

# Tratamiento de la esquizofrenia infantil

Jorge Manzi Astudillo,\* Carlos Zalaquett Montenegro,\*  
Humberto Guajardo Sainz,\*\* Ana María Aron S.\*\*\*

## ABSTRACT

*A case of child schizophrenia with six years of evolution is presented. The influence of environmental factors in the maintenance of psychotic symptoms is described. A scheme based on behavior modification was effective in controlling symptoms and allowed the patient to be readmitted in this family and school.*

La esquizofrenia infantil es un cuadro que se presenta con una frecuencia de 1 x 5.000 habitantes y que tradicionalmente ha estado asociada a un pésimo pronóstico ante la falta de técnicas de terapia adecuadas.

Por esto mismo ha tendido a ser asimilada al cuadro clínico del adulto, no obstante en la actualidad se acepta que no es una réplica de su congénere adulta, presentando formas de conducta y pensamiento propios a la etapa de desarrollo del niño.

Ambas Psicosis tienen en común:

- a) falta de contacto con la realidad y
- b) desorganización general de la personalidad.

Por lo general se describen dos etapas muy marcadas:

- a) Aguda, en forma de brotes sucesivos
- b) Crónica, con sintomatología residual.

La esquizofrenia infantil se manifiesta hacia la edad escolar con mayor frecuencia y sus principales síntomas son:

1. Aislamiento y rechazo a asistir al colegio.
2. Trastornos del pensamiento.
3. Alucinaciones aun cuando no siempre son manifiestas.
4. Delirio poco sistematizado.
5. Conducta extravagante.
6. Alteración en el contacto afectivo.

Si bien no se conoce la etiología exacta, se acepta que los mecanismos de producción y de manifestación de sintomatología en la etapa aguda estarían en alteraciones neurofisiológicas a nivel del Sistema Nervioso, o sea en términos de teoría conductual serían conductas respondientes.

Por otra parte el rol del ambiente en la formación, desarrollo y mantención de las conductas esquizofrénicas, especialmente de la etapa crónica se ha ido confirmando al detectarse la relevancia de la in-

fluencia familiar y de la institucionalización en los pacientes. En términos de Teoría Conductual muchos de los síntomas de esta etapa serían conductas operantes.

En las últimas décadas se han producido dos aportes importantes en el Tratamiento de la Esquizofrenia infantil que a nuestro juicio deben considerarse complementarios y en ningún caso excluyentes:

a) Introducción de Drogas Antisicóticas de gran utilidad en la sintomatología de la etapa aguda y prevención de aparición de nuevos brotes. Su utilidad es menor en los síntomas crónicos residuales.

b) Desarrollo de técnicas basadas en la teoría del Aprendizaje para modificar y rehabilitar conductas esquizofrénicas especialmente en pacientes crónicos o con gran influencia del medio ambiente.

El propósito de esta presentación es revisar y sistematizar las etapas a seguir en el tratamiento de un paciente que presenta una Esquizofrenia infantil de evolución crónica.

## CASO CLINICO

Jorge Ch. M, paciente de 16 años con un desarrollo aparentemente normal hasta los 10 años. En esa época presenta: alucinaciones, aislamiento, rechazo al colegio, apatía y aplanamiento afectivo.

Familia Griega muy poco cálida e inadecuada.

Actualmente sus síntomas son:

1. Falta de iniciativa.
2. Falta de verbalización espontánea.
3. Pavaseo constante, mariguanzas.
4. Aislamiento, falta de movimientos.
5. Risa inmotivada.
6. Actitud oposicionista
7. Enuresis y Encropesis diurna.
8. Falta de escolaridad.

Fue tratado con Meleril hasta 300 mg diarios por diversos especialistas, sin modificación de los síntomas durante varios meses.

Electroencefalograma y Estudios Metabólicos Normales.

Examen Físico y Neurológico normales.

\* Alumno Escuela Psicología Universidad Católica.

\*\* Psiquiatra Infantil Departamento Pediatría Universidad Católica de Chile. Hospital Josefina Martínez de Ferrari.

\*\*\* Psicóloga, Jefe Departamento Psicología clínica Universidad Católica de Chile.

