

La estirpe de Caín

Ana Moreno*, Ana Moro*

Antonio no tiene amigos, y en casa cada vez que habla con sus padres y hermanos, la conversación termina en pelea. Pasa los días encerrado en su habitación, escuchando música y sin hablar con nadie.

Últimamente ingresa unas dos veces al mes en la Unidad de Agudos de Psiquiatría de su distrito, cuando ya la atmósfera de casa le resulta irrespirable. Allí conoce personas que se interesan por saber quién es y cómo se siente. También allí ha conseguido algún noviazgo fugaz.

Esta tarde, tras pelear con su madre una vez más, se dirige al Psiquiátrico. Hace ya tiempo que conoce el ábrete sésamo que le franquea la entrada, no importa quién sea el psiquiatra que esté de guardia. Es divertido comprobar cómo el médico despliega toda suerte de argumentos disuasorios en cuanto él dice que está pensando en matarse. Basta que él se mantenga firme en sus intenciones, con la mirada inexpresiva e imperturbable, para lograr su objetivo de permanecer unos días en el hospital.

Lamentablemente, en ocasiones, tropieza con algún psiquiatra tan frío como él, al que no parece importarle que lleve a cabo sus amenazas, y que no lo ingresa, ni tan siquiera le deja pasar la noche en el hospital para darle la oportunidad de, como ellos dicen, "ver las cosas de otra manera a la mañana siguiente".

Esta vez, cuando llega a la Unidad comprueba con desagrado que está de guardia ese psiquiatra indolente que se resiste a ingresarlo. Pero hoy Antonio viene preparado.

Cuando, en la consulta, el doctor lo despide, enviándolo de vuelta a casa, Antonio saca del bolsillo una pistola. Espera ver terror en los ojos del médico, pero sólo encuentra un enorme des-

concierto, para después sentir cómo el doctor se abalanza sobre él con la intención de quitarle el arma. Sólo Antonio sabe que la pistola es de pega, por lo que no comprende cómo es posible que en este momento se encuentre forcejeando con el corpulento psiquiatra. Finalmente es reducido y le retiran el arma.

Antonio sonríe. Está satisfecho porque sabe que el comportamiento de esta tarde le garantiza una larga temporada de notoriedad entre médicos y pacientes del psiquiátrico. Pero, sobre todo, está satisfecho porque hoy no vuelve a casa. Se ha ganado un nuevo ingreso que va a durar toda una semana.

* * *

Ramón se encuentra frente a la Unidad de agudos del Psiquiátrico con un barril de combustible entre las manos. Todos en el hospital lo conocen, y muchos lo temen por sus comportamientos violentos y actitudes desconsideradas, crueles en ocasiones. Él viene a ingresar cuando ha gastado todo su dinero y no le queda nada para pagarse un alojamiento. Considera que está en su derecho de ser admitido en el hospital, y no le cuesta ningún trabajo crear situaciones que aboquen a una hospitalización (gestos suicidas, conductas disruptivas en estado de embriaguez...)

Han sido numerosos los pacientes que han puesto quejas referentes a Ramón ya que, después de sus ingresos, invariablemente, desaparecen pertenencias de los demás ingresados. Entre el personal sanitario, no son pocos los que han exigido la intervención de los jefes clínicos para controlar sus amenazas y actuaciones. En una ocasión, un auxiliar de enfermería, que se había atrevido a mantenerse firme en la observación de las normas del Servicio, fue centro de las

*Psiquiatras Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain, Comunidad de Madrid.

iras de Ramón, que convenció al resto de los pacientes de que este profesional le había sustraído las zapatillas de deporte que tanto dinero le habían costado. El incidente fue magnificado y distorsionado de tal forma por Ramón que, de madrugada, un grupo de pacientes se dirigió al control de enfermería con la clara intención de agredir físicamente al auxiliar.

A Ramón le gusta beber, así que no es raro que se fugue por las noches del hospital y sea devuelto al mismo por la policía, horas más tarde, completamente borracho y por lo general, después de haber ocasionado algún destrozo en la vía pública (en su última aventura, rompió un fotomatón).

