

Comunicación de un caso clínico de esquizofrenia en un niño de diez años

Mauricio Leija Esparza,* Alba Gloria Arias Ibáñez,**
Gustavo Alberto Martos Alvidrez***

Resumen

En el presente estudio se describe el caso de un niño con esquizofrenia tratado exitosamente.

La esquizofrenia es un trastorno heterogéneo con múltiples etiologías. La evidencia actual apunta hacia un modelo multifactorial que incluye la exposición a factores genéticos y ambientales para explicar el desarrollo de este trastorno. La esquizofrenia se presenta a menudo en la adolescencia, pero rara vez durante la infancia.

La esquizofrenia de inicio temprano se diagnostica con los mismos criterios que se emplean para los adultos. Un diagnóstico equivocado puede ser común, sobre todo en los inicios del padecimiento.

El tratamiento incluye medicamentos antipsicóticos, así como psicoeducación e intervenciones familiares.

Palabras clave: esquizofrenia, psicosis, esquizofrenia de inicio en la infancia, terapia familiar.

Abstract

We describe the case of a 10 years old schizophrenic child successfully treated.

Schizophrenia is a heterogeneous disorder with multiple etiologies. To date, no single set of causes has been identified. Current evidence suggests that a multifactorial model best explains the development of schizophrenia, with multiple genetic and environmental exposures playing roles. Schizophrenia often occurs first during adolescence and rarely in childhood. Early-onset schizophrenia is diagnosed using the same criteria as in adults, however, misdiagnosis is common particularly at time of onset. Clinical standards suggest that effective treatment includes antipsychotic medications combined with psychoeducational and family interventions.

Keywords: schizophrenia, psychosis, childhood-onset schizophrenia, family therapy.

Résumé

Dans la présente étude on décrit le cas d'un enfant avec schizophrénie traité avec succès.

La schizophrénie est un trouble hétérogène avec multiples étiologies. Les études actuelles visent vers un modèle plurifactoriel qu'inclut l'exposition à des facteurs génétiques et environnementaux pour expliquer le développement de ce trouble. L'esquizofrenia se présente souvent dans l'adolescence, mais rarement pendant l'enfance.

L'esquizofrenia de début précoce est diagnostiquée avec les mêmes critères qui sont utilisés pour les adultes. Un diagnostic erroné peut être commun, surtout dans le début du souffrance.

Le traitement inclut des médicaments antipsychotiques, ainsi que psychoéducation et interventions familiales.

Mots clé: schizophrénie, psychose, schizophrénie dans l'enfance, thérapie familiale.

Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que progresivamente genera un deterioro en el nivel de funcionamiento global de quien la padece. Puede expresarse a través de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, así como síntomas negativos.¹ En el mayor estudio epidemiológico internacional sobre esquizofrenia se encontró que la enfermedad está distribuida con una prevalencia del 1% en toda la población mundial.² Sin embargo, estudios más recientes han reportado una prevalencia discretamente menor, que va del 0.2 al 0.8% de la población.³ El grupo de edad mayormente afectado se encuentra entre los 15 y 35 años.⁴ Cuando este trastorno mental inicia antes de los 13 años se considera esquizofrenia de inicio en la infancia y se diagnostica con los mismos criterios que se emplean para los adultos.⁵ Los casos de esquizofrenia en niños de 10 años o más pequeños se consideran bastante raros.

Reporte del caso

Un niño de 10 años fue llevado por su madre a la consulta de paidopsiquiatría del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Era el primer hijo de una familia reconstituida formada por la madre, el padrastro y un hermano de 7 años. El menor llevaba aproximadamente 10 meses de cursar con síntomas ansiosos y realizaba movimientos extraños que consistían en seguir una secuencia determinada de acciones; por ejemplo, se ponía en cuclillas, daba un brinco, y al caer debía tocar el suelo con dos dedos de cada mano. Si esta secuencia no la hacía «correctamente» debía de repetirla. Estos brincos comenzaron a hacerse frecuentes y eran realizados por el menor en la vía pública, llamando la atención de otras personas. También comenzó a oler objetos no comestibles, mencionando que si no lo hacía algo malo podía ocurrir. Estos rituales le ocupaban más de una hora al día.

El niño le decía a su madre que percibía a «un viejo de ojos grandes y negros» que extendía sus brazos hacia él. Posteriormente, el menor se quedaba con la mirada fija y en su discurso hacía referencia al diablo, lo cual hizo

a la familia creer que estaba «poseído por el demonio».

