

"CREO QUE PODRÉ VOLAR"

María José Gordillo Montaña, Francisco José Márquez Liger, Tomás Delgado Durán

Institucion

margormon@gmail.com

Palabra1. Palabra2. Palabra3

Palabra Ingles1. Palabra Ingles2. Palabra Ingles3

RESUMEN

La esquizofrenia es el trastorno psiquiátrico más devastador que afecta a niños y adolescentes, uno de los trastornos que más compromete al paciente, su familia y el entorno. Será indispensable un tratamiento precoz para disminuir el impacto negativo. Este tratamiento requerirá un enfoque multimodal e interdisciplinario, beneficiándose de la combinación de terapias individuales, familiares y/o de grupo, como apoyo a la terapia farmacológica, ofreciendo terapias psicológicas con un enfoque en las necesidades sociales, educativas y culturales que el niño y su familia necesitan.

Exponemos un caso que ha suscitado especial interés. Paciente de 12 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil siendo el motivo de tal ingreso clínica compatible con cuadro psicótico. A la exploración psicopatológica destaca elevada ansiedad psicofísica, contacto psicótico, suspicaz y alerta, evitando contacto ocular. No presenta alteraciones a nivel del curso del pensamiento. A nivel del contenido, ideación delirante mesiánica y megalomaniaca, de autorreferencia, persecución y perjuicio, sintiéndose observada, controlada, vigilada, filmada y fotografiada en los diferentes ámbitos de su vida, todo ello en relación con el "don" y la misión que dios le ha encomendado, presentando capacidades especiales. Ideas de perjuicio centradas en su madre. Ocurrencias delirantes. Temple interpretativo. Describe fenómenos de influencia y control del pensamiento y fenómenos pasivos del yo. Alteraciones sensorio-perceptivas de tipo visual y auditivas. Alteraciones a nivel gustativo y olfativo, fundamentalmente en relación a las comidas. Afecto incongruente, llegando a expresar sentimientos de gran angustia sonriendo. Eutímica. Insomnio mixto. Nula conciencia de trastorno. Juicio de realidad alterado.

"CREO QUE PODRÉ VOLAR"

"Podemos decir que llegado el momento en el que el delirio aparece, la psicosis es ya antigua".

GATIAN DE CLERAMBAULT
(1872 - 1934)

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es el trastorno psiquiátrico más devastador que afecta a niños y adolescentes. Es uno de los trastornos que más compromete al paciente, su familia y el entorno. Podemos distinguir la esquizofrenia de inicio temprano, antes de los 18 años y la esquizofrenia de inicio muy temprano, antes de los 13 años. La severidad clínica, la detención en el desarrollo del niño y el mal pronóstico hacen que sea necesaria una detección precoz de la misma, pudiendo así establecer el diagnóstico e intervenir con un tratamiento eficaz.

Centrándonos en la clínica de la esquizofrenia en la infancia o edad escolar (6 a 13 años); caracterizada por un inicio insidioso, debutando de forma gradual y no con un episodio agudo como en adultos; podremos decir que, las alucinaciones se suelen presentar con una frecuencia del 80%, siendo en forma de alucinaciones auditivas (voces) como se presentan en la mayoría de las ocasiones, y las visuales más frecuentes que en adultos, acompañando muchas veces a las auditivas. Así mismo suelen ser más fluidas y menos complejas que en adultos, y estar relacionadas con insectos y/o animales (monstruos, mascotas y/o juguetes). En cuanto a los delirios, diremos que son, en general, menos complejos y no-sistematizados, presentando una temática relacionada con la identidad, hipocondríacos, persecutorios o de grandiosidad.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Paciente de 12 años derivada para ingreso desde consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil por clínica compatible con cuadro psicótico.

Antecedentes familiares

- Hermano de 16 años, recientemente diagnosticado de TOC grave, en tratamiento con Sertralina y Olanzapina.
- Abuela materna, diagnosticada de G. Tourette (coprolalia, movimientos en lengua, ideas obsesivas con la comida y limpieza) y Psicosis (alucinaciones, catatonía, actitud inadecuada y suspicacia).

Antecedentes personales

Médico-quirúrgicos: sin interés. No alergias medicamentosas conocidas.

"CREO QUE PODRÉ VOLAR"

Hábitos tóxicos: La familia explica periodo de consumo de alcohol, intoxicaciones étlicas que motivaron consulta en urgencias. □

Psicobiográficos: Convive con sus padres, hermano mayor y abuelos maternos.