Se deja una dosis de 50 mg diarios de Meleril y se decide realizar una terapia de rehabilitación basada en técnicas conductuales, pensando que se trata de síntomas crónicos residuales.

**Tabla 1**

**Tratamiento**

Las etapas fueron:

1. Línea Base de frecuencia de conductas en el hogar, las cuales se eligieron de la observación de síntomas del paciente.
2. Línea Base de frecuencia de las mismas conductas en la clínica.
3. Implementación de Programa de Modificación Conductual en Clínica empleando reforzadores condicionados (fichas)

**Tabla 2**

Conductas a implementar	Fichas
<b>Conductas de Iniciativa</b>	
a) Pedir o preguntar	1
b) Comentar algo espontánea y adecuadamente(en el momento oportuno)	3
c) Proponer actividades a otros	2
d) Iniciar una interacción con otro(s)	5
<b>Control de Esfínteres</b>	
a) Completar un día sin enuresis ni encopresis.	5
b) Avisar sólo, va al baño y efectivamente hace	2
<b>Conductas Verbales</b>	
a) Respuesta de más de 4 palabras bien moduladas	3*
b) Buen uso del lenguaje y la gramática en respuestas de más de 4 palabras (a) y (b) se entregan en total 5 fichas.	2*
<b>Conductas Motoras</b>	
a) Comer lento	5
b) Realizar adecuadamente tareas o ejercicios (tanto en terapia ocupacional como en actividades habituales del Centro)	3

En la Tabla 2 se aprecian las conductas en exceso para las cuales se empleó procedimientos de Extinción y Time Out.

**Tabla 3**

**Conductas a Extinguir:**

**Conductas Verbales**

- a) Lenguaje borroso (poco entendible)
- b) Risa inmotivada o boba
- c) Repetición de palabras o frases

**Conductas Motoras**

- a) Mariguanzas o movimientos de tipo payaseo
- b) Fijar la mirada
- c) Repetición de movimientos
- d) Permanecer sin moverse

En los déficits conductuales junto con los reforzadores condicionados (fichas) se usó una serie de técnicas como modeling, prompting, shaping, etc. y durante los últimos días en la clínica. juego de Roles, en los que Jorge era reforzado por desempeñar conductas de roles diferentes al propio, sin conductas inadecuadas.

**Tabla 4**

Reforzador de apoyo	Cant. de fichas para obtenerlo
1 chocolate M y M	1
1 plátano	15
1 paquete de galletas	40
1 revista de caricaturas	30
1 revista de puzzles	40
Pintar o dibujar (fuera de las sesiones de terapia)	40
Comer sentado junto a Marisol	50
Jugar con los psicólogos en la sala de terapia	50
Salir a pasear con los psicólogos	60

Paralelamente se trabajaba en las etapas 4, 5 y 6 en la preparación del grupo familiar como Agentes terapeutas de modificación conductual.

La etapa 3 duró 25 días.

4. Información a los padres de los fundamentos de la modificación conductual.
5. Entrenamiento de la Familia en el manejo de la modificación conductual empleando fichas. Modeling de los terapeutas, ensayo conductual de los familiares y luego juego de roles por parte de la familia.
6. Sesiones de manejo de Interacción Familiar. Expresión de algunos conflictos latentes y enfrentamiento de ellos junto a preparación de nuevos roles en relación a Jorge.
7. Implementación del programa de modificación conductual en el hogar, usando a la familia como terapeutas. Firma de contrato psicológico entre la familia y Jorge, negociando los nuevos reforzadores de apoyo y el valor de éstos. Durante 1 mes después de alta se continuó con hospitalización diurna.
8. Incorporación a un colegio e implementación de un programa de modificación conductual en sala de clases.

