

**Titulo: “Descripción de un caso de hebefrenia”**

**Autor: Gabriela Nachajón**

**Tutor: Dr. Eduardo Leiderman**

2.INTRODUCCION.....	4
3. OBJETIVOS.....	5
3.1 Objetivos específicos.....	5
4. MARCO TEORICO.....	5
4.1 Psicología Clásica.....	5
4.1.1 Primeros trabajos acerca de la esquizofrenia.....	6
4.1.2 Conceptualización de Bleuler de la esquizofrenia.....	7
4.1.3 Definición que le da a la enfermedad:.....	8
4.1.4 Sintomatología.....	8
4.1.5 Clasificación de subgrupos.....	10
4.1.6 Hebefrenia.....	10
4.1.6 Críticas a la síntesis de Bleuler.....	11
4.2 Clasificaciones actuales de la esquizofrenia.....	11
4.3. El trabajo de Hecker y sus discípulos Leonhard y Kleist.....	13

4.3.1 Las Psicosis endógenas de Leonhard.....	15
4.3.2 Hebefrenia depresiva.....	17
4.4 Tratamientos de la Esquizofrenia.....	18
4.4.1 Tratamiento Farmacológico.....	18
4.4.2 Psicoterapias.....	19
4.4.2.1 Terapia Individual.....	19
4.4.2.2. Terapia grupal o familiar.....	20
4.4.2.3 Tratamiento psicosocial y de rehabilitación social y laboral.....	20
4.4.3 El Arte y la Esquizofrenia: La proyección en el taller artístico.....	21
4.4.4 Arteterapia. Una intervención alternativa.....	22
5. METODOLOGIA.....	24
6. PARTICIPANTE.....	24
7. INSTRUMENTOS.....	25
8. PROCEDIMIENTO.....	25
9. DESARROLLO DEL CASO.....	25
9.1 Descripción de la hebefrenia depresiva en BL según la teoría desarrollada por Kleist, Leonhard y Faust (1950).....	25
9.2 Desarrollo de habilidades de BL.....	28
9.2.1 Información que surge de la observación de las producciones gráficas de la residente.....	29
9.3 Lazos afectivos y Conducta interpersonal.....	33
10. CONCLUSIONES DEL CASO.....	36
10.1 Limitaciones del trabajo.....	36

<b>10.2 Limitaciones personales.....</b>	<b>36</b>
<b>10.3 Propuestas a desarrollar.....</b>	<b>37</b>
<b>11. Bibliografía.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>42</b>
<b>Dibujos BL.....</b>	<b>42</b>

## 2. INTRODUCCION

La práctica de habilitación profesional V se realizó en un hogar de ancianos . La incorporación fue en el mes de mayo y se han realizado tareas muy variadas, desde tareas administrativas hasta colaboración en la conducción de talleres junto a las terapistas ocupacionales, en tareas de asistencia social, revisión de historias clínicas, dialogo con el personal de enfermería para el seguimiento de algunos casos, diálogo con algunos residentes. La práctica fue de 320 hs en un promedio de 20 hs semanales.

A raíz del dialogo entablado con una persona de la institución, que resultó muy peculiar y excéntrica, fue cuando se despertó un interés por conocer más acerca de ella y consultar su historia clínica. Más adelante, después de conocerla y entablar un vínculo con ella se decidió desarrollar el tema del trabajo final de integración que hace referencia a su patología, la de un tipo particular de esquizofrenia hebefrénica, “hebefrenia depresiva” según las clasificación de Karl Leonard y sus colaboradores (se explicara en el apartado del marco teórico).

Este trabajo final de integración pretende describir el caso de una geronte con el diagnóstico de hebefrenia leve, teniendo en cuenta que según la bibliografía no es un diagnóstico muy frecuente y los cuadros pertenecientes a esta enfermedad se engloban en el común denominador de esquizofrenia (Benítez, 1992). Por este motivo, se considera que este trabajo puede ser de utilidad, pues pretende ilustrar la información existente del tipo particular de hebefrenia depresiva. Por otro lado, la residente del hogar ha desarrollado en lo profesional interés y habilidad especial por la pintura aunque hoy en día se encuentre su capacidad creativa limitada por dificultades en la vista (ulcera ocular y cataratas) y capacidad motriz (la paciente se encuentra postrada en una silla de ruedas). Sin embargo, esto último puede enriquecer la información en cuanto a destrezas que pueden ser estimuladas pese a esta grave patología.

### **3. OBJETIVOS**

El objetivo general de este trabajo es describir las características principales de la hebefrenia depresiva en el caso de una mujer de 84 años residente de un Hogar de ancianos.

#### **3.1 Objetivos específicos**

Describir e identificar las características de la hebefrenia depresiva en el caso a analizar.

Describir las habilidades que la residente ha podido desarrollar pese a su patología, por ejemplo la pintura y el bordado.

Analizar sus lazos afectivos y su conducta interpersonal teniendo en cuenta su patología.

### **4. MARCO TEORICO**

## 4.1 Psicología Clásica.

### 4.1.1 Primeros trabajos acerca de la esquizofrenia

De la esquizofrenia se ha escrito y hablado mucho, pero resulta ser una de las enfermedades mentales más graves y de más difícil diagnóstico. Los enfermos que actualmente quedan clasificados bajo este grupo, “son alienados” que han sorprendido ante todo por su rareza, por sus extravagancias y entorpecimiento e incoherencia. Desde hace mucho tiempo estos enfermos han llamado la atención de los clínicos, ya que entre todos los que poblaban los asilos del siglo XIX existía un aire de familia (Ey, Bernard & Brisset, 1978).

Los primeros trabajos acerca de la esquizofrenia surgieron alrededor del año 1871, con Ewald Hecker, en Alemania, futuro investigador de las hebefrenias, a las que las denominó así por ver este estado demencial en la gente joven (ya se retomará más adelante). Este autor ha recibido influencias de su maestro Kahlbaum (1828-1899) que se afanaba en ese entonces por aislar y clasificar las enfermedades mentales, interesado principalmente por los trastornos psicomotores, los describió como afectos de catatonía (Benítez, 1992). Morel en Francia, los llamó “dementes precoces” y los describía como “afectos de la estupidez de la más temprana edad”. El primero en conceptualizar este trastorno fue el psiquiatra alemán Emil Kraepelin en 1896, bajo el nombre de “demencia precoz”, queriendo significar que las personas afectadas, necesariamente sufren graves deterioros cognitivos, comportamentales y afectivos similar al de las demencias experimentadas por las personas ancianas, pero en este caso, se daba en una edad juvenil y evolucionaba en forma progresiva. En su célebre *Tratado para las enfermedades mentales* (varias veces editado), agrupó en tres formas clínicas, entidades nosográficas muy precisas, pero que por entonces eran tres enfermedades diferentes y habían sido conceptualizadas por distintos autores (Vázquez, 2004):

Forma hebefrénica: la de Hecker. Psicosis postpuberal, caracterizada por el puerilismo, la pasividad, el comportamiento muy inadecuado y una acentuada disgregación de pensamiento.

Forma catatónica: catatonía, la de Kahlbaum. Tiene una evolución: fase de depresión, seguida de una fase de excitación; luego aparición del estupor catatónico, al que le sucede un período confusional precediendo a la demencia terminal. A menudo la depresión del comienzo es prolongada y con manifestaciones de tipo hebefrénico.

Forma paranoide o delirante: gran actividad alucinatoria y delirios incoherentes. Destacan las alucinaciones cenestésicas y “psíquicas”, los fenómenos de “transmisión de pensamiento” y las alteraciones del “sistema corporal”. Una forma paranoide “atenuada” es separada para constituir el grupo de las parafrenias.

Para Kraepelin sólo puede crearse una entidad nosológica si para una misma etiología existe una clínica concordante, un final idéntico y una anatomía patológica común. Esto corresponde a una idea de la especificidad de los síndromes psíquicos. Este concepto de enfermedad pronto es criticado.

Independientemente de sus limitaciones y problemas, el punto de vista de Kraepelin le permite delimitar entidades mórbidas que continúan siendo puntos de referencia en la actualidad (Silva, 1993).

#### 4.1.2 Conceptualización de Bleuler de la esquizofrenia

El término *esquizofrenia*, fue introducido por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler, en 1911, discípulo de Kraepelin rebautizó de esta manera la entidad nosográfica descrita por su maestro, ya que observaba que no todos sus pacientes empezaban con la enfermedad en edades tempranas (o precoces) de la vida así como tampoco terminaban en estado demencial, algunos lograban recuperarse casi por completo. (Vázquez, 2004).

Pero el punto de partida y la originalidad de las concepciones de Bleuler se deben a su enfoque psicoanalítico de los síntomas esquizofrénicos (Bercherie, 1986).

El término esquizofrenia en sí significa “mente partida”, aludiendo a la escisión en la asociación de ideas o como una retirada de la realidad y la vida social. Según él, estos enfermos no son dementes, sino que están afectados por un proceso de dislocación que desintegra su capacidad asociativa (signos primarios de disociación), proceso que al alterar su pensamiento, les sume en una vida “autística” cuyas ideas y sentimientos constituyen – como en un sueño- la expresión simbólica de los complejos inconscientes (signos secundarios). Bleuler (junto a Jung alumno de Freud), había comprendido la nueva dimensión que la psicología de las profundidades inconscientes (carácter psicodinámico) (Ey, H., Bernard, P. & Brisset, Ch., 1978). A diferencia de Kraepelin, Bleuler otorga más importancia al “cuadro de estado” que al curso evolutivo para la determinación de la identidad mórbida. Plantea además que no se trata de una enfermedad única sino de un conjunto de esquizofrenias (Silva, 1993).

Según Paul Bercherie (1986), que nos habla acerca de los fundamentos de Bleuler, la esquizofrenia se debía a algún tipo de alteración cerebral, sin dejar de valorar los condicionamientos psicológicos cuya importancia percibe.

