



Presentación de caso

Trastorno esquizofreniforme en escolar de ocho años

Schizophreniform Disorder in an Eight-year-old Schoolboy

Dra. Iris Dany Carmenate Rodríguez¹  

Dr. Conrado R. Álvarez Borges² 

Dra. Gladys Reynaldo García³ 

Lic. Israel Eradio García Herránz² 

¹ Hospital Pediátrico Provincial Docente “José Martí”, Sancti Spíritus, Cuba

² Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Faustino Pérez” de Sancti Spíritus, Cuba

Recibido: 10/7/2023

Aceptado: 2/08/2023

Resumen

Introducción: el trastorno esquizofreniforme se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, pensamiento y conducta desorganizada y síntomas negativos. Su apreciación en el niño pequeño se complejiza por la inmadurez emocional y cognitiva así como la etapa evolutiva por la que transita.

Objetivo: describir las características del trastorno esquizofreniforme en un escolar de ocho años.

Presentación de caso: escolar de ocho años de edad nacido de parto distócico por cesárea a las 42 semanas de gestación. Con peso adecuado no eventos significativos. Con historia personal de asma bronquial y buena salud mental. Antecedentes de bisabuelo paterno con esquizofrenia. Sin historia de trastornos psiquiátricos. A raíz de la pandemia y el estar aislado en el hogar ha presentado algunos cambios, lo nota “raro”, inestabilidad en su estado de ánimo que varía desde llanto incontrolable hasta

risas inmotivadas, irritabilidad, marcha improductiva, mueve constantemente sus manos, lenguaje incoherente, ininteligible, repetitivo, dice cosas sin sentido, musita, mirada hacia un punto fijo, atenta escucha, dificultades para conciliar el sueño, ha presentado emisiones de orina en horario diurno a pesar de que había controlado el esfínter vesical.

Conclusiones: los factores medioambientales estresantes continúan siendo un detonante para la aparición de enfermedades mentales de alta complejidad. En la etapa infantil las manifestaciones difieren de la adultez y a pesar de que muchas impresiones diagnósticas guardan relación con los síntomas presentados si es posible llegar a un diagnóstico oportuno si se tiene en cuenta un buen patrón diferencial.

Palabras clave: trastorno esquizofreniforme, psicopatología infantil, etapa evolutiva

Abstract

Introduction: Schizophreniform disorder is characterized by the presence of delusions, hallucinations, disorganized thinking and behavior, and negative symptoms. Its appreciation in young children is made more complex by emotional and cognitive immaturity, as well as by the evolutionary stage they are going through.

Objective: Describe the characteristics of the schizophreniform disorder in an eight-year-old schoolboy

Case study: An eight-year-old schoolboy born with dystocic delivery by cesarean section at 42 weeks of gestation with adequate weight, and without significant events. He had a personal history of bronchial asthma, good mental health, and a great-grandfather on his father's side who suffered from schizophrenia. With no history of psychiatric disorders, as a result of the pandemic, and being isolated at home, some changes took place on him. He was noticed "strange", with instability in his mood which varied from uncontrollable crying to unmotivated laughter, irritability, unproductive walk, constantly moving his hands; incoherent, unintelligible, repetitive language, saying nonsense things, mumbling, staring towards a point. He was on the alert for the slightest sound, and could not fall asleep easily. He has wet himself during daytime, despite having controlled his bladder sphincter.

Conclusions: Stressful environmental factors continue to be a trigger for the appearance of highly complex mental illnesses. In the childhood stage, signs differ from those of adulthood, and despite the fact that many diagnostic impressions are related to the symptoms, it is possible to achieve a timely diagnosis, if a good differential pattern is taken into account.

