

CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE

CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Estefanía León

Domicilio Postal: 59 Nro 814 Piso12B, La Plata,
CP: 1900

2012: Médico (Universidad Nacional del Centro
de la Provincia de Buenos Aires)

2012- Actualidad: Residente de Psiquiatría
Infanto Juvenil (Hospital Interzonal de Agudos
Especiali-zado en Pediatría Sup. Sor María
Ludovica, de la ciudad de La Plata)

stefy17_87@hotmail.com

CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
Autora: Estefanía León

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

RESUMEN

La esquizofrenia de inicio en la infancia y la adolescencia es considerada como una enfermedad de mayor gravedad que cuando se desencadena en la adultez. Es una patología altamente estigmatizante en nuestra sociedad, y este asunto cobra fundamental importancia en los niños y adolescentes en los cuales es muy difícil llegar a un diagnóstico definitivo debido a la presencia de síntomas psicóticos en el desarrollo normal y en múltiples entidades clínicas. La prevalencia de esquizofrenia de inicio temprano es muy baja (0,23%) y aún menor la de la esquizofrenia de inicio muy temprano (0,0019%). Ambos tipos se caracterizan por un inicio insidioso, y la presencia de síntomas positivos, negativos, cognoscitivos, afectivos, desorganizaciones psicomotoras y trastornos del lenguaje. Requiere para su diagnóstico un abordaje multidisciplinario.

PALABRAS CLAVES: Esquizofrenia de inicio temprano, esquizofrenia de inicio muy temprano, clínica, niños, adolescentes.

ABSTRACT

The onset schizophrenia in childhood and adolescence is considered a disease more serious than when triggered in adulthood. It is a highly stigmatizing disease in our society, and this issue is of fundamental importance in children and adolescents which is very difficult to reach a definitive diagnosis because of the presence of psychotic symptoms in normal development and in multiple clinical entities. The prevalence of early-onset schizophrenia is very low (0.23%) and even less that of early onset schizophrenia (0.0019%). Both types are characterized by an insidious onset, and the presence of positive symptoms, negative, cognitive, affective, psychomotor disorganization and language disorders. For diagnosis require a multidisciplinary approach.

KEYWORDS: Early onset schizophrenia, very-early-onset schizophrenia, clinic, children, adolescents.

CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Autora: Estefanía León

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia de inicio en la infancia y la adolescencia es considerada como una enfermedad de mayor gravedad que cuando se desencadena en la adultez. En general su inicio es insidioso y con deterioro cognitivo y es peor su pronóstico.(1, 2)

Se caracteriza por la presencia de síntomas positivos (alucinaciones y delirios) y negativos (apatía emocional, pobreza de expresión, aislamiento social y abandono de sí mismos). Además cognoscitivos (alteraciones en la memoria y en la capacidad de juicio, y desorganización), afectivos (como la depresión y ansiedad, etc.) y excitabilidad u hostilidad (agitación psicomotriz y auto o hetero agresión). (3, 4, 2)

Es una patología altamente estigmatizante en nuestra sociedad, y este asunto cobra fundamental importancia en los niños y adolescentes en los cuales es muy difícil llevar a un diagnóstico definitivo debido a la presencia de síntomas psicóticos en el desarrollo normal y en múltiples entidades clínicas.(1)

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de esquizofrenia:

- A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. ideas delirantes

CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Autora: Estefanía León

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

2. alucinaciones
3. lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

- B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio 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 adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., 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

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco 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 la duración de los períodos activo y residual.

- E. Exclusión de consumo de sustancias y de 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 historia de trastorno autista o de otro 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 se han tratado con éxito). (5)

*La Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AACAP) define la **esquizofrenia de inicio muy temprano (EIMT)** como la que se inicia antes de los 12 años, y cuando lo hace antes de los 18 años la denomina **esquizofrenia de inicio temprano (EIT)**. (3)*

Subtipos (según el DSM IV)

- Tipo paranoide: los delirios o las alucinaciones auditivas son la característica más destacada.
- Tipo desorganizado: predominan el habla y la conducta desorganizada, el deterioro del pensamiento y el afecto plano o inapropiado.
- Tipo catatónico: presencia de alteraciones motoras, que se pueden acompañar de negativismo.
- Tipo indiferenciado: ninguna de las características sobresale del resto como en los otros subtipos.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

- Tipo residual: se encuentra ausencia de síntomas positivos pero persisten los negativos.(5, 6, 7)