Considera que el efecto desintegrador de la esquizofrenia no depende directa y absolutamente de una perturbación orgánica y admite que el contexto psicológico introduce complejidades en su expresión, en su evolución y tal vez en su desencadenamiento. Algo en el plano del modo y no del contenido de las manifestaciones remiten a una predisposición constitucional relacionándose con acontecimientos afectivos, motivantes, fuertemente cargados emocionalmente (traumas, situaciones conflictivas sin salida). La esquizofrenia tiene este funcionamiento mental tan particular debido a que todos los niveles del funcionamiento psicológico (procesos de pensamiento, afectividad, coordinación de la voluntad en acción), deberían estar subordinados y jerarquizados a través de la dirección general que ejerce la representación fin. En esas condiciones, el conjunto de las operaciones psicológicas es abandonado a la acción de los complejos, y el sujeto parece vivir en un estado análogo, en la asociación libre y la ensoñación, es decir, que desaparecería la capacidad voluntaria de la acción directiva del yo y del funcionamiento de la psiquis. El sujeto pasa a vivir en un mundo enteramente subjetivo, donde predomina la acción de su afectividad “fuera de la realidad compartida”.

Destaca la importancia del entorno terapéutico en la enfermedad: los enfermos tratados en asilos son poco creadores y la enfermedad puede ser compatible con la vida social.

#### 4.1.3 Definición que le da a la enfermedad:

E. Bleuler (1993) define a la esquizofrenia como: “Grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular”.

#### 4.1.4 Sintomatología

Hay un desdoblamiento más o menos nítido de las funciones psíquicas.

En los casos pronunciados la personalidad pierde su unidad.

Hay una insuficiente integración de los diferentes complejos e impulsos, que a veces falta por completo.

No se encuentran trastornos primarios de la percepción, la orientación o la memoria.

La afectividad puede estar alterada, variando desde una completa carencia de expresión emocional hasta respuestas afectivas exageradas. También suele ser cualitativamente anormal: inadecuada respecto a los procesos intelectuales involucrados.

Además de los signos de deterioración pueden estar presentes alucinaciones, ideas delirantes, confusión, estupor, manía, fluctuaciones afectivas melancólicas y síntomas catatónicos. (Bleuler, 1993).

Según Silva (1993), en su trabajo *La Esquizofrenia: de Kraepelin al DSM-IV*, el autor describe los principales conceptos sintetizados por Bleuler que son más relevantes y que luego fueron incluidos en el *Manual de Criterios Diagnósticos de los trastornos mentales, DSM III*.

Ciertos síntomas están presentes en todos los casos y durante todos los periodos de la enfermedad, pero tienen que alcanzar cierto grado de intensidad para que sean reconocidos. Además, son característicos de la esquizofrenia, se denominan síntomas específicos permanentes o fundamentales. Algunos ejemplos de estos son:

**Perturbación de la asociación:** Se pierde la continuidad de las asociaciones. El pensamiento se hace ilógico y extraño, perdiéndose la meta y las ideas subordinadas que nos hacen operar con normalidad. La actividad asociativa puede hacer un alto brusco y completo (bloqueo), es decir que cuando se renuevan, las ideas no tienen relación con lo anterior. Este concepto tiene importancia fundamental para el diagnóstico.

**Trastorno de la afectividad:** En las formas francas de la esquizofrenia, este trastorno ocupa el primer plano del cuadro clínico. Un signo de que una psicosis aguda curable se convierte en crónica es la desaparición de las emociones. En las formas menos graves se observa una indiferencia afectiva. Otras veces, las emociones manifestadas son inapropiadas en relación al relato.

La ambivalencia: Tendencia a otorgar a los psiquismos más diversos, un índice positivo y otro negativo al mismo tiempo. En la ambivalencia afectiva, el mismo concepto se acompañado simultáneamente por sentimientos agradables y desagradables. En la ambivalencia de la voluntad, o ambitendencia, el paciente quiere y no quiere efectuar un acto. En la ambivalencia intelectual, el paciente puede afirmar sin transición que es determinada persona y que no es.

El autismo: Desapego de la realidad, junto con el predominio, absoluto o relativo, de la vida interior. Los esquizofrénicos más graves, que ya no tienen contacto con el mundo externo, viven en un mundo propio. En los casos menos graves, los pacientes son todavía capaces de desenvolverse en el mundo externo, pero ni la evidencia ni la lógica tienen influencia alguna sobre sus esperanzas e ideas delirantes.

Existen, síntomas que pueden faltar completamente durante ciertos periodos o durante todo el curso de la enfermedad. Además, no son sólo propios de la esquizofrenia, sino que de otras enfermedades también. Estos se denominan síntomas accesorios.

Cabe destacar las ideas delirantes y las alucinaciones, las alteraciones del lenguaje y de la escritura, los síntomas somáticos y catatónicos, y los síndromes agudos. Estos últimos constituyen formas particulares o estados transitorios de presentación; por ejemplo, estados maníacos y melancólicos, estados crepusculares y confusionales, dipsomanía, etc.

#### 4.1.5 Clasificación de subgrupos

Delimita cuatro subgrupos de la esquizofrenia, de acuerdo de la frecuencia de los síntomas. Usa los nombres de Kraepelin: paranoide, catatónico y hebefrénico, y llama simple a un cuarto grupo que no se ve casi nunca en los hospitales pero que a su juicio es el más frecuente fuera de ellos (Bleuler, 1993). A continuación describiremos solo el grupo de la hebefrenia que realiza el autor, siendo el mas relevante para el trabajo.

#### 4.1.6 Hebefrenia

Discrepa de lo que planteaba Kraepelin.

Según Bleuler (1993), lo característico es la tendencia al deterioro y la demencia.

La mayoría son jóvenes (entre 15 y 25 años), pero también se puede iniciar la enfermedad más tarde.

Los síntomas de afectación y amaneramientos, las travesuras y payasadas, la precocidad y el interés por problemas más abstrusos, se pueden encontrar en otras esquizofrenias donde hay exaltación.

En consecuencia no hay síntomas específicos para este grupo. Para Bleuler la hebefrenia comprende:

a) Las formas no catatónicas (melancólicas, maníacas, amencia, estados crepusculares) de comienzo agudo, en la medida en que no se transformen en estados crónicos paranoides o catatónicos.

b) Todos los casos crónicos con síntomas accesorios que dominan el cuadro clínico.

Se manifiesta siempre en alguna forma de deterioración. Puede tomar un curso crónico y permanente o exhibir síndromes agudos, en su comienzo o más tarde. El cuadro clínico puede ser matizado por alucinaciones, ideas delirantes o síntomas catatónicos, que no lleguen a predominar.

En suma, es una categoría residual, donde caen todos los casos importantes de deterioración pero sin síntomas paranoides o catatónicos dominantes.

#### 4.1.7 Críticas a la síntesis de Bleuler

Si bien fue un gran aporte para la psicología clásica, en especial de la psicología psicodinamista, ha perdido ciertos criterios precisos (evolución crónica y demencia afectiva), en los que se ha extendido demasiado la noción de esquizofrenia y reduciéndola a una disposición caracterial (esquizoidía). Lo mismo sucede con la hebefrenia, que la incluyo como una categoría residual. Esta extensión tan masiva en los grupos, vale decir, vaguedad en la definición ha abierto paso a los países anglosajones (Ey, Bernard & Brisset, 1978), que solo serán expuestos bajo la definición que nos ofrece el DSM IV y el CIE 10, antes pretendo desarrollar algunos conceptos no están muy difundidos mas en particular las características que ofrece Hecker y luego de la guerra desarrollaran sus seguidores Kleist y Karl Leonhard en su trabajo acerca de la clasificación de las hebefrenias (1950), lo que constituirá gran parte de nuestra base teórica para poder desarrollar este trabajo.

## 4.2 Clasificaciones actuales de la esquizofrenia

La Clasificación Estadística Internacional de las enfermedades relacionadas con la salud: CIE 10 (1985), establece una categoría global de esquizofrenia, donde explica cuales son los tipos más y menos frecuentes de la patología:

Según la clasificación que nos ofrece, describe a la hebefrenia con un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia. Los trastornos afectivos son importantes y las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondríacas y de frases repetitivas; también aparece un carácter caprichoso. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Además de las alteraciones afectivas y de voluntad se destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes pero no son predominantes. Se pierde cualquier tipo de finalidad de /tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Para un diagnóstico seguro de hebefrenia es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persista el comportamiento característico. Es importante aclarar, que muchos enfermos que padecen esta patología, por su particular forma de debilidad mental corren el riesgo de ser tomados por simuladores.

Según el Manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV), la esquizofrenia, se caracteriza por presentar al menos dos de las siguientes características: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado (descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico, y síntomas negativos (aplanamiento afectivo, abulia, alogia). Según el manual solo se requiere para hablar de psicosis si las ideas delirantes son extrañas, o se trata de una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. En este sentido se manifiesta una disfunción social y laboral. No se considera esquizofrenia si la causal es por el consumo de sustancias o de una enfermedad médica asociada. Cabe destacar que el manual excluye de la clasificación de esquizofrenia a los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.

La esquizofrenia se subdivide según la sintomatología predominante en el momento de la evaluación:

-Tipo paranoide (preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes, y si no hay lenguaje desorganizado, ni afectividad aplanada).

-Tipo desorganizado (con lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada).

-Tipo catatónico (inmovilidad motora manifestada por catalepsia, o actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, o con movimientos estereotipados o por adoptarse posturas raras, o ecolalia o ecopraxia)

-Trastorno indiferenciado (cuando no se cumplen ninguno de los tres subdivisiones anteriores, paranoide, desorganizado o catatónico)

-Tipo residual (cuando hay ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento Catatónico o desorganizado, salvo que estén presentes en forma atenuada).

En cuanto a la esquizofrenia se evalúa el curso longitudinal (con síntomas residuales interepisódicos; o episodios sin síntomas residuales, o continuos, o en remisión parcial o total.

