir reformulándose, pero que era muy relevante en los tratamientos.

“Si un sujeto está analista, en el lugar del que no sabe y frente a su paciente no sabe, no puede hacer un diagnóstico.” Roberto Harari

Por otro lado, uno de los que está en contra de la utilización del diagnóstico, es Roberto Harari, que es bastante reconocido acá en nuestro país. Él proponía esta cuestión: si uno piensa en términos diagnósticos anula la singularidad, cosa que a mí me parece casi un disparate, pero si digo eso me erijo como el dueño de la verdad que estoy criticando. Entonces, me parece que lo atendible de lo que dice Harari es ser cautos, entender que un diagnóstico no resume a la persona ni de cerca, pero sí nos ubica en determinadas líneas de trabajo, determinados modos de intervención, determinados pronósticos. Y para las familias, que es un poco lo central de nuestra charla de hoy, ver cómo una consideración diagnóstica puede ordenar, que era un poco lo que nos decían ustedes que también les hubiera servido porque habrían entendido un dilema virtual. Yo diría que en toda paternidad, maternidad y todo vínculo la pregunta es hasta dónde acompaño, hasta dónde empujo. En cualquier maternidad uno dice: "Bueno, hasta dónde te tiro para que arranques y en dónde te estoy presionando a un punto en el cual te va a hacer mal". En el posbrote es un dilema muy habitual que tienen los padres: "No sé hasta dónde decirle que socialice". Hoy justo supervisamos un caso de una paciente que trabaja en su casa; entonces la terapeuta decía: "Me gustaría que salga", y yo le decía: "Bueno, pensemos hasta dónde eso puede motorizarla a armar vínculos por fuera o tal vez no sea el momento porque eso la desestabilizaría". Esto es entrar caso por caso, ante una dificultad, pensar en términos diagnósticos ayuda a que uno diga: "Bueno, en este caso tal vez sea un poquito más cauto". En eso ayuda, es una "generalización" en la estructura y después está la singularidad de esa persona en esa estructura.

“La clínica ha de definir sus modos de operar teniendo en cuenta la no homogeneidad estructural del sujeto, y concibiendo líneas de dominancia que deben ser consideradas cuidadosamente en los diversos procesamiento de la cura.”
Silvia Bleichmar

En ese sentido, Silvia Bleichmar, una psicoanalista fabulosa —además, a propósito, elegí todas psicoanalistas mujeres porque siempre se apela a Lacan y a Freud y ya es hora como mínimo de cambiar de género—, hablaba de líneas de dominancia: significa que dentro de la estructura donde uno supone que hay determinadas falencias, alguno tendrá una falencia en un lado y otro en otra. En la facultad se seguía diciendo que quien tiene diagnóstico de psicosis no puede hacer diván, o no puede viajar en avión, o tiene siempre cuestiones con su sexualidad, cosa que por supuesto no es cierta. Por suerte, el trabajo clínico le pega un cachetazo a la teoría y, si uno está avisado y se banca el golpe narcisista, tiene que revisar un par de manuales y leer otros nuevos, porque efectivamente este paciente con esquizofrenia, psicosis o cualquier otro diagnóstico es mucho más amplio.

Les voy a contar una anécdota que no es de este diagnóstico, pero sí de una vieja paciente mía a la que diagnostican con depresión; viene un día y me dice: "Te hago una pregunta: ¿cómo puede ser que la semana pasada un día me sentí feliz si yo tengo diagnóstico de depresión?" En un momento en el cual la identidad se está conformando en la adolescencia, es centralísimo trabajar con eso para que no queden enganchados a un significante. Cualquier palabra o significante que abroche y deje de pensar a la persona, y de pensarse en su complejidad, siempre es problemático. En este caso, por supuesto que lo trabajamos; me causó gracia, además es una vieja paciente a quien yo quiero mucho, ver que su depresión por momentos no resumía todo el resto de su existencia.

3 Niveles de Análisis

**Marisa
Rodulfo**

1) *Análisis General – Estructural – Saber Referencial –*

Diagnóstico
Diferencial

2) *Análisis Particular – Líneas de – Saber Referencial/
Dominancia Saber textual*

— Diagnóstico
de la
Diferencia

3) *Análisis Singular – Caso x Caso – Saber textual*

— Diagnóstico
de la
Diferencia

Esto es más conceptual: es la consideración del diagnóstico en su parte de generalización y cómo pensar el diagnóstico en, finalmente, el saber textual, que es con lo que yo hablo con mi paciente en ese lugar entre nosotros dos. El trazo grueso es estructural, eso que decía Bárbara (con ella además hacemos las admisiones, con lo cual, por supuesto, de entrada a veces vemos cuestiones que nos llaman la atención y en algunos casos pedimos, o muy prontamente o inmediatamente, consulta psiquiátrica. En el peor de los casos, subimos a guardia; entremedio, si hay algo que no está en ese terreno más cercano a lo agudo, nos tomamos tiempo, pero consideramos que hay algo ahí y lo empezamos a enunciar, entendiendo que, entre otras cosas, una interconsulta con psiquiatría, sobre todo en infancias y adolescencias, puede ser movilizante, en nuestra experiencia consideramos que muchas veces sí lo es, con lo cual decimos: "Mirá que tal vez en algún momento vamos a pedir interconsulta, ¿qué pensás de eso?". Se despiertan a veces prejuicios, yo no sé si producto de las películas de Hollywood que hemos visto o porque, por supuesto, hay tratamientos que han funcionado mal, pero estos miedos habituales yo los resumo en dos o tres: el miedo a que me tapen los malestares y yo no los pueda trabajar, el miedo a que me vuelva adicto, el miedo a que me deje hecho un tonto. Y la verdad es que, en nuestra experiencia, ayuda muchísimo y es, diría en algunos casos, imprescindible la ayuda psicofarmacológica que ordena. Pero, no somos incautos; sabemos que hay prejuicios y lo antes posible empezamos a trabajarlos para llegar al caso en que se pide interconsulta y en esa interconsulta se requiera inicio de psicofarmacología. A veces asisten y el psiquiatra nos dice: "Mirá, en principio, no", en la confianza y en el privilegio que tenemos de que trabajamos en consultorios uno al lado del otro, con lo cual la consigna es "vos seguí evaluándolo, cualquier cosa vuelvo a verlo". Entonces a veces dice: "Mirá, todavía no me parece, esto por ahí se puede trabajar, lo vamos viendo". Por eso, cuanto más nos podamos anticipar nosotros —y en esta demanda tuya de tener diagnóstico va por ahí—, cuanto uno antes pueda ver las cosas, mejor se va a poder preparar. En este caso tiene que ver con los prejuicios con la psicofarmacología, que no lo despierta ninguna otra rama de la medicina. Si alguien tiene que tomar para la presión, acá se suma otra cosa, por lo menos este es mi análisis, a veces se confunde lo psicológico con lo voluntario. Entonces a veces, por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia con los síntomas negativos, y sobre todo cuando recién arrancan y en la adolescencia, el padre o la madre le dicen: "Dale, activá", y el hijo o la hija no está