Hoy viene a la Unidad borracho, su pareja lo ha echado de casa por enésima vez, y por enésima vez él acude al Psiquiátrico a exigir asilo hasta que esta situación se resuelva. Tiene un bidón de gasolina en los brazos.

Ramón sonríe mientras arden los arbustos de delante de la fachada del hospital. Dentro, el personal lo observa, sorprendido y cansado, mientras espera la llegada de los bomberos.

La estirpe de Caín nació al este del Edén. Desde allí, perfecto heredero de la envidia y la ira contra dios, llegó este Abel. A veces quiere el azar que el nombre sea una carcajada del destino.

El texto que sigue está extraído del informe que se envió a un juzgado desde una Unidad de Hospitalización, a petición del mismo, tras recibir una denuncia por vulneración de los derechos humanos –según la denuncia cursada por los padres de Abel, en el centro se conculcan sus derechos como persona–.

Historia de la enfermedad actual.

A los 7 años inició contacto con Salud Mental, refiriendo la madre problemas de comportamiento (destrozos, pequeños robos, tirar jabón a una vecina, tocar lo que no debía, mentiras, in-

quietud en el medio escolar) y que los castigos no le hacían efecto. Esta consulta coincide con que a la hermana se le detecta una sordera secundaria al consumo de antibióticos, recibiendo los padres el consejo médico de “no hablar alto” a la niña para intentar subsanar así el problema sin necesidad de medicación. Según relatan, los problemas de conducta venían siendo frecuentes desde que tenía tres años, después de haber sufrido un proceso meningoencefalítico por el que precisó algo más de un mes de hospitalización. A partir de ahí comenzó a estar inquieto, romper los juguetes, lanzar objetos,..., alteraciones conductuales que van incrementándose y adaptándose a la edad hasta el momento en el que deciden consultar. Se trabajó con los padres y el niño técnicas educativas y conductuales y fue dado de alta hasta que cuando tiene 10 años vuelve al Centro de Salud Mental porque su conducta agresiva había empeorado desde hacía unos meses: robaba, se escapaba de casa y demandaba continuamente atención, tanto en casa como en el colegio. Es diagnosticado entonces de síndrome hiperquinético infantil sin signos neurológicos (tras nueva valoración en Neurología) iniciándose tratamiento farmacológico con Rubifén y psicoterapia, con lo que se obtiene mejoría del comportamiento en el colegio y con los amigos, aunque ha de repetir curso. Un informe psicopedagógico de esa época habla de una inteligencia normal o normal-baja según los tests y un nivel académico muy ajustado a su edad, considerándose que podía tener mejores adquisiciones si no fuese por su hiperactividad.

Se decide trabajar con él en tratamiento psicoterapéutico de grupo y con la madre en otro grupo terapéutico para madres. Mejoró también con este tratamiento, pero a partir de una caída de la madre que la mantuvo con un pie escayolado y en reposo sin poder acudir al grupo y estando la abuela en casa, empeoró en sus conductas agresivas y su intolerancia a la frustración: abre el gas, amenaza con tirarse por la ventana, se baja

los pantalones en clase delante de sus compañeros, llegando a ser expulsado del colegio por meter en el servicio a una niña y bajarle las bragas.

En el verano, la familia se siente completamente desbordada por las conductas de Abel, por lo que deciden internarlo en un colegio, donde está un curso académico. Lo aprueba, está más tranquilo en cuanto a la agresividad y su familia, pero empiezan a aparecer otras conductas en el colegio.

En el verano siguiente todo vuelve a empeorar. Ante la escalada de problemas que no puede controlar la familia ni los profesionales, ni con cambios de medicación ni con trabajo terapéutico con los padres o el hijo, se piensa en un Hospital de Día como única opción. De este modo, comienza a acudir a uno privado. Tras un periodo breve de relativa calma, aumentan los problemas de conducta en casa y en el Hospital, llegando a entrar a robar a casa de una vecina. Realiza varias urgencias, toda ellas por agresividad e inquietud, robos, ruptura de objetos, mentiras...