Keywords: schizophreniform disorder, child psychopathology, evolutionary stage

Introducción

En 1939 Gabriel Langfeldt emplea por primera vez la terminología de trastorno esquizofreniforme para referirse a una enfermedad de inicio súbito y evolución benigna, asociada a trastornos del estado del ánimo y obnubilación. Con síntomas muy similares a los de la esquizofrenia pero con la característica de que dura más de un mes y menos de seis meses. Los pacientes vuelven a su estado inicial una vez que se resuelve el trastorno o de lo contrario pasar a otro nivel dentro de las enfermedades mentales.¹

Es más común en la adolescencia, con una frecuencia inferior a la esquizofrenia, cinco veces más frecuente en hombres que en mujeres y con una prevalencia anual de 0.09%.² En diferentes estudios se relacionan con trastornos del estado de ánimo y otros con la esquizofrenia.

A lo largo de la historia se ha abordado conceptos de diferentes tipos de esquizofrenia, esta disolución conceptual no ha interferido en cambios relacionados con el cuadro clínico lo que ha motivado a la realización de investigaciones en este campo para llegar al consenso que hoy se expone en el clasificador para las enfermedades mentales donde lo sitúan dentro de un espectro.³

Existen limitaciones en los estudios de trastornos psiquiátricos en etapas infantiles por existir un proceso de desarrollo y maduración limitado, donde los logros alcanzados en las etapas del desarrollo psicológico están en relación a múltiples factores. Esto determina manifestaciones de hiperactividad, impulsividad, agresividad cuando las demandas externas sobrepasan los recursos que ha alcanzado hasta ese momento y crean situaciones y comportamientos atípicos resueltos con orientaciones sobre el abordaje en estas etapas. No siempre esta disrupción obedece a situaciones transitorias, muchas veces están relacionadas con procesos funcionales y que por su inmadurez no se hace visible. Esto apunta hacia la necesidad de una observación continua en consultas especializadas para el diagnóstico de trastornos que pueden presentarse en etapas tempranas y que de su identificación oportuna depende la evolución y pronóstico.

Lo anterior es motivo para que los autores decidan presentar un caso en el que existen suficientes eventos para crear desajustes en la salud mental y en el que la etapa evolutiva por la que transita puede ser un obstáculo para arribar a un diagnóstico de tal magnitud. Luego se hacen revisiones relacionadas con este trastorno en la niñez, estudiar el caso y establecer los diagnósticos diferenciales el objetivo de este artículo es describir las características del trastorno esquizofreniforme en un escolar de ocho años.

Presentación de caso

Escolar de ocho años, estudia segundo grado de enseñanza normal, producto de un embarazo deseado, planificado, riesgo obstétrico por insuficiencia venosa materna, parto distócico por cesárea a las 42 semanas de gestación. Con peso adecuado al nacer de 8.8 libras, no sangramientos, no hipoxia ni otros eventos significativos. Bisabuela con trastornos psiquiátricos, bisabuelo paterno y tatarabuelo con esquizofrenia. A raíz de la COVID-19 y estar encerrado en casa muy apegado a la tecnología y alejado

de todo contacto social comenzó a notar en él algunos cambios donde lo ve “raro”, inestabilidad en su estado de ánimo que varía desde llanto incontrolable hasta risas inmotivadas, irritabilidad, camina de un lado para otro, mueve constantemente sus manos, lenguaje incoherente, inentendible, repetitivo, dice cosas sin sentido, musita, mirada hacia un punto fijo, atenta escucha, muy intranquilo, dificultades para conciliar el sueño, ha presentado emisiones de orina en horario diurno a pesar de que había controlado el esfínter vesical. Por todo lo anterior es remitido para su ingreso, observación y estudios en sala para arribar a conclusiones diagnósticas y aplicar tratamiento.

Antecedentes evolutivos

- ✓ Embarazo: deseado, planificado, riesgo obstétrico.
- ✓ Parto: distócico por cesárea a las 42 semanas de gestación.
- ✓ Postparto: peso 8.8 libras, Apgar adecuado, no complicaciones.

Antecedentes patológicos personales

- ✓ Asma bronquial desde los dos años con tratamiento estable de salbutamol y becloasma.
- ✓ Ingreso a los tres meses de edad por disentería.
- ✓ Ingreso a los tres años por neumopatía inflamatoria.