Para la CIE 10 los subtipos son: esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia indiferenciada, depresión pos esquizofrénica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simple, otra esquizofrenia, esquizofrenia sin especificación. (7)

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de EIMT es del 0,0019% (1,6 -1,9/100000) y la de la esquizofrenia de inicio en la adolescencia (13-19 años) es del 0,23%, cifras notablemente menores al compararlas con la prevalencia de esta enfermedad en la edad adulta (1%). La edad pico de inicio se encuentra ubicada en la franja comprendida entre los 15 a los 30 años. (8, 3)

Al diferenciar por sexo, en la EIT y aún más en la EIMT predominan los varones sobre las niñas (relación aproximada 2:1). (3)

Es importante resaltar que la mayoría de los niños y jóvenes con síntomas psicóticos transitorios o atenuados no van a desarrollar esquizofrenia u otro tipo de psicosis, aunque aquellos que presentan estos síntomas parecen tener mayor riesgo que otros niños y jóvenes de desarrollar psicosis hasta 10 años después de la aparición de los síntomas. Poulton et al. realizó un estudio longitudinal en el que observó que los niños que presentaban síntomas psicóticos a los 11 años tenían un riesgo de 5 a 16 veces mayor de tener un trastorno psicótico a los 26 años. (2, 9)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

La prevalencia de síntomas psicóticos en la población general es muy superior a la prevalencia de los trastornos psicóticos. Según lo evaluado por Kelleher et al. (2012) en una revisión sistemática. Una mediana de 17% de una muestra de niños entre 9 y 12 años informaron síntomas psicóticos, y el 7,5% de una muestra de adolescentes de entre 13 y 18 años los reportaron. Frecuencia mayor a la media de síntomas psicóticos en la edad adulta (5%) según encontró van Os et al (2009) en un metaanálisis.

La edad es un factor importante a tener en cuenta en la relación síntomas psicóticos y psicopatología. Bartels-Velthuis et al. (2010) encontró sólo una leve asociación en niños de entre 7 a 8 años que presentaban alucinaciones auditivas. Sin embargo, al reevaluar estos niños en las edades 12-13 años, halló que en los que si persistieron los síntomas psicóticos la asociación con psicopatología era superior. (9)

Algunos de los factores de riesgo para esquizofrenia son antecedentes familiares, infecciones y malnutrición en el embarazo, complicaciones obstétricas (en especial la hipoxia), retraso en el desarrollo psicomotor, trastorno de la coordinación motora y dificultades en la adaptación social. (10)

En la esquizofrenia en adolescentes y adultos jóvenes otros factores de riesgo han sido bien descritos: personalidad esquizotípica y síntomas psicóticos subumbrales (tales como alucinaciones auditivas breves o imprecisas).

Las combinaciones de estos síntomas aumentan el riesgo y la probabilidad de transición a la psicosis se cree alta. Sin embargo, según estudios realizados la búsqueda de asistencia de estos jóvenes reduce el riesgo de transición de un 40% a 16%. Mientras que el pobre funcionamiento, el bajo grado síntomas psicóticos, la depresión y una larga duración de los síntomas prodrómicos hacen que la transición a la psicosis sea más probable. (1)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

En niños y adolescentes es mayor la prevalencia de los subtipos indiferenciado y desorganizado de la enfermedad (3)

CLINICA

Trastornos de las relaciones con el exterior y trastornos del comportamiento

El niño pierde interés y la iniciativa, se aísla de sus amigos, se niega a salir de su casa y a realizar actividades deportivas y sociales que antes realizaba. Presenta una conducta retraída y puede llegar a volverse indiferente y frío ante los demás. Algunos niños pueden mantener temporalmente una aparente adaptación social que va acompañada de alteraciones en la conducta como son el rechazo escolar, la fuga sin motivo bajo forma de vagabundeo, crisis de agresividad, etc. (6,12,13)

Se observa una disminución en su actividad que puede llegar hasta la apatía y el apragmatismo. También se distingue una aptitud inhibida o un negativismo con componente oposicionista, impulsividad y suspicacia extrema. (13, 6)

Trastornos del curso del pensamiento

Comprenden pérdida de las asociaciones (los temas están parcial o totalmente desconectados unos de otros), fuga de ideas (cambio rápido de temas), bloqueo del pensamiento (el discurso del niño o adolescente se interrumpe repentinamente, y presenta dificultades para retomar el hilo de la conversación), neologismos, pensamiento ilógico, asociaciones laxas (donde las relaciones de las palabras se establecen mediante sonidos más que por su significado), ecolalias, perseveraciones, pobreza del contenido del discurso, lentitud, falta de fluidez, pensamiento viscoso, asociaciones extrañas, dificultades para percibir lo que dicen los demás.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

El niño o el joven se queja de dificultades de atención, retención mnésica y de asimilación de conceptos abstractos.