Los trastornos de conducta resultan imposibles de manejar en un medio abierto (robos en el hospital de día –se lleva, por ejemplo, un equipo de música–, tocar el culo a las niñas, apercibimiento judicial tras casi hacer que descarrile un tren...), por lo que se decide su ingreso en una residencia para enfermos mentales y minusválidos psíquicos, donde dicen que se tratan problemas de este tipo. Tiene 15 años cuando ingresa. Allí recibe tratamiento con antipsicóticos a dosis altas y permanece ingresado hasta los 18 años. A partir de aquí, el Centro de Salud Mental vuelve a hacerse cargo de su tratamiento.

Los padres solicitan un recurso asistencial cerrado ante su incapacidad de controlar las conductas de su hijo; se encargan de él las 24 horas del día, permitiéndole salir solo únicamente a pequeños recados. En el Centro de Salud Mental se intenta en primer lugar una valoración de la si-

tuación clínica actual del paciente. Comienza a acudir a un recurso ocupacional, acompañándole la madre al principio mientras se va pactando con él que haga el viaje de regreso solo. Los domingos por la tarde sale en grupo con compañeros de una asociación.

Un domingo regresa tarde. Antes, unos vecinos llegan a su casa preguntando por él y refiriendo que había metido a una niña de 5 años en un ascensor y le había tocado los genitales. Los padres acuden a consulta al día siguiente, desbordados; se cita al paciente pero éste se niega a acudir, ante lo que se decide su ingreso en esta Unidad, solicitando para ello autorización judicial. Los objetivos del ingreso que se plantean desde el Centro de Salud Mental son diagnóstico, tratamiento y búsqueda del recurso asistencial que mejor pueda proporcionar al paciente el tratamiento oportuno.

Antecedentes biográficos.

20 años de edad. Parto y desarrollo psicomotriz normal hasta los 2 años y medio, en que sufrió un proceso meningoencefálico de etiología desconocida (probablemente vírica). Permaneció un mes hospitalizado. En el informe de alta se dice que el niño se encuentra muy mejorado del proceso, pero no totalmente recuperado. No obstante, en la revisión neurológica realizada 6 meses después se concluye que no hay retrocesos en adquisiciones que ya tenía, lenguaje correcto, controla esfínteres. TAC normal. EEG que muestra actividad bioeléctrica cerebral normal. Sociable, acudiendo a la guardería con buena adaptación y aprendizaje, encontrándolo los padres "normal" en esos momentos.

A pesar de que no disponemos de información fidedigna sobre las pautas de crianza recibidas, según el informe de la psicóloga que lo trataba inicialmente, la situación angustiante que supuso para los padres este hecho hizo que el

paciente recibiera una atención muy especial. A los 3 años, según informan los familiares, empezarían los problemas conductuales, cada vez más peligrosos, delictivos y violentos, que lo llevarían a ser institucionalizado y separado así del hogar familiar. No terminó la EGB por dichos problemas. Incapacitado civilmente (esta incapacidad no ha sido promovida por los profesionales de salud mental que han atendido al paciente).

Proceso de evaluación, diagnóstico y plan de tratamiento en la unidad de hospitalización.

Se inicia un proceso de evaluación y diagnóstico para poder elaborar un plan de tratamiento adecuado al paciente. La evaluación se realiza mediante entrevistas clínicas diarias con el paciente, observación de su conducta en la unidad por el personal de enfermería, realización de test (MMPI de personalidad y WAISS de inteligencia) y entrevistas con los padres. Nuestro diagnóstico se basa en los siguientes datos:

- No se aprecian, ni durante la evaluación ni a lo largo del ingreso, signos ni síntomas que hagan pensar en la existencia de ideación delirante ni trastornos de la sensorio-percepción. No presenta contacto psicótico ni déficits atribuibles a la existencia de un síndrome deficitario.