Inicia seguimiento 7 meses previos al ingreso en Consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil con Psicología y posteriormente con Psiquiatría que valora a la paciente en una única ocasión, momento en que se deriva para ingreso.

Historia evolutiva: embarazo normoevolutivo, parto a término, con un peso al nacer de 2840kg y sin complicaciones perinatales. Desarrollo psicomotor sin alteraciones, al igual que el del lenguaje. En cuanto a la socialización, en un primer momento la definen como tímida pero capaz de mantener buenas relaciones con posterioridad, siempre en grupos reducidos. Buen desarrollo de juego simbólico e imitativo, centrando su interes en muñecos con los que desarrollar una historia. En cuanto al sueño, terrores nocturnos a los 5 años de edad. Rabietas entre los 2 y los 2.5 años.

Historia escolar: Buen rendimiento. Responsable con sus tareas. No quiso realizar actividades extraescolares hasta 6º, cuando inicia baloncesto junto al grupo de amigas. Poco a poco, comienza a referir que no le gusta esta actividad, dejando de realizarla y distanciándose progresivamente de sus amigas, entre otros motivos porque ellas comienzan a relacionarse con un grupo mayor, no sintiéndose cómoda. Tendencia a compararse con el resto de iguales ("ser la más fuerte...la más rubia...") con repercusión conductual. En 1º ESO la profesora contacta con los padre y comenta encontrar a la niña aislada, "sola", que únicamente se relaciona a la hora de realizar tareas en grupo. Al finalizar 1º pide cambio de centro, y se dirige a sus padres diciendo "no tengo interés en hacer amigos, pero sin cambio de colegio lo haré...".

Enfermedad actual

La paciente refiere ser dueña de un "don" y una misión que Dios le ha encomendado, presentando capacidades especiales, "poderes", entre las que se encuentra una inteligencia superior, dominar el fuego, mover objetos con la mente y volar, todo ello con la finalidad de salvar el mundo". Por ello está siendo amenazada y envidiada por su entorno, que pretende ridiculizarla con el material que intentan conseguir a través de fotografías y videos que podrían dar a conocer por televisión o a través de internet/redes sociales, incluso verbaliza que en estos momentos podrían estar tramando un plan para destruirla. De ello le informaron sus perros ya fallecidos, que contactan con ella y le dicen que no se relacione. No puede relacionarse ni con su madre, pues afirma que está interesada en ella, que es lesbiana y la quiere violar, pues la observa al vestirse o "planea" pasar más tiempo a solas con ella. Además reconoce ver múltiples señales con las que poco a poco puede ir uniendo cabos y ver que "nada era casualidad".

"CREO QUE PODRÉ VOLAR"

La familia, durante el pasado año, había observado que se mostraba más irritable y hostil, enfadada con sus padres, rechazando a la madre, precisando cerrar ventanas y persianas a la hora de cenar por sentirse vigilada por los vecinos. Verbalizaba percibir malos olores, y sentir "asco" de la ropa de cama, "la gente cuando duerme huele mal", así como de las prendas con botones que dejó de utilizar. En periodo vacacional disminuye las horas de sueño, la ingesta, aumenta el ejercicio, "era imparable...", pero manifestaba cansancio evidente. En los últimos meses es cuando se dirige a su madre y le acusa de ser lesbiana, que le tiene miedo, y a las brujas, de las que duda puedan interferir en sus pensamientos, y es también en estas fechas cuando les explica tener superpoderes, que está destinada a salvar el mundo y que si está con otras niñas le pueden quitar los poderes. En los días previos al ingreso, más irritable e impaciente, hiperalerta, presencia de musitaciones, con necesidad de realizar ruido en algunas ocasiones, como tocar palmas o golpear algún objeto, impresionando de poder querer interferir en las grabaciones.