El cuadro descrito de hebefrenia depresiva se englobaría dentro de la esquizofrenia indiferenciada, sin embargo, en el estudio de este caso, se debe tener en cuenta que tanto el DSM como los CIE son sistemas de diagnóstico, no clasificaciones de enfermedades mentales. Los sistemas de diagnóstico tiene por fin aumentar la fiabilidad de los juicios diagnósticos, esto tiene una repercusión beneficiosa sobre la practica medica. Sin embargo, es muy fácil advertir que este aumento de fiabilidad necesita basarse en una indiferenciación de los cuadros sintomáticos. En el DSM IV, las hebefrenias, los síndromes de mas difícil diagnóstico han perdido su categoría diagnostica (Rojas, 2000), es por ello que para este trabajo resulta más apropiado tomar el concepto de hebefrenia descrito por Leonhard, Kleist y sus colaboradores, así como algunos conceptos que aporta Bleuler entre otros ya que dan cuenta y se ajustan en gran medida con lo observado en el caso de BL así como también fue descrito el diagnóstico en su historia clínica.

### **4.3. El trabajo de Hecker y sus discípulos Leonhard y Kleist**

#### **4.3.1 Evolución del concepto de Hebefrenia**

Benítez (1992), publicó un artículo en una revista neuropsiquiátrica, en la que rastrea los primeros trabajos de Hecker (en el Virchow's Archiv 10 de 1871) que el autor publicó en Gorlitz, en el que se exponen ideas e influencias que le permitieron conceptualizar a la hebefrenia. Este autor se preocupó por definir ciertas enfermedades en términos clasificatorios con gran minuciosidad, teniendo en cuenta que para ese entonces la psicología no se consideraba una ciencia reconocida como tal, debido a que faltaban criterios neurológicos precisos que acreditasen las entidades nosológicas establecidas, es decir, que los conceptos definidos clínicamente no podían demostrarse anatómicamente junto con los conocimientos cerebrales.

También se levantó en contra de términos como manía, melancolía, confusión mental, demencia y desmoronamiento psíquico, teniendo en cuenta que según él, dichos términos eran inapropiados ya que designaban estados temporales de enfermedad, es decir, como síntomas y no como enfermedades. Siendo precursor a Kraepelin y Leonhard notó que en una enfermedad psíquica es relevante considerar todo el transcurso de la enfermedad sin principios apriorísticos, realizando una observación imparcial poniendo en la balanza todos los síntomas tanto psíquicos como somáticos y preguntarse por la etiología de la enfermedad. Muchas de las formas clínicas así aisladas podrán dividirse nuevamente y redefinirse pero serán de ayuda para su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Esta línea de trabajo es la que adoptaron luego Kleist y su alumno Leonhard hasta más allá de la mitad del siglo XX. En el trabajo fundamental sobre las hebefrenias vol. 52 (11), establecido en 1871 que desde el punto de vista psiquiátrico existen dos clases de enfermedades mentales. En una de ellas, el cuadro permanece invariable a lo largo de su curso, en la otra lo característico aparece en la variación de los estadios psíquicos, donde los cuadros de melancolía, manías, confusión mental, embotamiento psíquico se suceden en un determinado orden. Hecker, en sus trabajos acerca de la hebefrenia, coincide en que es una enfermedad que siempre hace erupción con el desarrollo de la pubertad, en una edad donde la renovación psicológica y la reorganización del yo, bajo condiciones normales parecen haber alcanzado su culminación. Este proceso psicológico permanece en la hebefrenia de tal forma que los fenómenos que solo son temporarios en este período de transición, continúan pero en forma aumentada y patológica y finalmente terminan en un particular estadio. Una cierta confusión o aturdimiento se hace vigente interna y externamente. El proceso patológico coloca un límite al desarrollo posterior del psiquismo y produce una particular forma de debilidad mental, en donde solo se conservan los elementos de aquella fase de desarrollo justamente ya pasada. La descripción del curso patológico antes de su internación es la parte más importante de la historia clínica. Este comienzo oscila entre los 18 y 22 años. Esos fenómenos que hasta entonces eran temporarios en ese periodo de transición pasa de manera aumentada y patológica a ser permanentes, es lo que denominó “embotamiento hebefrénico”. Todo esto refiere a oscuras representaciones que se ponen en conflicto con otras preexistentes y comienza una pugna interna de pensamientos y sensaciones que marca a la persona, dejando una huella imborrable y que arrastra importante deterioro. A raíz de estos contrastes y desequilibrios aparecen conductas tales como el placer por las ideas exóticas, frívolas bromas, crudeza y groserías al actuar. Esto es producto de una cierta confusión y como aturdimiento que se manifiesta interna y externamente (Benítez, 1992). La enfermedad

comienza mayormente con una alteración profunda en los sentimientos, con síntomas de melancolía, expresados por una tristeza indescriptible, pero se expresa como con una superficialidad en las sensaciones que pronto pasa a un humor alegre. Aparecen toda clase de ideas bizarras así como también alteraciones formales en el lenguaje, existe una incapacidad de precisar en la formación lógica de las frases (forma alógica de pensamiento), que mas adelante retomaría Kleist. Otra característica importante, es la de tomar un tema determinado y quedar como pegado a él. Estos estudios se vieron interrumpidos por la guerra y fueron continuados por Leonhard en 1945 y terminados por Leonhard, Kleist y Faust (1950) (27).

#### 4.3.1 Las Psicosis endógenas de Leonhard

En su libro, Leonhard (1986), critica la noción de esquizofrenia, considerada desde el punto de vista etiológico, es decir, que no puede agruparse tan solo en dos o tres grupos a dicha enfermedad tan grave (aquí critica a Kraepelin) y defiende las investigaciones de Wernicke por su gran ímpetu, precisión y profundidad en la definición de cuadros psiquiátricos de psicosis endógenas. Señala que si hubiera vivido más tiempo, hubiera llegado mucho más lejos pero lamentablemente solo su discípulo, Kleist logro comprender sus elaboraciones teóricas para luego continuarlas. Ya Bleuler, había hablado de la esquizofrenia señalando que correspondía a un grupo de esquizofrenias poniendo en duda su unidad, pero en la mayor parte de la difusión de su obra se toma como si fuera una única esquizofrenia.

El autor propone la siguiente clasificación, que se extrajo del Tratado de Psiquiatría de K. Wernicke (1996): Divide a las esquizofrenias en dos grupos completamente distintos:

ESQUIZOFRENIAS NO SISTEMATICAS (y sus variedades)

ESQUIZOFRENIAS SISTEMATICAS (y sus variedades)

Según el autor, las esquizofrenias no sistemáticas y sistemáticas no tiene nada que ver una con la otra. El cuadro clínico y la enfermedad son distintos. La utilización del mismo nombre solo se ha hecho por la tradición que viene desde Kraepelin y Bleuler.

Esquizofrenias no sistemáticas: Este grupo se divide en parafrenias afectivas, catatona periódica y catafasia. En este grupo las formas remiten y en gran parte son periódicas diferente a las sistemáticas que progresan en forma lenta; diferente a las sistemáticas que progresan en forma lenta. Además solo es atacado un determinado territorio funcional, mientras que en las sistemáticas son atacadas las capas más profundas de la psiquis.

Esquizofrenias sistemáticas: Son las más graves y se distinguen de las asistemáticas por la nitidez de la organización sintomática, hay formas puras con una sintomatología firme constante. Se producen importantes lesiones en el pensamiento (incluyendo la afectividad) y la voluntad. Entre ellas tenemos: formas catatónicas, formas hebefrenicas, formas paranoides o parafrenias. Si bien es interesante cada una de ellas nos remitiremos específicamente a las formas hebefrénicas, las que constituyen de nuestro interés para comprender el caso.

Hebefrenia necia o insulsa, hebefrenia efectista o excéntrica (parecida a la depresiva), hebefrenia superficial y hebefrenia autística.

Es importante aclarar que la clasificación que establece K. Leonhard en su libro, si bien tiene gran parecido a la que conceptualizara con los otros autores según estudios realizados, es una clasificación diferente a la que nos remitiremos en este trabajo, debido a que el diagnóstico hallado en la historia clínica corresponde a la descripción que realizara con los otros autores y responde a una conceptualización de Kleist, la que en realidad condice con mayor claridad con su cuadro, pero no se ha encontrado mayor información acerca de este cuadro además de lo que se expone en el trabajo.

Finalmente, Kleist, Leonhard y Faust en el año 1950 establecieron una clasificación de hebefrenia compartida unificando varios criterios.

Según la clasificación que nos ofrece Kleist, Leonhard y Faust (1950), las cuatro formas de hebefrenia son:

- 1) Hebefrenia Necia
- 2) Hebefrenia Depresiva
- 3) Hebefrenia Apática
- 4) Hebefrenia Autística

Estas surgieron luego de investigar 54 enfermos vistos entre 1920-1925 en la clínica de enfermedades de Frankfurt. Debido a dificultades y errores diagnósticos, quedaron 17 casos y se agregaron 11 casos más que estaban mal clasificados en otra categoría diagnóstica. Fueron estudiados en total 28 casos. Estos errores de clasificación mencionados por Kleist, revelan la dificultad de diagnosticar las hebefrenias en psiquiatras de primera línea. De esto, habla Rojas (2000), cuando plantea la imposibilidad de Bleuler, y de todos los sistemas de clasificación diagnóstica actuales en los que solo es posible diagnosticar la hebefrenia por exclusión y no por diferenciación, como se intenta exponer en este trabajo a través de la escasa información recabada sobre el tema.

Por otro lado, en una investigación realizada en el Hospital Nacional Borda por Benítez (1992), revela que de 1800 pacientes distribuidos en 25 salas, se consultaron las historias clínicas y se registraron 11 diagnósticos de esquizofrenia hebefrénica. Esto evidencia que a pesar de haberse realizado el estudio en otra época, lugar geográfico y desde otro punto de vista cultural, los cuadros hebefrénicos planteados por Kleist son muy parecidos a los hallados en el hospital.

Este trabajo enfocara el análisis en la hebefrenia depresiva, que se corresponde con diagnóstico del caso que se presenta.

