

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS DE INICIO TEMPRANO

Jean Starling & Isabelle Feijo

Edición: Matías Irrázaval & Andres Martin

Traducción: María Fernanda Prieto



Jackson
Pollock; sin
nombre.

Jean Starling FRANZCP,
MPH

Psiquiatra del Niño y Adolescente, Directora, Walker Unit, Concord Centre for Mental Health, Sydney, y académica clínica senior, Discipline of Psychiatry, Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, Australia.

Conflictos de interés: ninguno declarado.

Isabelle Feijo FRANZCP

Psiquiatra, Walker Unit, Concord Centre for Mental Health, Sydney, Australia y especialista en psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente, Swiss Medical Association.

Conflictos de interés: ninguno declarado.

Agradecimientos: gracias a Polly Kwan, quien who vetted the Cantonese websites

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o en práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas en este libro son de responsabilidad de los autores y no representan necesariamente el pensamiento del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y prácticas basados en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió tal como fue evaluado por los autores, y estos pueden cambiar como resultado de una nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes en concordancia con las directrices y leyes del país de su ejercicio profesional. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que no se mencionan todas las dosis ni los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen el fin de ilustrar situaciones o se mencionan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo la licencia [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios sobre este e-book o sobre un capítulo a jmrey@bigpond.net.au

Cita sugerida: Starling J, Feijo I. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos de inicio temprano (Irrázaval M, Martin A, ed. Prieto MF, trad.). En Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes, 2018.

Los trastornos psicóticos están asociados con el deterioro en el funcionamiento emocional, cognitivo y social; a largo plazo, conducen a una discapacidad. También existe un mayor riesgo de suicidio y daño a terceras personas, especialmente cuando el trastorno es agudo. Es crucial el tratamiento temprano y realizado por expertos; además, se obtienen resultados óptimos cuando se deriva al paciente a los servicios psiquiátricos en la fase aguda de la enfermedad y recibe tratamiento intensivo, administrado por un equipo de salud mental, incluyendo un psiquiatra. Por otra parte, estos trastornos son altamente estigmatizados en la mayoría de las culturas, lo que dificulta el tratamiento y la integración del paciente en la comunidad

Síntomas psicóticos en niños

La esquizofrenia es una enfermedad extremadamente rara en prepúberes; se necesita una evaluación cuidadosa de los síntomas psicóticos en este grupo etario ya que síntomas pueden deberse a muchos otros trastornos. Esta sección explica cómo se presentan los síntomas en los niños.

La esquizofrenia de inicio en la infancia – cuando los síntomas reúnen los criterios para esquizofrenia y han comenzado antes de los 13 años – es un trastorno muy poco frecuente, con una prevalencia de menos de 1/10.000 (Asarnow y cols, 2004). La información más reciente sobre la esquizofrenia de inicio en la infancia proviene de estudios de grandes cohortes, como el *Estudio Sobre Esquizofrenia de Inicio en la Infancia* del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés) (Rapoport & Inoff-Germain, 2000). Estos estudios se llevaron a cabo dentro de un área geográfica amplia y contaron con estrictos criterios de exclusión. La información obtenida de estas cohortes sugiere que la esquizofrenia de inicio en la infancia es una forma grave del trastorno de inicio tardío adolescente o inicio temprano adulto. Los resultados obtenidos con estas cohortes incluyen más deterioro premórbido del que se ve en aquellos con inicio

Términos usados en este capítulo

- **Psicótico** (síntomas): palabra utilizada para describir situaciones donde las percepciones, pensamientos o emociones se encuentran tan gravemente alteradas que se pierde el contacto con la realidad externa. Las dos enfermedades más comunes donde estos síntomas son predominantes son la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Los síntomas psicóticos son:
 - **Alucinaciones** (percepciones sensoriales falsas en ausencia de un estímulo externo). Las alucinaciones auditivas (“escuchar voces”) son las más comunes, pero también se observan alucinaciones visuales.
 - **Delirios** (creencias o ideas muy arraigadas que no son compartidas por otros miembros de la comunidad, derivados de una interpretación incorrecta de la realidad externa, incompatibles con el contexto social o religioso de la persona).
- **Síntomas positivos**: cuando hay un exceso o distorsión de las funciones normales (como las alucinaciones o los delirios).
- **Síntomas negativos**: cuando hay una reducción o pérdida del funcionamiento normal (por ejemplo, la pérdida de la reactividad emocional normal o alteración del funcionamiento cognitivo).
- **Pródromo**: el periodo de tiempo que precede a la aparición de síntomas psicóticos durante el que se altera el funcionamiento.
- **Psicosis aguda**: el periodo en el que las alucinaciones o delirios predominan y a menudo el comportamiento está perturbado.

más tardío, y una mayor prevalencia de anomalías citogenéticas y del desarrollo (Addington y Rapoport, 2009), incluyendo trastornos generalizados del desarrollo y retraso mental (Rapoport et al, 2009). Las dificultades sociales premórbidas, anomalías motoras y antecedentes familiares de esquizofrenia son más frecuentes que en los controles. La aparición de la enfermedad a menudo coincide con un deterioro cognitivo (Bedwell et al, 1999) y cambios neuroanatómicos (Arango et al, 2008) que ocurren de manera temprana en la enfermedad. Sin embargo, son pocos los niños con síntomas psicóticos que cumplen con los criterios diagnósticos para esquizofrenia, y cuando cumplen esos criterios ya son enfermos crónicos, con una discapacidad significativa.

Otro de los trastornos psicóticos que se presenta en la niñez es el trastorno bipolar (que se describe en el capítulo E.2). Sin embargo, la mayoría de los niños que presentan síntomas psicóticos no tienen ni esquizofrenia ni trastorno bipolar. En general, los niños son más propensos a mostrar alucinaciones auditivas transitorias, así como síntomas del estado de ánimo o de ansiedad con angustia asociada. En la primera consulta estos niños a menudo manifiestan criterios diagnósticos para la depresión, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno de ansiedad o del comportamiento, pero no para un trastorno psicótico como tal. Muchos tienen un largo historial de problemas del desarrollo, problemas de comportamiento y emocionales y pueden mostrar una mezcla vaga de síntomas. Hay muy pocos estudios con seguimiento de estos niños para determinar si desarrollan esquizofrenia; la evidencia disponible se resume a continuación.

Las alucinaciones auditivas no son infrecuentes en niños no psicóticos que asisten a los servicios de psiquiatría infantil (Dhossche et al, 2002). Aunque la mayoría parece recuperarse, un subgrupo desarrolló una enfermedad psicótica. En una muestra clínica de 90 niños se encontró que la mitad del 15% que sufrió alucinaciones inicialmente, dejaron de presentarlas a los 12 meses, mientras que un tercio continuaba con los síntomas y se acercó a reunir los criterios para esquizofrenia o trastorno bipolar (Askenazy et al, 2007). El 60% de una muestra de 80 niños con alucinaciones auditivas informó no tener alucinaciones tres años más tarde, pero 16% había desarrollado delirios (Escher et al, 2002). Los niños más propensos a tener alucinaciones persistentes fueron aquellas con un diagnóstico de ansiedad, depresión o trastorno disociativo.

Otros factores de riesgo son los problemas de conducta, síntomas negativos y alucinaciones auditivas frecuentes o alucinaciones con contenido negativo (Escher y cols, 2004). Los niños y adolescentes con TEPT son también más propensos a mostrar alucinaciones auditivas (Scott et al, 2007a). Niños en muestras comunitarias reportan alucinaciones auditivas con relativa frecuencia: dos estudios escriben una tasa del 8% (McGee et al, 2000; Scott et al, 2006). Las alucinaciones eran más comunes en niños con ansiedad, depresión, disfunción familiar, déficit atencional o hiperactividad. Cuando se le hizo seguimiento a la cohorte publicada por McGee y colaboradores 15 años más tarde, a la edad de 26 años, una cuarta parte de los pacientes con síntomas psicóticos a los 11 años reunía los criterios para trastorno esquizofreniforme (Poulton et al, 2000).

En resumen, el diagnóstico diferencial de los síntomas psicóticos en la infancia puede ser difícil, y es esencial contar con una perspectiva longitudinal. Puede ser más útil referirse a “una hipótesis de diagnóstico” en lugar de un



Pulsa en la imagen para acceder a un vídeo en el que una joven describe sus síntomas psicóticos que comenzaron durante la niñez (7:31; en inglés).



Pulsa en la imagen para escuchar a un estudiante universitario hablando sobre la psicosis y cómo se siente al acudir a un servicio de detección temprana (9:59 en inglés).

Tabla H.5.1 Criterios diagnósticos para la esquizofrenia

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes están presentes durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos es (1), (2) o (3):

1. Alucinaciones
2. Delirios
3. Discurso desorganizado (p.ej. disgregación o incoherencia frecuente)
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)

B. Existe un deterioro significativo del funcionamiento social, educacional o laboral

C. Signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses, incluyendo el pródromo si se presentó (si la duración es menos de seis meses, se le llama *psicosis esquizofreniforme*).

4. No es debido a otra enfermedad mental, como un trastorno del ánimo, o a una condición médica.

diagnóstico específico, especialmente en la primera consulta (Lee et al, 2003). Aunque la mayoría de los niños con síntomas psicóticos aislados no desarrollan esquizofrenia, una minoría significativa desarrollará esquizofrenia o un trastorno bipolar, ya sea dentro de uno o dos años después del inicio de las alucinaciones, o se mantendrá relativamente bien durante la adolescencia para luego desarrollar esquizofrenia al llegar a la edad adulta.