pudiendo, no es mala voluntad. Se podría decir que es psicológico, además de tener, un basamento orgánico, pero es psicológico. Sí, y al mismo tiempo no es voluntario, no son sinónimos. También ocurre con las psicosomáticas: si alguien tiene asma, nadie elige ser asmático ni tener esquizofrenia, sucede. Y el síntoma negativo, que es tal vez el más complejo de remar porque la psicofarmacología ahí todavía está recalculando, a diferencia de un delirio o una alucinación que evidentemente uno ve que ahí hay algo un poco más corrido de eje, los síntomas negativos a veces son tremendos y se confunden con la mala voluntad o con que la persona no lo hace porque no quiere. Me parece que es muy relevante que cuanto antes el familiar y el paciente entiendan que hay algo de eso que hay que trabajar, pero que tiene que ver con su patología.

Hoy le decía a Bárbara una palabra que cada vez pienso más de mis procesos con mis pacientes, conmigo mismo y con mis pacientes, y que me parece que es una de las cosas que más me interesa de las terapias conmigo: cierta *piedad*. No piedad en el sentido asimétrico de la cultura católica —no tiene que ver con el catolicismo tampoco esto—, sino al revés, con ubicarse en que uno tiene una falta y que hay ciertas dificultades, y la piedad implica que uno sea más comprensivo con lo que el otro puede o no puede, para no ser cruel, además.

El análisis particular es esto de las líneas de dominancia que les decía: ver a ese paciente particular en dónde tiene más falencias y en dónde menos. Y por último, el análisis singular, que es el trabajo con ese paciente en singular, que va a ser único e irrepetible.

El Diagnóstico como Intervención Clínica
Comunicación del Diagnóstico
¿Para qué? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿A quién? ¿Por qué?

2 Legalidades

1) *Legalidad jurídica – Saber legal*
2) *Legalidad clínica – 3 Saberes (Dirección de la Cura)*

* *Ambas legalidades conviven*
* *La legalidad de la clínica no puede actuar contra la legalidad jurídica. En la teoría.*
* *No siempre coinciden en la clínica – Bien superior de la dirección de la Cura*

Acá les propongo algo de lo que supongo están muy al tanto, pero nunca pierdo oportunidad de decirlo: es muy importante que sepan las leyes. A mis colegas ni hablar, pero también ustedes como usuarios; no son tantas: la ley del derecho del paciente, la ley de salud mental, en principio esas dos, además de las reglamentaciones. Todo eso está subido a Internet y son bastante claras. Las reglamentaciones son la bajada a tierra de aquello que, en última instancia, son los derechos de ustedes. Yo me acuerdo de que en nuestro primer encuentro se quejaron de cuando los internan y no los dejan ver. La ley de salud mental dice que eso es ilegal,

sépanlo. Es ilegal, no les pueden negar el acceso, salvo que fuera una consideración clínica explícita. En tal caso, quién está a cargo de la internación debe buscar o preguntarles por otro referente o si no hay ninguno de esos, un representante legal. Es muy importante, es un derecho de ustedes y de la persona que está internada, no puede quedar aislada. Digo eso para continuar defendiendo esta ley, que tiene mucho para pensar y mucho para recalculer, pero que es mejor que lo que se está proponiendo.

Por otro lado está la legalidad clínica, en este caso la mía es la psicoanalítica y en todo caso de integralidad, por el trabajo que hago hace muchos años con médicos, con Bárbara y con psiquiatras, que tiene que ver con las consideraciones que hagan a una mejoría en el tratamiento. Uno diría que en el manual deben coincidir. Uno no debería indicar o prohibir nada que no esté indicado o prohibido por ley. Dicho eso, hay algunos grises en donde yo priorizo el bienestar de la dirección de la cura antes que la ley, entendiendo que a veces uno se corre un poquito en relación a, por ejemplo, determinadas comunicaciones. La ley dice que el paciente tiene derecho a saber, cosa que yo suscribo. Ahora, a veces la consideración clínica es que no es el momento. Y acá voy acercándome un poco al tema central de lo que pensé para hoy, que es cuándo uno comunica el diagnóstico. Hay un derecho legal; dicho eso, a veces uno podría considerar como clínico que puede desestabilizar al familiar o al paciente, y entonces no es que le retacee información, pero entiende clínicamente que tal vez no es el momento. Mi consideración es que cuanto antes se pueda decir, va a ayudar más.

