

## INFORME DE CASO

# Esquizofrenia infantil. Presentación de una paciente

## Childhood schizophrenia. Presentation of a patient

**MSc. Arelys Francia Vasconcelos<sup>1</sup>**

**Dr. Owen Daniel Gonzáles Cruz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Pediátrico "José Luis Miranda", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [arelys@hped.vcl.sld.cu](mailto:arelys@hped.vcl.sld.cu)

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Pediatría. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz", Santa Clara. Hospital Pediátrico "José Luis Miranda", Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: [arelys@hped.vcl.sld.cu](mailto:arelys@hped.vcl.sld.cu)

## RESUMEN

Con el objetivo de caracterizar un caso de esquizofrenia infantil se realizó un estudio descriptivo de una escolar de nueve años de edad con antecedentes familiares de esquizofrenia paranoide y familia económicamente desfavorable que agrava su desarrollo psicológico y emocional. Inició la enseñanza escolar con rendimiento intelectual alto y habilidades sobresalientes para las matemáticas y destacaba dentro de su grupo de coetáneos. Cuando cursaba el cuarto grado comenzó con alteraciones en el comportamiento y disminución del rendimiento escolar, lo que se agravó en un período de tres meses. Asistió al servicio de salud mental de su área, se le realizaron estudios y se sugirió ingreso hospitalario; se le diagnosticó una esquizofrenia infantil. Actualmente sigue con tratamiento antipsicótico y psicoterapéutico y presenta períodos de remisiones con duración breve; está vinculada a la enseñanza primaria con atención pedagógica individualizada para favorecer su aprendizaje. Su pronóstico es reservado, su evolución crónica y el seguimiento periódico.

**Palabras clave:** esquizofrenia infantil/diagnóstico, antipsicóticos/uso terapéutico, psicoterapia

## ABSTRACT

In order to characterize a case of childhood schizophrenia it was preformance a descriptive study of a school of nine years of age with a family history of paranoid

schizophrenia and economically unfavorable family exacerbating their psychological and emotional development. He started schooling with high intellectual performance and outstanding math skills and highlighted within their peer group. When fourth grade began with alterations in behavior and decreased academic performance, which worsened over a period of three months. He was attended in the mental health service in his area, some studies were performed and suggested hospitalization; it was diagnosed a childhood schizophrenia. He continues with antipsychotic and psychotherapy and presents with brief periods of remission duration; it is linked to primary care with individualized teaching to facilitate their learning. His prognosis is guarded, chronic evolution and periodic monitoring.

**Key words:** schizophrenia, childhood/diagnosis, antipsychotic agents/therapeutic use, psychotherapy

La esquizofrenia infantil es poco frecuente antes de los 10 años,<sup>1</sup> no existen marcadores psicobiológicos para su diagnóstico y es complicado separar las fantasías normales en estas edades de la realidad esquizofrénica.<sup>2</sup> Se ha observado una cierta prevalencia hereditaria: si uno de los padres padece esquizofrenia el hijo tiene un 12% de posibilidades de desarrollar dicho trastorno y si ambos son esquizofrénicos el niño tiene un 39% de probabilidades.<sup>3</sup> En la etapa infantil, en ocasiones, se hace difícil encuadrar el diagnóstico en los criterios establecidos por tratarse de niños o adolescentes que se encuentran en etapas evolutivas en las que aún no han concluido su maduración completa, por lo que los síntomas no se estructuran adecuadamente pero no dejan de estar presentes durante más de seis meses después de un episodio psicótico agudo, como se establecen en los criterios establecidos para su diagnóstico: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o incoherencia, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo.<sup>4</sup> Un niño con padres sanos tiene un 1% de posibilidades de padecer este trastorno, mientras que un niño con un hermano con este desorden tiene un 8% de probabilidades, por tanto, las causas de la esquizofrenia son tanto bioquímicas como ambientales.<sup>5,6</sup>

## PRESENTACION DE LA PACIENTE

Se trata de una escolar de nueve años de edad, de raza mestiza, remitida al Centro comunitario de salud mental de su área de salud en el Municipio de Ranchuelo, Provincia de Villa Clara, por la Especialista en Psicología y la maestra porque presentaba comportamientos extraños. Procedía de un medio rural y su familia es de bajos ingresos económicos. Desde los cuatro años de edad mostraba un validismo adecuado.

