

RESUMEN:

La esquizofrenia en niños es una patología cuyo diagnóstico es difícil. La mayoría de los estudios hablan de síntomas en niños escolares y adolescentes y la continuidad en la que se presenta en los adultos. Sin embargo, siguen existiendo vacíos diagnósticos en los niños menores. Se realiza una revisión de la definición y la descripción de los síntomas principales y los trastornos asociados, los aspectos biológicos, las técnicas e instrumentos de evaluación y los tratamientos más importantes en la esquizofrenia infantil.

Trastorno esquizofrénico en niños y adolescentes

¿Qué entendemos por esquizofrenia?

La esquizofrenia forma parte del grupo de los trastornos psicóticos junto con los trastornos delirantes, las psicosis agudas transitorias y los trastornos esquizoafectivos. En general, estos trastornos se caracterizan por un deterioro grave en el juicio de la realidad evidenciado por la presencia de alguna o varias de las siguientes alteraciones: delirios, alucinaciones, incoherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa, estupor o excitación catatónica o conducta gravemente desorganizada.

La esquizofrenia es el cuadro más frecuente e importante de este grupo de trastornos y se caracteriza por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, existiendo secundariamente, un notable deterioro de las actividades cotidianas.

¿Qué tipos de esquizofrenia existen según la edad de aparición?

Se consideran como EOS (Early Onset Squizophrenia) los trastornos esquizofrénicos de aparición **temprana**, es decir, antes de los 18 años. Los trastornos esquizofrénicos que aparecen antes de los 13 años son los VEOS (Very Early Onset Squizophrenia), es decir, de aparición **muy temprana**.

¿Qué grandes grupos de síntomas son característicos de la esquizofrenia?

La esquizofrenia está caracterizada por poseer dos amplios grupos de síntomas: los **positivos** y los **negativos**. Los síntomas positivos engloban las

alucinaciones, las ideas delirantes y el trastorno del pensamiento, mientras que los síntomas negativos son aquellos referidos a los déficits, es decir, aplanamiento afectivo, apatía marcada, falta de adecuación de las emociones, anhedonia, falta de iniciativa e interés.

Investigaciones recientes han demostrado que en niños con esquizofrenia los síntomas positivos aumentan linealmente con la edad y están asociados a CI mayores de 85, mientras que los síntomas negativos están asociados a daños cerebrales.

Las diferencias de desarrollo del lenguaje y el conocimiento pueden afectar el nivel y calidad de la presentación de los síntomas.

¿Cuáles son los subtipos de esquizofrenia según la sintomatología predominante?

Son los siguientes:

Esq. paranoide: predominan las ideas delirantes y las alucinaciones. Es la más común.

Esq. catatónica: predominan los trastornos psicomotrices graves.

Esq. hebefrénica o desorganizada: predominan los trastornos afectivos, la incoherencia, pérdida de capacidad asociativa y conducta muy desorganizada.

Esq. indiferenciada: no cumple los criterios de los demás tipos.

Esq. residual: es un estado crónico en el curso de la enfermedad, siendo los estadios finales de la misma y caracterizado por la presencia de síntomas negativos y de deterioro persistente.

Esq. simple: se trata de los mismos síntomas que en la anterior, pero sin los antecedentes de la sintomatología psicótica activa.

Trastorno esquizofreniforme: Es el trastorno psicótico agudo de tipo

esquizofrénico y es el trastorno esquizofrénico que no cumple la duración mínima de tiempo para ser diagnosticado de esquizofrenia.

¿Cuáles son los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia?

El diagnóstico en niños y adolescentes se realiza mediante los mismos criterios que en los adultos. Los criterios de diagnóstico DSM-IV incluyen lo siguiente:

A- Síntomas psicóticos.

Estos son los síntomas claves del trastorno. Al menos dos de los siguientes son necesarios, cada uno presente durante un periodo significativo de tiempo de al menos 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): (1) ideas delirantes, (2) alucinaciones, (3) discurso desorganizado, (4) comportamiento muy desorganizado o catatónico, y/o (5) síntomas negativos (aplanamiento afectivo, interrupción del pensamiento o discurso). Sólo uno de los síntomas es necesario si (1) las ideas delirantes son extrañas, (2) las alucinaciones incluyen una voz que habla sobre el comportamiento o pensamiento de una persona, o (3) dos o más voces conversan las unas con las otras.

B- Disfunción social/laboral.

Durante una parte significativa del tiempo desde el comienzo de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o en la adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C- Duración.

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Si los criterios de duración de 6 meses no ocurren, se realiza entonces un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme. El periodo de enfermedad incluye una fase activa de al menos un mes de síntomas psicóticos (criterio A) con o sin fase prodrómica y/o residual. Una fase prodrómica conlleva el deterioro del funcionamiento antes del comienzo de los síntomas psicóticos, y la fase residual sigue a la fase activa. Los síntomas característicos de estas fases pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas del

criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D- Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo.

El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a:

- 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o
- 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con los periodos activo y residual.

E- Exclusión de consumo de sustancias y enfermedad médica.

El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F- Relación con un trastorno generalizado del desarrollo.

Si hay una historia de trastorno autista o de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito).

¿Cuál es la epidemiología de los trastornos esquizofrénicos en niños y adolescentes?

Hay pocos datos respecto a la epidemiología del trastorno esquizofrénico en la infancia.

¿Cuál es la prevalencia?

La prevalencia general sería del 1%, en la edad de 14-55 años y 2/3 de ellos necesitaran hospitalización alguna vez. No obstante, no es habitual que este trastorno aparezca en la infancia. No se cree que haya aumentado la frecuencia de trastorno en los últimos años.