Síntomas psicóticos en la adolescencia

La prevalencia de trastornos psicóticos de todo tipo aumenta durante la adolescencia hasta uno de cada 500 personas alrededor de los 18 años de edad. Retrospectivamente, alrededor de un tercio de los adultos con trastornos psicóticos informan que su enfermedad comenzó antes de los 20 años y la prevalencia de vida de todos los trastornos psicóticos en la población adulta es de 2% a 3% (Kendler y cols, 1996). Mientras que algunos de los adolescentes con psicosis provienen de grupos de alto riesgo, similares a aquellos con esquizofrenia de inicio en la infancia, la mayoría tienen un funcionamiento previo normal. En este grupo, el curso típico de la enfermedad comienza con un pródromo, con síntomas inespecíficos, incluyendo bajo estado de ánimo, ansiedad y deterioro funcional y cognitivo.

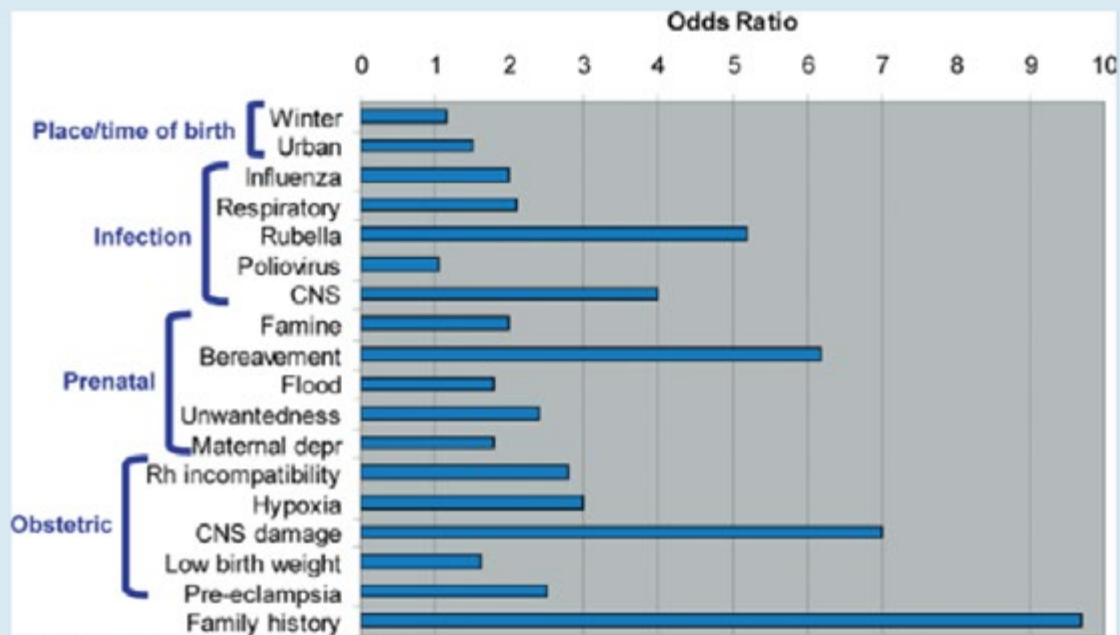
Los factores de riesgo para esquizofrenia en adolescentes y adultos jóvenes han sido ampliamente descritos. Estos incluyen una personalidad esquizotípica, síntomas psicóticos subumbrales (como alucinaciones auditivas breves indistintas), deterioro funcional e historia de esquizofrenia en la familia (Owens & Johnstone, 2006; Yung y cols, 2004). La combinación de estos síntomas ha sido descrito como un estado mental en “riesgo ultra alto”. Se pensaba que la probabilidad de transición a psicosis en jóvenes con estos factores de riesgo era alta, pero estudios recientes sugieren que, en jóvenes que buscan tratamiento, el riesgo disminuye de 40% a 16% (Yung y cols, 2008). Un mal funcionamiento general durante la fase inicial, síntomas psicóticos de grado bajo, depresión y síntomas prodrómicos de larga duración hacen más probable la transición a la psicosis.

En la actualidad se disputa cuando se deben tratar los síntomas psicóticos en el grupo de esquizofrenia de aparición en la adolescencia. Los ensayos de



Pulsa en la imagen para escuchar a un joven compartiendo su lucha con la esquizofrenia y su tratamiento (8:13: en inglés).

Figura H.5.1 Comparación de un conjunto seleccionado de factores de riesgo relativamente bien establecidos para la esquizofrenia, centrándose principalmente en los factores pre y perinatales



CNS: Sistema nervioso central; depr: depresión; Rh: Rhesus. Fuente: Sullivan PF. *The genetics of schizophrenia*.

fármacos antipsicóticos reducen la transición desde el estado de “riesgo ultra-alto” al trastorno psicótico, pero a medida que el riesgo de transición a psicosis desciende en las cohortes clínicas, el riesgo de usar medicación antipsicótica en adolescentes que tienen pocas probabilidades de desarrollar psicosis posteriormente es menos aceptable (Yung y cols, 2007).

ETIOLOGÍA

La fisiopatología de la esquizofrenia, o de cualquier otro trastorno psicótico, todavía no es clara. Todos los trastornos psicóticos tienen una vulnerabilidad genética, pero no existe un gen único claramente implicado en la causalidad. La investigación reciente ha identificado múltiples genes asociados con el desarrollo de esquizofrenia, pero la mayoría tienen un efecto pequeño y son inespecíficos, algunos de los genes relacionados con la esquizofrenia también están vinculados con el autismo y el trastorno bipolar. También hay factores de riesgo orgánicos y psicosociales. En la tabla H.5.1 se puede ver un resumen de los factores de riesgo y su razón de *odds ratio* asociada. Entre los factores de riesgo también se incluye ser de género masculino y/o ser inmigrante. Los niños, y en menor medida los adolescentes, con psicosis tienden a presentar más factores de riesgo que aquellos con una edad de inicio más tardía.

Al hablar con los jóvenes y sus familias, el modelo para la etiología de la esquizofrenia más fácil de entender es el modelo de estrés/vulnerabilidad. Los factores de riesgo (o vulnerabilidades) para el desarrollo de esquizofrenia incluyen:

- Historia familiar de psicosis, especialmente en familiares de primer grado.
- Personalidad en el espectro esquizotípico, esquizoide o paranoide, y

- Ser adolescente o adulto joven.

Los factores precipitantes de un episodio psicótico incluyen factores orgánicos, como el uso ilícito o médico de drogas, enfermedad física grave, trauma u otra fuente de estrés psicológico, como iniciar un periodo de estudios más difícil.

SÍNTOMAS DE LA PSICOSIS

Síntomas positivos

- Alucinaciones. Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas o escuchar voces. Las alucinaciones visuales son más comunes en niños que en adultos (hasta 50% en algunas cohortes).
- Delirios, generalmente persecutorios o de grandeza.

Síntomas negativos

- Motivación reducida.
- Afecto embotado o aplanamiento afectivo.
- Retraimiento social.
- Deterioro en rendimiento cognitivo en dominios como la atención, la concentración, la memoria y la planificación.

Los síntomas negativos y cognitivos son los que mejor predicen los resultados a largo plazo, y pueden preceder por muchos meses a la aparición de alucinaciones o delirios. Además, son comunes los cambios en el estado de ánimo, la ansiedad y los niveles de agitación.

Los dos trastornos psicóticos más frecuentes son la esquizofrenia y el trastorno bipolar. La tabla H.5.1 resume los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia. Los síntomas prominentes son las alucinaciones o los delirios. Las personas que reciben un diagnóstico de trastorno esquizofreniforme presentan los mismos síntomas que las personas con esquizofrenia, pero con una duración de menos de seis meses. También existe en ambos trastornos una conducta perturbada y un deterioro en el funcionamiento, incluyendo el rendimiento escolar y el funcionamiento social. En el trastorno bipolar, la característica predominante es un período distintivo de síntomas anímicos, donde el más prominente es la manía (al menos un episodio de estado de ánimo muy elevado que afecta todas las áreas del funcionamiento, incluyendo el sueño y la cognición, durante al menos siete días). En caso de un trastorno bipolar psicótico, si el paciente es maníaco tiende a tener delirios y alucinaciones de grandiosidad y depresivos (por ejemplo, de culpa, ruina, falta de valor) si el paciente tiene una depresión psicótica.

Los episodios iniciales de un trastorno bipolar suelen ser de tipo depresivo, por lo que el diagnóstico no estará claro hasta después de que el joven tenga un episodio maníaco (ver capítulo E.2). El diagnóstico de esquizofrenia y de trastornos de estado de ánimo psicótico tiene escasa fiabilidad en la fase inicial, con baja concordancia en términos del diagnóstico e inestabilidad de éste a través del tiempo.