- El tipo de conductas que relatan los padres (alguna de las cuales ha sido motivo de apercibimiento judicial, incluso siendo menor de edad) contrasta con la presentación del paciente durante las entrevistas como una persona extremadamente afable, que hace esfuerzos por agradar a las personas que representan la autoridad. Ante este hecho, la madre relata que siempre ocurre de la misma manera: inicialmente se adapta a los límites del lugar en el que esté y posteriormente comienzan a aparecer conductas disruptivas que son negadas por el paciente, incluso ante la presentación de evidencias.

- En los test de inteligencia no se detecta déficit alguno. Como se señalaba en informes anteriores, pensamos que el no haber completado el periodo escolar está en relación con los trastornos de conducta y las institucionalizaciones, no con una incapacidad intelectual del paciente para conseguirlo.

- También en nuestra unidad comienza a presentar conductas que, inicialmente, suponen rupturas de los límites establecidos para todos los pacientes. En poco tiempo (algo menos de un mes desde el ingreso) su madre llama alarmada, refiriendo que está empezando a hacer "cosas raras": las pilas que tiene no son las suyas, les trata mal en las visitas, creen que ha cogido dinero de otros pacientes. No se aprecia impulsividad en este tipo de conductas, sino premeditación: el paciente parece llevarlas a cabo cuando está razonablemente seguro que no será observado por nadie.

En relación a todos estos datos y a los antecedentes del paciente hacemos un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (DSM IV F60.2). Por definición, el inicio de los trastornos de conducta que presentan estas personas se presenta antes de los 15 años de edad y la posibilidad de desarrollarlo es mayor si existen conductas disociales antes de los 10 años. Respecto al tratamiento, decidimos orientarlo en tres aspectos:

- Trabajo psicológico, orientado hacia la posibilidad de introducir un "discurso moral" en los argumentos del paciente.

- Tratamiento farmacológico: a pesar de no existir datos que aseguren completamente la respuesta de estos pacientes al abordaje farmacológico, se han ensayado todos aquellos tratamientos que, sin estar contraindicados, han mostrado eficacia en alguno de los estudios publicados (estabilizadores del ánimo, β bloqueantes y antipsicóticos fundamentalmente).

- Tratamiento conductual: de acuerdo con el paciente, establecemos una serie de objetivos, cuya consecución llevará a la obtención de ven-

tajas también acordadas con él. La finalidad de este tratamiento es, mediante reforzamiento positivo, fijar conductas adaptativas.

Evolución durante su ingreso en la unidad de hospitalización.

Como se ha señalado más arriba, los problemas por conductas disruptivas aparecen pronto y son de diferente gravedad, implicando o no a otras personas, estando recogidos tanto en las anotaciones del facultativo a cargo como en las del personal de enfermería:

- coge dinero de otros pacientes. Las pilas del walkman no son suyas.

- Dificultad para levantarse a la hora que le permita compartir actividades (desayuno, paseo,...) con otras personas ingresadas. A pesar de los cambios en el tratamiento para asegurar que no haya sedación diurna, esta pauta de actuación no se ha modificado salvo en cortos periodos de tiempo, ligado a los beneficios de los que hablábamos más arriba o cuando el paciente tenía interés en algún acontecimiento concreto (retransmisiones deportivas televisadas por la mañana, salidas del hospital,...).

- incongruencias a la hora de explicar su conducta, mentiras.

- entre sus pertenencias se encuentran unas bragas.

- entre sus pertenencias se encuentran cinco mecheros.

- entre sus pertenencias se encuentran las zapatillas de una paciente.

- acepta que quitó un walkman varios días después de haberlo hecho.

- enfrentamiento con una paciente.

- se enfrenta con enfermería por la revisión de su armario. Estos enfrentamientos, generalmente producidos cuando enfermería le recuerda las normas a cumplir por todos los pacientes, se han repetido a lo largo del ingreso.

- se le encuentra entre sus pertenencias un frasco de cristal de nescafé.