¿Qué sabemos de la incidencia?

En las clases socioeconómicas no favorecidas la incidencia es más alta. La

posibilidad y el riesgo de aparición de esquizofrenia en un niño es mucho más alta si tiene parientes esquizofrénicos.

De hecho, si el niño tiene un solo pariente su probabilidad de aparición pasa del 1 % al 13%. Si tiene dos parientes afectos, entonces la probabilidad aumenta hasta 35/44%.

¿Cómo se distribuye?

La esquizofrenia afecta a ambos sexos por igual. Sin embargo, en los trastornos de inicio temprano se observa un aumento de afectación en niños (2:1). Parece ser que la edad de aparición es de 5 años antes en niños que en niñas y se va igualando con los años.

¿Cómo cursa el trastorno esquizofrénico?

En general, el inicio de los EOS, y sobre todo de los VEOS, es insidioso, observándose un inicio agudo en casi el 25% de los casos.

¿Cuál es la edad de inicio del trastorno?

Es bastante extraño que el trastorno aparezca antes de los 13 años, aunque es el trastorno psicótico más frecuente en la infancia. Normalmente, se inicia en la segunda mitad de la adolescencia o al principio de la edad adulta, siendo la edad cumbre entre los 15 y los 30 años.

¿Existe una personalidad pre-mórbida?

Las características de personalidad pre-mórbida en el adolescente esquizofrénico son las siguientes:

- No tiene amigos de su edad.
- Nunca dirige al grupo, espera siempre a los demás.
- No presenta relación afectiva con el otro sexo.
- Tiene pocas relaciones interpersonales.
- No tiene interés por las actividades sexuales.
- No está interesado en actividades extrafamiliares.
- No pertenece a ninguna organización, grupo o actividad organizada.

-Suele presentar reacciones excesivas frente a situaciones dadas.

¿Cuáles son las fases del trastorno esquizofrénico?

La esquizofrenia es un trastorno fásico, con gran variabilidad individual. Las fases son las siguientes:

Fase prodrómica.

Antes de desarrollar los síntomas psicóticos claros, la mayoría de individuos experimentan algún periodo de deterioro de funciones, que puede incluir asilamiento social, preocupaciones propias o ajenas, comportamientos inusuales, disforia, alteración en el sueño y el apetito, disminución del rendimiento académico y/o dejadez en el auto cuidado. Estos cambios pueden asociarse a veces a trastornos de conducta o abuso de sustancias, lo que puede complicar el diagnóstico. Sin embargo, aunque estos signos sean los que llamen la atención, los síntomas psicóticos deben estar presentes para poder hacer el diagnóstico de esquizofrenia. Esta fase puede variar desde un episodio agudo (días o semanas) hasta el deterioro crónico (meses o años).

Fase aguda.

Esta es la fase en la que los pacientes a menudo aparecen y esta dominada por síntomas psicóticos positivos (es decir, alucinaciones, ideas delirantes, desorden de pensamiento formal, comportamiento psicótico extraño) y deterioro funcional. Generalmente, dura entre 1 a 6 meses, o más, dependiendo en parte de la respuesta al tratamiento.

Fase de recuperación.

Esta sigue a la fase aguda, cuando la psicosis comienza a remitir. Esta fase a menudo tiene algunos síntomas psicóticos negativos y puede también estar asociada a la confusión, desorganización y/o disforia. Puede persistir sintomatología positiva, así como desarrollar una depresión post esquizofrénica.

Fase residual.

Durante esta fase, los síntomas psicóticos positivos son mínimos. Sin embargo, los pacientes tienen síntomas negativos, es decir, renuncia social, apatía, falta de motivación, aplanamiento afectivo, anhedonia.

Deterioro crónico.

Algunos pacientes permanecen crónicamente sintomáticos aunque hayan tenido un tratamiento adecuado. Estos pacientes son generalmente los más deteriorados.

La duración del episodio psicótico agudo es aparentemente más larga en VEOS que en EOS. En general, el curso es variable pero su evolución parece peor si el trastorno se ha iniciado en la niñez.

¿Cuál es el pronóstico de este trastorno?

La esquizofrenia, clásicamente, sigue un modelo caracterizado por los ciclos de las fases anteriores, con un deterioro en aumento tras cada ciclo. Sin embargo, tras aproximadamente 10 años, las fases agudas del trastorno tienden a remitir, dejando un estado residual (predominantemente de síntomas negativos) con incapacidad variable. Algunos jóvenes con esquizofrenia pueden tener solo un ciclo, aunque la mayoría tienen más. La recuperación es incompleta en aproximadamente el 80% de los casos en los que los chicos han tenido más de un episodio.

Existen pocos estudios que examinan el curso longitudinal y los resultados. La mayoría son retrospectivos y ninguno destaca la influencia de tratamiento. Además, se considera que puedan estar influenciados por errores diagnósticos (por ej., el trastorno bipolar fue históricamente mal diagnosticado como esquizofrenia). Finalmente, los niveles de resultado varían dependiendo de la fase de la enfermedad durante la cual sucede la evaluación.

En cuanto al pronóstico, se concluye que:

- Hay investigaciones con resultados contradictorios en cuanto al pronóstico de la enfermedad.

- Cuanto más intensivo es el tratamiento, mejores resultados se consiguen.

- La mayoría de pacientes se deteriora de una forma de moderada a severa. Sólo muy pocos consiguen una recuperación completa.

- Cuanto antes se inicia el trastorno y más insidioso sea el inicio, peor pronóstico hay.