CURSO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Una evolución favorable de la psicosis de inicio temprano incluye no sólo la resolución de los síntomas psicóticos agudos, como alucinaciones y delirios, sino también una reducción en los síntomas negativos y un retorno a los círculos



Pulsa en la imagen para escuchar la descripción que hace una mujer con un trastorno bipolar, del fenómeno psicótico que tuvo cuando era una adolescente (3:06: en inglés)

educativos y sociales. Una recuperación rápida es más probable si el tratamiento es temprano, el inicio es más agudo, y la enfermedad tiene pocos síntomas negativos. El inicio temprano está asociado a un peor pronóstico, especialmente si comienza en la infancia (Hollis, 2000); aquellos en los que la enfermedad comienza antes de los 18 años tienen un resultado peor que aquellos con inicio en la edad adulta (Schimmelmann y cols, 2007). El género masculino, el consumo habitual de sustancias, el trastorno generalizado del desarrollo, el bajo funcionamiento premórbido y el comienzo insidioso también están asociados a una peor evolución.

El tratamiento temprano no sólo reduce la gravedad del primer episodio sino que también ayuda a evitar las recaídas. Aún cuando la recuperación es positiva después del primer episodio – alrededor de un 20% de los jóvenes con esquizofrenia presenta un sólo episodio – una recaída no sólo es extremadamente perjudicial para el desarrollo educacional, vocacional y personal, sino también que puede hacerse menos sensitiva al tratamiento. Para reducir el riesgo, es importante realizar un seguimiento activo después de la recuperación del primer episodio, incluyendo un plan claro para vigilar por signos tempranos de alerta (signos sutiles de deterioro en el estado mental), y continuar con la medicación antipsicótica durante doce meses después de la recuperación.

PSICOSIS EN GRUPOS ESPECÍFICOS

Trastornos del desarrollo

Los jóvenes con problemas del desarrollo, en particular trastornos generalizados del desarrollo, tienen un mayor riesgo de psicosis, pero también son más propensos a ser diagnosticados erróneamente como psicóticos. Los trastornos generalizados del desarrollo y los trastornos del espectro autista se describen en el capítulo C.2. Estos trastornos se manifiestan con déficits en la interacción social y en la comunicación verbal y no verbal, intereses restringidos y conductas estereotipadas. Debido a que los déficits fundamentales de los trastornos generalizados del desarrollo producen dificultades en la interacción social, comportamientos repetitivos u otro tipo de conductas inusuales, y preocupaciones extrañas, puede ser difícil diferenciar entre estos síntomas y otros trastornos psiquiátricos. Ciertos comportamientos y cogniciones asociadas a los trastornos generalizados del desarrollo son similares a los de trastornos de ansiedad, al trastorno obsesivo compulsivo o incluso la esquizofrenia. Los diversos fenotipos comúnmente vistos en los familiares de niños con autismo, como el retraso en el lenguaje, funcionamiento social deficiente y el déficit de funciones ejecutivas, son también factores de riesgo para la esquizofrenia (Losh y cols, 2008), lo que sugiere la existencia de factores causales comunes.

Existe tal superposición entre los síntomas de los trastornos generalizados del desarrollo y de la psicosis que antes de la década de 1970 el término psicosis infantil era ampliamente utilizado para referirse tanto a la esquizofrenia como al autismo. Gran parte del trabajo realizado desde entonces en esta área, como los estudios seminales de Kolvin (Kolvin, 1971), se concentró en la identificación de diferencias entre el autismo y la esquizofrenia, incluyendo la edad de inicio y la evolución de la enfermedad. Durante las últimas dos décadas, los trastornos generalizados del desarrollo y la esquizofrenia de inicio en la infancia han sido claramente delineados, y la investigación se ha centrado en la identificación de

psicosis comórbidas y otras enfermedades mentales en la población con trastornos del desarrollo.

En la práctica clínica, la dificultad principal es el diagnóstico diferencial en una persona joven con un trastorno generalizado del desarrollo con comportamiento extraño o con un funcionamiento alterado (Starling y Dossetor, 2009). Es importante considerar las creencias falsas y la conducta en el contexto del desarrollo, especialmente en jóvenes con discapacidad intelectual. En esta población, la ansiedad o la depresión también puede manifestarse en forma de comportamientos inusuales. La psicosis no debería diagnosticarse en personas con trastornos generalizados del desarrollo sin la presencia de alucinaciones o delirios, porque la conducta alterada en sí no constituye evidencia suficiente.

Jóvenes con antecedentes de trauma

La tasa de trastornos psicóticos aumenta significativamente en adultos con historia de abuso sexual en la infancia (Cutajar et al, 2010). Un historial de trauma psicológico o maltrato también aumenta el riesgo de transición de síntomas prodrómicos a un trastorno psicótico en adultos jóvenes (Bechdolf et al, 2010b). No existe suficiente evidencia que explique la relación entre el trauma y la psicosis en niños y adolescentes, sin embargo los jóvenes con historia de trauma son más propensos a presentar alucinaciones, a veces como síntoma de un trastorno de estrés postraumático (Shevlin et al, 2007). Se debate si las alucinaciones auditivas descritas por jóvenes con antecedentes de trauma infantil son diferentes de las de aquellos sin un historial de abuso. Algunos estudios han encontrado que las alucinaciones están directamente relacionadas con la experiencia traumática, mientras que otros no han encontrado diferencias en los síntomas (Scott et al, 2007b).

Una historia de trauma en la infancia también aumenta el riesgo de agresión, autoagresión, intentos de suicidio y abuso de sustancias en pacientes con psicosis (Hainsworth et al, 2011). Clínicamente, esto significa que es probable que los jóvenes con psicosis y antecedentes traumáticos sean más difíciles de tratar, y sean potencialmente más peligrosos para sí mismos y para otros. También son más propensos a vivir lejos de sus familias o a tener menor apoyo familiar. Es importante ser conscientes de las causas de la conducta alterada, y proporcionar tratamiento tanto para los síntomas del trauma, como para el trastorno psicótico.

Consumo de sustancias

La relación entre el consumo de drogas y la psicosis temprana es compleja. Existe evidencia consistente de que el uso temprano de cannabis aumenta el riesgo de psicosis en la edad adulta, siendo algunos jóvenes más vulnerables que otros. Una investigación de cohorte en Nueva Zelanda sugiere que el uso de cannabis aumenta diez veces el riesgo de psicosis en personas con un polimorfismo funcional de la catecol-O-metiltransferasa (COMT), que esta asociada a la producción de dopamina en el cerebro, sugiriendo la existencia de una interacción entre los genes y el entorno (Caspi et al, 2005). El consumo de drogas, especialmente la marihuana, los psicoestimulantes y los alucinógenos, pueden precipitar un episodio psicótico, reducir la respuesta al tratamiento y aumentar el riesgo de recaída después de la recuperación. El consumo de cannabis puede empeorar el deterioro cognitivo. Así mismo, la intoxicación aguda por drogas puede imitar una psicosis, aunque

Tabla H.5.2 Evaluación del estado mental para síntomas psicóticos

	Preguntas de la entrevista	Justificación de las preguntas
Apariencia y conducta	Observación durante la entrevista	Describir conducta y vestimenta inusual y si es posible encontrarle una explicación
Insight	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Podrías decirme por qué has venido a verme? - ¿Crees que hay algo en lo que necesites ayuda? 	Si entienden que no están bien y si ven la necesidad del tratamiento, la cooperación es más probable
Estado del Ánimo: deprimido	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Te has sentido deprimido o decaído últimamente? - ¿Has perdido el interés en las cosas que antes disfrutabas? - ¿Has tenido problemas para dormir? - ¿Has pensado en hacerte daño? - Si responde afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, preguntar también acerca de la dieta, agitación, concentración, pensamientos de culpa o desesperanza, e ideas o planes suicidas. 	Búsqueda de historia pasada y actual de depresión y de riesgo de autoagresión o suicidio
Estado del Ánimo: elevado	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha experimentado alguna vez un período en el que se sintió extremadamente bien, excitado o hiperactivo que sintió que estaba perdiendo el control, o hizo cosas preocupantes? - Si responde afirmativamente, indagar en los detalles. 	Un período de estado de ánimo elevado puede ser la manifestación de un trastorno bipolar
Tipo de pensamiento	Observación de la fluidez del pensamiento y del habla en la entrevista	Trastornos del pensamiento se ven a menudo en la psicosis y el tipo de trastorno ayuda a definir el diagnóstico. Un trastorno del pensamiento es cuando los pensamientos no están bien conectados. El habla puede estar acelerada en el trastorno bipolar o enlentecida en la depresión.
Alteraciones perceptuales: alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Alguna vez has escuchado cosas que los demás no podían oír, como ruidos o voces de personas? - Si Sí, ¿Qué escuchaste y con qué frecuencia? - Si eran voces, ¿Hicieron comentarios sobre lo que estabas pensando o haciendo? - ¿Cuántas voces oías? ¿Estaban hablando entre ellas? - ¿Has tenido visiones o has visto cosas que otras personas no pueden ver? (Indagar los detalles) - También preguntar por alteraciones táctiles, olfativas y gustatorias. 	Estas preguntas tratan de evaluar los síntomas psicóticos básicos. A medida que las alucinaciones se vuelven más complejas (con mayor frecuencia, decir más cosas, escuchar más de una voz), más probable es que sea un trastorno psicótico.
Contenido del pensamiento: delirios	<p>Comenzar con "Me gustaría preguntarte acerca de experiencias inusuales que a veces tienen las personas"</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Te ha parecido que las personas hablan de ti o se fijan de manera especial en ti? - ¿Has recibido alguna vez mensajes especiales a través de la radio, televisión u otras cosas alrededor tuyo? - ¿Ha habido alguien que te haya tratado de hacer pasar un mal rato o hacerte daño? - ¿Te has sentido especialmente importante o que podías hacer cosas que los demás no podían? - Si responde afirmativamente a alguna pregunta, indagar los detalles 	A medida que los delirios se vuelven más complejos (p.ej, las personas no solamente me miran, sino que tienen un plan elaborado para hacerme daño) es más probable un trastorno psicótico. Los delirios paranoides son más frecuentes en los trastornos del espectro de la esquizofrenia, y los delirios grandiosos, en el trastorno bipolar.
Funcionamiento cognitivo	Preguntar sobre el funcionamiento actual y pasado, incluyendo la concentración, motivación, capacidad para aprender y calificaciones académicas.	El funcionamiento cognitivo premórbido influye en el pronóstico, mientras que el deterioro se ve no solamente en los trastornos psicóticos sino también en la depresión.

los síntomas generalmente duran sólo horas o días. Los síntomas que duran días o semanas sugieren un abuso de sustancias grave o una enfermedad psicótica (Volkow, 2009).