Legalidad Jurídica

Ley 26.529 – “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”

----- **Capítulo I - Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud** -----

Artículo 2º — f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

----- **Capítulo II – De la información sanitaria** -----

Artículo 3º — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

Artículo 4º — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

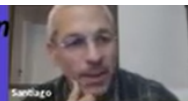
Acá está la ley, la 26.529, de los derechos del paciente; búsqüenla, al igual que la ley de salud mental. Busquémosla, defendámosla, critiquémosla. Y ustedes como usuarios está bueno que la conozcan, porque van a saber cuándo en algunas cosas les están pasando por arriba, como en aislarlos del familiar internado.

Legalidad Clínica

	<i>Función iatrogénica</i>	<i>Función terapéutica</i>	<i>Función iatrogénica</i>
<i>Frontera de angustia</i>	⌘ No angustia o angustia sintónica	⌘ Angustia distónica	⌘ Angustia destructiva
<i>Función clínica</i>	⌘ Paternalista - sobreprotección	⌘ Estar analista – distancia instrumental	⌘ Descuido o destrucción
<i>Factor Tiempo</i>	⌘ Intervención tardía o nula (No se comunica el Dx. cuando el paciente y/o su familiar se haya en disponibilidad para recibirlo, "para no angustiarlo".)	⌘ Timing "adecuado" (Se comunica el Dx. cuando el paciente y/o su familiar se haya en disponibilidad para recibirlo, considerando que cierto monto de angustia será "motor del análisis".)	⌘ Intervención apresurada (Se comunica el Dx. cuando el paciente y/o su familiar no se haya en disponibilidad para recibirlo, generándose sentimientos de extrañeza en el mejor de los casos, o "angustia obturante" que entorpecerá o interrumpirá el tratamiento.)
<i>Tipos de violencia (Peter Aulagnier)</i>	⌘ Violencia secundaria	⌘ Violencia primaria	⌘ Violencia secundaria
<i>Tipos de andamiaje (Lev Vigotski)</i>	⌘ Andamio demasiado cercano	⌘ Andamio a distancia "suficiente"	⌘ Andamio demasiado alejado

Y en esto que les decía de la consideración, lo ubiqué como frontera de angustia: mi consideración como clínico cuando voy a transmitir un diagnóstico es trabajar en el eje de la angustia, lo cual no quiere decir que sea el único eje de consideración y además no es cuantificable, pero sí es cualificable. Y quiero decir que determinado malestar es importante para que la persona vaya a terapia, para que quiera continuar en terapia, para que, en el mejor de los casos, le adjudique cierto saber a quien lo trata, que tome la medicación. Eso sería un malestar promedio que ayuda, que sería instrumental. En un polo está el analista o el clínico que le quiere ahorrar una angustia que sería importante para el tratamiento; quizá quien no te dijo el diagnóstico pensando "a ver si se angustia", y vos decís "me hubiera ayudado, ¿cómo no me lo dijo antes?" Ahí te ahorra una angustia que hubiera estado bien, que vos seguramente te hubieses angustiado, pero te hubiese ayudado a ordenar algunas cuestiones de tu vínculo con tu familiar. En el otro extremo está lo opuesto: hacer una intervención brutal y decirle un diagnóstico a alguien que no está en condiciones de recibirlo.

2 Casos, 2 modos de intervención posibles – “Lo que no cesa de no in



---- Caso 1 -----

9 *Paciente en la adolescencia media*

9 *Se presenta con alucinaciones cenestésicas, visuales y auditivas. Discurso delirante y desorganizado.*

9 *Relato materno – refiere diversas consultas desde hace al menos 3 años que comienzan por sentimientos de extrañeza (desrealización y despersonalización), el periodo prodrómico, y luego alucinaciones y delirios francos. Además surge que ha iniciado tratamientos psicofarmacológicos en 3 oportunidades y que los habrían interrumpido “porque ya estaba bien” (SIC – dichos de la madre).*

9 *Se deriva a Hospital “Alvear” para internación con acuerdo de iniciar tratamiento ambulatorio en este servicio cuando se compensara del brote.*

9 *Inicia tratamiento ambulatorio en el servicio con evolución favorable.*

9 *Ciclo repetido en 4 ocasiones durante los 5 años de tratamiento:*

1) *Mejoría del cuadro.*

2) *Interrupción de la administración de la medicación por parte de los progenitores.*

3) *Descompensación.*

4) *Internación y trabajo con el paciente y su familia respecto del diagnóstico, señalándose riesgos para sí y para terceros y la posibilidad de deterioro que acarrea cada nueva descompensación.*