- Se coincide en que aproximadamente el 25% de los enfermos muestra una remisión completa, el 25% tiene una remisión parcial y el 50% tiene deterioro crónico después de un seguimiento de varios años.

- El riesgo de suicidio o muerte accidental debidos a los comportamientos causados por el pensamiento psicótico es de aproximadamente del 5% (aunque podría ser superior ya que los periodos de seguimiento han sido cortos). En los adultos, aunque con más probabilidad de enfermedades y muerte, el índice de suicidio es de un 10%.

¿Cómo se manifiesta clínicamente en los niños?

Los niños con esquizofrenia también muestran evidencias de trastornos del pensamiento. En comparación con los niños normales, aquellos con esquizofrenia tienen tres déficits característicos de comunicación: incapacidad asociativa, pensamiento ilógico y discurso deteriorado. De todos modos, hay que evitar confundir el pensamiento mágico, los amigos imaginarios, etc. que son normales en un niño, con el pensamiento ilógico. Los niveles de incoherencia y pobreza de contenidos de lenguaje son altos, pero hay que saber diferenciar las alteraciones de pensamiento psicótico con el nivel de desarrollo o retraso del niño para un buen diagnóstico.

¿Cuáles son las causas del trastorno esquizofrénico?

En la actualidad se están llevando a cabo muchos estudios genéticos como etiología de la esquizofrenia: hay varios genes responsables de ella. Sin embargo hay otros aspectos involucrados:

RETRASOS COGNITIVOS

Al menos el 10-20% de los niños con EOS (Early Onset Squizophrenia) tienen CI en el límite con el nivel de retraso mental. No se sabe si los retrasos intelectuales son debidos al impacto de la enfermedad o que

la debilidad mental es un factor de predisposición de la esquizofrenia.

Está claro que la esquizofrenia está asociada a déficits cognitivos que producen un deterioro funcional, por ejemplo, las dificultades de lenguaje y comunicación.

Los estudios neuropsicológicos sugieren que los niños con esquizofrenia tienen dificultades a través de los factores que requieren mayor capacidad para procesar la información, más que los déficits aislados a las funciones específicas o áreas del cerebro.

DEFICITS NEUROBIOLÓGICOS

Se ha concluido que:

- existe un aumento progresivo del tamaño ventricular en los esquizofrénicos.
- los jóvenes con VEOS (Very Early Onset Squizophrenia) tenían menos volumen cerebral, concretamente de la materia gris cortical y sobre todo en regiones frontales y temporales.
- Los menores volúmenes cerebrales correlacionaban con síntomas negativos
- También se han encontrado disfunciones en el lóbulo temporal.

Todo ello es importante para el entendimiento de la esquizofrenia pero no para su diagnóstico.

FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

No existen pruebas de que los factores psicosociales causen la esquizofrenia. Sin embargo, pueden interactuar potencialmente con los factores de riesgo psicológico para intervenir en la aparición, el curso y la importancia del trastorno como factor desencadenante. La presencia de relaciones familiares complejas puede no ser la causa de la esquizofrenia sino la consecuencia de ella.

MODELOS FAMILIARES

Una historia familiar con antecedentes de esquizofrenia o trastornos de este tipo (personalidad esquizo, paranoide, delirante...) son muy frecuentes en pacientes con EOS. Aunque los estudios están limitados. También parece influir los antecedentes familiares de trastorno del estado de ánimo, sobre todo depresión,

aunque esto también contribuye al difícil diagnóstico diferencial de la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

¿Cómo se evalúa el trastorno esquizofrénico?

Hay tres vías de evaluación:

Evaluación psiquiátrica

Debe incluir, si es posible, entrevistas con el niño o adolescente y la familia, una revisión de los informes anteriores y otras evaluaciones disponibles. Es necesaria una evaluación detallada de los síntomas psicóticos que son requeridos para el diagnóstico. Se utilizan entrevistas estructuradas, escalas somáticas y árboles de decisión de diagnóstico. Los factores a estudiar son:

- presentación de síntomas
- curso de la enfermedad
- otros síntomas pertinentes y/o factores confusos, incluyendo cualquier historia de dificultades significativas de desarrollo, trastornos del humor o abuso de sustancias.
- Historia familiar psiquiátrica, enfatizando en las enfermedades psicóticas.
- Examen del estado mental, incluyendo evidencias clínicas de síntomas psicóticos y trastorno del pensamiento

Evaluación física

Las causas médicas generales de los síntomas psicóticos deben ser descartadas. Las condiciones orgánicas potenciales que deben de ser consideradas incluyen la intoxicación aguda y el delirio, las lesiones del SNC, los tumores o infecciones, trastornos metabólicos y trastornos epilépticos. Es necesaria una exploración física profunda. Otros tests y procedimientos como la neuroimagen, electroencefalogramas, análisis clínicos y toxicológicos deben solicitarse. Además, algunos tests de laboratorios, como la evaluación del funcionamiento renal o hepático pueden estar indicados para controlar los efectos adversos potenciales de los agentes psicofarmacológicos. Algunos casos pueden requerir consulta con otras especialidades médicas.

Evaluación psicológica

El test psicológico, incluyendo los tests de personalidad y los tests proyectivos, no están indicados como un método de diagnóstico de la esquizofrenia. Una evaluación de capacidades cognitivas puede estar indicada cuando existe evidencia clínica de retrasos del desarrollo, ya que estos déficits pueden influenciar la presentación y/o interpretación de los síntomas. Los tests neuropsicológicos pueden también ser útiles para evaluar el grado de deterioro asociado con la enfermedad, lo cual ayuda a elaborar el plan de tratamiento.