Se observa lentitud, pensamiento viscoso, falta de fluidez y asociaciones extrañas.

Los trastornos del curso del pensamiento pueden estar basados tanto en síntomas positivos (asociaciones laxas, etc.) como en síntomas negativos (pobreza del contenido). También pueden observarse en otras patologías como en la manía, en la demencia y en el abuso de drogas.

Junto con el aislamiento, los trastornos del curso del pensamiento producen un notable deterioro de la escolaridad. (12,13, 14)

La pérdida de las asociaciones no se encuentra en su forma típica antes de los 7 años, la evaluación de trastornos del pensamiento resulta más dificultosa en los niños de menor edad o con retraso del desarrollo. (14)

Alteraciones tímicas

Son frecuentes las alteraciones del humor, ya sea con síntomas depresivos (en la que hay que estar atentos a la presencia de ideas suicidas), de hiperactividad e hiperexcitación o de ansiedad.(1,13)

También se puede presentar aplanamiento afectivo y anhedonia. Los síntomas catatónicos con menos frecuentes en este grupo etario.

Se puede advertir ambivalencia afectiva, el paciente oscila entre frialdad y demanda excesiva, entre hostilidad y gran dependencia, entre temor al contacto con objetos y personas y cierta viscosidad, entre otros ejemplos. Además de incongruencia emocional. (13,6, 8)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Manifestaciones de ruptura con la realidad

Las alucinaciones fueron definidas por Bleuler como percepciones sin el correspondiente estímulo. En los niños de edad preescolar se deben diferenciar las alucinaciones como síntoma de aquellas que pueden aparecer durante las primeras fases del sueño, de los amigos imaginarios y de las fantasías. En esta edad pueden existir alucinaciones transitorias de pronóstico más benigno, que suelen estar relacionadas a ansiedad o situaciones estresantes. En su mayoría son visuales (relacionadas al temor a animales o insectos) y/o táctiles (sensación de insectos arrastrándose por la piel del niño, la cama, etc.) primariamente, y se producen durante la noche (aunque también pueden producirse en el día) en niños que por lo demás tienen un desarrollo normal. (3,12)

Las alucinaciones del niño se diferencian a las del adulto por la mayor simplicidad, la falta de sistematización y la mayor relación con la situación familiar. Cuanto mayor es el niño más complejos resultan los fenómenos alucinatorios. (13)

Se debe tener en cuenta que el diagnóstico diferencial de las alucinaciones visuales en un niño debe incluir una intoxicación. (8)

Como se mencionó anteriormente al incrementarse la edad aumenta la asociación entre alucinaciones y psicopatología. (9, 14)

En la esquizofrenia infantil las alucinaciones más frecuentes son las auditivas, sin embargo las visuales se dan más frecuentemente en este grupo etario que en los adultos. En general son menos complejas y los temas suelen rondar sobre animales, juguetes o monstruos. Las alucinaciones auditivas por lo general consisten en voces que dan órdenes al paciente, o sonidos como risas, tarareo o silbidos. (1, 8)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Los delirios son creencias fuertemente arraigadas, que no son compartidos por otros miembros de la comunidad, que surge de una interpretación errónea de la realidad externa, incompatible con el fondo social o religiosa de una persona. (1)

Los delirios sistematizados son muy raros en niños menores de 12 años de edad pero son más frecuentes en la adolescencia En los escolares los delirios pueden centrarse en alteraciones de la identidad, y pueden ser hipocondriacos, de perjuicio o de grandeza.(8, 12, 14)

También se pueden presentar bouffées de angustia hipocondriaca o cenéstesica caracterizados por dolores de cabeza, de abdomen, impresiones somáticas diversas, dolores de cabeza y de abdomen. (12)

Despersonalización y desrealización

Los niños y jóvenes no encuentran su lugar en el mundo e incluso sienten su personalidad como extraña o desconocida, lo que se acompaña con frecuencia de intensa ansiedad. (13)

Desorganizaciones psicomotoras

Se presentan gran variedad de trastornos motores desde torpeza motora, movimientos estereotipados, hasta estados de inhibición o agitación. La inhibición se asocia a retraimiento y mímica pobre, y si se agrava puede observarse raramente actitudes catatónicas, a menudo transitoria. En cuanto a la inestabilidad y agitación psicomotriz puede presentarse como crisis de agitación aguda, auto o heteroagresión, fugas, etc.