Antecedentes patológicos familiares

- ✓ Mamá viva/cáncer de tiroides
- ✓ Abuelo paterno fallecido/ diabetes, alcoholismo. Fallece de sepsis generalizada.
- ✓ Tía materna: intento suicida por intento de ahorcamiento.
- ✓ Tatarabuelo esquizofrénico

Desarrollo psicomotor

- ✓ Normal

Libertad de juegos

Juegos con coetáneos, buena interacción aunque fácilmente frustrable, no acataba reglas del juego, no esperaba su turno. Prefirió juegos activos.

Ambiente escolar

Fue a la atención a la primera infancia con buena adaptación. En casas de cuidado, llanto frecuente, ansiedad de separación, dificultades para adaptarse.

Preescolar: presentó dificultades para adaptarse, llanto frecuente, más de lo esperado para esta etapa.

Primaria: fue atendido por la psicopedagoga por presentar trastornos en el aprendizaje con dificultades para vencer objetivos del grado requiriendo varios niveles de ayuda. Dificultades en matemática, callado, distraído, poco participativo, desmotivación escolar, intranquilidad, fue víctima de burlas. Notas de bien y muy bien.

Al reincorporarse a la escuela post COVID-19: Merma notoria en algunos contenidos y objetivos que dominaba, muy inquieto, distráctil, desmotivado, dificultades en la concentración y memoria.

Ambiente familiar

Convive con mamá de 33 años, ama de casa y papá de 45 años custodio buenas relaciones entre ellos, mamá sobreprotectora, complaciente y en ocasiones permisividad. Utilizan métodos de regaño, castigo, violencia física. Practican religión cristiana evangélica, a veces hacen cultos en el hogar y preparan actividades para niños pero no participa. Familia nuclear con crisis para normativa por desorganización a raíz del proceso de enfermedad de la mamá.

Personalidad premórbida: callado, noble, ingenuo, distraído, cariñoso, activo, trabajador, laborioso, obediente.

Examen físico

Desarrollo pondoestatural acorde a su edad, peso 29 Kg, talla 115cm

Datos positivos al examen psiquiátrico

a) Actitudes y maneras

Porte y aspecto adecuado, limpio, arreglado, usa ropas acorde al sexo y edad. Facies de perplejidad, extrañeza, Asiste a la entrevista, poco cooperador pero acata órdenes. Poco contacto ocular, lenguaje limitado, ininteligible, tono de voz bajo, repite mecánicamente su nombre, dice frases cortas, repetitivas que no guardan relación con lo abordado en la entrevista. Se para y deambula por el salón de entrevista, sube, baja de los asientos, entra y sale. No se centra en la entrevista por lo que se dificulta un examen detallado por esferas.

b) Funciones de síntesis e integración

Pérdida del contacto con la realidad, orientado en persona y desorientado en tiempo y lugar (alopsíquicamente) Hipervigilante, difícil explorar la memoria. Nivel de comprensión impresionada

Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.



normal bajo, no tiene juicio crítico de sus alteraciones. Déficit cognitivo en áreas como la atención, funciones ejecutivas.

c) Funciones cognoscitiva

Pensamiento de origen irreal, curso acelerado, incoherencias, fuga de ideas, disgregado, musitaciones, ecolalia, presencia de alucinaciones auditivas y visuales. Actitud contemplativa y posición de atenta escucha.

d) Funciones afectivas

Tendencia a la euforia, en otras ocasiones escasa reacción emocional, ansiedad marcada, cambia constantemente de actividad, no irritable, no agresivo, manejable en sala, perplejidad. Con el paso de los días tendencia al aplanamiento afectivo, no acepta caricias de parte del personal médico ni de familiares cercanos a él, se muestra rechazante ante las muestras de cariño.

e) Funciones conativas

Alteraciones en actividad motora, llegando a la hipercinesia, intranquilidad, conducta desorganizada pero manejable en sala, estereotipias motoras, Alteraciones del sueño, insomnio de conciliación. Apetito conservado.

