



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“TRASTORNO PSICÓTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO”

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentando para optar al grado académico de

MEDICÓ GENERAL

AUTOR:

ANGEL FRANCISCO GUADALUPE GUERRA

Riobamba – Ecuador

2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“TRASTORNO PSICÓTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO”

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO:

ANÁLISIS DE CASOS

Presentando para optar al grado académico de

MEDICÓ GENERAL

AUTOR:

ANGEL FRANCISCO GUADALUPE GUERRA

DIRECTOR: DR. SEBASTIÁN RAFAEL CARVAJAL CAJAS

Riobamba – Ecuador

2019

Los juicios expuestos en el seguimiento del caso clínico con el tema “**TRASTORNO PSICOTICO EN PACIENTE PEDIATRICO**”, como también contenidos ideas, análisis conclusiones y propuestas son de mi exclusiva responsabilidad como autor del presente trabajo.

@2019, Ángel Francisco Guadalupe Guerra

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo Angel Francisco Guadalupe Guerra, declaro que soy responsable de las ideas, doctrina y resultados en el trabajo de titulación modalidad Análisis de Casos Clínico, el patrimonio intelectual generado, pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Angel Francisco Guadalupe Guerra

C.I. 060391007-6

DEDICATORIA

A mis hijos quienes con su afecto y cariño son el detonante de mi felicidad y esfuerzo de buscar lo mejor para ellos. Aun a su corta edad, me han enseñado y me siguen enseñando nuevas cosas de la vida. Son mi motivación más grande para concluir con éxito este logro gracias a Mathias y Fiorella les amo.

A mi familia de manera especial a mi esposa María José Tamayo, padres Angel Guadalupe, Laura Guerra, hermana Alison Guadalupe que desde el cielo me cuida y me brinda la sabiduría del ser supremo, siendo ellos los pilares fundamentales para haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; por su amor y motivación constante para alcanzar este anhelo, por cada palabra y gesto de cariño, por los sacrificios que juntos hemos pasado, por ser los mejores padres que Dios me pudo dar, este logro se los debo a ustedes.


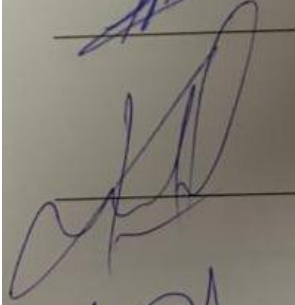

Angel Francisco Guadalupe Guerra

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

El tribunal de titulación certifica que:

El trabajo de titulación tipo Análisis de Casos Clínico: “TRASTORNO PSICÓTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO” realizado por el señor: Angel Francisco Guadalupe Guerra, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal de Titulación, abalizado su presentación.

FIRMA	FECHA
Dra. María Fernanda Vinueza PRESIDENTA DEL TRIBUNAL	
Dr. Sebastián Rafael Carvajal Cajas DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	
Dr. Darío Javier Guerrero Vaca MIEMBRO ASESOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	

FIRMA	FECHA
	<u>27/06/2019</u>
	<u>27/6/2019</u>
	<u>27-06-19</u>

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento de este trabajo de titulación va dirigido en primer lugar a Dios, ya que sin su bendición no hubiera sido posible culminar esta meta propuesta; también a mi director de trabajo de titulación Dr. Sebastián Rafael Carvajal Cajas por brindarme su ayuda incondicional y compartir sus conocimientos. A mis padres, hermana y mis hijos quienes me apoyaron y me enseñaron que con esfuerzo y trabajo todo se puede a llegar a conseguir.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
CAPITULO I	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Metodología	2
1.1.1. Estrategia de búsqueda.....	2
1.1.2. Criterio de elegibilidad	2
1.1.3. Selección de estudios y recopilación de datos	2
1.2. Trastorno psicótico infantil.....	3
1.2.1. Concepto	3
1.2.2. Epidemiología.....	3
1.2.3. Etiología	4
1.2.4. Trastornos psicóticos	6
1.2.5. Síntomas	9
1.2.6. Patologías Relacionadas.....	11
1.2.7. Curso y evolución.....	14
1.2.8. Factores de riesgo	14
1.2.9. Complicaciones.....	15
1.2.10. Prevención	16
1.2.11. Diagnóstico.....	16
1.2.12. Tratamiento	17
1.2.13. Tratamiento farmacológico	18
1.2.14. Intervenciones psicosociales	19
1.2.15. Hospitalización	20
CAPITULO II.....	21

2. PROCEDIMIENTO METODOLOGICO	21
2.1. Presentación de caso clínico	21
2.1.1. Anamnesis.....	21
2.1.2. Antecedentes patológicos personales.....	22
2.1.3. Antecedentes Médicos Psiquiátricos	22
2.1.4. Antecedentes patológicos quirúrgicos	22
2.1.5. Niño en su entorno	22
2.1.6. Curva Vital.....	23
2.1.7. Desarrollo psicomotor	23
2.1.8. Antecedentes patológicos familiares	23
2.1.9. Motivo de consulta	24
2.2. Enfermedad actual	24
2.3. Exploración Psicopatológica	24
2.4. Revisión de Sistemas	26
2.5. Examen Físico	26
2.5.1. Exámenes complementarios	28
2.6. Signos y Síntomas	30
2.6.1. Agrupación sindromica	30
2.6.2. Impresión diagnostica	31
2.6.3. Diagnóstico definitivo	31
2.6.4. Tratamiento	31
2.6.5. Tratamiento durante hospitalización	32
2.7. Seguimientos y resultados.....	32
CAPITULO III	33
3. HALLAZGOS	33
3.1. Discusión	33
3.2. Perspectiva del paciente.....	34
CONCLUSION	35

Recomendaciones.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	1

RESUMEN

Este trabajo de titulación presenta el estudio de un episodio psicótico en un paciente pediátrico, con la presentación de un caso clínico del Hospital Provincial General de Docencia de Riobamba, un adolescente de 12 años con antecedentes de trastorno de comportamiento hipercinético, trastorno psicótico polimórfico agudo, con síntomas de esquizofrenia. Su madre informa que cuando tenía cinco años, le diagnosticaron un trastorno de atención e hiperactividad, por lo que recibió medicamentos durante varios años, no especificados por la madre. Reporta haber suspendido el tratamiento en varias ocasiones, enfrentando signos de irritabilidad, inquietud y agresión en los últimos seis meses, y también alucinaciones auditivas. En consecuencia, decide ir a este centro de salud, siendo evaluada por un médico especialista que decide su admisión para recibir tratamiento adicional. En el Hospital General Docente Provincial de Riobamba, se realizan exámenes de gabinete, además de las evaluaciones diarias en las que la paciente explicó que no puede estar quieta y que no quiere separarse de su madre; Además de escuchar voces, se acompaña de pérdida de apetito durante varios días, por lo que se ve asténico.

Palabras clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA>, <TRASTORNOS HIPERCINETICOS>, <PSICOSIS>, <ALUCINACIONES>, <CACHÉTICA>, <AGRESIÓN>.



ABSTRACT

This titling work presents the study of a psychotic episode in a pediatric patient, with the presentation of a clinical case of the Riobamba Provincial General Teaching Hospital, adolescent of 12 years with a history of hyperkinetic behavior disorder, polymorphic acute psychotic disorder, with symptoms of schizophrenia. Her mother reports that when she was five years old, she was diagnosed with attention disorder and hyperactivity, for which she received medication for several years, not specified by the mother. She reports suspending treatment on several occasions, facing signs of irritability, restlessness, and aggression, in the last six months, and also auditory hallucinations. Consequently, she decides to go to this health center, being evaluated by a specialist doctor who decides her admission for further treatment. In the Riobamba Provincial General Teaching Hospital, cabinet examinations are carried out, in addition to daily assessments in which the patient explained that she cannot be still and does not want to be separated from her mother; In addition to hearing voices, it is accompanied by loss of appetite for several days, which is why it looks asthenic.