Y acá les cuento brevemente dos casos para graficar todo lo que les estuve diciendo y para que vean dos modos de intervención bastante diferentes. El caso uno es un paciente que traté yo en la adolescencia media; se presentó como uno de los pacientes más floridos que vi en toda mi carrera profesional, con alucinaciones cenestésicas, delirio, en fin, todo tipo de síntomas positivos, mayormente esos. Y en el relato materno —y acá viene esta cuestión que también es muy importante en el trabajo con infancias y adolescencias, hablar con los familiares porque aportan una cantidad de información, yo diría siempre con pacientes con ciertas dificultades; en esta edad es central y si no se hace creo que es una mala práctica—, empiezo a recabar información de que, cada vez que este paciente se descompensaba, la madre lo sacaba de tratamiento y se volvía a descompensar. Entonces volvía a tratamiento, y cuando yo lo traté, tenía una descompensación muy florida. Lo atendí muchos años. Yo tenía la vieja historia clínica escrita durante 5 años, y el ciclo se repetía: mejoraba y la madre le dejaba de dar la medicación (y acá voy a hacer una lectura de género: digo la madre porque son las que están designadas por la cultura patriarcal como cuidadoras, cuando eso debiera ser un cuidado más que compartido, valga la aclaración). Este caso, por supuesto, no escapaba a la media. La madre, que era la cuidadora, dejaba de darle la medicación, él se descompensaba, y ante este ciclo a repetición nosotros insistíamos en decirle qué diagnóstico tenía y los riesgos de que las descompensaciones, como mínimo, le generaran malestar, además de ponerlo en riesgo para sí y para terceros, y además de que las descompensaciones producen deterioro. Ustedes también saben de esto. Entonces, por todo eso insistíamos; finalmente, después de mucho tiempo, eso se fue ordenando. Esto tiene que ver con cierto lugar que tiene el síntoma a veces, que se arma una dinámica de tanto cuidado y una cuestión tan armada y rígida que la mejoría también exige un nuevo reacomodamiento, en tanto toda esa energía que se puso ahí hay que recalcularla, por supuesto es un mecanismo inconsciente (nadie quiere padecer a conciencia, o no es habitual). En este caso era decir el diagnóstico a repetición: decíamos una y otra vez el diagnóstico hasta que finalmente fue inscripto en esa dinámica tanto ante la madre como ante el paciente. Pero llevó mucho tiempo.

----- Caso 2 -----

♀ *Paciente en la adolescencia temprana*

♀ *Discurso acelerado y, por momentos, desorganizado. Sin presencia actual de alucinaciones. C. discurso arborizado y "peculiar". Presentación expansiva.*

♀ *H.C. de terapeuta anterior – refiere en reiteradas ocasiones que el paciente se escapa de la sesión, que revolea objetos, que debe dar por interrumpidas sesiones por conductas disruptivas, etc.*

♀ *Relato materno – realiza tratamientos desde temprana infancia. Ha cambiado reiteradas veces de equipo tratante cuando se mencionaba el Dx. pero nunca quedó sin tratamiento. Refiere que en una ocasión en que un psiquiatra insistió en mencionar que su hijo tenía esquizofrenia estuvo "a punto de revolearlo por la ventana" (SIC).*

♀ *Cuando se desliza en entrevista de admisión que podría tratarse de un Dx. de Psicosis, la madre se angustia mucho y expresa "no podría soportarlo" (SIC).*

♀ *En la familia hay varias personas con ese Dx. La madre, por su trabajo, trabaja con personas con ese Dx.*

♀ *Desde el día de la admisión sostiene el tratamiento conmigo, habiendo cambiado únicamente de psiquiatra del equipo de adolescencia por una de otro efector después de que la medicación entonces indicada tuviese efectos adversos y luego de que en el pedido de C.U.D. la mencionada profesional pusiera el diagnóstico número 295.10, código del DSM IV para referirse a la **Esquizofrenia de tipo desorganizado**.*

♀ *Evolución favorable del paciente. Discurso y pensamiento más organizados, mayor capacidad de socialización. Adherencia al tratamiento, transferencia positiva del paciente y su familia con este equipo.*

♀ *Hace 2 meses, luego de más de dos años de tratamiento, la madre y el padre pueden recibir el diagnóstico. Comienzan a concurrir a APEF refiriendo positivamente su experiencia en ese dispositivo.*



Santiago

El segundo caso es un paciente de adolescencia temprana. Se presenta mucho menos desorganizado que el primer paciente, muy expansivo. Nosotros tenemos una suerte en el municipio, que es que tenemos historia clínica digital y entonces accedemos a leer evoluciones de otros profesionales y otros efectores, lo cual también pone un dilema que me parece muy importante en infancia y adolescencia, que es el secreto profesional. En tanto al estar en tantos sistemas, como el sistema escuela, sistema clubes —esto que les decía Bárbara—, los centros de formación de juventudes, etc., muchas veces piden informes. Mi forma de responder casi en el 100% de los casos es oral por varios motivos, pero dos principalísimos: uno, que yo puedo graficar cualquier información que por escrito quedaría corta, y además porque guardo mucho el secreto profesional, entendiendo que hay prejuicios a veces circulando y yo en principio no siempre confío en mi interlocutor, aun cuando me parezca confiable. Un papel escrito por mí, quizá queda ahí y lo ve cualquiera, y a mí me parece que eso afecta, en el caso puntual de la esquizofrenia en adolescencias e infancias, y la utilización de medicación psicofarmacológica, entendiendo que algún prejuicio podría andar circulando. Por supuesto que no es motivo de vergüenza, pero sí es algo íntimo; uno no anda diciendo por la vida si tiene diabetes, o colesterol, o presión alta. En este caso, que además despierta prejuicios, yo también trabajo esta cuestión de: "Mirá, esto es cosa tuya si vos lo querés contar con tu gente de confianza o con quien quieras, pero de mi parte yo soy super cuidadoso".

Para continuar con este segundo caso, a diferencia del anterior, detecté algo rápidamente. Con Bárbara hicimos algunas entrevistas de admisión —por lo general es una sola, pero si hacemos varias es porque hay algo muy llamativo—; este fue el caso en que la madre nos contó, y además lo vi en las historias clínicas, que había estado en muchos tratamientos, pero nunca dejó de ir a tratamiento, y que la piedra angular de por qué pasaba de un profesional a otro era cuando insistían en el diagnóstico porque a ella la angustiaba mucho. Entonces, en la admisión, cuando me empezó a contar las características de su hijo y yo un poco sutilmente le dije mi presunción diagnóstica, ella se angustió muchísimo y utilizó una expresión, literalmente me dijo: "Yo no podría soportarlo". Entonces, como yo incluyo en mi análisis todo lo previo y me