f) Funciones de relación

Afectadas globalmente, sin juicio crítico del proceso actual, sin planes ni metas futuras.

g) Factores predisponentes

- ✓ Edad de ocho años
- ✓ Escolar
- ✓ Masculino
- ✓ Sistema nervioso débil
- ✓ Coeficiente intelectual, normal bajo

h) Factores desencadenantes

- ✓ Eventos estresantes
- ✓ Cambios del entorno de convivencia.
- ✓ Retorno a la escuela, luego de la COVID-19

Se le realizó estudios para descartar otros procesos, observaciones del paciente, observaciones de juegos, entrevista individual y familiar, evaluación psicopedagógica, informe escolar, estudios psicológicos, imagenológicos, estos últimos negativos.

Resulta significativo que cooperó poco en los estudios psicológicos, se escondía asustado debajo de la mesa, veía algo que le quería dañar, luego sus dibujos reflejaban la pérdida de contacto con la realidad, agresividad, con marcada torpeza intelectual, musitaba y se reía solo, según el con un niño que lo observaba. En sala se le observó con señales sugestivas de alucinaciones, ensimismado, mirada perdida, risas inmotivadas, llanto desproporcionado, incontrolable, deambulación improductiva, musitando.

Resumen sindrómico.

- ✓ Síndrome alucinatorio: por la presencia de síntomas como alucinaciones, desorganización del pensamiento, comportamiento, pérdida del contacto con la realidad.
- ✓ Síndrome disquinético: por la hiperactividad marcada que lo lleva a presentar deambulación improductiva, movimientos estereotipados.

Tratamiento

Se utilizó risperidona suspensión de 5mg/ 5cc. Comenzó con dosis de 0,5mg diarios al día séptimo del ingreso y correctores como la benadrilina de 25 mg al día. Luego se llevó a dosis de mantenimiento de 3.5 mg diarios fragmentados en dos dosis y se añadió como corrector el clonazepam 1 mg diario. La respuesta fue favorable tras semanas de tratamiento. Se siguió con estas dosis de mantenimiento y un diagnóstico provisional.

Unido al tratamiento medicamentoso, se indicó la intervención familiar para aplicar terapias psicosociales encaminadas a mejorar el rendimiento cognitivo, aplicar programas para facilitar la resolución de problemas, entrenar en habilidades sociales, de autoayuda.

Pronóstico y evolución

Se define un trastorno esquizofreniforme como diagnóstico provisional, donde la resolución total de los síntomas antes de los seis meses podrá modificar las expectativas que del mismo se tiene. El hecho de tratarse de un escolar, masculino con inicio temprano de un episodio psicótico habla a favor de un peor pronóstico ya que el deterioro cualitativo de la personalidad y su disfunción global puede ser de aparición más temprana una vez que llegue a la adultez. Tiene como factor protector la buena estructura familiar y soporte social donde el *insight* clínico en relación al proceso de enfermedad que atraviesa el menor conlleva a la mejor adhesión del tratamiento lo que permitirá disminuir los síntomas, remisión sintomática, recuperación funcional y disminuir recaídas.

En todo momento se mantuvo la confidencialidad y se aseguró a los tutores legales que toda información brindada quedaría en el anonimato, estando así de acuerdo con ello.

Discusión

La evidencia epidemiológica ha relacionado una serie de factores sociodemográficos y psicosociales con un mayor riesgo de desarrollar psicosis. Independientemente de otros factores etiológicos como los hallazgos de neuroimagen en que existe déficit relativo de la activación en la región prefrontal inferior del cerebro; supresión de la activación del núcleo estriado y dilatación de los ventrículos cerebrales, es necesario tener en cuenta los factores medioambientales por la evidencia demostrada en diferentes publicaciones.⁴