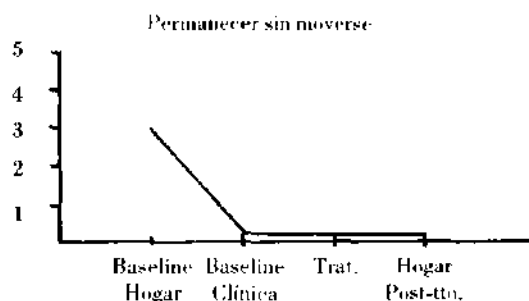
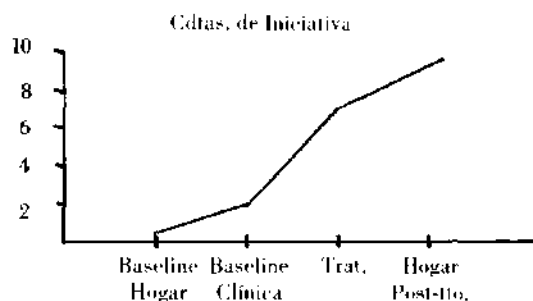
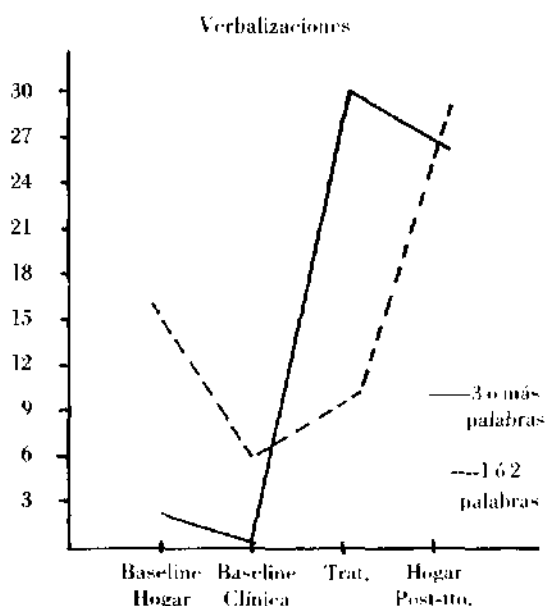
**RESULTADOS**

A objeto de mostrar con más claridad los cambios producidos se graficaron las frecuencias de conductas sicóticas en 4 momentos del tratamiento de Jorge. Cada momento corresponde al promedio de 4 registros de conductas de 15 minutos cada uno.

Los 4 momentos del tratamiento fueron:

1. Base line Hogar
2. Base line clínica
3. Tratamiento
4. Hogar post-tratamiento

Gráfico 1

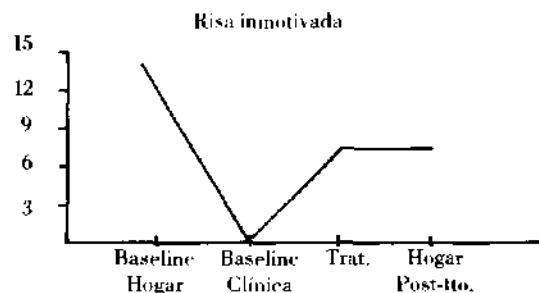
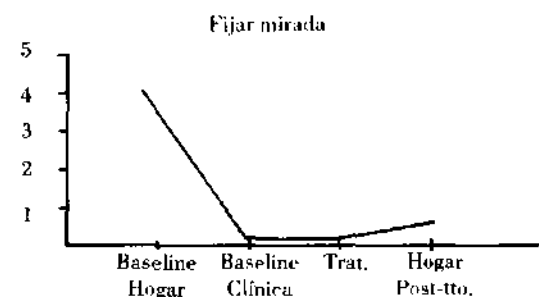
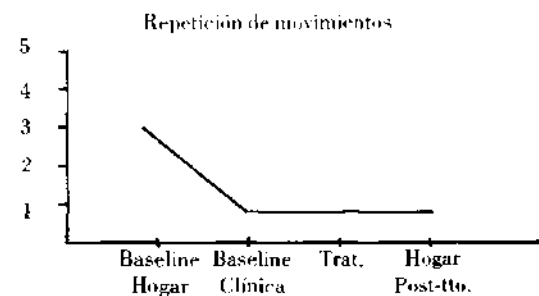
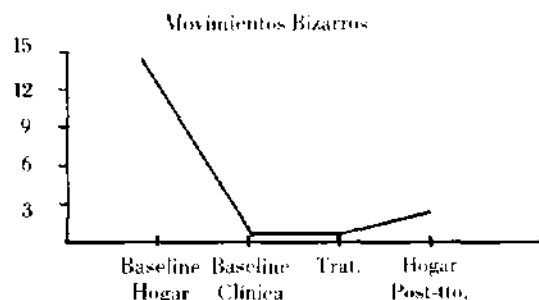


**Conducta Verbalizaciones:** Se observa que en las líneas Bases hay poca verbalización de 1-2 palabras y casi nada de 3 o más palabras, aumentando a 30 o más verbalizaciones por período durante el tratamiento en la clínica y luego en el hogar. Con esto se modificó el síntoma mutismo.