parece que para esa persona en este momento es mucho, yo digo: "Bueno, voy a hacer la prueba de que arranque el tratamiento y no insisto en el diagnóstico". A mí lo que me importa es que el paciente venga, que haga el tratamiento; el diagnóstico, como les dije en el recorrido histórico, no deja de ser *un* signifiante importante para pensar cuestiones, por supuesto, pero es una palabrita también, vale ponerlo en esa dimensión. Entonces a mí lo que me importa es que haga el tratamiento, más allá de si el nombre es A o B. En resumen, él viene haciendo un tratamiento muy bueno con algún altibajo, como suele ocurrir en estos tratamientos y en la adolescencia, que tiene altibajos ya por la propia etapa, que es toda una revolución en muchos sentidos. Empieza a venir conmigo, hace tratamiento con la psiquiatra; en algún momento la psiquiatra pone el diagnóstico por código porque sabía por mí esta cuestión, la madre lo detecta. Además, entremedio, a este paciente le aparecieron los síntomas secundarios, que estadísticamente no son tan habituales, ha tenido un poco de mala suerte y le han sucedido varios. Hubo un combo, se enojó y cambió de psiquiatra, pero siguió viniendo conmigo y con Bárbara, tiene un vínculo espectacular con el servicio, es un paciente muy querido y creo que nos quiere mucho a nosotros.

En resumen, después de mucho tiempo, sigue siendo paciente mío al día de hoy —el otro no, ya alcanzó la adultez y fue derivado—. La madre hace no tanto pudo recibir el diagnóstico, me hizo una pregunta similar, me preguntó: "Vos me decís que él tiene tal cosa", mi respuesta fue similar, pero su posición fue otra: se angustió un poco, pero recalculó y está haciendo una cantidad de movimientos familiares. Él ahora empezó con acompañamiento terapéutico —no es la primera vez que tiene—, pero estamos trabajando en otra línea porque ahora sí, después de mucho tiempo, se pudo nombrar el diagnóstico.

Les traje esos dos casos porque me parecen muy relevantes para pensar cuándo decirlo, cómo decirlo y que la tardanza, entre comillas, tiene que ser una consideración clínica. Si no es clínica, uno le está ahorrando una angustia que la persona no te pidió que le ahorres, sino que la ayudes en su proceso.

Conclusiones

*° Dx – permite ordenar las fuerzas analizadas (conductas, deseo, síntoma, etc.), **permitiendo la posibilidad de operar sobre ellas.***

*° A partir de este análisis, **considerar si el dispositivo/marco teórico desde el que se trabaja es el adecuado y, en caso de que si, establecer formas de operar sobre esas fuerzas (tratamientos e intervenciones posibles).***

*° **Considerar pronósticos posibles.***

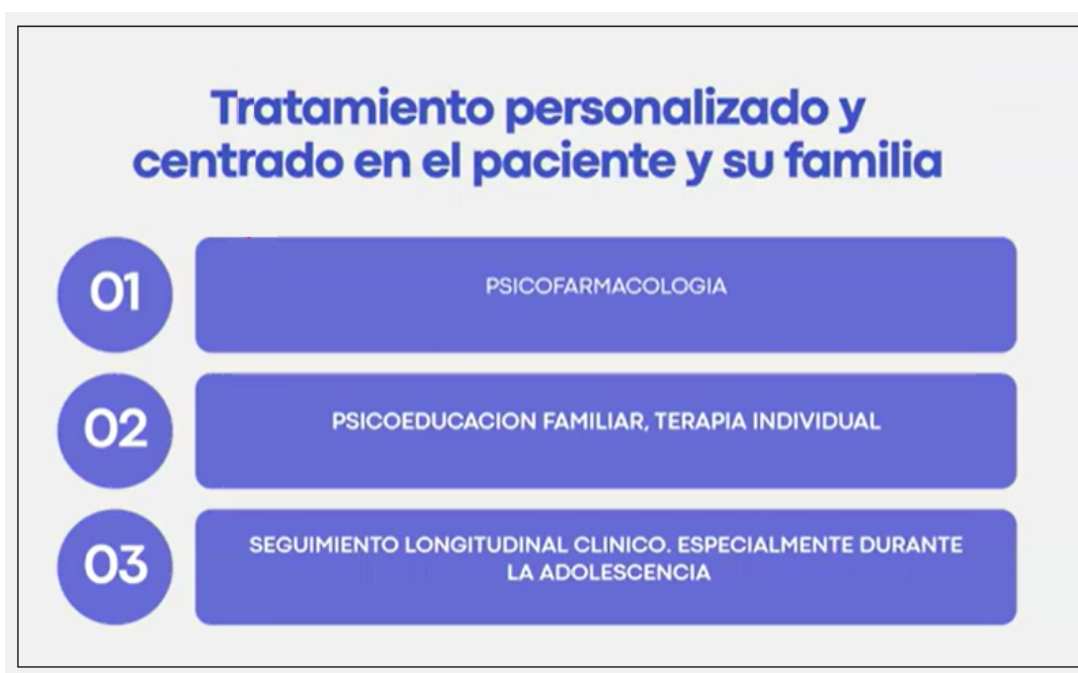
*° **La singularidad del paciente excede a la estructura diagnóstica, pero no puede ser pensado sin ella.***

*° **Saber/Suponer el Dx acerca de un paciente no implica su comunicación al mismo y/o a su entorno. La comunicación del Dx tendrá muy posiblemente implicancias clínicas, por tal motivo, su comunicación debe ser a los fines clínicos (frontera de angustia: "angustia motor de análisis" ≠ "angustia obturante").***

Como conclusiones, por lo menos de esta parte, la idea es que pensar en términos diagnósticos permite ordenar las fuerzas analizadas (en este caso conductas, deseos, síntomas) y tener un

marco de previsibilidad. Pensar los diagnósticos ayuda a los familiares a que se ordenen, a que sepan hasta dónde empujar, hasta dónde correrse un poquito y considerar los pronósticos posibles. En el caso de la esquizofrenia en particular, por supuesto, la consideración hace que uno pida una interconsulta con psiquiatría con relativa prontitud. Después, la singularidad del paciente excede a la estructura diagnóstica; vuelvo a decir que es una obviedad y vuelvo a decir que, si se sigue cuestionando, es porque se ve que tan obvio no es. Para nosotros es importante el diagnóstico y la singularidad. Y lo último es esto: la importancia de trabajar en el eje de la angustia, no angustiar de más y no desangustiar en algo que por ahí ayudaría a que la persona con ese malestar se sienta movilizada a hacer algo, como venir a tratamiento, tomar los psicofármacos, etc.