Algunos especialistas son reticentes a la hora de diagnosticar una esquizofrenia, a causa de su pronóstico siniestro y al estigma social que representa. Por otro lado, un diagnóstico erróneo es bastante común, por lo que se recomienda hacer un seguimiento longitudinal en los casos de esquizofrenia.

¿Qué factores pueden llevar a un mal diagnóstico?

- La rareza del proceso del trastorno lleva a una falta de familiaridad con su presentación clínica, lo que puede producir más errores.
- Existe una sobreposición significativa entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos psicóticos, especialmente al comienzo.
- La mayoría de los niños que muestran alucinaciones no son esquizofrénicos y la mayoría no tiene trastornos psicóticos.
- Hay dificultades para distinguir el pensamiento formal del esquizofrénico y el de los trastornos de desarrollo (incluido, los trastornos de discurso y lenguaje).
- Las creencias religiosas o culturales pueden ser malinterpretadas como posibles síntomas psicóticos cuando se sacan de contexto. Se debe tener en cuenta a la hora de efectuar el diagnóstico.
- A veces, el paciente no llega a cumplir los 6 meses necesarios de clínica psicótica para poder realizar el diagnóstico de esquizofrenia, bien por que ha remitido antes, bien por el éxito del tratamiento. Entonces, no

podemos saber si este paciente padece esquizofrenia o si ha sido un episodio aislado.

¿De qué otros trastornos debemos diferenciar la esquizofrenia?

Se puede realizar el diagnóstico diferencial de los siguientes trastornos más importantes:

Trastornos del estado de ánimo.

Tanto el trastorno de esquizofrenia como el afectivo (especialmente el trastorno bipolar) normalmente presentan una variedad de sintomatología afectiva o psicótica.

En niños y adolescentes con esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser mal interpretados como una depresión, especialmente porque es muy común para los pacientes experimentar disforia con su enfermedad. Por otro lado, la manía en los quinceañeros a menudo se presenta como una psicosis activa, incluyendo alucinaciones, ideas delirantes y trastorno del pensamiento. La depresión psicótica puede presentar rasgos psicóticos congruentes o incongruentes.

Aproximadamente la mitad de los adolescentes con trastorno bipolar pueden ser mal diagnosticados como esquizofrénicos. Se ha de tener en cuenta la evaluación longitudinal así como el estudio de antecedentes familiares.

Condiciones médicas generales.

Debe de contemplarse la posibilidad de una psicosis orgánica. Aunque la lista de agentes etiológicos orgánicos potenciales o las condiciones neuropsiquiátricas asociadas son exhaustivas, las entidades que deberían de ser consideradas incluyen:

- (1) delirium, (2) trastornos de crecimiento, (3) las lesiones del SNC (ej. tumores cerebrales, malformaciones congénitas, TCE)
- (4) trastornos neurodegenerativos (ej. Corea de Huntington,)
- (5) trastornos metabólicos (ej. endocrinopatías, enfermedad de Wilson)
- (6) trastornos del desarrollo, como síndrome velocardiofacial
- (7) encefalopatías tóxicas (ej. abuso de sustancias como anfetaminas, cocaína, alucinógenos, penciclidina, alcohol,

marihuana y disolventes; medicaciones como los estimulantes corticoesteroides, o agentes anticolinérgicos, y otras toxinas como los metales duros y (8) enfermedades infecciosas (ej encefalitis, meningitis y/o síndromes relacionados con el virus de inmunodeficiencia adquirida).

Los procedimientos de laboratorio (análisis clínicos, hemogramas, toxicológicos, VIH, cromosómico, EEG, etc.) y la neuroimagen no ayudan para realizar un diagnóstico de esquizofrenia, sino que son utilizados para desestimar otros problemas médicos o neurológicos.

Dados los niveles significativos de abuso de sustancias en los adolescentes con esquizofrenia (el 50% en algunos estudios), hay que obtener una historia de abuso de sustancias al primer inicio de los síntomas psicóticos. Si los síntomas psicóticos persisten durante más de una semana a pesar de realizar una desintoxicación de la sustancia de la que se ha abusado, el especialista debe considerar el diagnóstico de un trastorno psicótico primario, más que una psicosis orgánica debido a la sustancia de abuso. En los adolescentes, es poco común que el primer golpe psicótico suceda con abuso de sustancias, que actúa como un factor de exageración (y un posible desencadenante) más que como un agente etiológico primario.

Trastorno de conducta no psicótico y/o emocional.

Los jóvenes con trastorno de conducta y otros de comportamiento no psicótico pueden reportar síntomas parecidos a los psicóticos y ser diagnosticados incorrectamente.

Comparado con los niños psicóticos, estos jóvenes tienen niveles más bajos de síntomas negativos, comportamiento extraño, y desorden de pensamiento. En seguimientos se ha demostrado que el 21% de diagnósticos de esquizofrenia, diez años más tarde descubrían que eran trastornos de personalidad, principalmente antisociales o inespecíficos.

De manera similar, los niños maltratados, especialmente aquellos con trastorno de estrés postraumático, aportan mayores niveles de síntomas psicóticos que los niños de un grupo control. En estos casos, los síntomas parecidos a los psicóticos

pueden representar fenómenos disociativos y/o ansiedad, incluyendo preocupaciones / pensamientos intrusivos, desrealización o despersonalización. La falta de fenómenos psicóticos observables, como el trastorno del pensamiento formal y las características de su sistema de relación, los distingue del niño esquizofrénico.