Exploración psicopatológica

Consciente y orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora. Atenta. Elevada ansiedad psicofísica. Contacto psicótico, suspicaz y alerta, evita contacto ocular. Discurso bien articulado, fluido. No alteraciones a nivel del curso del pensamiento. A nivel del contenido, ideación delirante mesiánica y megalomaniaca, de autorreferencia, persecución y perjuicio, sintiéndose observada, controlada, vigilada, filmada y fotografiada en los diferentes ámbitos de su vida, domicilio, por sus padres, colegio, por sus compañeros y amigos, y en la calle, de desconocidos, todo ello en relación con el "don" y la misión que Dios le ha encomendado, presentando capacidades especiales, pudiendo ser capaz de "salvar el mundo" por estas, entre las que se encuentra una inteligencia superior. Ideas de perjuicio centradas en su madre, que ya no solo pretende medicarla o adulterar los alimentos (motivo por el que en los últimos meses ha protagonizado una pérdida importante de peso) sino por intereses de tipo sexual. Ocurrencias delirantes. Temple interpretativo, Describe fenómenos de influencia y control del pensamiento, no de difusión, y fenómenos pasivos del yo. Alteraciones sensorio-perceptivas de tipo visual y auditivas, en forma de sus perros ya fallecidos que se dirigen a ella, auditivas, también procedentes de sus antiguas mascotas y como voces comentadores en referencia a ella. Alteraciones a nivel gustativo y olfativo, fundamentalmente en relación a las comidas. Afecto incongruente, llegando a expresar sentimientos de gran angustia sonriendo. Eutímica. Describe episodios de incremento de energía, disminución de necesidades de sueño e ingesta, de una duración no mayor a 2 días pareciendo una percepción propia. Insomnio mixto. Nula conciencia de trastorno. Juicio de realidad alterado.

"CREO QUE PODRÉ VOLAR"

Evolución

Al inicio del ingreso desconfiada, suspicaz tanto con el personal como con los compañeros, hipervigilante, centrando la atención en las cámaras de vigilancia. En espacios comunes, aislada, tensa, llorosa. En la habitación, apenas puede apartarse de la puerta, expectante, miedosa a que alguien entre. Es allí donde afirma ver la imagen de sus padres muertos, donde se comunica con ellos, llegando a observar como mantiene una conversación y impresiona que acaricia a un animal.

El primer cambio que observamos es en la actitud con sus padres, más tranquila y correcta, pudiendo compartir juegos con ellos y tolerando el contacto físico, "ya sé que mi madre no es lesbiana" comentará a las semanas. Ante este evidente cambio, y el malestar en la unidad, progresivamente ensayamos permisos domiciliarios de fin de semana.

Paulatinamente baja el nivel de angustia y aumentan sus deseos de marchar a casa, por lo que comienza a minimizar sintomatología a pesar de lo cual se detecta la persistencia de la clínica delirante-alucinatoria. Será tras varios ajustes farmacológicos, a lo largo de dos meses de hospitalización cuando se objetive mejoría, negando vivencias autorreferenciales días previos al alta, haciendo crítica parcial de las previas y sin estructurar nuevas ideas delirantes y presentar ocurrencias o interpretaciones delirantes. Normalización de ritmos biológicos. Más contenta y sonriente, pudiendo compartir juegos con iguales, a pesar de no disfrutar en ellos. Ante esta situación optamos por el alta de hospitalización total, pasando a un régimen de Hospital de Día, donde a día de hoy continúa.

Diagnóstico

Esquizofrenia

Tratamiento

Durante el ingreso ensayamos diferentes antipsicóticos, a dosis plenas, que ante la falta de respuesta, tuvimos que ir combinando sin llegar a objetivar mejoría en el estado clínico, por lo que finalmente marchó de alta con Clozapina. Como coadyuvantes utilizamos ansiolíticos y Biperideno.

DISCUSIÓN

La esquizofrenia en niños y adolescentes es grave por lo que se hará indispensable un tratamiento precoz para disminuir el impacto negativo. Este tratamiento requerirá un enfoque multimodal e interdisciplinario, beneficiándose de la combinación de terapias individuales, familiares y/o de grupo, como apoyo a la terapia farmacológica, ofreciendo terapias psicológicas con un enfoque en las necesidades sociales, educativas y culturales que el niño y su familia

“CREO QUE PODRÉ VOLAR”

necesitan. Este tratamiento debería ser personalizado según el nivel de desarrollo del niño y los factores sintomatológicos, etiológicos, de pronóstico y de tratamiento para la esquizofrenia.

Se ha objetivado la mejora del pronóstico a largo plazo tras psicoeducación y terapia cognitivo-conductual y/o Terapia Familiar. También sabemos que no es eficaz en la fase aguda de Hospitalización pero obtendremos los mejores resultados en primeros episodios psicóticos.

Por lo tanto, identificar precozmente las fases tempranas, combinado con un tratamiento óptimo, reducirá el desgaste (familiar, profesional, etc.) asociado a la enfermedad y parece que también mejora el pronóstico a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- The early course of schizophrenia. Tonmoy Sharma, Philip D. Harvey. Oxford, 2006.
- Rutter's child and adolescent psychiatry. M. Rutter. Fifth edition, 2008.