Bárbara



Les vamos a contar cómo trabajamos una vez que la esquizofrenia está diagnosticada. Tenemos el equipo de psicólogos y el equipo de psiquiatras en el servicio. Es un tratamiento personalizado, centrado en el paciente y en su familia. Y ahí tenemos los pilares: como primer pilar, por supuesto, está la psicofarmacología; trabajamos en la línea de la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, está la psicoeducación familiar y la terapia individual como segundo eje importantísimo. Pero también aclaramos el tercer eje, que es el seguimiento longitudinal clínico, en este caso pediátrico, especialmente durante la adolescencia. Creemos que es muy importante que un tercer punto del seguimiento sean las cuestiones clínicas que van más allá del diagnóstico de esquizofrenia, que son el resto de las áreas de la adolescencia de ese paciente que está siendo consultante en nuestro servicio.

Y AHORA...?

01

SEGUIMIENTO PEDIATRICO:
ANTROPOMETRIA. HABITOS
SALUDABLES, VACUNAS,
GESTION MENSTRUAL, SALUD
SEXUAL.

02

ARTICULACION CON EQUIPO
DE SALUD MENTAL:
PSQUIATRA, PSICOLOGX,
ACOMPAÑANTES
TERAPEUTICOS.

03

CONTROL DE POSIBLES
EFECTOS ADVERSOS.
ARTICULACION CON OTRAS
ESPECIALIDADES MEDICAS

04

TRABAJO INTERSECTORIAL:
ESCUELA, CLUB, ETC.
CONTACTO CON GRUPO
DE AYUDA MUTUA

Una vez que tenemos el diagnóstico, tenemos por un lado el seguimiento pediátrico, donde van a venir al médico pediatra y se los va a seguir pesando, midiendo, viendo cómo duermen, cómo comen, las vacunas, la gestión menstrual, la salud sexual, un montón de cosas que van más allá del diagnóstico que es importante no dejarlas de lado. A veces nos pasa que se centra todo en el diagnóstico, que es importante durante una etapa, una etapa de adherencia al tratamiento en salud mental, pero después van pasando los años y el paciente nunca más vio a un médico y no sabemos cómo está creciendo, cómo están sus vacunas. Entonces, apuntalar el seguimiento pediátrico. Articular: el pediatra puede ser el médico de cabecera que articule con los otros equipos de salud mental. No en todos lados existe lo que tenemos nosotros por suerte, que es trabajar todos juntos, consultorio de por medio y un pase semanal. A veces el psiquiatra es de un lado, el psicólogo es del otro, el acompañante terapéutico es de otro; entonces, a veces el pediatra puede hacer el rol de gestión de todo ese equipo. El pediatra tiene otro rol importante que es el control de los posibles efectos adversos, siempre en comunicación con el psiquiatra, pero muchas veces hay cuestiones clínicas que surgen como efectos adversos de la medicación y el pediatra articula con otras especialidades médicas también para ser quien guíe en el caso que sea requerido alguno de estos tratamientos.

Y también, que en nuestro caso es posible, el trabajo intersectorial con escuelas, con clubes y el contacto con grupos de ayuda que, en este caso, son ustedes. Sabrán que somos en lo posible grandes derivadores porque sabemos que las familias se sienten muy acompañadas. Me parece que hay que recuperar el sentido del enfoque multidisciplinario, nosotros lo tenemos muy instaurado y está bueno transmitírselos porque, a veces sabemos que en instituciones cuesta conseguirlo, pero creemos que es por donde puede ir la mejoría de los adolescentes principalmente. Por supuesto, estaría bueno también en otras etapas de la vida, pero en esta nos parece que es central el seguimiento interdisciplinario.

¡Muchas gracias!



*Dra. Bárbara Sparrow
Lic. Santiago Vellettaz*

Preguntas y comentarios

1. Mi nene tiene también retraso mental y esquizofrenia con 13 años, y es muy difícil mi día a día, sería un desafío cada día.

[Bárbara] Sí, entendemos, y como reflexión aportamos esto que hablamos de buscar equipos interdisciplinarios donde puedan trabajar las diferentes áreas de cada caso.

[Santiago] Ahora vamos a opinar sobre casos que no sabemos, con lo cual voy a intentar ser lo más cauto posible. Creo que hay una frontera, aunque es compleja entre, por supuesto, confiar en el equipo tratante, y hay un punto en el cual, si algo te está haciendo ruido y tenés la posibilidad de pedir una segunda opinión a otro profesional, a mí no me parece que esté mal, porque a veces en principio te puede decir: "Mirá, yo considero que no va por ahí", o al revés, te dice que sí, entonces te deja más tranquilo porque explica lo que te hace ruido, sobre todo después de un episodio agudo es muy posible —desconozco este caso puntual, pero voy a generalizar— que a veces para bajarlos tengan un poquito de medicación que los planche, porque es de protocolo en general, y después en todo caso se titula sacándoles un poco para ir acomodando, a diferencia de que si no es una descompensación grave o aguda, se va titulando hacia arriba y se va viendo cómo funciona. Si estuvo en riesgo, por lo general es posible que durante unos días esté un poquito más adormecido. Dicho eso, yo a veces insto a que pidan otra consulta si eso los va a dejar más tranquilos.