También en ocasiones pueden aparecer conductas impulsivas, desde insultos, hasta agresiones, piromanía o conducta delictiva. (12, 9, 13)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Trastornos del lenguaje

Pueden encontrarse mutismo secundario (comienza a dejar de hablar fuera del ámbito familiar y luego se puede extender y llegar a ser total), inversión pronominal, laleo, neologismos o manierismos verbales, ecolalias, lenguaje adulto-morfo (puede aprender las definiciones del diccionario o una nueva lengua) y melodías rítmicas.

Cuando estas manifestaciones están presentes, generan obstáculos en la comunicación y en el intercambio afectivo, y es importante hacer el diagnóstico diferencial con los trastornos generalizados del desarrollo. (12, 8)

Se presentan incoherencias discordancias en el relato (13)

Alteraciones cognitivas

Empobrecimiento intelectual, inatención, déficit en el planeamiento y en el cambio de objetivos, y capacidad de abstracción disminuida (6, 12,14)

Se ha observado mayor frecuencia de niveles bajos de coeficiente intelectual, lo cual estaría relacionado a la dificultad para adquirir nueva información y habilidades. (15)

Trastornos de cariz neurótico

Incluyen fobias (a los microbios, a absorber alimentos peligrosos, etc.), obsesiones y rituales (de ordenamiento, de limpieza, de verificación, ritos de tocar o evitar).

Generalmente en estos niños y jóvenes se observa un contraste entre la presencia de miedos, fobias y reacciones agresivas con tendencia al coleccionismo con crisis impulsivas de agresión, y entre ideas de limpieza y orden y un descuido de la higiene y la vestimenta personal. (12,13).

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Alteraciones neurológicas

Hipocinesia, descoordinación motora, temblor de manos y signos cerebelosos se observan en algunos casos. (6)

EVOLUCIÓN

Fase premórbida

Se puede observar en el niño o en el joven alteraciones en su conducta, en las habilidades sociales, motoras y del lenguaje y retraso en su desarrollo trastornos del aprendizaje. (3, 15)

En un estudio realizado por Maudsley, alrededor de un tercio de los casos de esquizofrenia adolescente tenía dificultades significativas en el desarrollo social, mostrando un déficit en la capacidad de hacer y mantener amistades.

No obstante, las dificultades premórbidos sociales y de comportamiento no son específicas de la esquizofrenia. También pueden evidenciarse en adolescentes con trastorno bipolar. (11)

Se los ha descrito como niños reservados, tímidos y ansiosos. (14)

Fase prodrómica

Tiene una duración máxima de 12 meses, en el cual se presentan la aparición de síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios y forma transitoria, y se deteriora el funcionamiento. Los familiares suelen ser los primeros que se percatan de estos cambios. (2)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

Fase aguda

Predominan los síntomas positivos, tiene una duración mayor a un mes y su finalización depende de la respuesta al tratamiento.

Fase de recuperación

Caracterizada por la presencia de síntomas negativos de aplanamiento afectivo, apatía, abulia y retraimiento social puede durar varios meses (también en menor grado pueden continuar los síntomas positivos). En algunos casos se desencadena un trastorno depresivo pospsicótico.

Fase residual

Persiste cierto deterioro debido a los síntomas negativos.

Pacientes cónicamente enfermos

Pacientes que a pesar del tratamiento adecuado permanecen sintomáticos. (15)

INICIO, CURSO Y PRONÓSTICO

El inicio es más insidioso cuanto menor en edad es el niño y en los adolescentes suele ser más frecuentemente agudo.(14)

En general el niño es llevado a la consulta después de varios años, sin embargo ya presentaba alteraciones del carácter, que se tornaba extraño, maniaco, tímido o caprichoso. La intervención desde salud mental se hace indispensable debido a que las alteraciones son cada vez más perturbadoras generando un deterioro social y aumentando las dificultades escolares. (13)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