Dentro de las principales características clínicas del manual clasificador para enfermedades mentales en su quinta edición (DSM V) se refiere a que es un trastorno psicótico de aparición aguda, inicio muy rápido, sin una larga fase prodrómica. No es frecuente el declive progresivo de la función social, laboral y escolar. Las manifestaciones que se presentan impiden con frecuencia la asistencia del niño a la escuela lo que repercute en su funcionamiento escolar y en su desempeño académico.⁵ Los síntomas negativos son infrecuentes e indican mal pronóstico.⁶ Generalmente vuelven a su estado habitual a los seis meses, pueden tener un curso episódico y reaparecer luego de largos períodos de remisión pero si supera los seis meses se diagnostica como esquizofrenia y esta opción puede estar presente entre el 60 y 80 % de los casos.⁵ En el DSM V se señala que cuando se establece el diagnóstico sin haber esperado la recuperación total se define como provisional. Se insiste además en descartar trastorno esquizoafectivo así como depresivo y bipolar por la ausencia de cuadros maníacos y depresivos mayores.⁵

Los trastornos psicóticos agudos que se presentan en edades tempranas de la vida constituyen un reto para los profesionales encargados de determinar estas categorías diagnósticas precisamente por tratar a un grupo de pacientes que transitan por una etapa evolutiva de inmadurez emocional y cognitiva, con fantasías e inmersos en un número significativo de eventos que para ellos pueden ser considerados estresores y detonantes de desajustes mentales.⁷ En estudios revisados se evidencia psicosis tipo esquizofreniforme relacionadas con hemorragia subaracnoidea donde la ruptura de la malformación arteriovenosa dio lugar a alteraciones comportamentales y disminución de la función cognoscitiva, trastornos del sueño y desconexión con el medio.⁸ Otro estudio relaciona a este tipo de esquizofrenia con la enfermedad de Wilson donde se relacionan síntomas similares. Estos ejemplos llevaron a la búsqueda de factores orgánicos como desencadenantes del cuadro clínico en el paciente.⁹

Teniendo en cuenta todos los elementos por los que ha transitado este niño se considera necesario incluirlo dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos específicamente el “trastorno esquizofreniforme”.

Por tratarse de un escolar de ocho años con un comportamiento y discurso desorganizado notable, pérdida del contacto con la realidad, sin crítica de estas alteraciones, alucinaciones visuales y auditivas con posturas de atenta escucha, mirada fija, hipervigilancia, musitaciones, monólogos, risas inmotivadas, llanto, pensamiento disgregado con un ritmo asociativo acelerado que lo lleva a fuga de ideas, con

Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.



desorientación alopsíquica, además se ha presentado síntomas negativos que por su inmadurez emocional y cognitiva se han traducido a través de la falta de espontaneidad, dificultad para entender y expresar sus emociones, dificultades para relacionarse con los demás, tendencia a manifestar un afecto aplanado. Estos síntomas han estado presente la mayor parte del tiempo por un período mayor de un mes y menos de seis y en este caso el niño ha presentado tales manifestaciones desde hace aproximadamente tres meses. Se excluye la presencia de un trastorno esquizoafectivo o trastorno depresivo o bipolar con síntomas psicóticos por la ausencia de episodios maníacos o depresivos en la etapa activa del trastorno. Queda descartado que efectos fisiológicos de alguna sustancia provocara el cuadro actual.⁵

Según el DSM-V se hace un desglose para incluir a los trastornos psicóticos que se les denomina “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” donde se destacan: la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastornos de delirios, trastorno psicótico breve, trastorno esquizotípico, inducido por drogas, asociados a otros trastornos mentales o afectación médica así como el esquizofreniforme que es el que nos ocupa en este paciente presentado.⁵

A partir de este diagnóstico y que es uno de los más graves y enigmáticos, con alteraciones que afectan todas las funciones se hace necesario explorar todas las hipótesis diagnósticas para lo que el terapeuta debe enmarcarse en buen diagnóstico diferencial:

Diagnósticos diferenciales

Ante un escolar de ocho años con tales manifestaciones se hace necesario diferenciar otros trastornos que puedan producir un cuadro similar.