2. Cuando dan el diagnóstico en la familia, ¿les hablan de APEF?

[Bárbara] En general no es en la misma consulta. La primera consulta donde uno da el diagnóstico es una consulta intensa, pero sí está en nuestras primeras prioridades. Como son pacientes que seguimos, en las primeras prioridades está hablarles de APEF. De hecho, tenemos los folletos y se van con los folletos, y en general les preguntamos si se comunicaron, si hablaron. Algunas mamás hacen de nexo también.

2. ¿Todos los diagnósticos de esquizofrenia en la adolescencia son naturales o puede que sean inducidos por el uso de estupefacientes? En este caso, para saber si es natural o generado, ¿es necesario acudir a un genetista?

[Bárbara] Me parece una pregunta muy amplia. Creo que alguna clase tuvieron ustedes sobre el origen de la esquizofrenia y de avances que hay hoy en día, de por dónde se cree que podría venir. No es que esté causado por estupefacientes, pero algunas situaciones de consumo pueden ser disparadores.

[Santiago] Ahí aparece una complejidad. En el lenguaje clínico habitual se suelen utilizar como sinónimos, pero no lo son estrictamente. A veces se habla de la esquizofrenia como diagnóstico y de la psicosis en términos de síntomas psicóticos.

Respondiendo a la pregunta, muchas veces —o algunas veces— aparece un síntoma psicótico, ya sea una alucinación o un delirio, que es propio de una intoxicación. En ese caso, no provendría de una estructura psicótica. Una vez atravesado ese momento de intoxicación, que es algo que se evalúa en una guardia, se puede determinar si fue un síntoma propio de ese estado o si efectivamente despertó una esquizofrenia. Por supuesto, para ese diagnóstico diferencial se requiere algo importantísimo: proceso, es decir, tiempo.

A veces, la persona alucina o delira debido a un estado de intoxicación producido por algún tipo de sustancia, como la marihuana —que a veces es minimizada, pero muchas veces activa estos cuadros— y ni hablar de alucinógenos fuertes como el ácido lisérgico o similares.

3. Hace dos semanas dieron de alta a mi hijo por un brote psicótico. Siempre me dicen que su esquizofrenia se complica más por su retraso mental y autismo, y ahora toma 10 tabletas por día y lo deja muy dopado. Se niega a tomar medicación, y no lo puede aceptar. ¿Cómo le explicamos el estigma de la palabra esquizofrenia? Para él, que tiene 21 años, es muy duro.

[Santiago]: Lo es, lo es. Después estará la evaluación del clínico para determinar en dónde estos síntomas son de riesgo y en dónde no. Por supuesto que no se trata de hacer futurología; hay un punto en donde uno no sabe cómo va a evolucionar el cuadro. Supongamos que aparecen voces que al principio son difusas, o que incluso le hacen compañía. El problema es que uno a veces no sabe en qué momento se pueden tornar persecutorias o agresivas, y ahí aparece una complicación de peligro para terceros.

En ese punto, si aparece algo de esto, hay que tener en consideración clínica que a la brevedad se pase a tomar psicofármacos. En casos complicados donde el paciente se niegue, a veces se utiliza medicación de depósito, pero ahí ya entramos en cuestiones más compulsivas que, por supuesto, son el ultimísimo recurso (como la vía inyectable). O en algunos casos, algo que es ilegal, pero alguna vez ha sucedido —sobre todo dentro del grupo de la psicosis, en las llamadas "locuras rasonantes" o cuadros que despiertan suspicacia y cuestiones persecutorias, mayormente la paranoia— puede ocurrir que el paciente se niegue a tomar la medicación porque siente que incluso quien insiste se convierte en un perseguidor. En esos contextos, alguna vez ha sucedido que se le administre sin que lo sepa, lo cual representa un gris muy grande. Dicho esto, en este caso la situación va por otro lado, pero existe esa negación a tomar

la medicación y hay que ir trabajándolo para que la pueda tomar, con toda la angustia que eso genere.

4. Mi niña de 15 años recibió su diagnóstico a los 11, pero las voces no se han ido. Su psiquiatra no ha querido abordar la clozapina. ¿Debería cambiar de psiquiatra?

[Bárbara] Creo que es muy personal y no conocemos el caso. Lo que sí le podemos decir es que hay experiencia en el uso de clozapina en la adolescencia. A veces puede ser que el psiquiatra no esté acostumbrado a usar esa medicación y eso sea una causa para buscar otra interconsulta; otras veces, el caso no lo amerita. En esto no lo podemos saber, pero sí es importante contarles que existe experiencia en el uso de clozapina en adolescentes.

5. El psiquiatra de mi hijo optó por no decirle el rótulo. Le explicó lo que él sentía y por qué lo tenía. No sé si hizo bien o no. A mí me lo dijo, estuve muy mal, pero ahora lo acepté y me estoy psicoeducando.

Está muy bien. Es un poco lo que explicaba Santiago, sobre que el diagnóstico va a generar algo de angustia. En este caso, el profesional eligió empezar por el familiar y en algún momento se le dará el diagnóstico al paciente. Quizá se está buscando el momento ideal. Siempre y cuando realice los tratamientos, hay que buscar el momento adecuado para dar el diagnóstico.

6. Quería saber si en la edad adulta la enfermedad aumenta o se hace más grave. Le pregunto porque desconozco; mi hijo fue diagnosticado hace ocho meses.