Keywords: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <MEDICINE>, <HYPERKINETIC DISORDER>, <PSYCHOSIS>, <HALLUCINATIONS>, <CACHECTIC>, <AGRESSION>.



CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XX Kraepelin planteó reducir las psicosis funcionales en dos grandes grupos: la demencia precoz (luego llamada esquizofrenia) y la psicosis maniaco-depresiva. Esta división ha resultado muy útil, pero existen cuadros que comparten criterios semiológicos y evolutivos de estas dos grandes psicosis, que no pueden encuadrarse con facilidad en ninguna de ellas y a los que se les ha ido dando diferentes nombres a lo largo de la historia de la psiquiatría.

La psicosis es un trastorno mental mayor, que la mayor parte de la población piensan que es una patología exclusiva de las personas adultas, también pueden presentarse en la etapa infantil, siendo en un porcentaje del 0.1% y el 1 % afectará a niños menores de 10 años, y la sintomatología aparecerá alrededor de los 3 años. La causa aún no ha sido determinada, pero se considera igual de los síntomas de adultos, como son factores cromosómicos, heredados.

Aunque no es muy común en el que se evidencia una pérdida del contacto con la realidad. Se puede apreciar con igual prevalencia en hombres y mujeres, y se presenta con mayor frecuencia en el rango de edad entre 20 y los 30 años. La edad de inicio del trastorno suele ser alrededor de los 12 años, y afecta de forma significativa el funcionamiento del sujeto en todas las áreas principales. Se estima que el 3% de la población puede llegar a presentar síntomas psicóticos a lo largo de su vida.

Dentro de la sintomatología clínica destacan alteraciones en las áreas de pensamiento, percepción, comportamiento, social y emocional. Dentro de la intervención es importante considerar una postura integral en donde se incluya tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, donde se haga una inclusión de la familia del paciente.

1.1. Metodología

1.1.1. Estrategia de búsqueda

El caso clínico desarrollado se realizó en base a una investigación descriptiva, a través de búsqueda sistemática de la literatura. La misma que fue realizada de forma independiente por autores utilizando las bases de datos Scielo revista, Pubmed Medline, artículos médicos a nivel de Ecuador (Guayaquil, Cuenca), guías de práctica clínica de psiquiatría. El proceso incluyó búsquedas separadas con los términos “trastorno psicótico en paciente pediátrico”, “Esquizofrenia”

1.1.2. Criterio de elegibilidad

Los estudios elegibles incluyeron informes de casos y controles, en la que participa la paciente con trastornos psicótico. Los estudios debían describir las características demográficas, clínicas, resultados de laboratorio y antecedentes de aparición brusca de alucinaciones visuales y auditivas, y alteraciones en el estado de ánimo. Se determinó a través del diagnóstico que la paciente tiene un trastorno psicótico infantil, presenta las características clínicas de esta afección (deterioro de la adaptación, aislamiento social, alteraciones de la alimentación, afrontamiento ineficaz de la familia, vulnerabilidad a perder el control, evaluación del funcionamiento cognitivo).

1.1.3. Selección de estudios y recopilación de datos

El presente caso clínico se eligió a paciente de 12 años de edad, en el mismo que se incluyeron estudios

1.2. Trastorno psicótico infantil

1.2.1. Concepto

Salud mental

Se entiende por Salud Mental como un estado de bienestar, donde el sujeto tiene conciencia de sus capacidades, así como también puede afrontar las situaciones conflictivas de la vida cotidiana, puede ejercer funciones laborales de manera adecuada y fructífera, y puede hacer contribuciones a la comunidad en la que se encuentra (Organización mundial de la Salud, 2004).

Psicosis

Se ha conceptualizado como una alteración del pensamiento. Acompaña de delirios o alucinaciones. Los delirios son creencias erróneas, la cual no se puede decretar mediante razonamiento racional, además esta va estar vinculado con el sensorio con el déficit creciente y decreciente de atención, concentración y orientación. Las alucinaciones son sensaciones falsas, que no se presenta con una base de un estímulo del exterior.

1.2.2. Epidemiología

De acuerdo a los estudios realizados por la OMS se estima que 400 millones de personas sufren trastornos psiquiátricos y neurológicos. Se calcula que aproximadamente un 20% de los niños y adolescentes tienen trastornos o problemas mentales. En América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 12 años sufren algún trastorno psiquiátrico en un porcentaje del 15 % . La OMS reporta los trastornos psicóticos representan un 31,7% de los sujetos con discapacidad. Dentro de ellos se encuentran la depresión unipolar con un 11,8%, la depresión bipolar con 2.4%, esquizofrenia con 2,8% (Rodríguez, et al., 2009).

1.2.3. Etiología

Existen varias teorías y posturas que buscan dar explicación a los trastornos mentales mayores, como son los factores genéticos siendo que el 81 % de la población tiene tendencia familiar de adquirir esta patología, y siendo un porcentaje pequeño que desarrolle la enfermedad, que se presente en un 13 % niños en una edad de 8 a 15 años por causas hereditarias, los factores que contribuyen al desarrollo de trastornos mentales son:

Regulación epigenética.

La epigenética puede causar de forma directa una persona que puede ser causa que esta reaccione a los factores ambientales y pueden alterar la posibilidad que estos niños desarrollen un trastorno mental a causa de ello. La epigenética no es constante a largo de tiempo. Esto significa que un gen puede no estar siempre activo o inactivo. La cual debe existir una reacción directa o conjugada de la unión de los factores ambientales y la regulación epigenética para que de esta forma se pueda desarrollar la patología. También es importante indicar que existen una variedad de genes que pueden estar involucrados en el desarrollo de la psicosis, sabiendo que estos genes son los encargados de la codificación de las proteínas, además se encargan del funcionamiento de los neurotransmisores como son la dopamina, serotonina, acetilcolina, glutamato, los cuales tienen una función importante del funcionamiento neurosensorial.

- Gen DISC1 este se encarga de la regulación del AMPc.
- Gen DDr1 este es encargado de la migración y desarrollo de las neuronas
- Gen TGIF encarga del neurodesarrollo, y la supervivencia de las neuronas y la expresión de la dopamina
- Gen DRD2 tiene como función regular el funcionamiento de la dopamina.

Teniendo en cuenta que la N – acetil aspartato es un marcador de la viabilidad neuronal y este se encuentra reducido en la corteza temporal en los pacientes que presentan episodio psicótico inicial.

Autores postulan la posibilidad de la activación de factores inmunológicos, a causa de enfermedades infecciosas durante el periodo embrionario, que estos serían los causantes de provocar cambios neuroanatómicos y neuroquímicos en el desarrollo encefálico del feto durante el

estadio gestacional, además pueden causar un fallo del desarrollo de la conectividad sináptica durante la maduración de SNC.

Los factores Ambientales que pueden contribuir al desarrollo de la psicosis pueden ser:

Traumas:

El abuso físico, sexual y emocional durante la infancia produce un aumento en la probabilidad de tener un trastorno mental. Los ambientes estresantes en el hogar, la pérdida de un familiar o un ser querido, y los desastres naturales pueden ser ejes importantes para que se produzca esta patología.

