

# **MÓDULO VIII**

Casos clínicos

*En esta parte, analizaremos tres casos de esquizofrenia infantil para aplicar los conocimientos adquiridos durante el curso, profundizando en la identificación de síntomas, el desarrollo de planes de tratamiento y la consideración de factores psicosociales en el manejo de esta compleja condición. Se ha elegido la esquizofrenia infantil como tema de análisis debido a su rareza y la complejidad de su diagnóstico y tratamiento. A diferencia de la esquizofrenia en adultos, los síntomas en niños pueden ser más difíciles de identificar y a menudo se confunden con otros trastornos del desarrollo o del comportamiento. Estudiar estos casos proporciona una oportunidad única para los estudiantes de comprender mejor las particularidades de la presentación temprana de la esquizofrenia, mejorar sus habilidades diagnósticas y desarrollar estrategias de intervención efectivas adaptadas a las necesidades específicas de los niños y sus familias. ¡A ello!*

## Caso 1

Un niño de 14 años, educado hasta la clase 6, proveniente de una familia de estatus socioeconómico medio y residente en un área urbana, fue presentado con quejas de declive académico desde hace 3 años y de escuchar voces durante los últimos 2 años. Nacido de un matrimonio no consanguíneo, un embarazo no planificado pero deseado, el niño alcanzó los hitos de desarrollo según la edad. Desde su primera infancia, estuvo expuesto al comportamiento agresivo de su padre, que a menudo intentaba disciplinarlo de manera abusiva y agresiva. Los problemas matrimoniales y la violencia doméstica condujeron al divorcio de los padres cuando el niño tenía 10 años.

Al año siguiente, el niño y su madre se mudaron a la casa de los abuelos maternos y también cambió de escuela. Un año después, se observó una disminución en su rendimiento académico, deterioro de la escritura, y un comportamiento irritable y triste. La madre recibía frecuentes quejas de la escuela, donde el niño se involucraba en peleas y comportamientos indeseables. Además, prefería actividades solitarias y evitaba comer con la familia, junto con una disminución en el rendimiento de las actividades rutinarias diarias. No hubo antecedentes de cogniciones depresivas en ese momento.

Consultaron a un psiquiatra privado, quien lo trató con valproato de sodio [400 mg/día] durante casi 2 meses, lo que llevó a una disminución de su irritabilidad y agresión. Sin embargo, el diagnóstico se aplazó y los medicamentos fueron gradualmente reducidos y discontinuados.

Durante el siguiente año, el niño comenzó a escuchar voces dominantes de alucinaciones auditivas, sospechando que los miembros de la familia, incluida su madre, conspiraban con personas desconocidas para burlarse de él. Abandonó la escuela y se le encontraba despierto hasta altas horas de la noche, murmurando y gritando a personas inexistentes, con un mayor deterioro en su socialización y cuidado personal.

Se consultó a otro psiquiatra, quien diagnosticó esquizofrenia y lo trató en el hospital durante 2 semanas con risperidona [3 mg], olanzapina [2,5 mg] y ox-carbazepina [300 mg/día], observando cierta mejora en sus síntomas. Sin embargo, el aumento significativo de peso debido a los medicamentos llevó a un mal cumplimiento, resultando en una recaída dentro de los 3 meses posteriores al alta. Los episodios agresivos frecuentes durante el siguiente año resultaron en múltiples ingresos hospitalarios.

Fue admitido nuevamente con una exacerbación aguda de los síntomas, recibiendo divalproex sodio [1500 mg/día], aripiprazol [30 mg/día], trifluperazina [15 mg/día], olanzapina [20 mg/día] e inyecciones de lorazepam según sea necesario. Fue admitido para aclaración diagnóstica y racionalización de medicamentos. Se observó que no cooperaba para el examen del estado mental y presentaba un comportamiento agresivo y violento. Murmuraba y se reía para sí mismo. Su estado de ánimo era irritable, el habla era lacónica y carecía de conocimiento de su enfermedad.

El diagnóstico fue de esquizofrenia de inicio muy temprano, explorando posibilidades de psicosis orgánica, encefalitis autoinmune y síndrome de X frágil. Las investigaciones físicas realizadas fueron normales, incluyendo anticuerpos contra la rubéola y pruebas para el síndrome de X frágil. Su cociente de inteligencia medido hace un año era de 90, pero no cooperó para la evaluación actual. Inicialmente, se redujeron los medicamentos, manteniéndolo con aripiprazol [30 mg/día] y añadiendo lurasidona [40 mg dos veces al día]. Fue dado de alta con síntomas negativos residuales, pero sus alucinaciones y agresividad reaparecieron dentro de las 2 semanas posteriores al alta, siendo readmitido. Esta vez se le administraron ocho sesiones de terapia electroconvulsiva modificada bilateral, y se le trató con aripiprazol [30 mg/día], clorpromazina [600 mg/día], divalproex sodio [1000 mg/día] y trihexifenidil [4 mg/día].

La familia fue psicoeducada sobre la enfermedad y se abordaron las emociones expresadas y la sobreparticipación de la madre mediante psicoterapia de apoyo. Se estableció un programa de actividades para el niño y se instituyó terapia ocupacional. Se sugirieron modificaciones dietéticas debido al aumento de peso. En los últimos 6 meses, no se han reportado episodios de violencia, aunque la irritabilidad persiste. La mala socialización, falta de motivación, apatía, aumento de peso y aversión a comenzar la escuela aún no se resuelven. La influencia de los múltiples medicamentos en la función de la médula ósea es una preocupación inminente.