#### 4.3.2 Hebefrenia depresiva

Comienza siempre en un cuadro depresivo cuyo periodo de duración es variable pero que a medida que pasa el tiempo, suelen ser más cortos. Es en estos periodos donde suele aparecer el intento de suicidio. Este cuadro depresivo puede ser más o menos intenso.

Casi todos los enfermos presentan quejas hipocondríacas, uniformes, monótonas, que ya se notan desde el comienzo de la enfermedad que son persistentes y en parte son la causa de los intentos de suicidio y del humor depresivo. Estas quejas hipocondríacas en casi todas las hebefrenias se mantienen durante todo el curso de la enfermedad como un síntoma conductor. Según Kleist, la uniformidad de estas quejas hipocondríacas termina actuando extravagantemente, en el sentido de claros manierismos.

Son notables las repeticiones del lenguaje y del pensamiento. El lenguaje se desliza por determinados carriles, casi siempre por tres o cuatro temas que tiene el paciente (quejas sobre su tratamiento, del personal, sobre su actividad en el hospital, etc.). El investigador tiene ante sí por otro lado, un paciente con chatura afectiva.

Injurian intensamente a quienes tienen a su alrededor, pero suelen ser de carácter pasajero y fácilmente controlables. Estos enfermos pueden mantener cierta actividad pero siempre en la historia clínica está registrada su falta de iniciativa. Mientras que el hebefrénico necio no se queja y da vueltas embotado y casi sin hablar, el hebefrénico depresivo aparece como más activo, más locuaz y puede durante muchos años, ser trabajador, aplicado a pesar de sus molestias hipocondríacas.

#### **4.4 Tratamientos de la Esquizofrenia**

##### 4.4.1 Tratamiento Farmacológico

El tratamiento de la esquizofrenia se basa fundamentalmente en fármacos llamados antipsicóticos, los cuales son la intervención terapéutica por excelencia ya que reduce en forma considerable los síntomas del trastorno (Kaplan & Sadock, 1998).

El tratamiento farmacológico de la esquizofrenia se efectúa mediante unos fármacos llamados en un principio neurolépticos (nl), por sus efectos catalépticos y más actualmente existe cierto consenso en llamarlos antipsicóticos.

Desde la introducción del antipsicótico clorpromazina en 1954, las medicaciones psicotrópicas se han convertido en el pilar del tratamiento para la esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas. Numerosos estudios han documentado la eficacia de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia. Se ha mostrado su eficacia tanto en el tratamiento agudo de los síntomas psicóticos como a nivel de recaídas.

Debe diferenciarse el tratamiento a aplicar según sea un episodio agudo o de mantenimiento. El primero, es solo en los casos de episodios agudos, es decir de recaídas, generalmente con síntomas positivos y negativos y el segundo, sirve para reducir recaídas. Obviamente que las pautas de dosificación y administración son completamente diferentes y debe ser administrada según el caso y a criterio médico o psiquiátrico (Gutiérrez Suela, 1998).

No hay diferencia en la eficacia entre un tipo de antipsicótico frente a otro. Sólo gracias a los tratamientos farmacológicos se han abierto las posibilidades de la rehabilitación y de una vuelta rápida al entorno social.

La esquizofrenia va acompañada de una alteración del metabolismo cerebral, se trata de un funcionamiento excesivo de la dopamina. Los antipsicóticos bloquean el efecto excesivo de la dopamina y restablecen el equilibrio en el metabolismo cerebral. Sin embargo, también modifican otros ámbitos metabólicos cerebrales, de ello resultan, además de los efectos deseados, efectos secundarios indeseables.

Se distingue dos grandes grupos de antipsicóticos: los llamados clásicos o típicos que se caracterizan por bloquear los receptores dopaminérgicos D<sub>2</sub>, son muy eficaces en los síntomas positivos, pero provocan bastantes efectos secundarios y los atípicos que también son bloqueantes dopaminérgicos, pero a la vez actúan sobre receptores serotoninérgicos, produciendo menos efectos secundarios y siendo más eficaces en los síntomas negativos. (Cidoncha, 2001).

La selección de antipsicóticos debe basarse en los antecedentes de respuesta previa, el perfil de efectos adversos del fármaco y el coste. Cada persona responde bien o no (resistente) a cierta medicación por lo que existe un periodo de prueba y adaptación entre fármacos y dosis a administrar según el caso.

#### 4.4.2 Psicoterapias

Así como es muy importante la medicación para el tratamiento de la esquizofrenia, ya que es fundamental que la persona deje de alucinar, delirar como objetivo primordial para que el enfermo pueda estar predispuesto a recuperar su vida (hábitos previos a la enfermedad, vida social, familiar, laboral, etc.). Vale decir, que el enfermo requiere de un buen soporte terapéutico para tener una buena evolución en la enfermedad.

Existen tres modalidades de trabajo terapéutico:

1) Terapia individual

- 2) Terapia grupal o familiar
- 3) Comunidades terapéuticas

#### 4.4.2.1 Terapia Individual

Aunque se compartan problemas comunes, estos se concretan en cada individuo, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares, y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos y así mismo en función de la atención y servicios que reciben.

Cada persona debería tener un plan individualizado para su rehabilitación dependiendo de su diagnóstico, deterioro, conductas, problemas situación social, familiar y laboral. (Cidoncha, 2001)

#### 4.4.2.2. Terapia grupal o familiar

Las intervenciones grupales son de alta efectividad en el paciente esquizofrénico crónico (Kaplan & Sadock, 1998). Esta modalidad permite una retroalimentación inmediata paciente-terapeuta y la observación del profesional de las respuestas emocionales y conductuales de los participantes, como así también pueden sentirse más identificados y menos vulnerables con sus síntomas. El objetivo principal es reducir el aislamiento, incrementar el sentido de cohesión y mejorar la calidad de vida del paciente (Kaplan & Sadock, 1998).

El formato grupal permite compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas, contrastar las realidades de las experiencias y favorecer el vínculo con otros. (González Torres & Ruiz Parra, 2005).

Cuando se trabaja desde el marco familiar es de gran importancia que la familia se comprometa con el tratamiento del enfermo, de otro modo se dificulta en gran medida el progreso del paciente. Esto implica en muchos casos, la modificación de sus hábitos y modos de relacionarse con el enfermo y entre sí, lo cual muchas veces resulta un obstáculo. La psicoeducación acerca de la esquizofrenia es de vital importancia para que la familia colabore y apoye al enfermo para poder afrontar la probabilidad de posibles recaídas.

#### *4.4.2.3 Tratamiento psicosocial y de rehabilitación social y laboral*

La rehabilitación y las intervenciones psicosociales han constituido históricamente un aporte fundamental en la atención psiquiátrica. Apuntan a mejorar la calidad de vida. El objetivo es entrenar a los pacientes en habilidades y competencias sociales afectadas por la enfermedad para integrarse en forma satisfactoria al medio.

El profesional que trabaja estos enfoques debe tener en cuenta tanto los factores patológicos como funcionales y los de calidad de vida (Cassarotti et al, 2003).

Debe aumentar la capacidad de adaptación, estimular resolución de problemas, favorecer la integración así como también planificar objetivos individualizados y prevenir recaídas. Estas intervenciones se vuelven indispensables a la hora de trabajar con pacientes crónicos institucionalizados (Kaplan & Sadock, 1998).

Se utilizan diversidad de talleres o programas creados para complementar las modalidades terapéuticas que responden a necesidades específicas de cada paciente entre ellas: musicoterapia, terapias ocupacionales, acompañamiento terapéutico y talleres artísticos además de programas creados en distintos servicios que responden a necesidades específicas de cada paciente (Gilbert et al, 2002).

#### 4.4.3 El Arte y la Esquizofrenia: La proyección en el taller artístico.

Los gráficos siempre han sido modos de evaluar al paciente como técnicas proyectivas, para interpretar su parte inconsciente por lo que pueden ser utilizados como recursos auxiliares del diagnóstico.

Los dibujos de los pacientes tienen valor interpretativo en sí mismos, constituyen una alternativa para las observaciones y evaluaciones de la personalidad, la conducta y comprensión de la personalidad total (Kramer, 1982), por este motivo las producciones gráficas pueden ser de gran ayuda a la hora de buscar nuevas alternativas de terapia y expresión del lenguaje.

Las actividades creativas y artísticas ofrecen al paciente una opción a la comunicación verbal, brindándole una nueva manera de expresarse sin sentirse amenazado.

Según el estudio de un grupo de profesionales del Servicio de psiquiatría del Hospital

Italiano, Rincón (1992), se ha llegado a la conclusión a través de la práctica profesional en el servicio de día del hospital, que muchas veces la palabra sola es inoperante. Por lo tanto, es necesario atacar el conflicto por otros medios para poder conseguir mejores resultados con los pacientes, en especial con los que se encuentran en situaciones más graves y en enfermedades crónicas. Nuestra civilización occidental tiene dificultad para aceptar que el intelecto puede ordenarse en otras matrices más primitivas que la palabra.

A través del dibujo y la pintura, se desea recuperar la necesidad creadora de cada individuo, así lo plantea Maud Mannoni con los pacientes psicóticos, enfatizando los recursos insospechados de producción creadora que existe en todo individuo por más enfermo que esté. La autora, también cita a Enrique Pichón Riviere, que diferencia el arte normal y patológico. En el artista normal, el proceso creativo, es controlado y temporario. En cambio, en el alienado, es más automático, permanente y necesario. Se siente impulsado a crear con el objetivo de transformar al mundo real, no busca un público ni trata de comunicarse. Por otro lado, es menor el afecto y sus obras carecen de valor plástico. También enumera los beneficios que trae esta actividad, en especial para los enfermos hospitalizados:

Brinda placer al sujeto que lo realiza, desencadena mayor libertad emocional, otorga información en cuanto al diagnóstico y tratamiento así como también de los cambios de conducta y estado de ánimo del paciente, teniendo en cuenta el alto contenido onírico de dichas representaciones.