Daño Emocional:

Pueden ser las experiencias escolares negativas, el acoso escolar estas pueden causar daño emocional, pero a un largo tiempo. Fala de apoyo durante estos actos pueden ser causales de la psicosis.

Abuso de sustancia

Existen diferentes tipos de sustancias que pueden actuar como desencadenantes de psicosis toxica o cuadros delirantes, o alucinantes, los cuales pueden ser a causa del consumo de alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína, los opiáceos y algunos sedantes. Un trastorno psicótico inducida por el consumo de tóxicos, se pueden presentar de distintas formas:

- Intoxicación aguda por una determinada sustancia que tiende a simular psicosis funcional, sabiendo que es causado por el toxico, por lo que el cuadro estaría presente mientras el toxico se encuentre dentro del organismo del paciente.

- Psicosis Inducida por drogas, comenzando el cuadro tras el consumo agudo de sustancias toxicas, pero los síntomas psicóticos van a perdurar un tiempo tras la eliminación de la sustancia del cuerpo del paciente.

- Cuadros de abstinencia a tóxicos, que puede ocasionarse tras el cese del consumo de las sustancias toxicas. Así se interpretará que las sustancias toxicas serían los desencadenantes del cuadro psicótico ya sea el abuso de drogas o de medicamentos, la

cual se va a caracterizar por la presencia de percepciones falsas de la realidad o ideas delirantes ideas erróneas que llegaran a la pérdida del contacto de la realidad, así como cambios de conducta como son agresividad, irritabilidad, euforia, sueño

1.2.4. Trastornos psicóticos

Psicosis Infantil

Se definirá como trastorno psicótico infantil, a aquellos niños que no distinguen su realidad del mundo en que los rodea, los cuales van a vivir sus miedos y sus vivencias y no podrán ser capaces de diferenciarlos como realidad, este trastorno va afectar en el desarrollo del niño y de su personalidad, en la cual Piaget manifestó, los niños van estar en un estadio mágico animista o intuitivo, en la que el pensamiento del niño se rige por mecanismo pre lógico.

La psicosis infantil se abordará:

1. Brote psicótico agudo
2. Psicosis disarmónica
3. Psicosis deficitaria
4. Esquizofrenia del adolescente

Brote Psicótico Agudo

Se basa en que los niños van a presentar inquietud psicomotriz, son muy locuaces, con un habla sin u hilo de continuidad y sin un sentido, además son desbordantes es la voz del inconsciente que va hablar y expresar sus verdaderos sentimientos y acciones. Lo que impacte en estos pacientes es la expresión verbal fragmentada que puede ser el resultado de la lucha entra las emergencias de dichas fantasías y las psicodefensas demasiado frágiles que intentan ayudar a controlar el contenido que al final va desbordar.

Niños Psicosis disarmónica

Esta va empezar a partir desde los 4-5 años de edad, en la cual los niños suelen estar inmóvil y suelen presenta posturas jocosas, ya que presentan déficit de desarrollo psicobiológico e intelectual, es habitual que presenten déficit instrumental la que afectara al grafismo y también en el esquema corporal espacio lateralidad y lenguaje.

Los cuales son actos de gran atención de los padres. Lo que no hace sino revelar la incapacidad de aquellos para comprender y valorar la gravedad de la situación.

Bastantes padres de familia, que estos niños podrías pertenecer al tipo de padres y madres “Flotantes” por la sensación que producen de inconsistencia, vaguedad, lejanía, inasequibilidad, y expresión paradójica en la manifestación o expresión de sus sentimientos.

Niños Psicóticos deficitarios

Maud Mannoni, negó la realidad de la deficiencia mental, para ella todos los oligofrénicos eran psicóticos. Se afirmó que hay niños que en su desarrollo intelectual y afectivo se vieron vinculados por factores patógenos y traumáticos, dando como conclusión final niño con el diagnostico de deficiencia mental, las patologías como síndrome X frágil, encefalopatías víricas, enfermedades metabólicas son la causa principal para esta patología.

Esta forma de psicosis algunos autores describen factores emocionales que pueden ser los cáusales de originar reestructuración de las bases necesarias para el desarrollo del conocimiento intelectual y para el aprendizaje.

Esquizofrenia del adolescente

Esta patología va estar relacionada cuando la persona es frágil e inmaduro, sabiendo que la esquizofrenia de inicios muy tempranos, se origina antes de los 13 años de edad, es un tipo en la cual presenta anormalidades del desarrollo, también tener presente de familiares que han presentado esquizofrenia genética.

Puede presentarse como esquizofrenia y sus diferentes tipos que son, esquizoafectivo, trastorno delirante, psicótico inicial, para ello es fundamental la revisión de los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Esquizofrenia Infantil: La esquizofrenia se puede presentar en diferentes etapas de la vida, como es la niñez, a principios del cambio de la adolescencia a la adultez, en esta etapa es en la cual las personas establecen un sentido sobre sí mismas, y contribuyen a la sociedad. Se ha prestado una atención especial a este trastorno porque puede causar graves daños cognitivos, puede llegar a ser patologías incapacitantes para quienes lo padecen. Y predomina a nivel mundial en un 1% en toda la población, en las cuales son el 25 % de personas que presentan esta patología las cuales ocupan un lugar en los centros de psiquiatría, y en los hospitales cursan con un 50 % de ingresos, es una de las 10 primeras causas de discapacidad.

Se caracteriza por presentar alteración del sentido de la realidad, alucinaciones y delirios, siendo éstos los síntomas positivos, empobrecimiento del pensamiento, poca expresión emocional y dificultad en las relaciones sociales, que son los síntomas negativos. Cuando el curso de la enfermedad es crónico, el paciente presenta sintomatología psicótica franca; de esta manera se ve afectada la capacidad de percibir el entorno de forma adecuada, mantener episodios de remisión y buen funcionamiento. Aun en los períodos de calma, e puede apreciar alteraciones cognitivas y sociales.

Deterioro cognitivo: se refiere a problemas en la atención, memoria a largo plazo, memoria de trabajo, y dificultad para comprensión del lenguaje.

Signos neurológicos menores: estas pueden ser variaciones motoras que se pueden vigilar incluso en niños o adultos, que después han presentado esquizofrenia.

Trastorno esquizoafectivo: incluye a síntomas de la esquizofrenia y del trastorno afectivo. Para poder diagnosticarlo debe cumplir los criterios: Debe presentarse en un tiempo ininterrumpido y además de que presente un episodio depresivo mayor, episodio maníaco o mixto. Durante este tiempo la persona que presenta esta patología debe haber presentado alucinaciones o delirios en ausencia de síntomas prominentes del trastorno afectivo.

Trastorno esquizofreniforme y psicótico breve: los dictámenes del trastorno esquizofreniforme pueden llegar a ser los mismos que los de la esquizofrenia, pero el tiempo del trascurso de la patología llegara hacer más corta, siendo de 1 mes o más pero no mayor a 6 meses.

El episodio psicótico breve: es el cual presenta un inicio brusco de los síntomas psicóticos, pero estos no deben sobrepasar en tiempo a un mes de los síntomas. Las personas que cursan por este

cuadro patológico no presentaran un deterioro funcional. En el tratamiento pueden utilizarse antipsicóticos de segunda generación, además se puede administrar tratamiento para la psicosis los cuales pueden ser la: olanzapina, risperidona o se utilizar como coadyuvantes las benzodiacepinas. Además, se debe tener en cuenta que el tratamiento de mantenimiento a través de los antipsicóticos debe ser de forma estricta para el paciente, además nos cabe recalcar que se debe llevar a cabo un tratamiento integral siendo la familia un eje esencial de apoyo esencial para las personas que presenta esta patología.