Las drogas ilícitas también pueden ser utilizadas en un intento de automedicar la angustia en la fase prodrómica de la esquizofrenia, así que la enfermedad psicótica precede al abuso de sustancias; el consumo constante resulta en que sea menos probable que las alucinaciones y los delirios respondan a la medicación. En el sitio web de [ORYGEN](#) se detallan estrategias para ayudar a los jóvenes con psicosis y consumo de sustancias.

EVALUACIÓN

El objetivo de la evaluación inicial de un joven que presenta con un trastorno psicótico no es exclusivamente realizar el diagnóstico sino también establecer un buen vínculo (*rapport*) y preparar el escenario para el tratamiento continuo de la enfermedad, que con frecuencia es crónica. Aún cuando avanzar despacio y cautelosamente en esta etapa podría considerarse una pérdida de tiempo, el forzar el tratamiento sin haber tenido conversaciones previas detalladas, educación y un buen conocimiento del paciente y su familia, puede llevar a que se evite el tratamiento más adelante y a recaídas.

Evaluación individual

Obtener la historia de los síntomas psicóticos puede ser difícil. Los jóvenes a menudo evitan discutir estos síntomas porque tienen miedo de que se les tilden de “locos”. Por esto, es necesario darles la opción de elegir si prefieren ir solos a la consulta o con un adulto de confianza, normalmente uno de los padres – a pesar de que siempre es necesario pasar un periodo de tiempo solamente con el paciente, por ejemplo, para evaluar tendencias suicidas. Comenzar la entrevista conversando sobre temas neutrales, como la familia, la escuela, las aficiones y amistades, ayuda a construir una buena relación y establecer un marco de su funcionamiento general. El entrevistador puede entonces preguntar acerca de las preocupaciones o inquietudes específicas y explorarlas en detalle.

Es crucial preguntar al paciente por síntomas de ansiedad y estado de ánimo deprimido o elevado, así como también por pensamientos de autolesión o ideas suicidas. Por último, es necesario realizar preguntas específicas acerca de los síntomas psicóticos, donde es importante ser neutral pero directo, por ejemplo, decir “*voy a hacerte algunas preguntas que parecen realmente extrañas pero que son importantes para ayudarme a entender qué está pasando con tus pensamientos*”. Puede ser necesario realizar varias entrevistas antes de establecer completamente los síntomas, y puede ser difícil para los jóvenes que están confundidos expresar en palabras el caos de sus pensamientos. En la Tabla H.5.2 se dan algunos ejemplos de preguntas que se pueden utilizar para una evaluación completa de los síntomas psicóticos.

También es importante discutir con el paciente las normas de confidencialidad. Aún cuando los pensamientos o sentimientos de los adolescentes debe mantenerse confidenciales, si expresan un deseo intenso de dañarse a sí mismos o a otras personas, hay un deber de revelar esto por razones de seguridad. Del mismo modo, una historia de abuso sexual o físico también puede requerir informar a las autoridades pertinentes, en función de las leyes del país.

Tabla H.5.3 Estudios recomendados para la evaluación basal de las psicosis de inicio temprano

Estudio	Justificación
Recuento sanguíneo completo	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de trastornos hematológicos preexistentes, como la anemia. • Supervisión de los efectos secundarios de los estabilizadores del ánimo
Urea, electrolitos, pruebas de función hepática	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar anomalías preexistentes (aunque rara, puede observarse polidipsia en la psicosis). • Supervisión de los efectos secundarios de los medicamentos (algunos antipsicóticos y antidepressivos pueden causar hipernatremia, los estabilizadores del ánimo pueden afectar la función hepática)
Glucosa, colesterol y triglicéridos en ayunas	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de resistencia a la insulina o anomalías lipídicas, al inicio y cada seis meses, ya que la mayoría de los antipsicóticos producen un aumento del peso y resistencia a la insulina
Función tiroidea	<ul style="list-style-type: none"> • Las anomalías tiroideas pueden generar un ánimo elevado o depresión, y son un efecto secundario del tratamiento con litio.
Niveles de calcio	<ul style="list-style-type: none"> • Las anomalías en los niveles de calcio son una causa rara de psicosis.
Prolactina	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar una hiperprolactinemia previa al tratamiento (p.ej. debido a un tumor pituitario). • Monitorear una prolactinemia inducida por el uso de antipsicóticos.
Imágenes cerebrales (Tomografía Axial Computarizada, TAC; Resonancia Magnética, RM)	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar lesiones neuroanatómicas preexistentes (lesiones, tumores malignos) • La RM es preferible debido a que tiene una mayor resolución de imagen, y menor exposición a radiación, sin embargo, el ruido y la claustrofobia podrían no ser tolerados por algunos pacientes.
EEG	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar un trastorno convulsivo
Cribado de drogas en orina	<ul style="list-style-type: none"> • Descartar el uso reciente de drogas o identificar las drogas ilícitas consumidas recientemente.

Es importante recordar que es infrecuente que se presente un trastorno psicótico aislado. Entre las comorbilidades más frecuentes se incluyen el abuso de sustancias (preguntar sobre el uso de tabaco, cannabis y estimulantes), ansiedad, depresión, trastornos de conducta, una historia de trauma o trastornos del desarrollo.

Otras evaluaciones

Los padres pueden proporcionar la historia del desarrollo del paciente, incluyendo el embarazo (infecciones virales, consumo de alcohol y de drogas materno, otros problemas), complicaciones en el parto (cesárea de emergencia, hemorragia o hipoxia), retrasos o alteraciones del desarrollo, y también pueden describir los síntomas del paciente, cuando éste es reacio a hablar de ellos o no tiene conciencia de ellos. Los hermanos frecuentemente pueden agregar información valiosa, especialmente acerca de las interacciones y el funcionamiento social del paciente. Los antecedentes remotos y los antecedentes psiquiátricos familiares pueden ser un elemento clave para el diagnóstico.

Para realizar una evaluación precisa también será necesario obtener información de la escuela sobre el funcionamiento académico y social, y de los

servicios de salud y otras instituciones de atención; no sólo del estado mental, sino también de los niveles actuales y anteriores de funcionamiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La prioridad es decidir si los síntomas realmente corresponden a una enfermedad psicótica o son debidos a otro trastorno. Por ejemplo, un adolescente deprimido puede decir que escucha una voz diciendo que no vale nada, pero en realidad se está refiriendo a sus propios pensamientos, un adolescente ansioso pueden ver sombras cerca de su cama y estar convencido de que los ladrones han irrumpido en la casa.

También pueden haber síntomas de psicosis pero sin cumplir los criterios diagnósticos para el trastorno. Muchas personas con esquizofrenia pasan por un pródromo, con alteraciones en el estado de ánimo, pensamientos y comportamientos extraños y cierto deterioro en el funcionamiento. Sin embargo, estos síntomas no son específicos y pueden tener otras causas, por ejemplo, un trastorno de adaptación o depresión. La investigación también ha identificado *experiencias de tipo psicótico* – creencias extrañas, ideas persecutorias y pensamiento mágico; todos estos síntomas, con excepción del pensamiento mágico, aumentan el riesgo de un desarrollo posterior de una psicosis (Yung et al, 2006). Incluso si es claro que el paciente cumple los criterios para un trastorno psicótico, puede ser difícil establecer un diagnóstico específico (por ejemplo, si es una esquizofrenia o un trastorno bipolar). Muchos de los diagnósticos realizados en la primera consulta resultan ser incorrectos más tarde (McGorry et al, 1995). Por lo tanto, algunos expertos prefieren usar el término *psicosis de inicio temprano*, que refleja esta incertidumbre en el diagnóstico y proporciona más flexibilidad en el tratamiento. Si hay una enfermedad psicótica definitiva, el tratamiento temprano es crucial, independientemente de su naturaleza (p. ej.: esquizofrenia, trastorno del estado de ánimo). Cuanto más larga sea la duración de la psicosis no tratada más difícil será tratar los síntomas y mayor el riesgo de discapacidad a largo plazo (Leeson et al, 2011). También es importante no olvidarse de evaluar los síntomas depresivos o el estado de ánimo elevado, para no diagnosticar erróneamente un trastorno del estado del ánimo como esquizofrenia.

Otros diagnósticos diferenciales posibles incluyen los trastornos generalizados del desarrollo, trastorno por estrés post traumático con recuerdos recurrentes (flashbacks), delirio e intoxicación por drogas, o psicosis inducida por drogas, como se explicó anteriormente. Por último, es importante excluir posibles trastornos orgánicos que pueden confundirse con la psicosis, como el delirium, trastornos neurológicos y otros problemas médicos, tales como la tirotoxicosis o una deficiencia de vitamina B12. Esto puede determinarse mediante un examen y evaluación física, como se detalla a continuación.