1. Trastorno psicótico breve

Se plantea este diagnóstico no solo porque el paciente presenta un cuadro similar a las manifestaciones que este expresa, dígame alucinaciones, desorganización de la conducta y el pensamiento, síntomas negativos, sino también porque ha estado expuesto a situaciones estresantes que aunque muy minimizadas por los adultos que le rodean (separación de la madre por enfermedad de esta; ambiente escolar con exposición al *bullying*), pudiera justificar una psicosis reactiva breve pero es el lapso de tiempo que supera al mes obliga a excluirlo ya que este solo se limita desde un día a un mes, donde el paciente tiene un retorno al funcionamiento previo a la enfermedad lo cual no ha sido posible en este caso.^{10,11}

2. Esquizofrenia de inicio muy precoz

A pesar de lo infrecuente que es la esquizofrenia de inicio muy temprano, la gama de síntomas que presentó el paciente nos lleva a mantener presente este pensamiento nosológico pues todos los síntomas presentes son exigidos en esta categoría diagnóstica es solo el tiempo menos de seis meses el que nos lleva a descartarlo en este momento pero quedará para ser excluido de forma evolutiva.^{2,12, 13}

3. Trastorno psicótico inducido por otra enfermedad médica

Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.



Ante un escolar con manifestaciones similares a las presentadas por este paciente uno de los primeros pensamientos médicos serán las enfermedades médicas asociadas que pueden dar lugar a alucinaciones, desorganización del pensamiento de la conducta, síntomas negativos pero existe clara evidencia de que el trastorno ocurre por las consecuencias fisiopatológicas directa de otra afección médica que bien puede ser demostrable por el los datos en la historia clínica, examen físico y complementarios, en este caso se le realizó exámenes al pacientes que descartaron cualquier enfermedad asociada.^{8,9}

4. Trastornos del desarrollo neurológico

- Trastorno del espectro autista

Ante un niño con este funcionamiento donde las dificultades para relacionarse, las dificultades para mostrar emociones, ausencia de espontaneidad, alteraciones en el lenguaje, dificultades adaptativas están presentes se pudiera pensar en ello pero este funcionamiento debe haberse presentado desde antes de los tres años o al menos haber manifestados signos o señales que apuntaran hacia este trastorno y en este caso no ha sido así. Además la presencia de alucinaciones con una merma notoria en su desempeño escolar una vez reiniciado el curso escolar no guarda relación con este grupo de trastorno.^{14,15}

- Trastorno del desarrollo intelectual

Como parte de los trastornos del neurodesarrollo, la discapacidad intelectual es otro diagnóstico a tener en cuenta ya que puede aparecer una disrupción precoz, significativa y persistente. En niños puede cursar con dificultades adaptativas, rendimiento cognitivo bajo o nulo, según la gravedad, pero no tiene por qué existir interferencia en las relaciones, ni desorganización conductual y del pensamiento. Además las dificultades escolares se presentan después de haber vencido tales contenidos. No obstante un adecuado estudio de C.I sería de utilidad para descartar esta discapacidad.^{16,17}

5. Sobreconsumo de tecnología

En tiempos de COVID-19, el confinamiento, la limitación de la realización de actividades rutinarias, la ruptura de los esquemas que garantizaban el juego al aire libre, la participación en actividades escolares sin dudas ha sido lo que ha llevado al sobre consumo de tecnología en menores, lo cual ha provocado el ensimismamiento, la falta de comunicación y ha interferido en el ciclo sueño- vigilia. Todo ello al ser interrumpido para retomar las actividades habituales puede provocar un desbalance en los neurotransmisores, además los centros de gratificación al no ser estimulados pueden generar un estado de ansiedad intenso que puede llevar al niño o adolescente a conductas desajustadas, con pérdida del contacto en la realidad por refugiarse a sus personajes fantásticos y demás, cambian su forma prosódica al expresarse y estos casos han sido muy frecuente verlos durante la pandemia. En el caso que ocupa los padres niegan rotundamente esta exposición e incluso aseguran que nunca fue de su interés a pesar que en algunas entrevistas el paciente ha hecho referencia a personajes de series animadas y su lenguaje presentó alteraciones

prosódicas según lo recogido en algunas entrevistas. En este caso queda a consideración revisar a través del trabajo social y otros medios, sin dejar de mencionar que este tipo de situación puede desencadenar o activar un proceso mental que no era tan evidente hasta el momento.¹⁸