1.2.5. Síntomas

La Psicosis integra un conjunto de signos y síntomas que se presentan de forma diferenciada, dentro de la evolución de un mismo paciente, varía de un episodio a otro. De esta manera es importante que el profesional, a pesar de guiarse por los criterios establecidos por los manuales diagnósticos correspondientes, haga una evaluación individual de la historia clínica de cada paciente.

Los signos y síntomas deben estar presente durante al menos un mes, sin embargo, algunos síntomas deben poder presenciarse con una duración de al menos seis meses. El sujeto se ve afectado de forma significativa en el ámbito psicológico incluyendo alteraciones en el pensamiento, la percepción, el comportamiento, y el área social y emocional.

Síntomas positivos

- **Delirios:** representan una creencia falsa de la realidad, constituyen una creencia fija, que no tiene posibilidad de cambio a pesar del contraste con la realidad. Varían dependiendo del contenido, pueden ser de persecución, referenciales, de grandeza, somáticos, religiosos. Se catalogan como extravagantes cuando constituyen una idea claramente inverosímil, comprensible y no es una idea de la vida corriente.
- **Alucinaciones:** es una percepción errónea de la realidad, la cual se desarrolla en ausencia de un estímulo externo que la genere, y puede presenciarse en cualquiera de los cinco sentidos. Son vívidas, claras, tienen el mismo impacto que las percepciones reales y no son controladas por el sujeto. Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes, y suelen

acompañar a las ideas delirantes, específicamente cuando el paciente escucha voces que acompañan a la ideación delirante de persecución.

- **Pensamiento desorganizado:** se infiere de la presencia de lenguaje desorganizado, por lo que se ve afectada la comunicación, se puede evidenciar por ejemplo asociaciones laxas, y respuestas incongruentes. En algunos casos el nivel de desorganización puede llegar a generar la unión de palabras sin sentido, por lo cual no es posible entender nada de lo que expresa el paciente, ello es la ensalada de palabras o pensamiento incoherente.
- **Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo:** la conducta del paciente impresiona que no está direccionada por un fin u objetivo, lo cual implica incapacidad o capacidad reducida para desempeñarse normalmente. Por ejemplo, la persona puede descuidar la higiene personal. También se encuentra el comportamiento catatónico, siendo una disminución importante de la respuesta al entorno, puede ir desde la resistencia a responder a los estímulos del entorno hasta la ausencia total de respuestas motoras.

El tipo y la gravedad de los síntomas pueden variar con el tiempo, debido a que en el curso de la enfermedad se encuentran períodos en el que el paciente logra estabilizarse y tener un buen funcionamiento, intercalado con los episodios psicóticos. Sin embargo existen unos síntomas negativos que suelen estar presente en los períodos de remisión, como por ejemplo aplanamiento afectivo, dificultad en las relaciones interpersonales (Clinic, 2018).

Los síntomas generan un deterioro significativo en el funcionamiento laboral y social, y en múltiples ámbitos de la vida del sujeto, por ejemplo, aprendizaje, autocuidado, relaciones interpersonales y habilidades para la vida cotidiana. La forma en que se presenta los síntomas varía de forma significativa de un sujeto a otro, y en un mismo sujeto los episodios se presentan con características particulares.

1.2.6. Patologías Relacionadas

Discapacidad Intelectual (RM)

La DI se expresará como una adquisición que pueden tardar o no ser captadas las capacidades cognitivas durante el desarrollo normal del ser humano, esta se va ver caracterizado en que la persona va presentar dificultad para comprender, aprender y recordar las cosas cotidianas o nuevas que se dan en el transcurso de la vida, las cuales contribuirán a nivel de inteligencia de la persona, como son la adquisición de habilidades cognitivas, motoras, sociales y del lenguaje.

La organización mundial de salud y la asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, la van a describir como una serie de limitaciones significativas tanto en funcionamiento como en la conducta adaptativa conceptuales, sociales.

Es de importancia saber que esta discapacidad se va adquirir antes de los 18 años. La prevalencia es mayor en varones, tanto como niños y adolescentes, esto va a depender de los estratos sociales siendo que los estratos más bajos tienen mayor prevalencia de padecer la misma.

La etiología es heterogénea. Dando como consecuencia cuidado prenatal, lesiones, factores genéticos y ambientales.

Coefficiente Intelectual

El coeficiente intelectual es una puntuación que se va deriva de una serie de pruebas o test, existen varios tipos cuyo objetivo es medir tanto las habilidades generales como son la lectura, aritmética, vocabulario, memoria, conocimiento general, razonamiento abstracto, habilidades visuales, habilidades verbales.

El resultado de la prueba se define como 100 y una desviación estándar es de 15 puntos, la mayor parte de la población tiene una puntuación dentro de dos desviaciones estándar de la media es CI de 70 a 130.

Clasificación

Profunda

El CI estará por debajo de 20. Siendo que la discapacidad intelectual profunda va representar el 1 % al 2% de todos los casos. Estos individuos no se pueden cuidar por sí mismo y no presentan lenguaje, estos pacientes presentan convulsiones a repetición y tienen una expectativa de vida muy corta.

Grave

Presentará CI entre el 20 y 34. La DI grave representa entre un 3 y 4 % de los casos, todos los aspectos del desarrollo están retrasados, tiene dificultad para pronunciar las palabras y tienen un vocabulario muy limitado, con la práctica tienden a adquirir habilidades como cuidarse por sí mismo, pero necesitan apoyo familiar y social.

Moderada

Presenta un CI de 35 y 49 representan el 12 % de todos los casos su capacidad para aprender y pensar lógicamente esta disminuida, pero son capaces de comunicarse y cuidarse por sí solos con algún apoyo.

Leve

El CI esta en 50 y 69, representan el 80 % de los casos. El desarrollo en la infancia es más lento que los niños de su misma edad, son capaces de aprender habilidades básicas, pero sus conceptos abstractos, analizar y sintetizar están afectados, se pueden cuidar por si solos.

Autismo

Los describen que fue en año 1980 cuando la psicosis de inicio en la infancia fu reconocida como un diagnostico independiente, antes de esa fecha, todos los niños que hoy serian diagnosticado como autismo eran agrupados baja el diagnostico de psicosis.

Sabiendo que no es fácil la diferencia entre psicosis y el autismo en la práctica profesional es un reto para los profesionales en salud, siendo que autismo es un trastorno del neurodesarrollo que se caracterizada por un pobre desarrollo del lenguaje, alteración en interacción social.

Ambos espectros aparecen alteraciones en la interrelación de la comunicación en el proceso emocional y las funciones ejecutivas, además hay un alto riesgo de padecer retrasos y alteraciones en el neurodesarrollo al inicio del síntoma psicótico que tiene un parecido al autismo.

Las diferencias

En el autismo, el déficit en la comunicación y las habilidades sociales nunca se adquirieron, en cambio la psicosis se pudo adquirir en periodos agudos del trastorno aparece un replegamiento y aislamiento como consecuencia de la sintomatología positiva.

En ambos trastornos suelen apareces comportamientos repetitivos y estereotipados. Sin embargo, en el autismo surge como forma de reducir la ansiedad ante una situación estresante, y estas conductas se eliminan cuando se enseñan a manejar los estados de ansiedad.

Como datos importantes son que los síntomas característicos del autismo aparecen dentro de los 3 años de edad, mientras que en la psicosis se pueden dar más tardíamente, el curso de la psicosis no siempre es lineal puede haber periodos más graves como otras etapas en el cual el paciente se encuentre estable.