El menor comenzó a escupir, a patear a quien se le pusiera enfrente y a querer morder a otras personas, progresivamente su habla se tornó incomprensible. Comenzó a expresar ideas delirantes megalomaniacas y místico-religiosas, respecto a esto la madre comentó: *Él dijo que era el rey del mundo, nos maldecía, nos decía hijos de perra, que él era Lucifer*. Las autoridades de la escuela informaron a la madre que el niño se acostaba en la butaca expresando que había voces que le decían que hiciera daño; esto generó mucho temor en el personal docente y en el resto de los alumnos.

Unas semanas antes de asistir a la consulta las alucinaciones auditivas se hicieron más frecuentes. La madre comentó: *Dice que las voces que escucha son como si estuviera en un estadio, todos quieren hablar con él, dice que habla con los muertos, le ordenan golpear... platica con familiares que ya fallecieron*.

El menor asistió al Instituto Jalisciense de Salud Mental para recibir tratamiento psiquiátrico y tres meses después acudió al Instituto Bateon de Psicoterapia Sistémica A.C. para llevar de manera conjunta un proceso de terapia familiar. Ambas intervenciones resultaron exitosas y se describen a continuación:

Tratamiento psiquiátrico

En la primera evaluación se empleó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes (MINI-Kid)⁽⁶⁾ a través de la cual se realizó el diagnóstico de esquizofrenia y de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Se creyó inicialmente que el diagnóstico de esquizofrenia representaba un falso positivo, dado que el niño podía estar describiendo sus obsesiones, principalmente imágenes intrusivas, como si fuesen alucinaciones. Se prescribió tratamiento para el TOC a base de fluoxetina con inicio gradual hasta alcanzar los 40 mg al día.⁷ Seis semanas después se revaloró al menor; los síntomas del TOC habían remitido pero no había mejorado su estado clínico, pues los síntomas psicóticos se habían intensificado. Se consideró el diagnóstico de esquizofrenia

de inicio en la infancia y se inició risperidona a dosis de 2 mg al día,⁵ la cual se añadió al tratamiento con fluoxetina. Nueve días después se evaluó nuevamente al paciente quien continuó refiriendo alucinaciones y su madre lo percibía muy ansioso. Se decidió incrementar la dosis de risperidona a 3 mg al día y, dada la gravedad de la psicopatología, se programaron citas semanales durante el siguiente mes de tratamiento. Cuando el menor acudió a su siguiente cita continuaba psicótico y su conducta era desorganizada. Expresó en la consulta: *Las voces vienen del infierno, me están estrangulando con sus pinches gritadencias, no puedo liberarme de eso...me dicen que mate, que voy a ser el rey del mundo, que voy a tener un premio.* La madre comentó que el niño había tomado un cuchillo y amenazó a un hermano de ella, también había golpeado con un cinturón a su abuelo materno.

Durante la consulta aseguró percibir a un hombre con el rostro color negro que se encontraba justo detrás del médico. El menor se quejó de tener la sensación de estar sufriendo quemaduras y amenazó al médico diciendo que las voces que escuchaba le ordenaban matarlo. En la siguiente cita los síntomas habían mejorado, la madre refirió que lo observaba más tranquilo y las alucinaciones eran menos frecuentes y angustiantes.

En la siguiente evaluación se ajustó la dosis de risperidona a 4 mg al día y una semana después el estado clínico del menor había mejorado de manera significativa, al grado de poder asistir a clase y realizar sus trabajos escolares. El menor fue referido al Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica A.C. para un proceso de terapia familiar (ver más adelante).

Un mes después fue nuevamente valorado, las alucinaciones auditivas se presentaban de manera esporádica y ya no influían en su conducta; se decidió suspender la fluoxetina. Un mes más tarde, el paciente estaba libre de síntomas psicóticos y con un incremento importante en su nivel de funcionamiento social, familiar y escolar, se decidió mantenerlo únicamente con risperidona a dosis de 4 mg al día.

Terapia familiar sistémica

El menor y el resto de la familia nuclear acudieron al Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica A.C. para iniciar un proceso de terapia

familiar. Las sesiones fueron conducidas por una terapeuta familiar sistémica y un coterapeuta. Las primeras nueve sesiones de terapia se programaron cada dos semanas y posteriormente comenzaron a espaciarse. En la primera evaluación se empleó el interrogatorio circular^{8,9} para evaluar las interacciones de la familia. Durante la entrevista se observó que la madre interactuaba en forma amalgamada con el paciente, ya que todo el tiempo lo mantenía abrazado. Cuando ella lo soltaba, el menor daba señales de querer salir de la sala de terapia y eso la instigaba a volverlo a sujetar. Además, se hizo evidente que la madre del menor estaba sobreinvolucrada con su familia de origen; ella señaló: *Tengo que informarle a mi mamá a dónde voy, a qué hora llego, ella me tiene muy sujeta a sí.* El padrastro mencionó: *Mi mamá se preocupa por mí, soy diabético, por eso no puedo apagar el celular, porque ella todo el tiempo me llama para saber cómo estoy.*