[Santiago]: Ahí se evalúa en la marcha del caso por caso, como con cualquier otra enfermedad. Pero si realiza los tratamientos, seguro va a tener la mejor evolución posible. Me parece que lo más cercano a una respuesta es eso. Si no hace los tratamientos —un poco como contaba en los casos que traje—, al abandonar el tratamiento psicofarmacológico se sufren reiteradas descompensaciones. La expresión latina que se utiliza en la clínica es *non restitutio ad integrum*, lo que significa que se vuelve del brote, pero habitualmente con algunas falencias o secuelas.

De todas maneras, es una teoría que ahora se está repensando un poco. En principio, en mi experiencia y por lo que estudié en los manuales, hay un deterioro, con lo cual la mejor posibilidad siempre es que realice los tratamientos de la mejor manera posible. En mi experiencia, los pacientes que se han ido descompensando no han vuelto a estar diez puntos.

Les cuento un caso tierno de un paciente que quiero mucho, que es muy inteligente. Esto lo digo también para no cerrar el panorama, porque hay un montón de personas con esquizofrenia que tienen un alto desempeño. Siempre se habla de los mismos ejemplos, como la artista japonesa Kusama o el economista Nash. Este paciente tuvo un brote descomunal; yo lo recibí en el posbrote y, al notar su inteligencia, le dije: "*Qué bueno que no has tenido deterioro*". Y él me respondió: "*Vos no me conociste antes*".

Digo esto para pensar que las descompensaciones pueden producir deterioro. Por lo tanto, lo más cercano a que esto no empeore es que haga bien los tratamientos, que confíe y que, si

algo del orden de lo intuitivo les hace ruido, pidan una segunda opinión. En mi experiencia, más allá de la esquizofrenia, cuando un familiar viene con una duda repetitiva, en principio lo alojo y luego le propongo que pida otra consulta. Primero, porque yo podría equivocarme, y segundo, porque tal vez en esa interconsulta le confirman que está bien orientado y se disipa la desconfianza. Lo cierto es que con desconfianza casi cualquier vínculo terapéutico se complica, y es central saber que uno mismo o su familiar va a recibir la mejor respuesta posible.

7. Tenemos un hijo de 22 años y estamos recibiendo un diagnóstico de esquizofrenia simple negativa después de un tratamiento de cuatro años. Pensamos que podría afectarlo negativamente. ¿Ustedes qué recomiendan?

[Santiago]: En ese caso, creo que lo central es lo que hablamos hoy: que el clínico considere en qué medida eso podría ayudar. Como dijimos, finalmente es importante para la conciencia de la enfermedad y para la adherencia al tratamiento. Mientras tanto, el profesional debe evaluar si es el momento ahora o si en principio es mejor que lo sepan los familiares, para seguir pensándolo y acompañándolo de la mejor manera posible, sin angustiarlo de más ni de menos.

8. En infancias, ¿qué parámetros se toman en cuenta? ¿Voces, conductas disruptivas, hablar solo, trastorno desafiante?

[Santiago]: Ahí está la complejidad de la que decíamos de la esquizofrenia. Hay características que son esperables por el propio desarrollo orgánico, como la inestabilidad o la impulsividad en la adolescencia, y también cuestiones en las infancias como el oposicionismo. Será tarea del clínico ver qué de todo eso corresponde a un promedio y qué va hacia un diagnóstico estructural. No podemos opinar del caso puntual porque no lo conocemos.

Por supuesto que uno tiene presunciones. No es este diagnóstico, pero es característico en las adolescencias con estas impulsividades e inestabilidades, el famoso “trastorno límite de la personalidad”. El DSM dice que no se diagnostica antes de los 18 años, pero uno con la experiencia clínica nota determinadas características que sugerirían que va hacia ahí, aunque los manuales digan que por la edad no se puede diagnosticar todavía.

En el caso de la esquizofrenia también podrían ocurrir experiencias de lo que se llama “duermevela”, que es cuando la persona está entrando o saliendo del sueño y tiene experiencias oníricas estando despierta. A veces se presentan errores perceptuales, como ver o escuchar algo que no está, lo cual de hecho nos pasa a todos. Si nos filmaran como en Gran Hermano, tal vez varios de nosotros tendríamos una presunción diagnóstica. Ahí ya entra la singularidad de cada chico, que deberá ser evaluada por su clínico.

[Bárbara]: Y acá de nuevo traemos lo que mencionamos al principio: cuando son niños o adolescentes, no dejen de consultar al pediatra. Tal vez el pediatra no pueda hacer un diagnóstico en las primeras consultas, pero puede citarlos más seguido, pedir la interconsulta con salud mental, o hablar con la escuela para ver qué observan allí. Todo ese abordaje integral va arribando al diagnóstico.

Si las familias tienen dudas sobre algún parámetro que les parece diferente al de los compañeros del colegio o al de los hermanos mayores, deben ir a la consulta con un equipo interdisciplinario o con el pediatra para plantearlo, y que el médico guíe si es momento de realizar una consulta con salud mental. Es muy válido tener dudas sobre algunas conductas, sobre todo en la etapa de la adolescencia, donde puede haber grandes cambios respecto a lo que venía siendo la infancia. Consulten con equipos.

Hay una pregunta sobre dónde ubicarlos. Si quieren, pueden dejar un Instagram o algún dato de contacto.

Contacto:

Página web: *Datto* (tiene información general).

Mail: adolescenciaservicio@gmail.com [nota: correo institucional del servicio. Si hay alguna consulta dirigida a alguno de nosotros dos, pueden aclarar si es para Bárbara o para Santiago. **No** es un mail de consultas clínicas ni de guardia, pero sí sirve para ayudarlos y orientarlos.

Para ver la conferencia: en el canal de YouTube de APEF:

<https://www.youtube.com/watch?v=9Jhh5xRqFA4&t=2734s>