1.2.7. *Curso y evolución*

Duración: los signos persisten por al menos 6 meses, en el cual debe haber al menos un mes donde se cumpla la presencia de síntomas positivos (dos o más). Durante el período residual la alteración se manifiesta a través de la presencia de síntomas positivos atenuados como por ejemplo creencias raras, experiencia perceptiva no habituales, y por la presencia de síntomas negativos.

Clasificación del curso longitudinal (menos de 1 año), donde el profesional debe entrevistar y considerar desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa o episodio psicótico:

- Episódico con síntomas residuales interepisódicos: en este caso se señala que el paciente se encuentra actualmente en episodio psicótico, es decir, con síntomas positivos. Se debe puntualizar además si se evidencian síntomas negativos atenuados.
- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.
- Continuo: se aprecia claros síntomas psicóticos a lo largo de la evaluación, y es necesario especificar si presenta síntomas negativos acusados.
- Episodio único en remisión parcial.
- Episodio único en remisión total.
- Otro patrón o no especificado.

1.2.8. *Factores de riesgo*

Los trastornos psicóticos como las enfermedades mentales graves, no tienen una única causa especificada, considerándose el producto de la conjunción de diferentes factores, los cuales se consideran factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno, estos en el caso de la psicosis son:

- Presencia de antecedentes familiares, siendo mayor en caso de padres y hermanos.
- Edad adulta avanzada del padre

- Complicaciones durante el embarazo o en el nacimiento, como desnutrición, exposición a toxinas, drogas o virus, los cuales generan alteraciones en el desarrollo del sistema nervioso central.
- Consumo de sustancias psicoactivas o psicotrópicas durante la etapa de la adolescencia

1.2.9. Complicaciones

La psicosis una enfermedad que presenta episodios de forma recurrente, más aún si el paciente no recibe el tratamiento necesario, debido a que las crisis pueden presentarse con mayor frecuencia y mayor intensidad. De la misma manera, genera deterioro a nivel del sistema nervioso central, por lo cual el paciente va presentando un deterioro significativo en todas las áreas principales de su vida (escolar, laboral, familiar). De forma específica estas complicaciones pueden ser:

- Autolesiones
- Ideación suicida, gestos, intentos suicidas, y acto suicida.
- Síntomas de ansiedad o de trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Síntomas del estado de ánimo como síntomas de Depresión
- Consumo excesivo de alcohol o drogas
- Imposibilidad cumplir con sus obligaciones o funciones en la vida diaria, en el entorno escolar o laboral.
- Aislamiento social
- Problemas médicos y de salud
- Conducta agresiva.

Las personas con psicosis tienen mayor riesgo de padecer enfermedades que se relacionan con dificultades en el autocuidado o las hospitalizaciones continuas, como por ejemplo tuberculosis o hepatitis), así mismo existe riesgo de consumo de sustancias y trastornos del movimiento inducidos por antipsicóticos.

1.2.10. Prevención

La psicosis no tiene un tratamiento de prevención en inicio, sin embargo es fundamental, una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento de prevención para disminuir las probabilidades de aparición de los episodios psicóticos, y por ende el empeoramiento del funcionamiento del paciente (Clinic, 2018).

1.2.11. Diagnóstico

Cuando un médico reciba a un paciente, es importante en inicio descartar la presencia de otros trastornos o que los síntomas no sean debidos al abuso de sustancias, medicamentos o generados por una afectación biológica. En este sentido, el profesional debe considerar los siguientes aspectos:

- **Exploración física:** se realiza con la finalidad de descartar enfermedades o condiciones médicas que estén generando alteraciones en el comportamiento y/o la percepción.
- **Análisis y pruebas de detección:** complementa el examen físico, con lo que el especialista tendrá sustento de que los signos y síntomas que presenta el paciente no son generados por enfermedades médicas o el consumo de sustancias.
- **Evaluación psiquiátrica:** el especialista en salud mental realiza una entrevista clínica con el paciente, lo que incluye un proceso minucioso de observación clínica y conversación, donde podrá identificar la presencia e alteraciones en la percepción, pensamiento, lenguaje y comportamiento, siendo las áreas principalmente afectadas por el trastorno psicótico. De la misma manera debe realizar una entrevista clínica con los familiares, con la finalidad de tomar los antecedentes del caso, inicio y curso de los síntomas, y comportamientos en otros ambientes. De la misma manera debe interrogarse los antecedentes familiares médicos y psiquiátricos.

Además, es importante que el profesional descarte la presencia de trastorno esquizoafectivo y trastorno del estado de ánimo, los cuales se identifican con la presencia de un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas positivos.

Así mismo, el profesional debe indagar si los episodios de alteración anímica aparecen en compañía de los síntomas positivos, la duración de los mismos en relación con la duración episodios psicóticos y los períodos de tiempo residuales.

En segundo lugar, de debe investigar en la historia clínica del paciente la presencia de un trastorno generalizado del desarrollo, debido a que en estos casos puede presentar ideas delirantes o alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes o menor tiempo si se ha intervenido con éxito.

1.2.12. Tratamiento

Los trastornos mentales mayores requieren de un tratamiento y seguimiento, incluso si el paciente se encuentra en período de remisión y no presenta síntomas positivos. Una intervención integral logra mejorías significativas en funcionamiento del sujeto, es decir, un tratamiento farmacológico y terapia psicosocial. Por lo general los momentos en que el paciente se encuentra en episodio psicótico pueden requerir de hospitalización.

El tratamiento es llevado a cabo por un equipo, donde se encuentra un psiquiatra, acompañado de un psicólogo, un asistente social, personal de enfermería psiquiátrica (Clinic, 2018).

1.2.13. Tratamiento farmacológico

Un diagnóstico pertinente y eficaz es necesario en las etapas infantiles, sabiendo que si no se trata adecuadamente la patología puede haber episodios recurrentes los cuales pueden causar daños irreversibles al nivel cerebral, sabiendo que si presenta una crisis muy graves o recurrente podría ser necesario hospitalización para estabilizarlo, sabiendo que el tratamiento se basa en fármacos, terapia individual y familiar.

Los medicamentos son la base del tratamiento de la psicosis, siendo necesaria la utilización de antipsicóticos, debido a que, al actuar sobre la dopamina, generan control sobre los síntomas positivos. El objetivo es controlar el episodio psicótico de manera eficaz con la dosis más baja posible.

Es probable que el paciente en episodio psicótico se rehúse a ingerir el tratamiento farmacológico, por lo que el profesional médico puede recurrir a inyecciones, hasta conseguir la mejoría, para después retomar la vía oral. Es fundamental el apoyo de los familiares para el acompañamiento y supervisión del cumplimiento adecuado de las indicaciones médicas (Clinic, 2018).

También sirve de ayuda la utilización de medicamentos para síntomas prodrómicos, como paranoia y desconfianza, se utilizará tratamiento con inhibidores selectivo de la recaptación de serotonina, como la fluoxetina, utilización de ácidos grasos Omega 3, ensayos clínicos demuestran que reducen la tasa de transición de la psicosis.