El uso de neurolépticos es necesario para controlar la conducta disruptiva que presenta el niño y que desestabiliza emocionalmente no solo a este sino también a la familia. Combinaciones entre dos neurolépticos atípicos suelen resultar de utilidad para estas manifestaciones psicóticas pero tratándose de un niño se siguen los principios para el uso de psicofármacos donde escalonadamente se harán ajustes en las dosis y la incorporación de nuevas drogas de ser necesario.¹⁹

En diversas investigaciones se han descrito estrategias y planes de intervención para mitigar la afectación a la salud mental y mejorar el funcionamiento familiar, lograr un entorno seguro es la meta.²⁰ En definitiva el pronóstico depende de estos factores: familiares, escolares y sociales.^{8,11}

Como conclusiones se expone que la etapa por la que transita el niño cuando se presentan trastornos mentales es fundamental para evaluar la heterogeneidad del cuadro y requiere de un análisis profundo de todos los posibles diagnósticos para abordar no solo con precisión sino también oportunamente al paciente y facilitar una mejor atención y evolución. La etapa evolutiva unida a la actividad rectora de la misma marca el buen desarrollo psicológico del niño y cuando esta es interrumpida da lugar a desajustes y trastornos mentales que ameritan tratamiento inmediato.

Como limitaciones se plantea que fue necesario un diagnóstico provisional por no contar con el periodo de seis meses para determinar si el paciente transita a otra categoría, en este caso esquizofrenia o si los síntomas remiten totalmente por lo que sería de utilidad brindar seguimiento a este caso para definir su diagnóstico definitivo.

Referencias bibliográficas

1. Langfeldt G. Schizophrenia: Diagnosis and prognosis. Behavioral Science. 1969;14(3):173-182). Disponible en <https://doi.org/10.1002/bs.3830140302>
2. ErakOtárala P. Esquizofrenia de inicio precoz: Revisión bibliográfica. Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos. 2022[acceso 1/05/2023]; 6(3):139-144. Disponible en. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i3.452>

Martínez DR. One hundred and fifty years of hebephrenia. A review. RevColombPsiquiatr (Engl Ed). 2023 Apr-Jun;52(2):139-145. English, Spanish. Doi: 10.1016/j.rcpeng.2021.07.004.Epub 2023 Jul.



3. Ros- LLoréns R, Meneu García E, Cabrera Orosco M, Haro Cortés G. Psicosis orgánica de tipo esquizofreniforme. *Psicogeriatría*. 2015[acceso 1/05/2023]; 5 (2):85-89. Disponible en: <https://mentalsalud.com/psicosis-organica-de-tipo-esquizofreniforme/>
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edn. Washington DC, 2013. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
5. Pei Ling L, Roselyne Shirley Pat F. First episode psychosis in a paediatric hospital. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021[acceso 1/05/2023];62. Available in <https://10.1016/j.ajp.2021.102740>
6. Lilford P, Wickramaseckara Rajapakshe O, Preet Singh S. A systematic review of care pathways for psychosis in low and middle income countries. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020[acceso 1/05/23];4. Available in <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102237>
7. González Arteaga A, Pérez Ortíz J, Garrido Sornoza G. Psicosis orgánica, tipo Trastorno esquizofreniforme, posterior a hemorragia subaracnoidea. *RevEcuatNeurol*. 2022[acceso 2/06/2023]; 31(3): 98-102. Disponible en <https://doi.org/10.46997/revecuatneurol31300098>
8. Huanco Condori, Jessica, Tomateo Torvisco Jorge David, Cruzado Lizardo. Enfermedad de Wilson: A propósito de un caso neuropsiquiátrico de diagnóstico tardío. *RevEcuatNeurol*. 2022 Sep [citado 2023 Ago 01]; 31(2):97-102. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S263125812022000200097Ing=es
9. Mon Álvarez MA, Vidal C, Ortuño F. Actualización clínica de la psicosis. *Medicine Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2019[acceso 14/05/2023]; 12(86):5023-5036. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.010>
10. Valdés Florido MJ, López Díaz A, Palermo Zeballos FJ, Martínez Molina I, Martín – Gil VE, et all. Psicosis reactivas en el contexto de la pandemia del COVID-19: perspectivas clínicas de una serie de casos. *Revista de psiquiatría y salud mental*. 2020 [acceso 21/05/2023]; 13(2):90-94. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7455168>
11. Tinjaca del Castillo JS, Castro Santos AM. Esquizofrenia, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. *RECIMUNDO: Revista científica de la investigación y el conocimiento*. 2022[acceso 25/05/2023]; 6(4):12-25. Disponible en