Trastorno esquizoafectivo

El desorden de esquizofrenia esquizoafectiva no ha sido bien definido en este grupo de edad. Los jóvenes con trastorno esquizoafectivo diagnosticados según los criterios DSM-IV pueden tener una forma particularmente perniciosa porque el diagnóstico requiere criterios para el desorden de humor y la esquizofrenia. Se descubrió que el 28% de EOS estudiados durante el seguimiento mostraron psicosis esquizoafectivas. Los sujetos con este diagnóstico se desarrollaron mejor en cuanto a los resultados se refieren.

Trastornos del desarrollo / Autismo

El *autismo* y los trastornos del desarrollo se distinguen por la ausencia de o por la transitoriedad de síntomas psicóticos, es decir, alucinaciones e ideas delirantes, y por el predominio de las dificultades en lenguaje, relación social y otros síntomas clave que los caracterizan.

Cuanto más temprana es la edad de comienzo y la ausencia de un periodo normal de desarrollo, más indicativo es, aunque algunos niños esquizofrénicos tienen una historia de retraso en el desarrollo. Sin embargo, comparado con los trastornos de desarrollo agresivo, las anomalías agresivas en el EOS tienden a ser menos agresivas y severas. Las anomalías de desarrollo con un temprano SNC han estado asociadas tanto con la esquizofrenia como con el autismo, por tanto, es posible que ambas enfermedades puedan co-existir ocasionalmente, unidas por un defecto común que sucedió de forma temprana en el desarrollo cerebral. Sin embargo, si esto sucede, el comienzo de la esquizofrenia será aún más tardío que el del autismo, generalmente tras los 5 años de edad.

El *trastorno desintegrativo infantil* se parece al autismo excepto en que el comienzo sucede tras 2 o más años de desarrollo normal. A los niños con *trastorno de Asperger* les faltan las dificultades de lenguaje marcado en las relaciones

sociales y en la comunicación contextual y un rango de interés restringido (y posiblemente extraño). La falta de alucinaciones e ilusiones claras distingue estas condiciones de la esquizofrenia.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Los niños con trastorno obsesivo-compulsivo sufren de pensamientos intrusivos y comportamientos ritualísticos repetitivos, síntomas que pueden ser difíciles de diferenciar de la psicosis (ej, el miedo de ser contaminado puede ser un síntoma obsesivo o una ilusión paranoica). Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo generalmente reconocen sus síntomas como irracionales, a diferencia de los pensamientos psicóticos. Sin embargo, algunos síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo son tan severos que distinguirlos de las ilusiones es difícil. De manera contraria, los pacientes con esquizofrenia pueden tener rasgos obsesivo-compulsivos significativos.

Trastornos del desarrollo del lenguaje.

Los niños con trastornos del desarrollo del discurso y del lenguaje pueden ser mal diagnosticados como trastorno del pensamiento.

Sin embargo, tales niños no tienen otros síntomas esquizofrénicos ni relaciones sociales extrañas.

Otros trastornos.

Otros trastornos que necesitan ser diferenciados de la esquizofrenia son trastornos de tipo esquizo, trastorno de la personalidad esquizoide y otros trastornos psicóticos (ej, trastorno delirante). Finalmente, existen niños con problemas de desarrollo complejos, incluyendo las dificultades en la modulación del afecto, relaciones sociales y pensamiento, cuyos síntomas no se acoplan bien dentro de los criterios actuales de la esquizofrenia. Se puede hablar de niños con *trastorno de la hiperactividad con déficit de atención* y de dificultades en el *control de impulsos*, por ejemplo.

¿En qué consiste el tratamiento para el Trastorno esquizofrénico?

El tratamiento adecuado requiere la combinación de agentes psicofarmacológicos y intervenciones psicosociales. Esta aproximación comprensiva multimodal es la forma más

efectiva de reducir los niveles de sintomatología, patologías y recaídas mientras se mantiene a los pacientes en sus hogares y comunidades. A veces, es necesaria la hospitalización. Las estrategias de tratamiento varían dependiendo de la fase de la enfermedad y de las características personales del paciente. Las recomendaciones terapéuticas están basadas principalmente en las publicaciones de adultos, ya que hay una gran falta de investigación de tratamiento en los jóvenes con esquizofrenia.

¿Cuál es el tratamiento psicofarmacológico adecuado?

La eficacia de la *medicación antipsicótica* para el tratamiento de la esquizofrenia ha sido bien establecida en los adultos. Estos agentes reducen los síntomas psicóticos, ayudan a prevenir las recaídas y mejoran el funcionamiento general a largo plazo.

Los estudios disponibles y los informes de casos, más la experiencia clínica, sugieren que el modelo de respuesta en los jóvenes es similar a la de los adultos. Sin embargo, en tanto en cuanto la resistencia al tratamiento de los neurolepticos en adultos con esquizofrenia esta asociada a una edad de aparición más temprana, los jóvenes con EOS (pueden ser menos propensos a responder adecuadamente a la terapia con medicación.

¿Qué tipos de antipsicóticos existen?

Existen los neurolepticos tradicionales y los neurolepticos atípicos o noveles.

¿Cuáles son los neurolepticos tradicionales?

Son antagonistas de la dopamina, que es el mecanismo responsable de sus propiedades antipsicóticas y de sus efectos secundarios.

- El *haloperidol* (0.02-0.012 mg/Kg) fue hallado como superior al placebo para reducir los síntomas del trastorno de pensamiento, alucinaciones e ideas persecutorias en niños con esquizofrenia.
- La *loxapina* también era superior al placebo, pero no superaba ni era inferior que el haloperidol en cuanto a resultados.