Los agentes de primera generación son:

- Clorpromazina: Antipsicótico fenotiazínico dosis 2-5 mg/Kg/días se puede administrar cada 8 horas y vía oral cada 12 horas
- Haloperidol: Neuroléptico antipsicótico tipo butirofenona dosis niños de 3 a 12 años 0,25- 0,5 mg día vía oral cada 12 horas

La utilización de agentes de segunda generación es:

- Aripiprazol: Antipsicótico atípico, Dosis 2 mg Kg día máximo 30 mg día.
- Olanzapina: mayores de 6 años 2.5 mg y dosis máxima 20 mg
- Quetiapina: dosis 24 mg dos veces al día dosis máxima 400mg

- Risperidona: 0,5 mg una vez al día niños mayores de 5 años dosis máxima 3.5 mg
- Clozapina dosis 6.25- 12.25 dosis única dosis máxima 300 mg

Efectos Secundarios

Se debe tener en cuenta la utilización de antipsicóticos para los niños, eligiendo posiblemente los que ayuden y sean menos propensos a exacerbar es estado clínico del paciente, se comenzara con antipsicóticos de segunda generación debido a sus mayores incidencias de síntomas de extrapiramidales y disquininesias, tener mucho cuidado porque puede causar daño renal y hepático.

1.2.14. Intervenciones psicosociales

- **Terapia individual:** representa un papel importante en el tratamiento a mediano y a largo plazo, debido a que es central realizar un proceso de psicoeducación tanto con el paciente como con la familia. Así mismo, puede ayudar al paciente a identificar y manejar sus síntomas de una mejor manera, a su vez que recibe los medicamentos correspondientes.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** se focaliza en desarrollar mejores estrategias comunicacionales y **desarrollar mejores** las interacciones sociales.
- **Terapia familiar:** el terapeuta ofrece un espacio donde pueden comprender lo que sucede con su familiar y cómo actuar frente a cada uno de los síntomas.
- **Rehabilitación vocacional y empleo con apoyo:** se refiere a la preparación para un trabajo, y mantenerlo.

Con el tratamiento adecuado, la mayoría de los pacientes logra integrarse satisfactoriamente a su entorno familiar y social, reduciendo la frecuencia e intensidad de las recaídas. A pesar de ello, no debe abandonar el tratamiento farmacológico, controles con el médico pediatra y si es necesario sesiones psicoterapéuticas.

1.2.15. Hospitalización

La hospitalización psiquiátrica es considerada en los períodos de crisis o de síntomas graves con la finalidad de resguardar la seguridad e integridad tanto del paciente como de sus familiares. En este sentido la hospitalización garantiza una adecuada alimentación, cumplimientos de horas de sueño y de la higiene básica.

CAPITULO II

2. PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

2.1. Presentación de caso clínico

2.1.1. *Anamnesis*

Nombre: NN

Edad: 12 años

Sexo: Femenino

Raza: Mestiza

Estado Civil: Soltera

Profesión: Estudiante

Lugar de Nacimiento: Riobamba

Residencia Ocasional: Riobamba

Residencia Habitual: Riobamba

Dirección: Ciudadela la Cerámica

Teléfono: 2399480- 0958795233

Instrucción: Secundaria

Fecha de ingreso al Hospital: 27 noviembre del 2018

Nombre del Hospital: Hospital Provincial General Docente Riobamba.

Infórmate: Directo (madre)

2.1.2. Antecedentes patológicos personales

A los 5 años fue diagnosticada con trastorno de déficit de atención con hiperactividad, por lo que recibió tratamiento de forma irregular, no especificada.

Hospitalizaciones: Ninguna

Medicamentos: Para hiperactividad que no menciona.

Alergias: No refiere

Esfera Ginec obstetricia.

Telarca: No refiere

Pubarca: No refiere

Menarquia: No refiere

Esfera Psicosexual: Desconocida por informante

2.1.3. Antecedentes Médicos Psiquiátricos

No Refiere antecedentes psiquiátricos

2.1.4. Antecedentes patológicos quirúrgicos

Ninguno

2.1.5. Niño en su entorno

A los 4 años Buena relación familiar, realiza las actividades acordes a le edad.

5 años en la escolaridad, presenta una buena adaptación, pero no tiene un buen rendimiento, necesito apoyo escolar, no presenta problemas de agresividad, es inquieta, la relación con sus hermano, madre y padre es muy buena. Animo optimo lenguaje concreto y coherente, sueño normal apetito normal.

12 años Niña respetuosa, inquieta, esta apartada de los hermanos, prefiere estar en estado de quietud, presenta un estado de ánimo bajo, su auto personalidad refiere ser bonita, la relación con el padre esquiva, con la madre una relación íntima. Escolaridad rendimiento bajo, no tiene buena adaptación, su profesora con buena actitud.

Alimentación no se alimenta adecuadamente.

2.1.6. Curva Vital

Producto deseado de unión estable, Padre comerciante y madre empleada doméstica, durante el embarazo se realizó 3 ecografías que todas eran normales para el desarrollo del feto y se realizó 6 controles gineceo obstétricos, obteniéndose recién nacido vivo de 39 semanas por parto céfalo vaginal acto sin complicaciones.

2.1.7. Desarrollo psicomotor

Gateo: desconocido por informante

Camino: al año tres meses

Dijo las primeras palabras: 10 meses

Control de esfínteres: Desconocida por el informante

Autonomía personal: la realiza con ayuda de la madre

Escolaridad: dificultad en aprendizaje.

Lateralidad: Derecha

Sexualidad: Ninguna

Actitud materna: Buena, sobre protección.

Actitud Paterna: Buena.

2.1.8. Antecedentes patológicos familiares

Tía con esquizofrenia hace 5 años en tratamiento que informante desconoce.

Ocupa el segundo lugar de dos hermanos, ingresos y estabilidad económica mínima.

Abuelos: No refiere Patologías

2.1.9. Motivo de consulta

Cambios de conducta

2.2. Enfermedad actual

Se trata de paciente femenina de 12 años de edad, quien desde hace ocho días comienza a presentar cambios de conducta, irritabilidad, inquietud psicomotriz, heteroagresividad, ánimo triste la madre “dice que se siente sola y se pone triste”, motivo por el cual acude a emergencia donde es valorada por psiquiatría, quien prescribe medicación y control por consulta externa. Acude nuevamente debido a que los síntomas descritos se intensifican presentando dificultades para conciliar el sueño, hiporexia con disminución del peso y delirio de persecución madre refiere “dice que escucha voces que le dictan que se porte mal”, motivo por el cual se decide su hospitalización.

2.3. Exploración Psicopatológica

Esfera afectiva

Paciente que presenta irritabilidad, tensa, deprimida no es locuaz, con tendencia a la disgregación y reiteración temática. Afecto cambiante, conducta desorganizada, ánimo inestable, se mantiene con la idea que su madre tiene que estar junto a ella, porque no es capaz de realizar sus actividades cotidianas.

Esfera volitiva

Paciente no es capaz de realizar ni elegir una acción cotidiana necesita ayuda de la madre, la socialización y realización de sus estudios no son buenos, su presentación física no es la adecuada a edad, no hay cuidado del aseo personal.

Esfera Cognitiva

Presenta alucinaciones auditivas, sus pensamientos son disruptivos, al interrogatorio presenta dificultad para entender las preguntas de tal manera que ella no puede ser locuaz a sus respuestas, tiene estados catatónicos, no presta atención continua se distrae con frecuencia, sus recuerdos presentes de los actos que ella realiza.

Motricidad

Sensorio perceptiva: Normal

Equilibrio

Presentes no se encuentran alterados

Noción espacio – temporal

Presentes

Conductas adaptativas

Se puede cuidarse por sí sola y realiza las actividades de la vida cotidiana

Comunicación y Habilidades sociales

Al momento no interactúa con la sociedad, pero antes de la crisis psicótica tenía una vida normal.

Funcionamiento académico

Al inicio tenía pequeñas dificultades tanto como son el razonamiento abstracto y las matemáticas.

Cuestionario de Cualidades Y Dificultades

Se realizó el cuestionario dando como resultado:

Escala de síntomas emocionales: presenta un puntaje alto quiere decir que no es algo normal para el desarrollo y edad en la que se encuentra.