**Conducta de Iniciativa:** De 0 al iniciar la observación en la casa y en la clínica se aumenta a 7 durante el tratamiento y aun más en el hogar.

**Conducta de Permanecer sin movimiento:** Desapareció definitivamente al ser cambiado de su medio.

Gráfico 2



**Conducta movimientos Bizarros:** Se extinguió al ser cambiado de ambiente y no se volvió a expresar durante el tratamiento.

**Conducta de repetición de movimientos:** Disminuye francamente al ingresar a la clínica y se mantiene a un bajo nivel durante el tratamiento.

**Conducta de fijar la mirada:** Similar a la anterior.

**Conducta de Risa inmotivada:** Disminuyen a cero al ingreso a la clínica y luego se mantienen a un nivel inferior al basal del hogar.

## DISCUSION

Del análisis de los gráficos mostrados se concluye que al ingresar Jorge a la clínica hubo una inhibición de todas las conductas tanto normales como anormales. Lo cual comprueba la influencia del medio ambiente en la mantención de conductas anormales.

La incorporación del Grupo Familiar fue fundamental para la mantención de los standars conductuales adquiridos por Jorge en la clínica.

En este sentido es fundamental la mantención de la secuencia de tratamiento descrita a objeto de asegurar la preparación del grupo familiar para el momento de la vuelta del paciente.

El uso de fichas permitió incrementar conductas deficitarias preexistentes a baja frecuencia.

Por otra parte el juego de Roles (Role-playing) fue excelente para elicitir comportamientos nuevos y modificaciones cualitativas (como expresión emocional o razonamiento verbal) que fueron sin duda la parte más importante del tratamiento.

El resultado final tuvo dos dimensiones apropiadas:

1. La reincorporación del paciente y adecuada adaptación a su medio familiar y social.
2. El reingreso a una actividad escolar normal.

## RESUMEN

Se presenta un caso de Esquizofrenia infantil de 6 años de evolución.

Se demuestra la influencia del medio ambiente (familiar) en la mantención de los síntomas sicóticos.

Se describe y sistematiza un esquema de tratamiento conductual el cual se mostró efectivo en el control del cuadro clínico y permitió la reincorporación del paciente a su vida familiar y escolar.

## REFERENCIAS

- <sup>1</sup> *Ayllon y Azrin*. The token economy N.Y. Appleton Century Crafts 1968.
- <sup>2</sup> *Ayllon, T. y Michael, J.* La enfermera psiquiátrica en el papel de ingeniero conductual. En Ulrich et al. "Control. de la Cond. Humana. Vol. I Ed. Trillas. México, 1976.
- <sup>3</sup> *Bronning, R. M.* Treatment effects of a total behavior modification program with five autistic children *Beh. Res & Th.* (9). 319-327. 1971.
- <sup>4</sup> *Ferster, C. B.* Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. *Child Dev.* (32)437-456, 1961.
- <sup>5</sup> *Kanner, L.* Psiquiatría Infantil. Ed. Paidós, Bs. As. 1966.
- <sup>6</sup> *Lovaas, O. et al.* Establishment of social reinforcers in schizophrenic children using food. *J. of Exp. Child Psych.* 1966.
- <sup>7</sup> *Lovaas, O. et al.* Some generalizations and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. *J. of App. Beh. An.* (6)1: 131-165. 1973.
- <sup>8</sup> *Lovaas, O. et al.* Responses latencies to auditori stimuli in autistic children engaged in self-stimulatory behavior *Beh. Res. & Ther.* (9) 39-49. 1971.
- <sup>9</sup> *Marconi, Juan.* Teoría Estructural de la Psicosis Ed. Nov. Cosm. Santiago Chile, 1964.
- <sup>10</sup> *Skinner, B.* Science and human behavior. Mc Millan Co. N.Y. 1953.