- El *tiotixene* y la *tioridazina* mejoraron los síntomas psicóticos en un 50% de los jóvenes con esquizofrenia.
- Los jóvenes tienen los mismos efectos secundarios a la medicación neuroléptica que los adultos: efectos extrapiramidales, sedación, disquinesia y síndrome neuroléptico maligno.

¿Cuáles son los neurolépticos atípicos?

Los neurolépticos atípicos se consideran un avance en la farmacología de la esquizofrenia a causa sus propiedades antipsicóticas y de sus funciones como antagonista serotoninérgicos. En comparación con los tradicionales, los agentes atípicos son al menos igual de efectivos para los síntomas positivos, y posiblemente más efectivos para los negativos.

- La *olanzapina* y la *risperidona* han demostrado su eficacia en varios estudios, al igual que la *quetiapina*.
- Por otro lado, la *clozapina* es el antipsicótico atípico más indicado ante la resistencia al tratamiento de la esquizofrenia por su alta eficacia, sin embargo, sus efectos secundarios son mucho más elevados que en los demás neurolépticos.
- Los otros neurolépticos atípicos son generalmente mejores a los neurolépticos tradicionales a causa de un riesgo menor de efectos colaterales. Sin embargo, pueden producir otros efectos secundarios serios, como el aumento de peso.
- Por otro lado, no han estado en estudio el tiempo suficiente como para proporcionar la suficiente experiencia clínica. Pero en base a los estudios en adultos, se cree justificado el uso de este tipo de medicación para el tratamiento de EOS. La mayoría de los especialistas utilizan los agentes atípicos con excepción de la *clozapina*.

¿Hay otro tipo de medicación para la esquizofrenia?

Se puede utilizar el litio, las benzodiazepinas y los anticonvulsivos, sin embargo, no están muy justificadas sus

propiedades antipsicóticas. Tampoco han sido estudiados en jóvenes con esquizofrenia.

¿Qué procedimientos hay que seguir para el uso de la medicación?

Las directrices generales son:

Evaluación de base.

Antes de iniciar el ensayo con la medicación, es necesaria una evaluación profunda psiquiátrica y médica, como ya se ha indicado anteriormente: síntomas psicóticos principales, examen físico para tener controlados los posibles efectos secundarios producto de la medicación, análisis de base y de seguimiento, incluyendo los tests de función renal y del hígado, análisis clínicos, hemograma y EEG.

Elección de la medicación.

En las publicaciones sobre adultos, la *clozapina* es el único agente antipsicótico claramente superior en eficacia para la esquizofrenia que ha rechazado el tratamiento. Por tanto, la elección de la medicación debería realizarse sobre la base de la potencia relativa del agente, los efectos laterales potenciales y la historia del paciente sobre la respuesta a la medicación. Los efectos ineficaces son evidentes tras un ensayo de 6 semanas utilizando dosis adecuadas, hay que intentar un nuevo agente antipsicótico. La *clozapina*, dado su perfil de efecto colateral, es generalmente utilizado solo cuando el paciente ha fallado con al menos dos ensayos terapéuticos de otros agentes antipsicóticos (al menos uno de los cuales es un antipsicótico atípico) y/o ha desarrollado significativamente efectos colaterales (incluyendo la disquinesia tardía).

Consentimiento informado.

El consentimiento informado (que maneja las razones para el tratamiento y los riesgos y beneficios potenciales de la terapia) deben ser obtenidos tanto del joven como de sus padres / tutores. Si el estado psicótico o el nivel de desarrollo del paciente lo impide si la terapia es rechazada, puede ser necesario invocar los mecanismos estatutarios relevantes para el tratamiento involuntario.

Dependiendo del estado de la enfermedad: Las estrategias de la

medicación pueden variar como se señala a continuación:

Fase aguda.

La terapia antipsicótica debe ser mantenida por un periodo no menor de 4-6 semanas, utilizando dosis adecuadas, antes de determinar la eficacia de la medicación elegida. Para los pacientes psicóticos agudos y agitados, el uso a corto plazo de las benzodiazepinas como adjuntos a los neurolépticos puede ayudar a estabilizar la situación clínica. Si no existen resultados aparentes tras 4-6 semanas, o si los efectos laterales no son aceptables, se debe cambiar de neuroléptico.

Fase recuperación.

Esta sucede generalmente tras 4-12 semanas una vez que la fase aguda ha sido controlada. Conforme los síntomas positivos mejoran, el paciente puede tener confusión persistente, desorganización y disforia. Durante este periodo la medicación antipsicótica debe ser mantenida, porque la mejora adicional puede notarse tras 6-12 meses tras la presentación aguda. Los intentos de rebajar la dosis gradualmente pueden estar indicados para rebajar los efectos laterales, sin embargo, cualquier forma de rebajar la dosis del antipsicótico debe ser cuidadosamente controlada para evitar la recaída.

Fase residual.

En esta fase, la eficacia de la terapia antipsicótica ha sido diseñada como preventiva de la recaída. Aproximadamente el 65% de los pacientes adultos que reciben placebo tendrán una recaída dentro del año de su fase psicótica aguda, comparado con el 30% que reciben neurolépticos. En un seguimiento de 5 años, aproximadamente el 80% de los pacientes adultos al menos sufre una recaída. El riesgo desciende con el mantenimiento del tratamiento farmacológico. En tanto en cuanto un pequeño porcentaje de pacientes no han recaído, hay que hacer un seguimiento sin medicación en pacientes recientemente diagnosticados que hayan estado sin sintomatología durante al menos 6-12 meses. Se debe para asegurar la dosis efectiva más baja. El contacto con el especialista, sin embargo, debe ser mantenido, al menos mensualmente, para controlar adecuadamente el curso de los síntomas, los efectos colaterales y la

aceptación, mientras se realiza al mismo tiempo cualquier intervención psicológica necesaria.