Evaluación física

La evaluación física se detalla en la Tabla H.5.3. Estas investigaciones no sólo se realizan para descartar las causas orgánicas tratables de la psicosis sino también como un punto de referencia para vigilar, prevenir y controlar los efectos secundarios del tratamiento. Es esencial hacer un examen físico completo con especial énfasis en anomalías neurológicas o del desarrollo. El peso, talla, contorno

Tabla H.5.4 Efectos secundarios comunes de medicamentos antipsicóticos seleccionados utilizados en la psicosis de inicio temprano									
Medicamentos	Dosis (mg)	Efectos secundarios Extra piramidales	Sedación	Aumento de peso	Prolactina	Hipotensión postural	Desventajas potenciales	Comentarios	
Risperidona	1-6 mg.	++	++	++	+++	++	<ul style="list-style-type: none"> Galactorrea Sedación 	La mayoría de la evidencia proviene del uso en adolescentes (inclusive en autismo).	
Quetiapina	200-800 mg.	+	++	++	+	+	<ul style="list-style-type: none"> Sedación inicial, a menudo permanente 	Útil para las psicosis con trastornos del ánimo o ansiedad.	
Aripiprazol	10-30 mg.	++	+	+		+	<ul style="list-style-type: none"> Agitación inicial 	Sedación, aumento de peso y prolactina elevada son poco frecuentes.	
Olanzapina	5-20 mg.	+	+++	+++	+	+	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de peso muy significativo Sedación. No se recomienda a largo plazo 	Sedante y calmante cuando hay síntomas agudos.	
Clorpromazina	50-300 mg.	+	+++	++	++	++	<ul style="list-style-type: none"> Aumento de peso, sedación 	Sedante y calmante cuando hay síntomas agudos.	
Haloperidol	1-10 mg.	+++	++	+	+	+	<ul style="list-style-type: none"> Efectos secundarios extrapiramidales graves, incluyendo agitación y rigidez. 	Menos sedante, fuerte efecto antipsicótico.	

de cintura, presión arterial y pulso deben ser registrados al inicio, y examinados regularmente. Existen enfermedades autoinmunes o inflamatorias agudas que pueden imitar la psicosis, especialmente cuando el inicio es agudo (los síntomas en estos casos podrían ser delirios). Pueden ser necesario realizar una interconsulta pediátrica, o a otros profesionales.

TRATAMIENTO

Tratamiento mínimamente coercitivo

La evaluación siempre debe considerar el riesgo, tanto para el paciente como para los demás. Lo ideal es que la evaluación y el tratamiento se realice mientras que el paciente permanece en casa con su familia, pero puede ser necesario una hospitalización si:

- Hay un alto riesgo de suicidio
- Existe riesgo de que el paciente agrede a los demás (p.ej., debido a ideas delirantes)
- El paciente está en riesgo de ser explotado por otros mientras que se encuentra mal
- El paciente no tiene hogar
- Los cuidadores están agotados. Por ejemplo, cuando el adolescente ha necesitado supervisión permanente por muchos días y su familia ya no puede manejar el estrés
- Existen síntomas físicos graves, como niveles oscilantes de conciencia, que requieren una evaluación médica urgente.

En la mayoría de los casos, debe utilizarse la opción menos restrictiva de la libertad del paciente, teniendo en cuenta el riesgo asociado. Si el riesgo es alto, podría requerirse la hospitalización involuntaria si no es posible obtener el consentimiento del joven o su familia, o si el joven no está lo suficientemente bien como para tomar decisiones racionales sobre el tratamiento. Las leyes sobre la hospitalización involuntaria varían según el país, pero en muchos sólo se permite el tratamiento contra la voluntad de una persona si existe grave peligro para sí mismo o para otros.

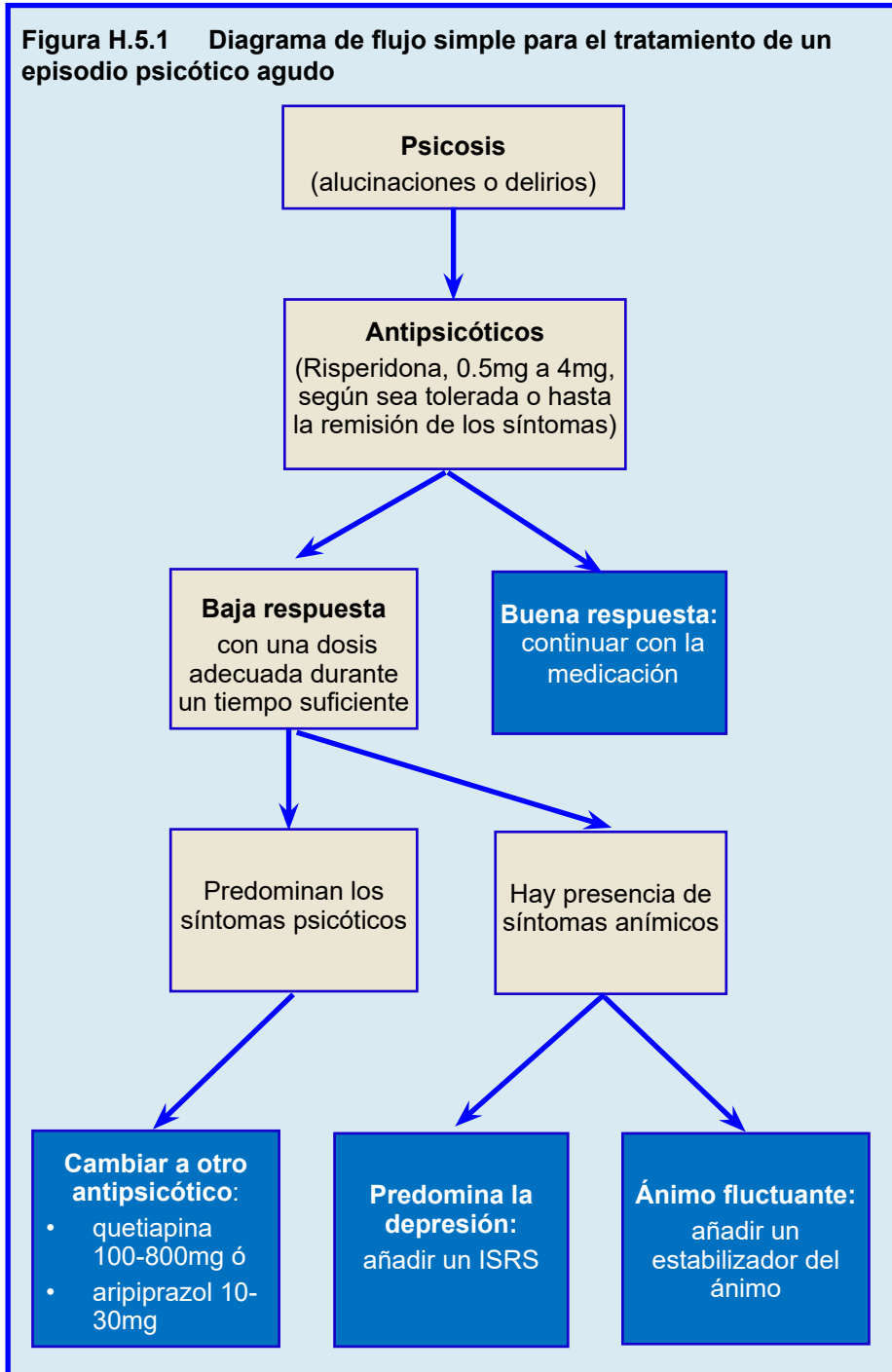
Si bien es posible hospitalizar a un niño menor de dieciséis años con el consentimiento de sus padres (en muchos países las personas tienen la capacidad de dar su consentimiento para el tratamiento a los 16 años de edad, ver el capítulo A.1), también es importante respetar los derechos del niño, incluido el derecho a opinar sobre el tratamiento y protección contra la violencia (protección de sufrir daño físico y mental por parte de los cuidadores). Esto significa que, incluso si niños y jóvenes son admitidos en contra de su voluntad, se debe hacer todo lo posible para discutir su tratamiento con ellos, tener en cuenta sus preferencias siempre que sea posible y para mantener al mínimo el uso de prácticas coercitivas como la inmovilización forzada.

Resumen de los tratamientos

Biologicos

La medicación antipsicótica es esencial para el tratamiento de la psicosis.

Figura H.5.1 Diagrama de flujo simple para el tratamiento de un episodio psicótico agudo



La mayoría de los tratamientos disponibles para niños y jóvenes se extrapolaron a partir de los resultados de estudios en adultos. Entre los estudios realizados en niños se incluye un ensayo controlado aleatorio (ECA) pequeño que mostró que el haloperidol era superior al placebo (Spencer y Campbell, 1994), y un ECA pequeño (21 casos) donde se observó que la clozapina era superior al haloperidol (Kumra et al, 1996). Los estudios realizados en adolescentes muestran una eficacia similar a la obtenida en adultos en el tratamiento con olanzapina, risperidona y haloperidol pero con diferentes perfiles de efectos secundarios y una tendencia no significativa de mayor efectividad para la olanzapina y la risperidona (Gothelf et al, 2003; Sikich et al, 2008). Estos hallazgos son similares a los de ensayos de tratamiento para adultos.