También presentó alto puntaje en la escala de problemas de conducta

Escala de hiperactividad presenta del rango límite de lo normal para la edad

Escala de problemas con sus compañeros presenta un rango de puntaje alto que quiere decir que no es normal su actitud dentro de entorno social en que se encuentra.

Haciendo resumen del cuestionario la paciente se encuentra en los límites y en dos escalas rasgos que no son normales para edad y desarrollo social.

Escala prosocial se encuentra en rango de límite de lo normal.

La siguiente escala nos da un valor sobre 35/40 la cual nos ayuda a determinar que la paciente presenta sintomatología psicótica dada a la valoración de los diferentes ítems de la escala.

2.4. Revisión de Sistemas

- 1.- GENERAL:** paciente alerta, desorientada, pérdida de peso
- 2.- APARATO CARDIOCIRCULATORIO:** No refiere
- 3.- APARATO RESPIRATORIO:** No refiere
- 4.- APARATO GASTROINTESTINAL:** No refiere
- 5.- APARATO GENITOURINARIO:** No refiere
- 6.- APARATO MUSCULO ESQUELETICO:** No refiere
- 7.- APARATO NEUROLOGICO:** Alucinaciones auditivas.
- 8.- APARATO ENDOCRINO:** No refiere
- 9.- PIEL Y MUCOSAS:** No refiere

2.5. Examen Físico

Signos vitales

T/A: 93/60 **FR:** 24 latidos por minuto **T:** 36.5°C

Antropometría

Talla: 1.20 centímetros **Peso:** 33.6 kg **IMC:** 22.9

Paciente irritable, conducta agresiva, consciente, desorientada en tiempo y espacio.

- 1.- **PIEL – FANERAS:** Elasticidad y turgencia conservada
- 2.- **CABEZA:** Normocefalica, cabello de implantación normal.
- 3.- **OJOS:** Apertura ocular espontanea, pupilas isocoricas normo reactivas a la luz
- 4.- **OIDOS:** Pabellón auricular de implantación normal (íntegro)
- 5.- **NARIZ:** Fosas nasales permeables.
- 6.- **BOCA:** Mucosas orales húmedas, piezas dentales en regulares estados.
- 7.- **OROFARINGE:** No congestiva.
- 8.- **CUELLO:** Móvil no se aprecia adenopatías cervicales.
- 9.- **AXILAS Y MAMAS:** No se palpan masas.
- 10.- **TORAX:** Simétrico, expansibilidad conservada.
- 11: **PULMONES:** Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.
- 12: **ABDOMEN:** Suave, depresible no doloroso a la palpación, ruido hidroaereos presentes.
- 13: **COLUMNA VERTEBRAL:** Simétrica.
- 14: **EXTREMIDADES SUPERIORES:** Movilidad, tono y fuerza conservada, pulsos distales presentes relleno capilar de 2 segundos
- 15: **EXTREMIDADES INFERIORES:** Simétricas tono y fuerza conservadas, pulsos distales presentes relleno capilar de 2 segundos.

2.5.1. Exámenes complementarios

2.5.1.1. Biometría hemática

Tabla 1-2: Resultados biometría hemática

Glóbulos blancos	4.00	10.3/uL
Neutrófilos	60.7%	
Hemoglobina	15.30 g/dL	
Hematocrito	44.5%	
Plaquetas	2.49	10.3/uL

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos HPGDR

Interpretación: Exámenes dentro de normal

2.5.1.2. Química sanguínea

Tabla 2-2: Resultados química sanguínea

Glucosa	88	mg/dL
Creatinina	0.65	mg/Dl
BUN	11.5	mg/dL
TGO	35	U/l
TGP	21	U/l

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos HPGDR

Interpretación: Exámenes dentro de normal

2.5.1.3. Perfil tiroideo

Tabla 3-2: Perfil tiroideo

TSH	3.59	uUml
T3	108	mg/ dl
FT4	1.12	mg/ dl

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos HPGDR

Interpretación: Exámenes dentro de normal

2.5.1.4. Elemental y microscópico de orina

Tabla 4-2: Elemental y microscópico

Color	Amarillo
Aspecto	Transparente
PH	6.0 mg/ dl
Hematíes	1.2
Leucocitos	8.1
Bacterias	Escasas
GRAM	Negativo

Fuente: Elaboración Propia. Datos Obtenidos del HPGDR

Interpretación: Exámenes dentro de normal

2.6. Signos y Síntomas

Tabla 5-2: Signos y síntomas

SIGNOS	SINTOMAS
Irritabilidad	Alucinaciones auditivas
Inquietud	Delirio de persecución
Agresividad	
Insomnio	
Astenia	
Tristeza	
Depresión	

Fuente: Elaboración Propia, Datos Obtenidos HPGDR

2.6.1. Agrupación Sindromica

Tabla 6-2: Agrupación Sindromica

Signos y Síntomas	Síndrome Confusional	Síndrome Ansioso depresivo	Síndrome De la conducta	Síndrome Psicótico	Síndrome Estado General	Personalidad Esquizotípico
Irritabilidad		X		X		
Inquietud	X	X	X	X		X
Agresividad				X		
Insomnio			X			
Astenia					X	
Alucinaciones auditivas	X			X		X
Delirio de persecución				X		X
Tristeza		x				X
Depresión						X
Desatención			X			

Fuente: Elaboración Propia. Datos obtenidos HPGDR

2.6.2. *Impresión diagnóstica*

- Personalidad Esquizotípica
- Síndrome de la conducta
- Trastorno psicótico agudo

2.6.3. *Diagnóstico definitivo*

- Trastorno psicótico agudo

2.6.4. *Tratamiento*

Evaluación temprana, se hace referencia al período o duración de la patología sin tratar y la duración de la psicosis. Dado el elevado índice de transición a la psicosis del 22 al 54%, que se da desde estas etapas iniciales, muchas intervenciones se han fundamentado en reconocimiento en el poder, terapias cognitivas, intervención familiar breve y neurolépticos atípicos a dosis bajas.

También se aplica psicoeducación, técnicas de manejo del estrés, habilidades sociales, solución de problemas.

En la fase aguda, el trabajo se ha dirigido al desafío de las creencias centrales y pruebas de realidad; análisis de inconsistencias e irracionalidades en sesiones grupales, generación de explicaciones alternativas, manejo de los síntomas, habilidades personales y de auto cuidado.

En la fase de recuperación, se enfatiza la importancia de la colaboración del paciente, afrontamiento de la psicosis, de la capacidad de relación con los demás, establecimiento de nuevas metas y prevención de recaídas. La intervención sobre la familia, el estilo comunicativo.

La rehabilitación, tanto psicosocial (entrenamiento en autocuidado, en actividades de la vida diaria, en habilidades sociales, etc.) como cognitiva (entrenamiento en habilidades atencionales,

de memoria y funciones ejecutivas) es fundamental, especialmente en los casos de esquizofrenia deficitaria. Básicamente consiste, por un lado, en valorar las necesidades que tiene la persona para adaptarse a su entorno social y evaluar cuáles son las competencias básicas para esa adaptación. En segundo lugar, la elaboración de un plan individualizado de rehabilitación, en el que se especifiquen los objetivos de la intervención, las técnicas necesarias y los recursos disponibles para la consecución de esos objetivos; en tercer lugar, la puesta en marcha de ese plan de rehabilitación; el último lugar, la evaluación de logros conseguidos y la finalización de la intervención o el establecimiento de nuevos objetivos según las necesidades particulares de cada caso.