¿Qué efectos secundarios pueden haber tras los neurolépticos tradicionales?

Para los antipsicóticos tradicionales, la potencia se refiere al grado de bloqueo del receptor de dopamina.

Los agentes de alta potencia (ej haloperidol) tienden a producir síntomas extrapiramidales, mientras que los agentes de baja potencia (ej tioridazina y clorpromazina) tienen más efectos colaterales anticolinérgicos, incluyendo la sedición y los déficits potenciales en la memoria. Los más importantes son los siguientes:

1. neurológicos

a. Efectos laterales extrapiramidales agudos:

A menudo suceden durante la fase inicial del tratamiento. Los niños y adolescentes pueden tener mayor riesgo que los adultos. Estos efectos incluyen:

i. Disonia: una reacción diatómica conlleva la contracción espástica repentina de distintos números de músculos, a menudo en el cuello, ojos o torso. Los factores de riesgo incluyen la edad joven, el género masculino y el uso de agentes de alta potencia. Las distonias son bastante molestas y, en el caso de laringoespasma, pueden llevar a la muerte. Normalmente responden bien a las medicaciones anticolinérgicas o antihistamínicas.

ii. Parkinson: los agentes antidopaminérgicos pueden inducir a los síntomas de la enfermedad de Parkinson, incluyendo la bradikinesia, los temblores, y la rigidez. Los agentes anticolinérgicos y los dopaminérgicos (amantadina) son utilizados para tratar estos síntomas. En ocasiones, el diferenciar entre los efectos laterales del Parkinson y los síntomas de la enfermedad, es decir, síntomas negativos o en casos agudos la catatonía, es muy difícil.

iii. Acatisia: la acatisia, un sentido de inquietud severo que frecuentemente se manifiesta como agitación física, se ve a menudo en pacientes tratados con antipsicóticos. Es a menudo mal interpretada como agitación psicótica y es la razón común para la no aceptación de la

medicación. Es, desafortunadamente, muchas veces difícil de tratar. Se debe intentar bajar la dosis antipsicótica. Los agentes antiparkinsonianos no suelen ser de ayuda y hay cierta mejora con beta-bloqueantes y benzodiazepinas .

b. Efectos colaterales extrapiramidales de aparición tardía:

i. Diskinesia tardía: la diskinesia tardía (DT) es un trastorno de movimiento involuntario que consiste normalmente en unos movimientos en la región orofacial, pero puede afectar a cualquier parte. La DT está normalmente asociado con el uso a largo plazo de neurolépticos . La diskinesia de rechazo puede suceder bien con el cese repentino o gradual de los neurolépticos. Casi el 50% de los jóvenes que reciben neurolépticos pueden experimentar alguna forma de diskinesia tardía o de rechazo. Las diskinesias de rechazo casi siempre se resuelven con el tiempo, mientras que los TD pueden persistir incluso si el agente antipsicótico es discontinuo.

Ya que no existe un tratamiento específico para la DT mas que interrumpir la medicación, deben seguirse las estrategias para la prevención y la detección temprana. Se debe tener en cuenta el nivel de diskinesia una vez que la terapia neuroléptica ha comenzado, y debe suceder al menos cada 3-6 meses. El Abnormal Involuntary Movement Scale es una medida útil para evaluarlo.

Si la DT ocurre, la medicación debe continuarse con la dosis actual solo si el paciente está en remisión completa y existen razones para creer que cualquier cambio en la dosis o agente precipitará una recaída. Sin embargo, deben intentarse disminución de dosis o cambios a otro antipsicótico atípico.

ii. Distonía tardía: la distonía tardía está caracterizada por movimientos lentos a lo largo de los ejes largos del cuerpo que culminan en espasmos, también pueden ser faciales. Pueden ser bastante incapacitantes y a menudo se asocian con diskinesia tardía. Las mismas estrategias para tratar la diskinesia tardía deben utilizarse para la distonía tardía.

c. Síndrome neuroléptico maligno.

El NMS es una reacción extraña que puede suceder en cualquier momento durante el curso de la terapia antipsicótica. Está caracterizado por la rigidez severa, hipertermia, confusión y señales vitales

inestables. Si no se trata, los niveles de mortalidad del adulto pueden llegar al 5-20 %.

2. Efectos cognitivos.

Aunque no existen estudios de cambios cognitivos con terapia antipsicótica en EOS, el efecto sedativo, la debilidad, la apatía y los déficits de memoria lo hace más preocupante. Sin embargo, cabe recordar que la esquizofrenia por sí misma tiene un profundo impacto destructivo en cuanto a las capacidades cognitivas.

3. Otros efectos laterales.

Otros efectos laterales notados con agentes antipsicóticos tradicionales incluyen la sedación, hipotensión ortostática, aumento de peso, mal funcionamiento sexual. Algunos agentes tienen efectos laterales específicos, fotosensibilidad, elevados niveles de enzimas en el hígado, e ictericia colestática con fenotiazinas . Los especialistas deben estar prevenidos para los posibles efectos laterales de los agentes que ellos prescriben.

¿Qué efectos secundarios pueden haber tras los neurolépticos atípicos?