En cuanto al curso de la esquizofrenia incluye remisiones y exacerbaciones, aunque en algunos pacientes puede persistir un estado psicótico grave. Factores de mal pronóstico son la aparición temprana (especialmente de inicio en la infancia), sexo masculino, consumo de sustancias, trastorno generalizado del desarrollo, mal funcionamiento premórbido, inicio insidioso, desestructuración familiar, institucionalización, largo período de tiempo antes del primer tratamiento y subtipos de esquizofrenia desorganizada e indiferenciada.. En cambio, son factores de buen pronóstico la presencia de síntomas afectivos prominentes, el inicio agudo y la mejor adaptación premórbida. El tratamiento temprano reduce la gravedad del primer brote psicótico y ayuda a prevenir la recaída. (4, 1,14)

DIAGNÓSTICO

Según las guías clínicas NICE a los niños y los jóvenes con síntomas psicóticos debe realizarse las siguientes evaluaciones:

- Psiquiátrica: buscando presencia de psicopatología, riesgo de daño para sí o para terceros, consumo de alcohol e historial de medicamentos/drogas prescritos y no prescritos.
- Médica: realización de una anamnesis y un examen físico para identificar enfermedad física (incluyendo trastornos cerebrales orgánicos) y el fármacos prescritos que pueden desencadenar psicosis.
- Psicológica y psicosocial: incluyendo relaciones, redes sociales y antecedentes de trauma.
- De desarrollo: social, cognitivo y motor, incluyendo la búsqueda de trastornos del desarrollo neurológico.
- Física, de salud y de bienestar: incluido el peso y la talla , y la información sobre el tabaquismo, la dieta y el ejercicio y la salud sexual)

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

- Social: investigando la vivienda, la cultura y la etnia, actividades de ocio y recreación, y la/s responsabilidad/es de cuidador/es.
- Educativa y laboral: asistencia y logros en la escuela o la universidad, y en el caso de presentarse actividad laboral.
- Económica: situación económica de la familia.

Resaltan la vigilancia rutinaria en busca de comorbilidad psiquiátrica. (2)

La Asociación Internacional de Psiquiatría Infantil y Adolescente y Profesiones Afines (IACAPAP) recomienda la realización de los siguientes estudios:

- Recuento sanguíneo completo.
- Urea, electrolitos, pruebas de función hepática.
- Glucemia, colesterol y triglicéridos.
- Función tiroidea.
- Calcemia.
- Prolactinemia.
- Neuroimágenes: Tomografía axial computada, resonancia nuclear magnética.
- EEG.
- Búsqueda en orina de drogas. (1)

COMORBILIDAD

Los trastornos comórbidos más frecuentes incluyen el abuso de sustancias (preguntar sobre el tabaco, cannabis y estimulantes), la ansiedad, la depresión, los trastornos de conducta, el trastorno negativista desafiante, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y una historia de trauma.(1, 3)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de esquizofrenia en niños y adolescentes resulta muy difícil, como anteriormente se expuso la alucinaciones son frecuentes en el desarrollo normal y en otras entidades como son la ansiedad, depresión, disfunción familiar y la falta de atención o hiperactividad y en el trastorno de estrés postraumático, que en las psicosis. (1)

Se debe descartar

1. Desarrollo normal.
2. Patologías medicas:
 - 2.1 Neurológicas
 - 2.1.1 Epilepsia del lóbulo temporal (las alucinaciones en general son visuales y de contenido vivido; la memoria del episodio suele ser fragmentada o incompleta. Se presentan alteraciones en el EEG).
 - 2.1.2 Trastornos neurodegenerativos (como la leucodistrofia metacromática juvenil, la adrenoleucodistrofia, la enfermedad de Wilson y la corea de Huntington) (12)
 - 2.1.3 Otros: Tumor cerebral, accidente cerebro vascular, traumatismo craneoencefálico. (6)
 - 2.2 Delirium (1)
 - 2.3 Endocrinas: Tirotoxicosis, insuficiencia suprarrenal, déficit de vitamina B12, aumento o disminución de la glucemia, etc. (1, 6)
 - 2.4 Infecciosas: meningitis, encefalitis, sepsis, brúcela, sífilis, palundismo, etc.
 - 2.5 Autoinmunes: Lupus eritematoso sistémico, etc. (6)
 - 2.6 Psicosis inducidas por drogas (tales como cannabis, anfetaminas, cocaína, LSD, solventes, alucinosis alcohólica. Se debe preguntar

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

acerca del consumo y en caso de sospecha realizar la búsqueda de metanolitos en orina). (16)