https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0.5&qsp=1&q=inicio+%22esquizofrenia+en+pacientes%22&qst=br#d=gs_qabs&t=1688939733157&u=%23p%3Dm_vhxsS_f8J

12. León E. Clínica de la esquizofrenia en niños y adolescentes. Curso virtual interdisciplinario a distancia. Salud mental, psicología y psicopatología del niño, adolescente y su familia. Prof. DrHectorBasile. 2012. Disponible en: www.psicoadolescencia.com.ar/docs/6/final071.pdf
13. Konstantin G, Nordgaard, Henriksen M. Cuestiones metodológicas en la investigación de la cognición social en el trastorno del espectro autista y el trastorno del espectro esquizofrénico: una revisión sistemática. *RevMedPsicol.* 2023[acceso 16/06/2023]; 53 (8):1-12. Disponible en. Doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291723001095>
14. Carbone N, Piazzè GP. Problemas nosológicos y psicodinámicos en el autismo infantil temprano. *RevPsicol.* 2023[acceso 186/06/2023] ; 22 (1):165. Disponible en DOI: <https://doi.org/10.24215/2422572Xe165>
15. López I, Foster J. Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. *RevMedClín Las Condes.* 2022; 33(4):367-378. Disponible en. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.004>
16. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry.* 2017[acceso 18/06/2023]; 4(4):339-346. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S22150366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S22150366(16)30376-5)
17. Sánchez Casado JI, Benítez Sánchez EI. Revisión sobre la “Salud Mental y nuevas tecnologías”: análisis de las redes sociales y los videojuegos en las primeras etapas del desarrollo como factores modulares de una salud mental positiva. *Rev INFAD de Psicol.* 2022[acceso 20/06/2023]; 2 (1). Disponible en. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2022.n1.v2.2324>
18. Guzmán Osorio A, Antúnez María B, Hernando Segura R, Gordo Seco R. Combinación de clozapina y aripripazol en esquizofrenia de inicio muy precoz resistente. A propósito de un caso. *RevPsiquInfJuv.* 2021[acceso 21/06/2023]; 38(3): 33-38. Disponible en COI: <https://doi.org/10.31766/revpij.v38n3a5>
19. Barajas A, Polidan L, Estrada Sadabell MD, Vivanco Hidalgo RM, Llinasmallol L, Blanco Silvente L. Evaluación de los programas de intervención temprana dirigidos a adolescentes y adultos jóvenes. Barcelona: Agencia de Qualitat. 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/9337>



Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de autoría

Dra. Iris Dany Carminate Rodríguez: Participó en la propuesta de la idea científica así como en la búsqueda de información bibliográfica, discusión y elaboración del informe.

Dr. Conrado Ronaliet Álvarez Borges: Participó en la búsqueda de información bibliográfica, revisión de la literatura y confección del informe final.

Dra. Gladys Reynaldo García: Participó en la búsqueda de información bibliográfica, revisión de la literatura y confección del informe final.

Lic. Israel Eradio García Herránz: Participó en la búsqueda de información bibliográfica, revisión de la literatura y confección del informe final.