## Caso 2

Este caso trata de un niño de 11 años, educado hasta el tercer grado, perteneciente a una familia rural de bajo nivel socioeconómico. Presentaba síntomas de deterioro académico durante los últimos dos años, además de repetir actos, irritabilidad desde hace un año y adoptar posturas inusuales desde los seis meses de edad. Nació de padres no consanguíneos tras un parto sin complicaciones, y alcanzó los hitos de desarrollo típicos para su edad.

Hace dos años, comenzó a mostrar falta de interés y dificultad para concentrarse en la escuela, atribuyéndolo inicialmente a la falta de amigos y solicitando un cambio de escuela. No había historial previo de problemas de ánimo, depresión cognitiva, comportamiento disruptivo o acoso escolar. Mantenía una rutina diaria regular hasta que comenzó a repetir acciones como caminar de un lado a otro en la habitación durante varias horas, a menudo pidiendo a su madre que lo acompañara o siguiendo sus instrucciones precisas.

Desarrolló comportamientos compulsivos como lavarse las manos repetidamente hasta 20 veces seguidas sin razón aparente. Su estado de ánimo generalmente era irritable sin presencia de tristeza o miedo, aunque mostraba insistencia en seguir ciertos rituales y una adherencia inflexible a ciertas rutinas.

A medida que su condición empeoraba, dejó de asistir a la escuela y su familia buscó ayuda médica. Después de un diagnóstico de esquizofrenia catatónica y posible trastorno obsesivo-compulsivo, recibió tratamiento con lorazepam, olanzapina, fluoxetina y terapia electroconvulsiva bilateral modificada. Experimentó mejoras significativas, aunque con recaídas ocasionales que requirieron ajustes en su tratamiento.

En el seguimiento posterior al tratamiento, mostró una mejora sustancial en su funcionamiento diario y participación en las tareas agrícolas familiares. Aunque persistieron ciertos comportamientos repetitivos como lavarse las manos, negó cualquier indicio de ansiedad asociada. Sin embargo, se mostró reacio a volver a la escuela y ha permanecido en casa desde entonces.

## Caso 3

Una niña de 7 años, estudiante de segundo grado, proveniente de una familia de alto estatus socioeconómico y residente en una localidad urbana, fue presentada con quejas de declive académico, irritabilidad y comportamiento anormal durante los últimos 9 meses. La niña nació de un matrimonio no consanguíneo, es la primera en el orden de nacimiento y era un niño buscado. La salud materna durante el embarazo fue normal, pero el parto se prolongó más allá de las 18 horas, lo que requirió una cesárea de segmento inferior. No hubo complicaciones relacionadas con el nacimiento y el peso al nacer fue de 2,80 kg.

La niña alcanzó los hitos del desarrollo según lo esperado para su edad. Tenía un temperamento caracterizado por altos niveles de actividad, una baja distracción, capacidad promedio para mantener la atención y persistencia, fácil adaptación a nuevas situaciones y hábitos regulares de intestino y vejiga. Fue inscrita en la escuela a los 4 años y progresó bien hasta hace 9 meses, cuando su profesor observó una disminución en su interés académico, deterioro en sus habilidades de escritura a mano y evitación de actividades grupales. En casa, mostraba un comportamiento irritable persistente y redujo sus actividades de juego con sus hermanos. Sin embargo, sus biofunciones fueron normales durante este período.

Un mes antes de la consulta, comenzó a insistir en usar el mismo vestido, a veces el mismo color, que no se quitaba ni siquiera para dormir o bañarse. Además, su estado de ánimo cambió de irritable a alegre, sus niveles de actividad aumentaron y se volvió difícil hacer que se sentara en clase. Su producción de habla aumentó significativamente y hablaba incesantemente. La duración de su sueño disminuyó y comenzó a levantarse 3-4 horas antes de su rutina habitual. Ante estos síntomas, la familia contactó por primera vez con nosotros. Su examen físico fue normal y el examen del estado mental reveló que estaba alegre, hiperactiva y era difícil de interrumpir. Cantó y bailó durante la entrevista.

Fue diagnosticada con manía aguda basada en la evaluación clínica y la evaluación en MINI Kid 6.0. Inicialmente fue tratada con olanzapina 5 mg/día, incrementada a 10 mg/día. Sin embargo, no se observó ninguna respuesta en las siguientes 2 semanas, por lo que se redujo y se añadió valproato de sodio, aumentando la dosis hasta 400 mg/día. Mejoró casi un 50 %, pero su estado de ánimo seguía siendo alegre/irritable. No volvió a la escuela y asistió de forma irregular a los seguimientos.

En los siguientes 2 meses, comenzó a murmurar para sí misma y a hacer ciertos gestos anormales. A menudo temía quedarse sola y, al acostarse, insistía en que las luces se mantuvieran encendidas y alguien la acompañara al baño. Informó haber visto a una señora con ropa blanca, sin más detalles. Dejó de pedir comida por su cuenta y se quedaba perdida en su mundo de fantasía, aunque su interés en vestirse y apreciarse en el espejo persistió. Su estado de ánimo era inestable, cambiando de alegre a triste o irritable.

Según la familia, los medicamentos continuaron según lo aconsejado. En vista del panorama emergente, se revisó el diagnóstico a trastorno esquizoafectivo. Además de aumentar la dosis de valproato de sodio a 500 mg/día, se añadió risperidona 2 mg/día. Sin embargo, incluso después de 8 semanas de tratamiento con esta combinación y un aumento de risperidona a 4 mg/día, no hubo alivio. La niña sigue sintomática, no asiste a la escuela y tiene una disfunción significativa. Además del régimen de tratamiento existente, se ha instituido una intervención psicosocial en forma de psicoeducación, programación de actividades para la niña y terapia ocupacional, pero aún no se han visto resultados.