2.7 Fármacos (Anti colinérgicos, antiparkinsonianos, corticoides, etc.). (6)

2.8

3. Patologías psiquiátricas:

3.1 Otros trastornos psicóticos (por ejemplo el trastorno psicótico agudo, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, etc.) (14)

3.2 Trastorno Bipolar (Los delirios congruentes con el estado de ánimo y es más frecuente la grandiosidad; las alucinaciones y las pérdidas de las asociaciones también se pueden observar; los pacientes con esquizofrenia infantil pueden tener antecedentes familiares de trastornos afectivos y esquizofrénicos, en cambio en el trastorno bipolar solo se encuentran trastornos afectivos). (1, 17)

3.3 Depresión Psicótica (Presenta delirios congruentes con el estado de ánimo). (12)

3.4 Trastornos generalizados del desarrollo (Los síntomas se evidencian antes de los 3 años de edad, mientras que los síntomas prodrómicos de las psicosis raramente aparecen antes del período preescolar y suelen desarrollarse con posterioridad, de manera gradual e insidiosa. A su vez, para diagnosticar psicosis en un niño con TGD se debe contar con alucinaciones o delirios la presencia de comportamiento perturbador por sí solo no es suficiente).(1, 18)

3.5 Trastornos de conducta (Pueden presentar síntomas positivos particularmente en situaciones de stress)

3.6 Trastorno obsesivo compulsivo (Cuando es severo puede ser difícil la diferenciación con delirios. Los niños pequeños tienen dificultades para reconocer que los síntomas obsesivos son propios de sus pensamientos). (6, 12).

3.7 Trastorno desintegrativo de la niñez (Síndrome de Heller). (10)

CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Autora: Estefanía León

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

3.8 Trastorno de estrés postraumático (Alucinaciones visuales transitorias, generalmente con contenido fóbico)

CONCLUSIÓN

La EIMT y la EIT son patologías con mayor deterioro cognitivo y peor pronóstico que la esquizofrenia que se inicia en la adultez. El conocimiento de su clínica resulta indispensable para poder realizar una correcta evaluación multidisciplinaria, que tenga en cuenta el desarrollo normal, las comorbilidades que pueden presentarse y la gran cantidad de patologías con que debe realizarse el diagnóstico diferencial. Resultando esta evaluación indispensable para poder brindar un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Starling J.; Feijo I. Schizophrenia And Other Psychotic Disorders Of Early Onset. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2012.
2. NHS. Psychosis and schizophrenia in children and young people. Recognition and management. 2013.
3. Ortiz O.; Moreno Pardilo D.; Arango López C. Diagnóstico de psicosis en niños y adolescentes: Una tarea nada fácil. Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología 2007; 53 (109): 25-33
4. Flores R.; Sauer Vera T.; Apiquian Guitart R. Evaluación y tratamiento de la esquizofrenia en niños y adolescentes: una revisión actualizada. Salud Ment 2011; 34(5): 429-433
5. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 291.
6. Asociación Española de Psiquiatría de Soutullo Esperón C., Mardomingo Sanz M. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Panamericana. Madrid 2010.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S. BASILE**

7. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Remschmidt H.; Theisen F. "Early-Onset Schizophrenia". *Neuropsychobiology* 2012; 66:63–69
8. Kelleher I.; Connor D.; Clarke M.; Devlin N.; Harley M.; Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and metaanalysis of population based studies. *Psychological Medicine* 2012; 42 (09): 1857-1863
9. AEPNYA. Esquizofrenia. Protocolos 2008, 251-259
10. Hollis C. Adolescent schizophrenia *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 83–92
11. Marcelli D. Ajuriaguerra J. *Psicopatología del Niño*. Masson. 3ra ed., Barcelona 1996
12. Ajuriaguerra J. Rego A. *Manual de Psiquiatría Infantil* 4ta ed., Barcelona, 1984
13. Remschmidt H. *Esquizofrenia en Niños y Adolescentes*. 1ra ed., Barcelona 2003
14. Wiener J. Dulcan M. *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Masson. Barcelona 2006.
15. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Guía clínica. Esquizofrenia en niños y adolescentes. México.
16. Cleffi V. *Trastorno Bipolar en la Infancia*. Tesina realizada para la Maestría en Neuropsicofarmacología Clínica 2008.
17. Pérez I. Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Rev Neurol* 2012; 54 (1): S51-S62