Una de sus ventajas es que causan muchos menos efectos secundarios que los tradicionales. Sin embargo, algunos como la risperidona pueden provocar efectos extrapiramidales. La *clozapina* tiene más efectos secundarios importantes médicamente:

- Crisis comiciales (3% de pacientes), sobre todo al disminuir la dosis
- Agranulocitosis (1% de pacientes), normalmente reversible, al detener la prescripción.
- Sedación, aumento de peso, hipersalivación, niveles elevados de enzimas en el hígado, taquicardia y fiebre.
- Descenso de glóbulos blancos: hay que hacer un análisis muy a menudo, ya que delimitará la dosis de la medicación.

En los demás neurolépticos atípicos, los efectos secundarios son los siguientes:

- Aumento de peso: puede ser extremo, actualmente es el problema más común y significativo.

- Neurológicos: hay menos riesgo de que existan efectos extrapiramidales, de los atípicos la risperidona es la más probable en producirlos, así como la diskinesia tardía y el síndrome neuroléptico maligno.
- Cognitivos: han demostrado beneficios en la función motora fina, en memoria y función ejecutiva.
- Cardíacos: hipotensión ortostática, cambios en el EEG.
- Hematológicos: agranulocitosis, disminución de plaquetas.
- Hepáticos: Aumento de transaminasas.
- Oculares: se recomienda el examen previo por la posibilidad de desarrollo de cataratas durante el tratamiento con quetapina.
- Sedación, mareos.

Estos agentes atípicos son relativamente nuevos y no se han estudiado en población infantil, pero se utilizan en la práctica clínica.

¿Cómo es la terapia psicosocial para el Trastorno Esquizofrénico?

La patología del ESO surge tanto de las manifestaciones patogénicas del desorden como de las desviaciones resultantes del desarrollo normal, las intervenciones terapéuticas deben dirigir las necesidades del niño como individuo, mas que enfocarse únicamente en aquellas necesidades específicas a un diagnóstico de esquizofrenia. El tratamiento debe ser ampliamente basado y capaz de controlar cualquier condición psiquiátrica patológica (ej abuso de sustancias), estresantes actuales, ambientales y/o psicológicos, y cualquier otro factor que complique la recuperación.

En adultos, aunque las aproximaciones psicoterapéuticas tradicionales no han resultado efectivas para tratar la esquizofrenia, es evidente que las terapias basadas en el conocimiento que incorporan las estrategias cognitivas y de comportamiento y el entrenamiento de habilidades sociales.

Las intervenciones psicoeducacionales incluyen estrategias para mejorar el funcionamiento familiar, la resolución de problemas y los factores de comunicación y

la prevención de recaídas. Aunque la mayoría de publicaciones de tratamiento disponibles derivan de los estudios de pacientes con esquizofrenia de comienzo en la época adulta, la mayoría de estos permanecen aplicables a aquellos con ESO mientras los factores de desarrollo estén controlados.

La investigación relacionada con la emoción expresada ha sido en parte la base teórica para las intervenciones familiares. La emoción expresada se refiere a los atributos de sobreprotección o crítica expresados hacia el paciente. Los niveles de recaída son mayores para pacientes con esquizofrenia que viven en familias caracterizadas por una alta expresión de la emoción. Sin embargo, es importante notar que los mecanismos de expresión de emoción son complejos, interactivos y bidireccionales: la presencia de relaciones familiares difíciles puede no ser casual, sino mas bien una consecuencia del conjunto de dificultades que el paciente transporta a el emplazamiento familiar.

Otra modalidad psicoeducacional importante es el entrenamiento en habilidades sociales ya que los esquizofrénicos tienen muchas dificultades en este sentido. Estos programas se centran en mejorar las estrategias del paciente para sobrellevar los conflictos y el evitar; identifican el significado correcto, el contenido y el contexto de mensajes verbales dentro de sus familias y mejorar sus habilidades sociales. Aunque hay pocos estudios sobre ello, parece que la terapia psicosocial lleva a un más alto nivel de resultados, menos re-ingresos y menos costes económicos.

Por todo ello, los niños y adolescentes con esquizofrenia deben beneficiarse de la combinación de terapias individuales, familiares y/o de grupo, como apoyo a la terapia farmacológica. Este tratamiento debería ser personalizado según el nivel de desarrollo del niño y los factores sintomatológicos, etiológicos, de pronóstico y de tratamiento para la esquizofrenia. La complejidad de tratar a jóvenes con EOS (Early Onset Squizophrenia) a menudo requiera una continuidad de servicios y tratamientos.

Los servicios de educación especial apropiados también son un componente necesario de un programa de tratamiento, ya que los niños y adolescentes con esquizofrenia generalmente no se acoplan

Trastorno esquizofrénico en niños y adolescentes

bien en los emplazamientos normales de clase. Los programas de tratamiento de día o la hospitalización parcial, ambos con servicios educativos y mentales, suelen estar indicados. Esta atención específica debe de tenerse en cuenta en cuanto a las necesidades a largo plazo de los pacientes.

¿Qué es la terapia electroconvulsiva?

La TEC se ha considerado efectiva para los pacientes esquizofrénicos durante la fase aguda de su enfermedad.

Se utiliza para pacientes que no responden o no pueden tolerar el tratamiento. No hay información para realizar juicios para su administración a los jóvenes. El especialista debe sopesar los riesgos, la patología del trastorno, la actitud familiar y del paciente y la posibilidad de otros tratamientos. Se debe obtener el consentimiento informado de los padres o responsables, en cuanto a los déficits cognitivos potenciales.

L'Equip de Familianova Schola:
Batlle, S. Bielsa, A. Molina, M.
Rafael, A. Tomàs. J.