- Se le encuentra en su armario una camiseta del personal de ambulancias (el explica "doctora, yo tengo mis contactos").

En el mes de ..., continúan este tipo de conductas que suponen un riesgo para otros pacientes (además de las quejas producidas por los robos, en dos ocasiones muerde a otros pacientes) por lo que se hace necesario establecer medidas de control que puedan asegurar que otros pacientes no saldrán perjudicados por su actitud. Las medidas consisten en permanecer bajo vigilancia del personal de enfermería en la primera planta. Posteriormente se vuelve a renegociar los acuerdos establecidos (aceptando las sugerencias del paciente) para intentar disminuir los trastornos de conducta, fundamentalmente los que pueden implicar a terceras personas, y la necesidad de mayor control por parte del personal. A pesar de esto, se siguen produciendo:

- quita dinero a otro paciente.

- se le encuentra a las dos de la mañana en la habitación de otro paciente.

El día ... se produce por parte de dos pacientes la denuncia de una agresión sexual de Abel a otra paciente. Como medida de control, ante la gravedad de este posible hecho y hasta que se esclarezca lo sucedido, se indica que el paciente esté en primera planta bajo control visual permanente de enfermería. El paciente se niega y expresa su intención de fugarse por lo que se hace necesario la utilización de contención mecánica. Se vuelve a valorar media hora después y el paciente expresa que el nunca se ha negado a colaborar, por lo que se retira la contención y permanece en las condiciones indicadas más arriba. Asegura que el no ha hecho nada pero reconoce, por primera vez, una agresión sexual anterior a una niña de 5 años. A pesar del establecimiento de estas medidas, el día ..., arranca un lavabo del cuarto de baño y, el día siguiente, se le encuentra en la habitación de otro paciente. Por es-

tos motivos, de nuevo intentando garantizar en la medida de lo posible la seguridad de todos los pacientes, incluido Abel, y ante el riesgo que suponen estas conductas, se establece que:

- Permanecerá en la habitación con la puerta abierta salvo que esté con control visual permanente de enfermería o bien, acompañado por sus familiares.

- En todo caso, saldrá a pasear al menos media hora acompañado por enfermería en turnos de mañana y tarde.

- Hará todas las comidas en el comedor con el resto de los pacientes.

- Avisará a enfermería cuando precise ir al baño para que le acompañen.

- Se le explicita que el incumplimiento de estas normas llevará a que enfermería avise al médico de guardia para valorar qué procedimiento seguir.

- Se le explicita que el régimen de control será temporal y se modificará hacia un menor control cuando sea prudente.

En la actualidad, Abel pasa la mañana en la habitación voluntariamente, como venía haciendo antes del establecimiento de estas normas. Enfermería le avisa con el tiempo necesario para que baje a desayunar con los otros pacientes, pero no suele hacerlo (tampoco antes). Todos los

días laborables se entrevista con su terapeuta. Por las mañanas, más cerca de la hora de la comida, pasea con enfermería, permaneciendo con ellos hasta la hora de entrar en el comedor (con frecuencia tienen que insistir porque él prefiere dormir). No existe ninguna indicación de que permanezca con el pijama del hospital en lugar de con su ropa, pero él prefiere hacerlo. Come con el resto de los pacientes. Posteriormente suele permanecer en la sala de estar frente a botiquín, charlando con otros pacientes (a veces, prefiere echarse la siesta). Todos los días recibe la visita de alguno de sus familiares, durante las cuales, deambula por toda a unidad acompañado por ellos. Cena con el resto de los pacientes. Después de la cena, con frecuencia permanece varias horas en la sala de estar frente a botiquín, conversando con otros pacientes, hasta que se acuesta.

Abel nunca ha tenido que responder de su conducta como respondemos los demás: siendo responsables de las mismas y sabiendo que todos los hechos, los mejores y los peores, tienen consecuencias. Su "antisociedad" se ha adaptado al micromundo de los recursos sanitarios. Nuestra responsabilidad es haber sanitizado, en este caso, el código penal.

Abel sonríe.