**Historia familiar:** madre de 46 años, divorciada, con antecedentes personales de esquizofrenia paranoide. Familia disfuncional desde su conformación inicial. Hogar sin un liderazgo para el cuidado de los menores.

**Historia escolar:** inició la enseñanza primaria a los cinco años de edad. Se adaptación fue adecuada, tenía buenas relaciones con sus coetáneos y su aprendizaje escolar fue considerado como alto. Comenzó en cuarto grado con rechazo hacia la escuela, se apartó del resto de sus compañeros, no salía a las actividades del receso, se negaba a hablar en clase y tuvo una disminución total del rendimiento académico.

**Antecedentes personales negativos** (en consulta): escolar que acudió al Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico "José Luis Miranda" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, acompañada de su madre, porque -principal motivo- "no quiere hablar y tiene la boca ocupada con salivación que, en ocasiones, sale por la comisura labial"; no se constataron signos físicos de alteraciones que sugirieran alguna enfermedad médica. No tomaba los objetos que se le proporcionaban (lápices, papel) y su mirada era fija y expectante. Hacía más menos dos meses cambiaba (período prodrómico), hablaba dormida o no dormía. Ante la sospecha de un funcionamiento psicótico se realizó la observación en consulta durante un período de veinte minutos en los que la paciente comenzó a irritarse, tiró de la ropa de la madre en repetidas ocasiones, se paró, golpeó el piso con los pies, miraba fijamente, rompió un papel que estaba a su alcance y se tapó los oídos. Fue ingresada en la Sala de salud mental, con impresión diagnóstica de un cuadro psicótico agudo transitorio. En el área de juego se tapaba los oídos y gritaba; durante los dos primeros días no durmió. Descuidó los hábitos y tenía sonrisas inmotivadas.

**Evaluación psicológica:** se realizó al inicio, apoyados en la observación al momento del ingreso (negativismo a cooperar) y posteriormente se profundizó, a los siete días de admisión; se demostró el funcionamiento psicótico. Mostraba discreta desorientación alopsíquica, distractil, contenido del pensamiento con incoherencia, ideas de daño, curso acelerado; alteraciones sensorio-perceptivas que se demostraron en la observación por la presencia de posición de escucha, soliloquio, risas inmotivadas, gestos incoordinados que remedaban manierismos y estereotipias, puerilidad, anhedonia, inestabilidad emocional, embotamiento afectivo y comportamiento gravemente desorganizado y alteración de los hábitos de sueño y de alimentación, etc. Tres semanas después del ingreso se le aplicó la prueba de Bender; los resultados fueron muy orgánicos.

**Dibujo libre:** no utilizó los colores, hizo uso exclusivo del grafito y se constataron, además, seriación de elementos (ositos), elementos absurdos y tamaño pequeño de las figuras (micrografía).

**Evaluación psicopedagógica:** torpeza motora, escritura desorganizada y, en ocasiones, en bloque, cambio total de sus rasgos normales y sustitución de palabras por dibujos en el texto para reflejar alguna idea.

**Entrevista familiar diagnóstica:** familia extensa en fase de disolución, incompleta, disfuncional, con crisis de desorganización, estilos comunicativos de poder-poder, mala distribución de los roles y mala situación económica.

**Otros estudios:**

- Rayos X de cráneo simple y de senos paranasales: negativo
- Tomografía axial computadorizada (TAC) de cráneo: negativo
- Hemoquímica sanguínea: negativa

-Electroencefalograma (EEG): negativo

**Juicio clínico:** la exploración realizada, así como el resultado clínico epidemiológico establecido, descartaban enfermedades médicas que, secundariamente, causaran estados similares. Su encuadre psicopatológico se dirigía a una enfermedad psiquiátrica: trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas esquizofrénicos o una esquizofrenia infantil. La no presencia de alteraciones en el EEG y en la TAC de cráneo no rechazaron el diagnóstico presuntivo pues los síntomas clínicos y la durabilidad de cada uno de ellos, así como la presencia de un período prodrómico de varios meses que pasó desapercibido hasta su recrudecimiento, son elementos de valor para el diagnóstico del trastorno, más el apoyo en el examen psiquiátrico. Tuvo tratamientos psicológico y con antipsicóticos atípicos desde el inicio. Fue egresada después de 45 días.