Entre la pareja existía un enojo encubierto porque no se sentían la prioridad para el otro; tenían que estar supeditados a sus propias madres, estableciendo una relación de doble vínculo¹⁰ donde parecían ser esposos, pero a la vez mantenían el papel de hijos. Se observó además que el paciente y su hermano no reconocían las jerarquías, se encontraban involucrados en dobles mensajes, ya que parecía que ellos ordenaban y la madre se sometía. La pauta de interacción que se diagnosticó a la familia fue: está prohibido definir la relación. Esta pauta parte de la premisa de que es peligroso ser independiente, generando varias creencias que mantienen la dependencia, el sometimiento hacia los padres, el encubrimiento en la expresión de emociones, la comunicación de doble vínculo, la confusión de las percepciones y la prohibición de la metacomunicación.

En la segunda sesión se impartió a la familia un programa psicoeducativo¹¹ para informarlos sobre la enfermedad, sus causas, los medicamentos empleados, la terapia y el pronóstico favorable de seguir fielmente el plan de tratamiento.

En la tercera sesión se realizó la prescripción de la contraparadoja terapéutica (a cada miembro de la familia se le prescribió el mantenimiento de las interacciones patológicas y al paciente la conducta sintomática).¹²

En la cuarta sesión los padres se observaron a sí mismos a través de un video grabado en una de las entrevistas anteriores, se percataron de la forma en la que estaban repitiendo el mismo tipo de comunicación que sus propios padres, instigándose todo el tiempo.

En la quinta sesión se citó solamente a los padres para involucrarlos en la prescripción invariable (los padres debían guardar el secreto terapéutico de tener salidas periódicas sin que nadie se enterara de dónde estuvieron, y si alguien les preguntaba solo podían contestar: *Esto es cosa nuestra*).¹³ Los padres llevaron a los niños a la casa de los abuelos paternos y salieron solos sin avisar a dónde iban durante dos horas, dos días a la semana. Al regresar para recoger a los niños no informaron dónde estuvieron.

En la sexta sesión los padres acudieron nuevamente sin los niños y comentaron lo que habían observado: los padres del padrastro se enojaron, en especial la madre, quien les profirió insultos. Los padres comentaron que al regresar de una de las salidas, el paciente estaba abrazando a su hermano y ambos lloraban. Se volvió a prescribir otra salida, en esta ocasión por un fin de semana completo. La madre dejó a sus hijos en la casa de sus padres durante el fin de semana. Cuando los padres regresaron por los niños éstos estaban tranquilos. La madre de ella les preguntó dónde habían estado, a lo que contestaron: *Esto es cosa nuestra*.

En la séptima sesión los padres manifestaron lo difícil que fue ejecutar las tareas.

En la octava sesión se citó solo a los hijos quienes jugaron con los dos terapeutas. Los niños se mostraron contentos, interactuaron de manera empática y no preguntaron por sus padres.

En la novena sesión se citó a los padres para diseñar un plan de límites y reglas en casa. La décima sesión se realizó un mes después, fueron evidentes los avances en la conducta de los hijos y se acordó con la familia mantener un seguimiento con citas programadas cada tres meses.

Discusión

Muchos niños que refieren alucinaciones en realidad no las presentan, y muchos niños que sufren alucinaciones las expresan de un modo

que resulta difícil considerarlas.⁵ En el caso del TOC, como la sintomatología puede acompañarse de imágenes desagradables, los niños pueden describirlas como francas alucinaciones.

En el caso que describimos, lo que parecía ser un TOC era en realidad el inicio de la esquizofrenia. Minkowski, describió que la fase prodrómica de la esquizofrenia podía simular un TOC.¹⁴ El hecho de que podamos encontrar una misma manifestación clínica ante procesos psicopatológicos diferentes, constituye un desafío para el estudio de la psicopatología. Según Berrios: Muchos neuropsiquiatras con larga experiencia clínica [...] se preguntan a menudo sobre la posibilidad de etiologías múltiples y sobre la existencia de mecanismos que generen copias conductuales de los síntomas orgánicos, o postulan la hipótesis de que los sistemas expresionales en los humanos puedan tener un escaso repertorio y actúen como vías finales comunes a una variedad de desencadenantes.¹⁵

De acuerdo a la teoría general de los sistemas, las copias conductuales representarían un claro ejemplo del principio de equifinalidad: En los sistemas abiertos [...] puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos.¹⁶ El humor delirante,¹⁷ propio de la fase prodrómica de la esquizofrenia, bien podría ser expresado por un niño como manifestaciones obsesivo-compulsivas.