2.6.5. *Tratamiento durante hospitalización*

- ❖ Haloperidol 2,5 mg intramuscular cada 12 horas por 2 días
- ❖ Diazepan 2.5 mg intravenoso cada 12 horas previo a toma la presión arterial si es menor o igual a 90 no administrarlo.
- ❖ Fluoxetina 20 mg después del desayuno.
- ❖ Biperideno 2 mg vía oral 2pm.
- ❖ Risperidona 1 mg vía oral hora sueño.

2.7. Seguimientos y resultados

El seguimiento se realiza en base a los controles que tiene con médico especialista, en la cual es valorado su estado psíquico, emocional, social.

Que al momento la paciente se encuentra en su tratamiento farmacológico.

Se requirió tratamiento Psicológico el cual se realiza en el hospital pediátrico Alfonso Villagómez.

Se realizado examen en UDAI y concluye con Coeficiente Intelectual de 68.

CAPITULO III

3. HALLAZGOS

3.1. Discusión

La visión de la psicopatología evolutiva, esta va a ser una guía para determinar las alteraciones en el desarrollo del individuo, los cuales se pueden determinar antes de las manifestaciones clínica.

Como resultado del análisis del desarrollo evolutivo de la clínica del paciente, puede estar descritas en alteraciones de diferentes áreas como: cognitiva, afectiva, social y moral.

El reconocimiento de dificultades en el desarrollo del sujeto, permite identificar un funcionamiento neurológico de una etapa inicial de la enfermedad, en los cuales se presentan diferentes signos que pueden ser bajo rendimiento estudiantil, dificultad para relacionarse con el entorno y actitudes de aislamiento.

Una adecuada intervención cuando se presenten los signos anteriormente referidos puede ser de gran ayuda para un pronóstico adecuado para el paciente.

Una clínica determinada en su momento inicial, así como reconocer los desajustes en el proceso del desarrollo del paciente tiene como meta dirigirse a una aproximación sobre el desarrollo y procesos cognitivos, los cuales pueden ser predisponibles en la psicosis. Hay que determinar el tiempo transcurrido de las manifestaciones clínica, propiamente dicha son causales de preocupación en un tratamiento o intervención para disminuir el nivel de deterioro cognitivo del paciente, teniendo como eje principal que este logre una readaptación a su entorno social.

Los diferentes tratamientos es un ente de estudio porque se ha observado las altas tasas de deserción en estos pacientes y sus terapias esto se debe a una demora de dar un diagnóstico precoz

y eficaz los cuales pueden ocasionar tratamientos erróneos, y no van a ayudar con los síntomas del paciente. En consecuencia, puede aumentar el estrés a nivel familiar al ver que no hay una mejoría en el paciente.

La realización de los exámenes complementarios nos ayudó a aclarar la patología la cual se puede estar enmascarando en otras patologías, las cuales pueden presentar una similitud de signos y síntomas de la psicosis, siendo que los resultados de exámenes complementarios aclararon el diagnóstico de retraso mental leve, y de esta forma nos ayuda a un tratamiento adecuado, siendo como eje principal como antes de la salud ayudar a un bienestar del paciente.

Además, la realización del examen de coeficiente intelectual dio una calificación la cual permite identificar como un diagnóstico por exámenes, el Retraso mental leve, teniendo en cuenta la clasificación del CI.

3.2. Perspectiva del paciente

Paciente refiere que trata de mejorar en sus cambios de actitud para que sus padres puedan estar tranquilos, pero todavía se le es difícil adaptarse al medio social por que no sabe cómo sus compañeros de la escuela van a actuar cuando estén junto con ella.

CONCLUSIÓN

Luego del desarrollo de la presente investigación, se puede concluir que se enmarca dentro de las líneas de investigación actuales sobre la psicosis aguda, las que apuntan a un modelo preventivo sobre el curso y pronóstico de la enfermedad, en base a su detección temprana y control adecuado de esta patología.

Se concluye que un diagnóstico inicial va ayudar a un tratamiento eficaz para disminuir un daño irreversible a nivel neurosensorial que puede causar esta patología. El cual va ayudar al bienestar tanto familiar y del paciente para que se reinserte al ámbito social cotidiano.

El análisis realizado nos ayuda a concluir que tanto los aspectos genéticos ambientales van a ser los principales causales de esta patología, siendo ellos los cuales nos ayudaran a esclarecer un diagnóstico como ejes principales para un diagnóstico.

RECOMENDACIONES

Se sugiere como ayuda para un diagnóstico efectivo, que en los establecimientos de formación profesional de pregrado incluyan en su malla curricular. Poner más énfasis en el retraso mental, sabiendo que en este análisis de caso fue uno de los causales de la patología psicótica.

También se sugiere que los centros de salud que se encargan de la salud del paciente ya sean adultos o niños, tengan los medios disponibles como son la realización de todos los exámenes complementarios para ayudar a esclarecer un diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

Clinic, Medico de Mayo. 2018. Mayo Clinic. [En línea] Febrero de 2018.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/diagnosis-treatment/drc-20374974>.

Adán, José Carlos Mingote *El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento..* Scielo.

Espinoza, Alberto Monchablon. . *Tratado de Psiquiatría. Asociación Argentina de Psiquiatría (AAP).* Buenos Aires : s.n., 2005.

Organizacion mundial de la salud, . *Promocion de la salud mental, conceptos, evidencias emergentes y practica.* Ginebra : s.n.

Rodriguez, Jorge, Kohn, Robert y Aguilar, Sergio. *Epidemiologia de los trastornos mentales en america latina y caribe oficina oficial de la organizacion mundial de la salud.* Washintong : Organización Mundial de la Salud, 2009. Publicación Científica y Técnica 632.

Sepúlveda, G. Apuntes de clases. Magister en psicología clínica infanto juvenil. Universidad de Chile.

Sepúlveda, G. Desarrollo psicológico en la edad juvenil: construcción de la identidad personal hacia la autonomía. En M. Valdivia & M.I. Condeza (Comps.), *Psiquiatría del adolescente.* Santiago: Ed. Mediterráneo.

Sepúlveda, G. Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto juvenil. En Stecher, K. (Comps.), *Materiales para una cartografía de la psicología contemporánea: Tradiciones teóricas y campos profesionales.* Ediciones LOM.

Sepúlveda, G. Conferencia sobre proceso terapéutico desde la dimensión piagetana. XXIX Congreso Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y la Adolescencia (SOPNIA).

Piaget, J. Seis estudios de psicología (2ª edición). Barcelona: Ed. Ariel, S.A.

Piaget, J. Estudios de psicología genética. Buenos Aires: Emece Editores.

Ed. Masson. Picouto, M.D. Teorías psicosociales de la esquizofrenia. En A. Chinchilla (Comps.), *Las esquizofrenias* (pp. 245-253). Barcelona:

Puente, R. et al. Concepto de esquizofrenia. Introducción a la esquizofrenia.

Martínez, J.C. Esquizofrenia de inicio precoz. ¿Desorden progresivo del neurodesarrollo?. En H. Silva (Comps.), *Esquizofrenia, nuevas perspectivas* (pp. 131-145). Santiago: C&C Ediciones.

Lozano, M. El contacto del paciente esquizofrénico. En A. Chinchilla (Comps.), Las esquizofrenias (pp. 343-346). Barcelona: Ed. Masson.

Lysaker, P.H. & Lysaker, J.T. Schizophrenia as a dialogue at the ends of its tether: the relationship of disruptions in identity with positive and negative symptoms. *Journal of Constructivist Psychology*, 17: 105-119.