Pulsa en la imagen para acceder a Get help early (Recibe ayuda temprana) (Grupo de trabajo de Ontario para la intervención temprana de la psicosis, Canadá).

Psicológicos

Las intervenciones incluyen la psicoeducación y la terapia cognitivo conductual. Nuevamente, la evidencia existente proviene de estudios de cohortes con adolescentes y adultos, donde múltiples estudios muestran los beneficios de estas terapias (Bechdolf et al, 2010a).

Tabla H.5.5 Efectos secundarios comunes y graves de la clozapina y su manejo

	Efecto secundario	Signos y síntomas	Monitoreo y tratamiento
De riesgo vital	Agranulocitosis ó neutropenia	<ul style="list-style-type: none"> Caída del recuento de glóbulos blancos Infecciones 	<ul style="list-style-type: none"> Recuento semanal de glóbulos blancos por protocolo de uso de clozapina, controles regulares de temperatura y estado general. Suspender la clozapina si bajan los neutrófilos
	Cardiomiopatía	<ul style="list-style-type: none"> Taquicardia Fiebre Fatiga Dolor de pecho 	<ul style="list-style-type: none"> ECG antes de comenzar con la clozapina, monitorear temperatura y frecuencia cardíaca, niveles de troponina si está disponible. Suspender la clozapina si esto ocurre
Otros efectos secundarios comunes	Sedación		<ul style="list-style-type: none"> Dar la mayor parte de la dosis a la noche
	Hipersalivación	<ul style="list-style-type: none"> Salivación, especialmente durante la noche 	<ul style="list-style-type: none"> Dosis bajas de escopolamina
	Constipación	<ul style="list-style-type: none"> Recordar preguntar a los pacientes a este respecto 	<ul style="list-style-type: none"> Dieta alta en fibra
	Otros efectos cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> Hipotensión Taquicardia. 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilancia si es menor; si es significativo derivar a un cardiólogo
	Aumento de peso	<ul style="list-style-type: none"> Puede ser grave (10kg y más) 	<ul style="list-style-type: none"> Medir el peso y contorno de cintura regularmente Manejo de dieta
	Convulsiones		<ul style="list-style-type: none"> Pausar el tratamiento por un día Reducir la dosis Uso de anticonvulsionantes
	Orinarse en la cama	<ul style="list-style-type: none"> Se presenta en 1 de cada 5, posiblemente más en adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir la ingesta de líquidos por la noche Cambiar régimen de dosis

Sociales

Estas terapias incluyen intervenciones familiares y de entrenamiento en habilidades sociales que han mostrado beneficios en múltiples ensayos realizados en adultos (Addington et al, 2005; 2010).

Farmacoterapia

El uso de medicamentos en el tratamiento de la esquizofrenia se describe en más detalle en el [capítulo H.5.1](#)

Sedación aguda

Si se presenta una perturbación grave de la conducta o existe peligro inminente, puede ser necesaria la sedación de emergencia. Se prefiere una medicación oral de acción rápida como lorazepam (1mg- 2mg), risperidona (0,5 mg-1 mg) u olanzapina (2,5 mg a 5 mg). Las tabletas orales dispersables se absorben rápidamente y se disuelven en la boca por lo que son más difíciles de escupir. Si el paciente rechaza la medicación oral, se recomienda administrar lorazepam (1mg-2 mg) o haloperidol (2,5 mg-5mg) intramuscular. La sedación intramuscular normalmente requiere inmovilización física que puede ser desagradable para el niño y la familia. Es importante utilizar el método de sedación menos coercitivo posible, no sólo para respetar los derechos del joven, sino también porque la primera experiencia de tratamiento puede ser muy aversiva, y hacer la diferencia entre aceptar el tratamiento en el futuro o evitarlo.

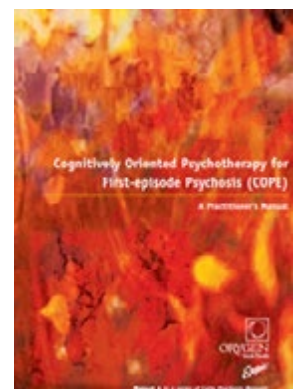
Manejo continuo de la medicación

Si tratamiento urgente no es necesario, la elección de medicación se basa en su capacidad de controlar los síntomas psicóticos y de manejar las discapacidades asociadas, como se resume en la Figura H.5.1 (para el tratamiento de la depresión psicótica y los episodios maníacos ver los Capítulos E.1 y E.2 respectivamente). Los antipsicóticos se utilizan para tratar las alucinaciones y los delirios. En la depresión psicótica, es necesario añadir un antidepresivo. Cuando hay manía, puede ser más apropiado utilizar un estabilizador del ánimo. La Tabla H.5.4 resume los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos más utilizados. Se recomienda empezar con una *dosis pequeña e ir aumentando gradualmente* la dosis de fármacos antipsicóticos para evitar efectos secundarios y maximizar la adherencia al tratamiento. (Para un resumen detallado de algoritmos de tratamientos basados en la evidencia, el uso de determinados medicamentos y efectos secundarios, véase Taylor, 2012)

Si está disponible, se recomienda un antipsicótico de segunda generación (atípico) como tratamiento de primera línea, porque tiene mejores resultados en el tratamiento de la psicosis aguda y un menor riesgo de trastornos del movimiento, especialmente discinesia tardía (Davis et al, 2003 ; Leucht et al, 2009). Sin embargo, los antipsicóticos de segunda generación son más caros, por lo que puede ser necesario utilizar un antipsicótico de primera generación, como por ejemplo el haloperidol, que también es altamente eficaz (Schooler et al, 2005) pero que tiene más efectos secundarios que la risperidona.

Cuando no hay respuesta a la medicación antipsicótica después de dos semanas, es necesario revisar la medicación – generalmente en ese momento ya se debería observar alguna respuesta en los síntomas psicóticos positivos. Si se

Pincha en la imagen para acceder al manual COPE (Psicoterapia Cognitiva para el primer episodio de psicosis).



ha alcanzado la dosis máxima tolerable de un medicamento sin que se observen beneficios, es necesario decidir cambiar la medicación o añadir medicación de otra clase (Figura H.5.1). Si no hay respuesta a dos o más antipsicóticos administrados sucesivamente en dosis adecuadas durante un periodo apropiado de tiempo se debe considerar la clozapina.

El uso crónico de antipsicóticos aumenta el riesgo de obesidad, diabetes tipo dos y enfermedad cardiovascular. Es crucial controlar el peso y el contorno de cintura al iniciar el tratamiento, y después a intervalos de un mes, tres meses y seis meses, con intervenciones según sea necesario.

La clozapina para la esquizofrenia resistente al tratamiento

La clozapina es un antipsicótico atípico, que es extremadamente eficaz en la esquizofrenia. Debe utilizarse si hay una mala respuesta a dos agentes antipsicóticos, habiéndose administrado cada uno en dosis suficiente durante al menos cuatro semanas. No se recomienda excepto en casos resistentes al tratamiento debido al riesgo vital de sus efectos secundarios, y por lo tanto, la necesidad de una estrecha vigilancia. La frecuencia mínima de vigilancia es el recuento semanal de glóbulos blancos durante las primeras 18 semanas, y con extremo cuidado si los neutrófilos caen por debajo de 2 por 10^9 /litro. Se debe suspender la administración de clozapina si el recuento de neutrófilos cae a 1,5 por 10^9 /litro. Muchos servicios de salud requieren la hospitalización de pacientes que van a ser tratados con clozapina para asegurar que cumplan estos requisitos de monitoreo antes de administrar el fármaco. Puede encontrar [aquí](#) un ejemplo de los requisitos de seguimiento.

Otros efectos secundarios se detallan en la Tabla H.5.5, sin embargo esta lista no es de ninguna manera completa. Se recomienda que la clozapina sea recetada sólo por especialistas conscientes de los efectos secundarios y capaces de manejar apropiadamente los riesgos.

Otras intervenciones

Existe evidencia significativa de la eficacia de otras terapias en el tratamiento de la psicosis temprana. Todas ellas han demostrado reducir el riesgo de recaída y, lo más importante, ayudar a que los jóvenes y sus familias se sientan que tienen un mejor control de sus síntomas y su tratamiento.

Psicoeducación

La psicoeducación es una forma estructurada de proporcionar información sobre los trastornos psicóticos y su tratamiento, tanto para los jóvenes como para sus familias. Existen programas en formato de manual y evidencia de que la psicoeducación reduce las recaídas en la psicosis temprana (Xia et al, 2011).

Los ingredientes de una psicoeducación efectiva incluyen:

- Proporcionar información acerca de la enfermedad y las opciones de tratamiento
- Ofrecer a los jóvenes una oportunidad para hablar de su enfermedad y sus preocupaciones
- Involucrar a los miembros de la familia en el proceso educativo, ya sea con sus hijos o en grupos de padres

Si la psicoeducación tiene éxito, se reduce la tasa de recaída debido a una mejor adherencia a la medicación, la reducción de conductas inadaptadas, como

el abuso de sustancias, y el reconocimiento temprano del retorno de los síntomas o el deterioro. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento y resolución de problemas también pueden ser parte del programa de educación (Xia et al, 2011).