De acuerdo a Ajuriaguerra: El síndrome obsesivo en el niño puede representar un intento de su Yo para hacer frente a las amenazas de aniquilación o de desintegración.¹⁸

Para comprender los trastornos psicóticos de los niños y su relación con la patología familiar es importante recordar que toda adaptación, dependencia, aprendizaje o aclimatación está buscando algún tipo de estabilidad, por tanto, como expresó Bateson, la patología es estabilizadora.¹⁹ Este autor también señaló que ante situaciones perturbadoras una persona necesita generar alguna forma de adaptación, ésta puede resultar incómoda y además disminuir su flexibilidad; entonces, como una acción de segundo grado, puede buscar una forma de adaptarse a esa incomodidad y falta de flexibilidad. Con el tiempo se estabiliza esta segunda adaptación, lo que generaría una pauta de dependencia.²⁰

Haley, consideró a la esquizofrenia como la metáfora de las interacciones familiares.²¹

Al observar las interacciones de la familia de nuestro paciente, en donde lo que parece ser no es, en donde las relaciones no se definen, con emociones de hostilidad encubiertas, con una comunicación de doble vínculo, nos damos cuenta de la metáfora de la esquizofrenia.

El Grupo de Milán señala que la esquizofrenia es un trastorno con implicaciones bioquímicas, emocionales e interaccionales, por tanto, los detonadores de este padecimiento pueden ser el contexto socio-cultural y familiar, donde la enfermedad surge como una forma de adaptarse a la homeostasis del sistema.¹² Las premisas originan el problema y las creencias lo mantienen y lo desbocan. Como expresó Bateson, el paciente más que esclavo de sus síntomas es esclavo de sus premisas.¹⁹

En nuestra práctica hemos observado que cuando una familia acude durante el primer brote psicótico de uno de sus miembros, y se involucra en el tratamiento psiquiátrico conjuntamente con la terapia familiar focalizada en las premisas y creencias del sistema, los resultados suelen ser favorables a corto plazo. Con esto pueden lograrse periodos largos libres de recaídas, en contraste con la pura atención psicofarmacológica.

* Médico Cirujano, especialista en Psiquiatría y subespecialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

** Licenciada en Psicología, Maestra en Terapia Familiar Sistémica.

*** Médico Cirujano, Residente del cuarto año de la especialidad de Psiquiatría.

Correspondencia: Dr. Mauricio Leija Esparza. Clínica de Niños y Adolescentes del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME). Av. Zoquipan No. 1000-A, Col. Zoquipan, CP 45170, Zapopan, Jalisco, México. Tel. (01 33) 3633 9383 ext. 254. Correo electrónico: mauricio.leija@gmail.com

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Calle Niño Jesús No. 2, Colonia Tlalpan, México, Distrito Federal, CP 14000.

Recibido: Enero 2015. Aceptado: Marzo 2015.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition: DSM-5. American Psychiatric Publishing. Washington D.C., United States of America, 2013.
2. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1-97.
3. Messias EL, Chuan-Yu C, Eaton WW. Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30:323-38.
4. Riecher-Rössler A, Häfner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand. Suppl* 2000;407:58-62.
5. McClellan J, Stock S. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:976-90.
6. Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, Janavs J, Bannon Y, Rogers JE, et al. Reliability and validity of the mini international neuropsychiatric interview for children and adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry* 2010;71:313-26.
7. Geller DA, March J, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51:98-113.
8. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Hypothesizing-Circularity-Neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Fam Process* 1980;19:3-12.
9. Penn P. Circular questioning. *Fam Process* 1982;21:267-80.
10. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*. 1956;1: 251-64.
11. Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu; 1988.
12. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, Prata G. Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica. Barcelona, España: Editorial Paidós; 1988.
13. Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. Los juegos psicóticos de la familia. Barcelona, España: Editorial Paidós; 1990.
14. Minkowski E. La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2000.
15. Berrios GE. What is neuropsychiatry? *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2007;36:9-14.

16. Bertalanffy LV. Teoría general de los sistemas. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1976.
17. Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Madrid, España: Fundación Archivos de Neurobiología; 1997.
18. Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris, Francia: Ed. Masson; 1970.
19. Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires, Argentina: Lohlé-Lumen; 1991.
20. Bateson G. Espíritu y naturaleza. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu; 1993.
21. Haley J. Trastornos de emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires, Argentina: Ed. Amorrortu; 1985.