**Agregado** Hammer (1969), considera que la comunicación pictórica constituye un lenguaje básico o elemental. En Los dibujos proyectivos las actividades psicomotoras de la persona se capturan en un papel.

La percepción del mundo con perturbaciones emocionales no es exacta. Puede tener visiones distorsionadas y estas distorsiones aparecen en los dibujos proyectivos registradas en la hoja de papel.

Existe una tendencia en el ser humano de ver al mundo de una manera antropomórfica, a través de su propia imagen. La esencia de la visión antropomórfica del medio, es el mecanismo de proyección. Las distorsiones forman parte de dicho mecanismo siempre que la distorsión tenga una función defensiva. Vale decir, que las personas tienden a expresar en sus dibujos en forma inconsciente o involuntaria una visión de sí mismas tal como son o les gustaría ser.

Según Hammer, es necesario considerar la estructura y el contenido de los dibujos para su posterior análisis.

La fase estructural o expresiva del dibujo, abarca el tamaño de éste, la presión y calidad de la línea, el emplazamiento en la hoja de papel, detalles, simetría, proporciones, perspectiva y sombreado, entre otras.

La fase del análisis de contenido del dibujo tiene en cuenta la postura de la figura, expresión facial, importancia que se da a los detalles, entre otros.

#### *4.4.4 Arteterapia. Una intervención alternativa.*

El tratamiento a través de talleres de arte o expresión artística ha resultado una manera novedosa de intervención, no es específica para la esquizofrenia pero da buenos resultados. Genera beneficios a nivel de relaciones interpersonales, solución de problemas para estimular el ocio y entretenimiento, problemáticas comunes de la esquizofrenia (Waller, 1993).

Existe una modalidad alternativa que se ha estado desarrollando en diferentes partes del mundo, buscando nuevos horizontes en cuanto al tratamiento con enfermos graves o crónicos como lo son las esquizofrenias sistemáticas, en las que muchas veces no es posible un tratamiento convencional, debido a la gran distancia que guardan con la realidad. Esta es la “*arteterapia*”. Según la información que nos brinda la British Association of Art Therapists se refiere al uso de materiales artísticos para la autoexpresión y la reflexión en presencia de un arteterapeuta entrenado. Éste, no evalúa en forma estética la producción gráfica, ni diagnostica al enfermo. El objetivo principal, es permitir que el paciente logre realizar cambios y crezca a nivel personal mediante el uso de materiales artísticos en un ambiente seguro y facilitador (Ruddy & Milnes, 2008).

Existen investigaciones que revelan a esta modalidad, como de gran ayuda como complemento de psicoterapia permitiendo mejorar el funcionamiento del paciente que de otro modo hubiera sido imposible. Por ejemplo, a través del arteterapia es posible desarrollar en el enfermo ciertas destrezas que le facilitan el desarrollo de roles sociales, que se encuentran muy deteriorados por la patología y permite el cambio terapéutico a través del desarrollo de habilidades para el arte y relaciones interpersonales con el arte terapeuta, que les permite construir un vínculo que a la vez contribuye a la autovaloración positiva al conseguir pequeños logros con los objetivos propuestos (Schindler & Pletnick, 2006). En este estudio se ha demostrado, a través del caso de un sujeto con esquizofrenia paranoide con antecedentes penales por asesinato que la combinación del arteterapia y el desarrollo de roles, en un ambiente contenido primero en forma individual y luego grupal, contribuye y estimula la creatividad del participante que al percibir el feedback de sus logros artísticos en sus producciones graficas en forma individual y ser evaluado en forma favorable, le permitió luego realizarlo en forma grupal obteniendo así también un buen resultado con sus pares y en esta experiencia se consiguieron muchos logros: la adquisición de habilidades sociales, autovaloración personal, reconocimiento positivo por parte de sus pares y sus familia (Schindler & Pletnick, 2006).

Es importante mencionar que a pesar que existen estudios que avalan el arteterapia como alternativa y complemento del tratamiento en enfermedades graves o crónicas, todavía debe investigarse con mayor profundidad cual es su efectividad y sus riesgos en su práctica, ya que todavía no hay suficiente investigación al respecto.

## **5. METODOLOGÍA**

Tipo de estudio descriptivo-estudio de caso

## **6. PARTICIPANTE**

BL, tiene 84 años, es soltera, tiene dos hermanos y una hermana fallecida. Es de nacionalidad argentina, mientras que su padre era de origen ruso y su madre alemana. No tuvo parejas ni hijos. Pinta desde los 6 años. Gano concursos y premios (anillos y medallas de oro). Tocaba el piano y el xilofón.

Sus lazos afectivos son escasos. Su familia está compuesta actualmente por sus tres sobrinas, con las que mantiene poca relación. Fuera del vínculo familiar, ha entablado una estrecha relación con la empleada de su sobrina (C). Otra figura importante es la de una enfermera que cuidó de ella durante su residencia en otro hogar, con quien desarrolló un fuerte vínculo. Solía llamarla con insistencia por teléfono para que la visitara en el hogar en el que se encuentra actualmente.

Fue internada por primera vez por inanición en un hospital, esto sucedió cuando falleció su hermana mayor. Estuvo internada en un hospital neuropsiquiátrico varios años. En la historia clínica no consta fecha de ingreso en el lugar antes mencionado ni la fecha en la que ingresó al Hogar. Luego se trasladó a la institución concurrida junto con todo el resto del grupo de residentes que pertenecían al lugar previamente citado.

El diagnóstico que figura en su HC es padecimiento de hebefrenia sin gran deterioro, con depresión. Actualmente se encuentra compensada y goza de memoria conservada.

La medicación suministrada a la paciente según registro de las enfermeras del piso: Alcon lagrimas oculares, gotas (dosis diaria), enapril 10 mg Comp. (1 cada 12 hs.), aspirinetas 100 mg (1 dosis diaria) y Seroquel 25 mg Comp. (1 cada 12 hs), antipsicótico atípico.

Se encuentra postrada en una silla de ruedas (en los últimos años). También padece úlcera del ojo derecho y cataratas.

## **7. INSTRUMENTOS**

La principal herramienta para el análisis del caso fue la observación.

Durante las visitas a BL en la residencia, se realizaron encuentros que permitieron entablar una relación más estrecha y de confianza con la residente.

Se accedió a la historia clínica de BL, que si bien esta se hallaba incompleta, fue de vital importancia, pues permitió conocer el diagnóstico médico de la paciente entre otra información.

El personal y los residentes de la institución que estuvieron en contacto con BL, fueron otra importante fuente de información complementaria.

## **8. PROCEDIMIENTO**

El seguimiento de la paciente abarcó un periodo estimado de seis meses con una frecuencia de una a dos visitas semanales. Durante este periodo se entablaron conversaciones que permitieron conocer más en profundidad su historia personal.

Al mismo tiempo se recabó información sobre el comportamiento y hábitos de BL, a través de la asistente social, enfermeras, mucamas que la atendieron en la residencia anterior.

## **9. DESARROLLO DEL CASO**

A continuación, se expondrá el caso de acuerdo a los objetivos señalados más arriba.

### **9.1 Descripción de la hebefrenia depresiva en BL según la teoría desarrollada por Kleist, Leonhard y Faust (1950).**

Dentro de las características de personalidad y síntomas de BL se señalará aquello que coincida con la hebefrenia depresiva y también con otros autores.

De acuerdo a la historia clínica, BL padece hebefrenia sin gran deterioro, con depresión. Según surge de la misma, BL ha sufrido varias internaciones y un intento de suicidio después del fallecimiento de su hermana. Este hecho coincide con lo que se señalan los autores Kleist, Leonhard y Faust (1950) acerca de los intentos de suicidio.

Era una persona demandante y fácilmente irritable. Esta conducta se ha observado en varias ocasiones cuando sus demandas no eran satisfechas. Sin embargo su enojo desaparecía rápidamente como si nunca se hubiera generado. Este cambio de humor repentino coincide con lo descrito por el C. I. E.10 (1986) en relación al trastorno afectivo. Es así, como en muchas ocasiones, este cuadro suele pasarse por alto ya que son tomados como simuladores. Ejemplos de esta actitud se encuentran descriptos mas adelante, en el desarrollo aspectos relacionados con lazos afectivos y conducta interpersonal.

Esta conducta se ajusta a lo que sostienen los autores Kleist, Leonhard y Faust (1950), con respecto a las injurias pasajeras.

La paciente se expresaba a través de muecas y extrañas gesticulaciones en su rostro al hablar acompañándolos con movimientos corporales rebuscados. Esta conducta es propia de la hebefrenia tal como la describen Kleist, Leonhard y Faust (1950) y el C.I.E 10 (1986).

BL tenía algunos temas recurrentes que ocupaban su mente en forma cotidiana (repeticiones en el lenguaje). A continuación se detallan aspectos de esta conducta con algunos ejemplos.

En general, BL tenía una visión negativa de la vida, propia de una distorsión en sus pensamientos. Con frecuencia se ponía nerviosa y profería una serie de gritos y lamentos en forma grotesca. Este comportamiento le generaba malestar y a la vez cansancio, por la energía consumida.

Durante las visitas se observó que la residente presentaba quejas frecuentes hacia el personal, en cuanto a la mala atención que recibía por parte de las enfermeras. La misma se refería a la falta de suministro de la medicación (para los ojos, la gastritis, constipación, entre otros). Al mismo tiempo comentaba cotidianamente recibir maltrato, tanto verbal como físico, por parte del personal del Hogar y de la residencia actual.

Por otro parte, manifestaba quejas insistentes de dolores estomacales, articulares, mareos, constipación, entre otros.

Las quejas hipocondríacas de forma monótona y uniforme registradas en BL se corresponden con la hebefrenia depresiva descrita por Kleist, Leonhard y Faust (1950).

BL padecía obsesiones e ideas delirantes. Se mostraba como una persona desconfiada con muchos miedos, en particular temía permanentemente que le robasen el dinero y sus objetos personales. Por ello guardaba los dibujos, que los consideraba muy valiosos, celosamente dentro de un placard dado que tenía gran temor que las enfermeras y/o sus compañeros se los quitaran. Al mismo tiempo tenía sus objetos personales en una bolsa desalineada junto con su cartera que llevaba a todas partes en la silla de ruedas.