Si bien los programas psicoeducativos cara a cara son útiles, estos pueden no estar disponibles en áreas remotas o rurales, o pueden no funcionar en ciertos momentos. Los recursos web también son una excelente manera de obtener información y formar parte de una red de apoyo.

Terapia cognitivo conductual (TCC)

Algunos jóvenes encuentran que la TCC les es útil para comprender y manejar sus síntomas. Los objetivos de la TCC varían dependiendo de los síntomas que se quieren tratar, pero en general incluyen estrategias de afrontamiento de las experiencias psicóticas y manejo del estado de ánimo bajo. Es más eficaz abordar directamente los síntomas psicóticos en la fase de recuperación que en la fase aguda de la enfermedad. La TCC también es útil para controlar los síntomas residuales, tales como las alucinaciones que persisten a pesar del tratamiento antipsicótico. Las estrategias incluyen:

- Explorar y enfrentarse a las ideas delirantes
- Encontrar estrategias de afrontamiento efectivas para minimizar el impacto de las alucinaciones
- Manejo de los sentimientos de desesperanza y bajo estado de ánimo, utilizando técnicas similares a las utilizadas en la TCC para la depresión.

Trabajo con las familias

Además de proporcionar apoyo, trabajar desde el comienzo con las familias implica un enfoque psicoeducativo, proporcionando información sobre la enfermedad y cómo esta afecta los pensamientos y comportamientos. Las habilidades para resolver problemas y las estrategias de comunicación ayudan a las familias a enfrentarse a situaciones difíciles y reducir la angustia en el hogar. Esto reduce el riesgo de recaída, así como también previene el alejamiento de la familia (Addington et al, 2005).

Continuidad de la medicación y manejo de los efectos secundarios

Para reducir las recaídas se recomienda continuar con la medicación antipsicótica durante al menos 12 meses después de la remisión de los síntomas. Con respecto a esto, son esenciales tanto el monitoreo cuidadoso como el manejo de los efectos secundarios. Los más frecuentes son el aumento de peso y las alteraciones metabólicas asociadas, aunque la sedación y el enlentecimiento cognitivo también pueden causar problemas. Existe alguna evidencia de metanálisis – basándose en ensayos de tratamiento en adultos – que muestran que los antipsicóticos de segunda generación son más eficaces en la prevención de recaídas que los de primera generación (Alvarez-Jiménez et al, 2011). Cada seis meses se debe examinar:

- Los movimientos involuntarios (se recomienda la Escala de Movimientos Involuntarios Anormales [AIMS – Abnormal Involuntary Movement Scale](#))
- Peso, contorno de cintura, pulso y presión arterial
- Glucosa y lípidos en ayunas.

Los trastornos del movimiento, incluyendo el Parkinson y la acatisia, son



Pincha en la imagen para ver un video acerca de la intervención temprana y tratamiento del Programa PEIR del Centro Médico de Maine, EEUU. Otros sitios web útiles son el de la [Asociación Internacional de la Psicosis Temprana \(IEPA\)](#), una red para personas involucradas en el estudio y tratamiento de la psicosis temprana, y el sitio del [Centro para la Prevención e Intervención de la Psicosis \(EPPIC\)](#). Este sitio web Australiano contiene un rango amplio de información acerca de la identificación y tratamiento de la psicosis temprana. Los profesionales de salud mental pueden registrarse en el sitio y participar de foros y sesiones educativas.

menos frecuentes con los antipsicóticos de segunda generación. Si ocurren, se recomienda probar con pequeñas dosis de un fármaco anticolinérgico, por ejemplo benztropina 0,5 mg al día. Reducir la dosis de antipsicótico es a menudo más eficaz. La discinesia tardía, un trastorno crónico del movimiento, a menudo se ve por primera vez como pequeños movimientos en la cara, la lengua o los dedos. Es importante la identificación temprana debido a que la discinesia tardía puede persistir después de suspender la medicación. Los estabilizadores del estado de ánimo utilizados más comúnmente (el carbonato de litio, valproato de sodio y la carbamazepina) son teratogénicos, y es necesario discutir esto con adolescentes sexualmente activos. El uso del litio requiere instrucciones claras sobre la necesidad de evitar la deshidratación, mantener niveles de litio regulares y realizar pruebas de función tiroidea con el objetivo de monitorear una posible toxicidad (ver el Capítulo E.2).

Prevención de las recaídas

El primer paso para evitar las recaídas es desarrollar un plan específico con el paciente para detectar señales de alerta, como dificultad para dormir, aumento de la ansiedad o los primeros signos de que las alucinaciones o delirios están reapareciendo. Si la medicación se reduce lentamente, la recurrencia de cualquier síntoma sugiere que se requiere un retorno a la dosis efectiva, o reanudar la medicación previamente eficaz si se hubiera detenido. Es esencial una vigilancia permanente durante este periodo. Pocos estudios han examinado las tasas de recaída en niños y adolescentes, sin embargo, un estudio sobre el primer episodio de psicosis encontró una recaída de 17% después de suspender la medicación a los 12 meses (Gaebel et al, 2011). Al igual que en el primer episodio, cuanto antes se trata una recaída mejor será la recuperación. Las recaídas también pueden causar un mayor deterioro cognitivo y social.

Servicios para el tratamiento de la psicosis temprana

Mientras que las escuelas, los médicos generales, los pediatras y otros profesionales de salud frecuentemente identifican a jóvenes en riesgo de desarrollar psicosis, una vez que existe una psicosis de inicio temprano, es esencial que, si es posible, se involucre a un servicio de salud mental. En Australia, por ejemplo, estos servicios incluyen equipos de servicios comunitarios de salud mental de niños y adolescentes, que tratan a jóvenes de hasta 18 años de edad, y servicios de salud mental para jóvenes, que tratan jóvenes entre 12 y 25 años. Todos estos servicios utilizan un *modelo de gestión de casos*, con un administrador de caso (un profesional de salud mental) y una interconsulta con un psiquiatra, según sea necesario. Algunos servicios también proporcionan un *manejo asertivo de casos* (manejo intensivo en pacientes difíciles, con un seguimiento más activo que incluye visitas domiciliarias), servicios para drogas y alcohol, salud general y de salud sexual, o ayuda con la gestión financiera, la vivienda y el empleo.

En áreas remotas o rurales, los servicios especializados son escasos o inexistentes. Los médicos generales locales proporcionan la mayor parte de la atención, con el apoyo de un trabajador de salud mental, a menudo un enfermero/a.



Impulsada por Henri Laborit, un cirujano e investigador francés, la compañía farmacéutica Rhône-Poulenc sintetizó la clorpromacina en 1950. El primer estudio sistemático del efecto de la clorpromacina en la esquizofrenia, que incluyó a 38 pacientes, fue publicado por los psiquiatras franceses Jean Delay y Pierre Deniker en 1952. Jean Delay creó el término "psicofarmacología", propuso la definición de drogas neurolépticas (literalmente, "sustancias que tienen los nervios"), y en conjunto con Deniker estableció la primera clasificación de las drogas psicotrópicas. Actualmente, la clorpromacina aún es utilizada en el contexto clínico.

Foto: Delay (izq) y Deniker.

Los recursos de Internet mencionados anteriormente pueden ser útiles tanto para guiar el tratamiento, como para proporcionar educación a los jóvenes y sus familias.

RECUPERACIÓN, RETORNO A LA ESCUELA Y EVOLUCIÓN

Es importante ser a la vez optimista y honesto al hablar con los jóvenes y sus familias. Ellos necesitan saber que, aunque los síntomas psicóticos agudos casi siempre remiten con tratamiento a los pocos días o semanas, los síntomas negativos, como la falta de motivación, la falta de concentración y el enlentecimiento cognitivo pueden durar muchos meses, especialmente en el caso de la esquizofrenia. Mientras que la mayoría de los síntomas mejoran durante los primeros seis meses de tratamiento, una mejoría completa puede tardar hasta dos años. Los trastornos del espectro de la esquizofrenia tienden a tener una respuesta más lenta, más déficits residuales y un riesgo de por vida de recaída de hasta un 90%. Un buen pronóstico es más probable cuando los síntomas psicóticos son de inicio rápido, los síntomas anímicos son prominentes, existía un buen funcionamiento social y educacional antes del comienzo de la enfermedad, y la respuesta al tratamiento es rápida.

Puede que sea difícil volver a la escuela debido a los síntomas negativos, las dificultades cognitivas, o los días de clase perdidos, además de tener que explicar a los demás el motivo de la ausencia. Las opciones dependen de lo que tengan a disposición los servicios locales de salud y educación. Es recomendable establecer contacto con la escuela y negociar una asistencia parcial a las clases, al menos inicialmente. Cuando se dispone de consejeros escolares o similares, su participación es crucial. Algunos países ofrecen programas educativos con clases más pequeñas y con personal capacitado para tratar a jóvenes con trastornos psicológicos. Para aquellos que ya han completado la educación escolar, las instituciones que ofrecen formación profesional pueden proporcionar apoyo para estos pacientes. Para aquellos jóvenes que necesitan un periodo de recuperación más prolongado, puede ser necesario la hospitalización parcial o ambulatoria (p.ej. hospitalización de día), o programas de preparación laboral. Otras intervenciones basadas en la evidencia, tales como el entrenamiento en habilidades sociales o estrategias de rehabilitación cognitiva también pueden ser útiles (Poletti et al, 2010; Addington et al, 2010).