Se mantiene con una propuesta terapéutica: seguimiento por el Centro comunitario de salud mental de su área de salud, intervención psicoterapeuta individual y terapéutica familiar elaborada en función de la disponibilidad de la familia y sus características.

**Conclusiones:** se planteó como diagnóstico definitivo una esquizofrenia infantil que cumplía con los criterios diagnósticos del tipo A establecidos en la Clasificación Internacional de enfermedades 10.<sup>7</sup> La esquizofrenia es poco frecuente y sus síntomas se hacen, en ocasiones, difíciles de precisar. La demora en su diagnóstico también puede llevar a cometer errores que pudieran ser desfavorables en el pronóstico. Se acepta la concepción de la esquizofrenia en la infancia como un trastorno multicausal.

## COMENTARIO FINAL

Las personas con esquizofrenia sufren, en diferentes grados, dificultades cognitivas que afectan sus capacidades de procesamiento de información, atención, memoria, funcionamiento ejecutivo y planificación.<sup>8</sup> En la actualidad ya es aceptada por la comunidad científica la premisa de que el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico aplicado de manera simultánea es más efectivo que cualquiera de las dos intervenciones por separado.<sup>9</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Baro E. Esquizofrenia. En: Rodríguez Méndez O. Salud Mental Infanto-Juvenil. La Habana: Ecimed; 2006. p. 153-55.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [Internet]. Spanish: The Association; c 2014 [actualizado 23 Ene 2014; citado 12 May 2014]. Aacap. org; [aprox. 2 p.]. Disponible en: [http://www.aacap.org/aacap/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/Facts\\_for\\_Families/Pages/Spanish/La\\_Esquizofrenia\\_en\\_los\\_Ninos\\_49.aspx](http://www.aacap.org/aacap/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families/Pages/Spanish/La_Esquizofrenia_en_los_Ninos_49.aspx)
3. Mesa S. Aspectos biopsicosociales de la esquizofrenia. Rev Hosp Psiquiatr [Internet]. 2010 [citado 23 Jun 2011]; 7(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph10110.html>

4. Cuevas-Esteban J, Campayo A, Gutiérrez-Galve L, Gracia-García López-Antón R. Fundamentos y hallazgos de la neuroimagen en la esquizofrenia: una actualización. Rev Neurol [Internet]. 2011 [citado 23 Jun 2011];52(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5201/bf010027.pdf>
5. VI Conferencia Internacional de Psicología de la Salud [CD-ROM]. La Habana, Palacio de Convenciones: Psicosalud; 2011.
6. Lameda Torres K, Rodríguez López G. Funciones ejecutivas en un grupo de pacientes con esquizofrenia. Rev Hosp Psiquiatr [Internet]. 2013 [citado 3 May 2013]; 10(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph2-2013/hph%2007213.html>
7. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: OMS; 1992.
8. Ministerio de salud. Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia [Internet]. Santiago de Chile: MINSAL; 2009 [citado 9 jul 2012]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/equizofrenia/resumida/apartado02/consideraciones02html>
9. Palma Sevillano C. Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE [tesis]. Barcelona: Universidad Ramón Llull; 2007 [citado 9 jul 2012]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/10803/9250/1/PalmaSevillano.pdf>

Recibido: 29-4-14

Aprobado: 6-5-14

**Arelys Francia Vasconcelos.** Hospital Pediátrico "José Luis Miranda". Avenida 26 de Julio y 1ra. Reparto Escambray, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200  
Teléfono: (53)(42)271745. Correo electrónico: [arelys@hped.vcl.sld.cu](mailto:arelys@hped.vcl.sld.cu)