Con frecuencia, BL expresaba su miedo a la muerte.

En una oportunidad BL comentó, que a partir del fallecimiento de una residente tuvo pesadillas y no pudo conciliar el sueño, pues se le aparecía la figura de la fallecida. Cabe destacar sin embargo, que este suceso le ocurría con frecuencia en el pasado. La amistad con su amiga "T" permitió superar estos miedos.

Este hecho hace referencia a los pensamientos intrusivos característicos de la hebefrenia citada en el C.I.E. 10 (1986).

La relación laboral de BL, fue escasa. Solo mencionó haber trabajado en un laboratorio en su adolescencia. Empleo que le consiguió su padre.

La residente solía estar sola, retraída y no manifestaba interés en participar de las actividades grupales propuestas por la institución. El personal intentó estimularla en varias ocasiones, sin lograr que se integrase a ninguna de ellas. Cabe destacar, su negativa a participar del taller semanal de pintura, siendo esta actividad de gran motivación. Tanto su escasa actividad laboral como la falta de interés por vincularse en las propuestas ofrecidas por la institución, demuestran un marcado retraimiento y falta de iniciativa. Síntomas característicos de la patología.

A pesar de lo expuesto, BL manifestaba un interés particular en comunicarse solo con las personas más cercanas. Insistía en que la acompañasen a realizar llamadas telefónicas. Esta conducta se señala como una de las escasas iniciativas personales que BL realizaba en la residencia, lo cual explica que la falta de iniciativa de la paciente no era total como en otros casos de hebefrenia expuestos por Kleist, Leonhard y Faust (1950).

Es importante señalar que estos cuatro ejes temáticos recurrentes en el lenguaje de BL (quejas, robo, miedos y llamadas telefónicas) son coincidentes con lo señalado por Kleist, Leonhard y Faust (1950) en la descripción que hacen en torno a las repeticiones en el lenguaje y el pensamiento.

Su vinculación afectiva en general era muy pobre y superficial. Este aspecto se desarrolla en el apartado correspondiente a las relaciones interpersonales y afectivas. Sin embargo, cabe destacar que esta conducta se encuadra con el concepto de chatura afectiva expuesto por los autores Kleist, Leonhard y Faust (1950).

## **9.2 Desarrollo de habilidades de BL**

BL pintaba de los 6 años y llegó a ganar varios concursos y medallas que en alguna oportunidad se mostraron, así como también tenía una carpeta con varios dibujos que había realizado y contó en alguna oportunidad que le hizo varios dibujos a las enfermeras del Hogar, los cuales fueron enmarcados y colgados en dicha residencia.

Otra de las actividades que disfrutaba en el pasado era el bordado. Con frecuencia comentaba que solía bordar durante su estancia en el Hogar. Sin embargo, debió abandonarlo a causa de deterioro en la visión en uno de sus ojos y al agotamiento que le generaba dicha actividad.

En una oportunidad, estando BL en la residencia actual, solicitó un mantelito e hilos de colores para bordar pero al no poder realizarlo con éxito, perdió finalmente el interés.

El dibujo era la actividad que más disfrutaba y valoraba. Una muestra de ello es que conservaba sus pastas, lápices de dibujo y pintura. A la vez utilizaba sus producciones gráficas con diferentes fines:

El dibujo le proporcionaba placer y motivación, así como también alimentaba su autoestima. Esto se evidenciaba en el modo en que mostraba con satisfacción y orgullo sus creaciones artísticas, como explica Rincón (1992), en el marco teórico sobre la función que cumplen las producciones gráficas. En varias ocasiones repetía “Yo no soy cualquier cosa, soy una pintora, la gente se piensa que se hacen fácil”. Manifestaba con frecuencia que los demás residentes la envidiaban porque sabía pintar. Al mismo tiempo, escondía celosamente sus dibujos aduciendo que, tanto el personal de limpieza como los residentes, deseaban robarle sus producciones. Esta conducta se encuadra a los trastornos de pensamiento que se citan en el C.I.E.10 (1986).

Otra conducta observada, que muestra el grado de valoración que BL adjudicaba a sus dibujos, fue la utilización de los mismos como medio de intercambio o pago. Era un gesto de agradecimiento o recompensa por un favor recibido, teniendo en cuenta que entre los residentes prácticamente no manejaban dinero.

En varias oportunidades solicitaba hojas para dibujo, lo que demostraba un interés particular por esta actividad. La misma se hallaba ligada a su estado de ánimo. Esta observación se vincula con los beneficios que proporciona el arteterapia según Ruddy & Milnes (2008).

Si bien existen estudios que presentan el arteterapia como alternativa y complemento del tratamiento en enfermedades graves o crónicas, aun no se cuenta con estudios suficientes sobre su efectividad y riesgos en la práctica.

#### 9.2.1 Información que surge de la observación de las producciones gráficas de la residente.

Se ha realizado un análisis preliminar de los dibujos proyectivos de BL, a partir de la observación de cuatro dibujos que la paciente conservaba en el Hogar actual .

Entre ellos, se encontraban dos retratos de mujer y otros dos de paisajes (ver Anexo). En cada uno de ellos se pudieron apreciar elementos que constituyeron un material valioso para el análisis de la producción pictórica de la paciente.

Si bien no se ha podido conocer la fecha o época en que fueron realizados, se sabe que corresponden a una etapa previa al periodo de observación.

Actualmente se sabe que las proyecciones simbólicas de los enfermos mentales son todas significativas, más allá de la capacidad del profesional en poder comprenderlas Hammer, (1969). Esto demuestra la importante información que encierran las producciones graficas de la paciente.

Del análisis de los dibujos proyectivos de BL, se destacan algunas características que a continuación se describen.

##### *Tamaño*

Los estudios sobre dibujos proyectivos permiten analizar la relación entre el tamaño del dibujo y el espacio grafico, que se vincula a la vez con la relación dinámica entre el individuo y su ambiente.

El tamaño expresa la respuesta del individuo a las presiones ambientales y los individuos que dibujan figuras excesivamente grandes poseen dentro de sí una fuerte corriente agresiva (Hammer, 1969). Asimismo, autores como Zimmeman y Garfinkle afirman que la falta de restricción en el tamaño de los dibujos se correlaciona con la agresividad y con tendencia a descargarla en el ambiente.

El análisis preliminar de las producciones gráficas de BL ha permitido confirmar algunos de los aspectos expresivos de los dibujos proyectivos que cita Hammer en sus trabajos. Todos los dibujos observados muestran una relación desproporcionada entre el dibujo y el papel (el entorno). Para el autor, esto último estaría indicando sentimientos de constricción ambiental. De este modo, la figura grande presente, tanto en el retrato como en el paisaje, permitiría inferir sentimientos agresivos y expansivos.

Esta conducta agresiva en BL ha sido observada, en forma reiterada, a lo largo del periodo de la residencia.

### **Análisis de Retrato**

Cuando una persona pinta un retrato en rigor pinta dos, el del modelo y el propio (Hammer, 1969).

Se describen algunas de las características principales observadas en los retratos. (Fig. 1 y Fig. 2)

#### *Ojos*

En ambos dibujos, el ojo derecho de la mujer presenta una marcada diferencia con respecto al ojo izquierdo. Este se encuentra remarcado, sombreado y con la pupila de un color distinto al otro. Esta observación es coincidente con la úlcera sufrida en dicho ojo. Por lo tanto es posible establecer una relación entre la lesión y el detalle del ojo observado en los retratos.

#### *Cabello*

El cabello de la mujer se muestra muy arreglado y con presencia de sombrero.

Una breve observación de los retratos permitió apreciar la importancia que BL le otorga al cabello (ver anexo retrato).

Hammer (1969) refiere esto último como rasgos de narcicismo y homosexualidad. No obstante para aseverar dicha apreciación sobre la paciente sería necesario encarar estudios más profundos.

*Boca*

Las líneas de la boca en los retratos se observan curvas y/u ovals.

Según el mismo autor, este tipo de líneas en la boca estaría relacionado con una personalidad oral agresiva sádica. Este rasgo de la conducta de BL ha podido ser evidenciado a lo largo del periodo de observación de la paciente.

*Mentón*

En el mentón se destacan líneas con un trazo remarcado y, algunas partes se aprecian líneas dobles.

Para Hammer el mentón constituye un estereotipo social relacionado con la fuerza y determinación. Este aspecto observado en los retratos podría estar expresando un fuerte impulso y tendencias agresivas en BL.

Cuello: Las líneas del cuello están presentes de una manera equilibrada, lo cual podría estar indicando un buen vínculo entre el control intelectual y los pulsos instintivos (ello).

*Trazo*

El trazo suele describirse con diferentes características vinculadas con el nivel energético. Existe en los retratos de BL una tendencia a líneas quebradizas y a la vez, en varias partes de la figura, aparecen trazos reforzados. Este tipo de trazo en los retratos se encuentra asociado con la ansiedad. Este rasgo de la conducta también ha podido ser confirmado en la paciente durante la residencia.

*Contorno*

El contorno de las figuras es claro y definido, y la línea de la demarcación reforzada podría ser una expresión de aislamiento.

La conducta retraída y poco social observada en la paciente concuerda con la apreciación que surge de las líneas trazadas en los dibujos.

A partir de la bibliografía citada y del análisis de los dibujos proyectivos del retrato, la figura cuidadosamente vestida de la mujer podría revelar en BL rasgos de narcisismo social. Asimismo ciertos detalles precisos presentes en los retratos podrían expresar una conducta agresiva y poco social en la paciente. Como ha sido mencionado anteriormente, estos comportamientos y aspectos de la conducta de BL han sido observados a lo largo de la residencia

**Análisis del Paisaje**

Según Hammer (1969), la síntesis defectuosa en los dibujos es una característica de las personas con trastornos emocionales graves. Esto último se ha podido apreciar en los paisajes dibujados por BL, en especial en la reproducción de “la casa en el bosque” (Fig.3). Se destaca el sombreado y tizne que, de acuerdo al autor, constituyen una expresión directa de la atmósfera gris y expresaría profundo descontento en pacientes psicóticos.