Recuperación incompleta

Algunos jóvenes con esquizofrenia no responden completamente al tratamiento y continúan presentando síntomas positivos o negativos. Entre las causas de la recuperación incompleta se incluyen:

- *Factores del niño o adolescente*, incluyendo la adherencia al tratamiento. Adherencia al tratamiento puede ser deficiente debido a la falta de conocimiento de su enfermedad, la preocupación por los efectos secundarios, como aumento de peso o síntomas extrapiramidales. La presencia de trastornos comórbidos, como el abuso de drogas y alcohol, una historia de trauma o un trastorno generalizado del desarrollo hacen más difícil el tratamiento de la psicosis.
- *Factores de la enfermedad*. Algunos jóvenes presentan una forma más severa de la enfermedad, con un pródromo largo y síntomas negativos prominentes, que tarda más en responder al tratamiento o que puede no

responder completamente.

- *Factores del tratamiento.* Una respuesta inadecuada es más probable si la experiencia inicial del tratamiento fue coercitiva o si los pacientes no tienen un seguimiento activo. El estrés constante en la escuela o en la familia (por ejemplo, emoción altamente expresada) hacen más probable la recaída. Los tratamientos psicológicos tales como la TCC o la terapia familiar ayudan a prevenir la recaída mediante la enseñanza de estrategias para gestionar los primeros síntomas y reducir y manejar el estrés.

Apoyo a la familia y otros cuidadores

Cuidar de jóvenes con una enfermedad mental crónica puede ser agotador para sus familias. Tanto la psicoeducación a la familia, como los sitios web informativos y grupos de apoyo pueden ayudar a que las familias y los cuidadores se sientan menos solos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los síntomas psicóticos en niños y adolescentes pueden ser confusos y difíciles de evaluar inicialmente. Sin embargo, los primeros síntomas, tales como el deterioro en el funcionamiento o las alucinaciones, deben ser tomados en serio. Mientras que muchos de los síntomas remiten con el tiempo, cuando los síntomas aparecen más temprano se asocian con un mayor riesgo de trastornos del espectro de la esquizofrenia en la vida adulta. También hay buena evidencia de que el tratamiento temprano reduce la morbilidad y la mortalidad asociadas con este grupo de enfermedades mentales graves.

Recursos en Español y otros idiomas

Existe una gran cantidad de recursos disponibles en Internet, a continuación hay algunos ejemplos.

- Muchos de los recursos internacionales se pueden encontrar en schizophrenia.com
- El [Programa de Psicosis Temprana de Quebec \(AQPPEP\)](#) tiene un sitio web en Francés.
- El sitio [Intervención Temprana Suiza](#) tiene información interactiva en Alemán, Francés e Inglés.
- [P3 Programa de Prevención de Psicosis](#) es un sitio en Español con recursos útiles.
- Entre los sitios web Chinos, se incluyen el de la [Sociedad de Intervención en Psicosis Temprana de Hong Kong](#), un sitio web animado para jóvenes de 15 a 25 años que contiene información sobre la psicosis, autoevaluación, noticias, e información sobre dónde encontrar ayuda; y el [Radio-I-Care](#), una señal de radio online con una variada oferta de temas acerca de las enfermedades mentales, intervención y cómo vivir con psicosis.
- Astra Zeneca, una empresa farmacéutica tiene paginas educativas sobre las psicosis en varios lenguajes ([alemán](#), [ruso](#), [turco](#) e [ingles](#)).

REFERENCIAS

- Addington AM, Rapoport JL (2009). The genetics of childhood-onset schizophrenia: when madness strikes the prepubescent. *Current Psychiatry Reports*, 11:156-161.
- Addington J, McCleery A, Addington D (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79:107-116.
- Addington J, Piskulic D, Marshall C (2010). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19:260-263.
- Alvarez-Jimenez M, Parker AG, Hetrick SE et al (2011). Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37:619-630.
- Arango C, Moreno C, Martinez S et al (2008). Longitudinal brain changes in early-onset psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 34:341-353.
- Asarnow JR, Tompson MC, Mcgrath EP (2004). Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45:180-194.
- Askenazy FL, Lestideau K, Meynadier A et al (2007). Auditory hallucinations in pre-pubertal children. A one-year follow-up, preliminary findings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16:411-415.
- Bechdolf A, Knost B, Nelson B et al (2010a). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44:144-50.
- Bechdolf A, Thompson A, Nelson B et al (2010b). Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra high risk (prodromal) group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121:377-384.
- Bedwell JS, Keller B, Smith AK et al (1999). Why does postpsychotic IQ decline in childhood-onset schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 156:1996-1997.
- Caspi A, Moffitt TE, Cannon M et al (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57:1117-1127.
- Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP et al (2010). Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of general psychiatry*, 67:1114-1119.
- Davis JM, Chen N, Glick ID (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Archives of General Psychiatry*, 60:553-564.
- Dhossche D, Ferdinand R, Van Der Ende J et al (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 32:619-627.
- Escher S, Morris M, Buiks A et al (2004). Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices. *International Journal of Social Welfare*, 13:208-222.
- Escher S, Romme M, Buiks A et al (2002). Independent course of childhood auditory hallucinations: A sequential 3-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 181(suppl43):s10-s18.
- Gaebel W, Riesbeck M, Wolwer W et al (2011). Relapse prevention in first-episode schizophrenia—maintenance vs intermittent drug treatment with prodrome-based early intervention: results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 72:205-218.
- Gothelf D, Apter A, Reidman J et al (2003). Olanzapine, risperidone and haloperidol in the treatment of adolescent patients with schizophrenia. *Journal of Neural Transmission*, 110:545-560.
- Hainsworth C, Starling J, Brand F et al (2011). Trauma and psychotic symptoms: Data from a pediatric mental health inpatient unit. *Journal of Traumatic Stress*, 24:491-494.
- Hollis C (2000). Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*, 157:1652-1659.
- Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM et al (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53:1022-1031.
- Kolvin I (1971). Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry*, 118: 381-384.
- Kumra S, Frazier JA, Jacobsen LK et al (1996). Childhood-onset schizophrenia. A double-blind clozapine-haloperidol comparison. *Archives of General Psychiatry*, 53:1090-1097.
- Lee P, Moss S, Friedlander R et al (2003). Early-onset schizophrenia in children with mental retardation: Diagnostic reliability and stability of clinical features. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:162-169.
- Leeson VC, Sharma P, Harrison M et al (2011). IQ trajectory, cognitive reserve, and clinical outcome following a first episode of psychosis: a 3-year longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 37:768-777.
- Leucht S, Corves C, Arbter D et al (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*, 373:31-41.
- Losh M, Sullivan PF, Trembath D et al (2008). Current developments in the genetics of autism: from phenome to genome. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology*, 67:829-837.

- McGee R, Williams S, Poulton R (2000). Hallucinations in nonpsychotic children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:12-13.
- McGorry PD, McFarlane C, Patton GC et al (1995). The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92:241-249.
- Owens DGC, Johnstone EC (2006). Precursors and prodromata of schizophrenia: findings from the Edinburgh High Risk Study and their literature context. *Psychological Medicine*, 36:1501-1514.
- Poletti S, Anselmetti S, Bechi M et al (2010). Computer-aided neurocognitive remediation in schizophrenia: durability of rehabilitation outcomes in a follow-up study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20:659-674.
- Poulton R, Caspi A, Moffitt TE et al (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57:1053-1058.
- Rapoport J, Chavez A, Greenstein D et al (2009). Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: Clinical and biological contributions to a relation revisited. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:10-18.
- Rapoport JL, Inoff-Germain G (2000). Update on childhood-onset schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 2:410-415.
- Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S et al (2007). Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophrenia Research*, 95:1-8.
- Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M (2005). Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. *American Journal of Psychiatry*, 162:947-953.
- Scott J, Chant D, Andrews G et al (2007a). Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *British Journal of Psychiatry*, 190:339-334.
- Scott J, Chant D, Andrews G et al (2006). Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychological Medicine*, 36:231-238.
- Scott JG, Nurcombe B, Sheridan J et al (2007b). Hallucinations in adolescents with post-traumatic stress disorder and psychotic disorder. *Australasian Psychiatry*, 15:44-48.
- Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G (2007). Trauma and Psychosis: An Analysis of the National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 164:166-169.
- Sikich L, Frazier JA, McClellan J et al (2008). Double-blind comparison of first- and second-generation antipsychotics in early-onset schizophrenia and schizoaffective disorder: Findings from the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum disorders (TEOSS) study. *The American Journal of Psychiatry*, 165:1420-1431.
- Spencer EK, Campbell M (1994). Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacotherapy. *Schizophrenia Bulletin*, 20:713-725.
- Starling J, Dossetor D (2009). Pervasive developmental disorders and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 11:190-196.
- Taylor D, Paton C, Kapur S (2012). *Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Oxford:Wiley Blackwell.
- Volkow ND (2009). Substance use disorders in schizophrenia: clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35:469-472.
- Xia J, Merinder BL, Belgamwar MR (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2
- Yung AR, Buckby JA, Cotton SM et al (2006). Psychotic-like experiences in nonpsychotic help-seekers: associations with distress, depression, and disability. *Schizophrenia Bulletin*, 32:352-359.
- Yung AR, Nelson B, Stanford C et al (2008). Validation of "prodromal" criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophrenia Research*, 105, 10-17.
- Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67:131-142.
- Yung AR, Yuen HP, Berger G et al (2007). Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophrenia Bulletin*, 33:673-681.