### **Árbol**

El dibujo del árbol parece reflejar los sentimientos más profundos e inconscientes que el individuo tiene de sí mismo. Se considera que el árbol, como entidad básica natural y vegetativa, constituye un símbolo adecuado para proyectar los sentimientos más profundos de la personalidad.

#### *Tronco*

El tronco representa la sensación que la persona tiene acerca de su poder básico y fortalece interna. Se observan troncos gruesos como un índice de fortaleza básica de la personalidad. Esto no coincide aparentemente con lo observado en la residente.

#### *Ramas*

Las ramas representan los recursos que el individuo siente poseer para obtener satisfacciones del medio. Las ramas largas y angostas que se extienden hacia arriba y apenas hacia los costados son típicas de los dibujos de personas que temen buscar satisfacción del ambiente y se refugian en la fantasía. Esta observación del autor coincide con la personalidad de BL.

### **Casa**

La casa como asociación de lugar de vivienda provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones interfamiliares.

#### *Techo*

El techo aparece remarcado con color, a diferencia de otras áreas de la casa. Este indicador podría relacionarse con la amenaza de que su fantasía escape a su control. Si bien esto último es más frecuente en los dibujos pre-psicóticos.

#### *Puerta*

La puerta es el detalle de la casa a través de la cual se realiza el contacto con el ambiente. La puerta en el dibujo de BL aparece muy grande. Según el autor, esto es característico de personas dependientes. Asimismo, la presencia de picaporte (cerradura), también presente en el dibujo, estaría manifestando una sensibilidad defensiva, del tipo paranoide. Todos estos elementos observados en los dibujos refieren a características de la personalidad observadas en BL, que han sido desarrolladas a lo largo del trabajo.

### **Persona**

De acuerdo al autor, la persona constituye el concepto más cercano de uno mismo. En el dibujo de las personas además del yo físico se proyecta una imagen del yo psicológico. El dibujo puede hacer referencia a: el autorretrato, el ideal del yo, o representaciones significativas para el sujeto. La persona o la figura que se esboza en el dibujo de la “casa en el bosque”, (Fig.3) aparece desdibujada casi tapada, por un intenso sombreado conectado a un sendero que conecta con la casa. Esta imagen emerge de espaldas al camino. La representación del dibujo podría simbolizar a BL atrapada en un lugar oscuro al final del camino (su vida), del que no hay retorno. En este dibujo se encontrarían representados los elementos internos de su persona, temores y miedos. Asimismo, los tonos sombríos y depresivos expresarían un estado emocional de desaliento y tristeza en BL. No obstante, deberían encararse estudios más rigurosos para poder relacionar las producciones pictóricas con aspectos profundos de la personalidad y psicopatológicos de la paciente.

### **9.3 Lazos afectivos y Conducta interpersonal**

Por lo general, BL se mostraba absorbente e irritable. Cuando se le negaba algo que solicitaba se ofendía rápidamente, y comenzaba a gritar. En ocasiones cuando hablaba por teléfono, se emocionaba o enojaba, emitiendo respuestas incoherentes o inadecuadas a la situación.

En varias oportunidades, cuando BL relataba algo que le había sucedido se reía o se lamentaba, sin poder comprender claramente lo que causaba dicha reacción. Esta conducta es propia de uno de los síntomas descritos de la hebefrenia del C.I.E. 10 (1986), expuesto anteriormente en el marco teórico.

En una ocasión, se observó a BL manifestar expresiones verbales de fuerte carga agresiva, al no poder concretar un llamado telefónico que deseaba realizar y al no permitirle insistir en la comunicación. Al día siguiente, BL se comportó normalmente, como si el episodio anterior nunca hubiese sucedido, se dirigió en un tono respetuoso y tranquilo. Esta conducta se ajusta a lo que sostienen Kleist, Leonhard y Faust (1950), con respecto a las injurias pasajeras y a la vez se relaciona con lo mencionado en el C.I.E. 10 (1986), en torno al aspecto afectivo.

En diversas ocasiones, BL evidenciaba enojo con las enfermeras debido a que ellas no consentían sus caprichos. Se mostraba ofendida y se negaba a ir al comedor; algunas veces comía sola en su cuarto, y otras, directamente no comía.

Muy difícilmente aceptaba un “no” por respuesta. Esto se encuadra con las manifestaciones de capricho citadas en el C.I.E. 10 (1986).

En cuanto a la relación con sus pares dentro de la institución, esta era muy escasa. Se vinculaba solo con dos o tres residentes, de manera esporádica o casual.

En una oportunidad a BL le fue asignada una compañera de cuarto. Sin embargo, a causa del reiterado maltrato que le propinó ésta a su compañera, la administración se vio obligada a cambiarla a una habitación individual. Fue imposible la convivencia entre ambas. Este ejemplo se encuadra con uno de los síntomas de la hebefrenia depresiva descrita por Kleist, Leonhard y Faust (1950), la demenciación afectiva, que implica maltrato y burla hacia los más débiles.

BL se relacionaba con las enfermeras, o el personal de limpieza sólo cuando le resultaba beneficioso o estrictamente necesario. Muy pocas personas le simpatizaban. Utilizaba, por lo general, buenos modales únicamente cuando necesitaba obtener algo a cambio. Este patrón de conducta se asocia a la chatura afectiva mencionada en los trabajos de Kleist, Leonhard y Faust (1950); y se hace referencia a la superficialidad en las emociones, descrita en el C.I.E. 10 (1986).

Si bien el núcleo familiar de BL era reducido, tenía solo tres sobrinas, existía poca relación con las mismas. Se limitaba en especial a su sobrina mayor, “Cx” y se apreciaba un vínculo pobre y superficial. El mismo consistía meramente en la solicitud de algunos objetos personales. En general, la empleada de la sobrina, “C”, era quien llevaba dichos elementos a la institución.

Un aspecto importante a destacar fue el estrecho vínculo desarrollado con su hermana mayor fallecida. En el pasado compartían infinidad de experiencias que recordaba con gran afecto.

Por otra parte, tenía un hermano a quien nunca mencionaba. Ni siquiera sabía si aún vivía.

El fallecimiento de su hermana generó en BL un gran impacto emocional, de profunda tristeza, que desencadenó en un intento de suicidio por inanición. Este cuadro depresivo se corresponde, con los inicios de la enfermedad, que hace referencia Hecker (1871). El proceso patológico de BL sufrió sucesivos episodios que fueron incrementando su deterioro mental que requirió su internación en el Hospital psiquiátrico. No se cuenta con información acerca de la fecha y estancia en dicha institución.

Era muy habitual que comiera sola, apartada del resto. Esto es un claro ejemplo de buscar permanecer en soledad, rasgo que se describe en el C.I.E. 10 (1986).

Dentro de las amistades que conservaba de su pasado, se encuentran una persona llamada "T", mencionada anteriormente, a quien llamaba con frecuencia. La visita de esta enfermera era muy ansiada, y anhelaba que pudiera trabajar en el nuevo hogar para poder estar cerca de ella. Teresita era una de las pocas personas con la que mantenía un estrecho lazo afectivo, así como también lo tuvo con su mamá y hermana. Ella tenía influencia en el modo de pensar, sentir y actuar de BL. Este tipo de vínculo contrasta con la falta de apego que manifestaba hacia el resto de las personas que la rodeaban en el hogar.

Su relación con la enfermera induce a pensar que podría tratarse de un enamoramiento de BL hacia ella. Dicho comentario, también fue observado por una de las enfermeras del Hogar. No obstante, se requerirán estudios más profundos que fundamenten dicha apreciación. Se evidenciaba a través de expresiones peyorativas y descalificantes hacia el sexo masculino. Esta actitud de rechazo puede deberse a la conflictiva relación que tuvo con su padre. Este vínculo era ambivalente, dado que despreciaba a su padre por el maltrato a su madre pero lo admiraba al mismo tiempo. Esta ambivalencia afectiva, es posible relacionarla con lo que menciona Bleuler (1993), entre otros, al respecto según lo expuesto en el marco teórico.

Según referían enfermeras muy cercanas a BL, es factible que la residente haya sido violada en su infancia. Este dato no ha podido ser confirmado, no obstante podría ser este, un motivo que explique la actitud de desconfianza y odio a los hombres.

Por lo general, se desarrolló buena empatía con la residente durante el período de observación. A pesar de sus limitaciones en establecer vínculos afectivos, se logró construir una relación de acercamiento, que se fue fortaleciendo a través de compartir experiencias y entablar diálogos (acerca de sus miedos, su niñez y su relación con el personal y residentes del hogar).

No obstante la relación transitaba por momentos de aspereza y tensión.

Sin embargo, primaba su visión negativa y la falta de iniciativa en la búsqueda de bienestar, integración y participación.

Es importante señalar la relación que BL establecía con sus dibujos.

En una oportunidad, comento que “sentía que los rostros de los dibujos la miraban y le pedían que no los abandone”. Evidentemente, manifestaba claros signos de delirio, como bien se describe en el C.I.E. 10 (1986).

## **10. CONCLUSIONES DEL CASO**

### **10.1 Limitaciones del trabajo**

Es importante aclarar que ha sido dificultosa la búsqueda de información sobre el diagnóstico de hebefrenia depresiva, dado el marco teórico específico elegido en este trabajo.

Se ha investigado y consultado a especialistas en el tema, quienes confirmaron la existencia de muy pocos trabajos traducidos del alemán que expliquen en profundidad acerca de las hebefrenias, como lo descripto por Kleist y Leonhard, y en especial sobre la conceptualización que desarrolla Kleist sobre esta patología. Esto último no ha impedido extraer conclusiones pero sí las ha acotado.

Asimismo, otra limitación en la descripción del caso fue el período de tiempo transcurrido, entre la residencia realizada y la presentación del trabajo.

Debido a avanzada edad de BL no fue posible plantear propuestas de mejora, pues la perspectiva de cambio en su estado general era limitada

Debido a los vacíos de información detectados durante el análisis del caso, se realizó una nueva visita a BL, transcurridos cuatro años de la etapa de observación. Dado el cambio importante en el estado físico, mental y emocional de la residente no fue posible recabar la información faltante.

### **10.3 Limitaciones personales**

Se podría haber obtenido mejores resultados de haber podido contar con mayor tiempo y dedicación con BL. Por momentos, la contratransferencia hizo dificultosa la relación con la residente debido al temperamento demandante y negativo más allá de su patología.

De este modo se podría contar con mayor información para un correcto diagnóstico y ajustar el tratamiento a seguir, con el fin de lograr mejores resultados en la calidad de vida de pacientes internados con características similares al estudio de caso.

Por otra parte, BL se encuentra con un mayor deterioro debido al paso del tiempo. En cuanto a su estado físico, tiene cáncer en la nariz y opacidad en el ojo con úlcera. En relación al estado cognitivo de la paciente, entre algunos de los cambios más notorios se señalan: BL ya no pinta, está más tranquila, no tiene rechazo hacia los hombres (los busca y se enamora pero es rechazada por ellos).

### **10.2 Propuestas a desarrollar**

De acuerdo a lo observado durante la residencia, “T”, su única amiga, ha ejercido una importante influencia en la conducta de BL, como fue en el control del miedo a la muerte. En una primera instancia se podría consultar a T la posibilidad de realizar visitas a BL periódicas y planificadas con alguna consigna previa planteada por profesionales. Si fuera necesario y factible en términos económicos, se podría ofrecer a “T” alguna remuneración para que actúe como puente o vínculo impulsor. Por ejemplo en la integración de BL a alguna actividad grupal en la institución, como el taller de pintura.

En el marco teórico del presente trabajo, se señaló la importancia de la inclusión de los pacientes con este tipo de patologías en grupos psicoterapéuticos y/o la participación en talleres o actividades grupales que fomenten el desarrollo de habilidades sociales tan carentes en estos pacientes y que coincide con el caso de BL.

Una propuesta que podría plantearse a la institución, es la capacitación de alguno de los profesionales del cuerpo psicológico en *arteterapia*. Como ya se ha mencionado en el marco teórico, esta disciplina ayuda al enfermo a desarrollar una serie de habilidades y roles. Al mismo tiempo facilita la integración social, a la que BL ofrece resistencia, dada su falta de iniciativa y actitud negativa.

Esta última, es una propuesta ambiciosa, teniendo en cuenta que no hay casos similares en la institución y a la vez, requeriría de un recurso económico que algún pariente debería estar dispuesto a pagar.

#### **10.4 Conclusión Final**

El diagnóstico de hebefrenia depresiva presente en la historia clínica de la paciente, es atinente con el estudio de caso descrito en la residencia. Se hallaron en BL casi todos los síntomas de la hebefrenia depresiva que cita la bibliografía acerca de esta patología.

En la actualidad, es probable que se utilice para el diagnóstico de BL una terminología y categorización más actualizadas, como el DSM IV o CIE 10, que aplica otros criterios para la evaluación. Sin embargo, en este caso se estaría dejando de lado la descripción exhaustiva de los síntomas de la hebefrenia depresiva.

Esto último ha sido confirmado por el Dr. V durante una entrevista, cuando afirmó que muchos pacientes con estas mismas características, seguramente hoy reciben otro tipo de diagnóstico.

El caso de BL es diferente a otros en un aspecto destacable, a pesar de su grave patología y problemas en la vista, ha continuado con sus producciones artísticas. Es posible que la pintura y el dibujo le hayan servido para sublimar sus deseos sexuales y de formar una familia, según alude Palacios (2007).

En el marco teórico, descrito anteriormente, se menciona el rol del arte como facilitador y un importante complemento a la psicoterapia. Enrique Pichón Riviere, mencionado en el trabajo de Rincón (1992), señalaba que el artista alienado, se siente impulsado a crear con el objetivo de transformar al mundo real. No busca un público ni trata de comunicarse. Las obras carecen de valor plástico y no intentan transmitir emociones.

Por otro lado, el autor describe los beneficios que otorga el arte a los enfermos hospitalizados.

A través del análisis proyectivo de los dibujos se ha podido identificar algunos aspectos expresivos que permitieron inferir rasgos de personalidad y distorsiones mentales. Asimismo ha brindado información en cuanto al diagnóstico y tratamiento así como también sobre cambios de conducta y estado de ánimo del paciente, teniendo en cuenta el alto contenido onírico de dichas representaciones

A partir de la bibliografía citada sobre los dibujos proyectivos, se llevó a cabo un análisis preliminar sobre los dibujos de BL que permitieron inferir los sentimientos de la paciente en forma inconsciente y/o involuntaria.

La información extraída del análisis de mismos ha sido en la mayoría de los casos confirmada durante la etapa de observación de la paciente a lo largo de la residencia.

No obstante deberían encararse estudios más rigurosos para poder relacionar las producciones pictóricas con aspectos profundos de la personalidad y psicopatológicos de la paciente.

La personalidad de BL no ha favorecido la relación con su familia, ni tampoco con el personal y residentes del Hogar. Solo se destaca la relación afectiva con una antigua amiga "T", quien tenía una fuerte influencia sobre la paciente. Es por ello que se planteo a esta persona como posible nexa en la integración y socialización de BL dentro de la institución.

Dado los rasgos de personalidad de BL, temperamento demandante y rechazo que genera en el resto de los residentes, una terapia ocupacional individual y especializada se presenta como una alternativa mas conveniente, en lugar de actividades grupales.

La falta de iniciativa y visión negativa de BL hace necesario también la búsqueda de otras estrategias para alcanzar un mayor bienestar.

Para concluir es importante comprender que la institución le ofrece a los pacientes, como BL, un lugar de contención con un equipo de profesionales dispuestos a acompañarlos con el cuerpo y la palabra intentando desentrañar sus pesadillas, vacíos y temores.

Una internación de por vida implica brindar una ética y dignidad al residente, que muchas veces, ni la sociedad, ni la familia la otorgan, quedando a cargo de la institución. En ella encuentran un lugar donde mitigar sus padecimientos, sus miedos, su no-historia y orígenes.

Se requiera de un fuerte compromiso en este tipo de instituciones, de trabajar en ese sentido, de modo tal que cada vida valga la pena y que su permanencia, hasta su muerte, deje una huella que no se borre fácilmente.

## 11. Bibliografía

American Psychiatric Association (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A.

Benítez I. (1992). La evolución del concepto de hebefrenia (1º parte y 2 parte). *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Alcmeon* 6-7, 2 (2), 182-205.

Bercherie, P. (1986). Los fundamentos de la clínica: Historia y estructura del saber psiquiátrico. Buenos Aires: Manantial.

Bleuler, E. (1993). Demencia Precoz: El grupo de las esquizofrenias (2ª. Ed.) Buenos Aires: Manantial.

Cassarotti, H; Pardo, V.; Labarthe, A.; Labage, P.; Valiño. G; Fernández, M., et al (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(1): 76-110.

Cidoncha, E. M. (2001). Esquizofrenia: Curso on line sobre trastornos de la personalidad y su abordaje clínico. *Esquizofrenia*. Recuperado en <http://www.psicologiaonline.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>

CIE 10 (1986). Medline.

Estivil, M. O. & Viera, Z. (1992). Taller de plástica. En Rincón, L. *Otros Caminos: Nuevas técnicas en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Ey, H, Bernard, P. & Brisset, Ch (1978). Tratado de Psiquiatría (8a ed.) Barcelona: Masson, S. A.

González Torres, M. & Ruiz Parra, E. (2005). Grupos de duración limitado en el tratamiento de la esquizofrenia: descripción del modelo. ASMR. Revista Internacional on-line, 4 (3).

Hammer, E. (1969). "*Test Proyectivos Gráficos*". Buenos Aires: Paidós.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1998). Sinopsis de psiquiatría. (8 a. P) Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Kleist K., Leonard, K., Faust E. (1950). Die hebefrenien auf Grund von katamnesticen Untersuchungen. Archiv. Fur Psych. und Zeit. Neurol. Citado en: Benítez I. (1992). *La evolución del concepto de hebefrenia*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Alcmeon: Buenos Aires.

Kramer, E. (1982). Terapia a través del arte en una comunidad infantil. Buenos Aires: Kapelusz.

Leonhard, K. (1999). Clasificación de las psicosis endógenas y su etiología diferenciada. Buenos Aires: Polemos.

Palacios, L. (2007). Sublimación, arte y educación en la obra de Freud. *Revista Intercontinental de psicología y educación*. Universidad Intercontinental, Mexico D. F, 13-24.

Rojas, D. R. (2000). Hebefrenias. Síntomas reversibles e irreversibles, Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, año XI 3 (9).

Ruddy, R. & Milnes, D. (2005). Art Therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. En formato digital disponible, recuperado de Cochrane Database of systematic Reviews, Issue 4. Art. Nro.: cd003728.

- Silva, H. (1993). *La Esquizofrenia: de Kraepelin al DSM-IV Santiago*: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Vázquez G., H. (2004) ¿La esquizofrenia empieza en la adolescencia? *Psicodebate*, 5, 81-89.
- Wernicke, C. (1996). *Tratado de Psiquiatría* (D. L. Outes & J. V. Tabasso, trads.). Buenos Aires: Polemos (Trabajo original publicado en 1980).
- Schindler, V. P., Pletnick, C. (2006). Role Development Applied to Art Therapy treatment of an Artist diagnosed with schizophrenia. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23 (3), 26-31.
- Waller, D. (2004). *Group Interactive "Art therapy"*. London: Rutledge.
- Gutiérrez Suela, F. (1998). *Tratamiento actual con antipsicóticos de la esquizofrenia*: Medline Plus enciclopedia medica, 22(4): 207-212.

**ANEXO**