

Psicosis en el adolescente: sospecha diagnóstica

J. Cornellà I Canals(*), J.J. Cazorla González().** (*)Doctor en Medicina. Pediatra. Paidopsiquiatra. Profesor del Grado de Fisioterapia. Escuela EUSES – Universitat de Girona. (**)Graduado en Fisioterapia. Profesor del Grado de Fisioterapia. Responsable de investigación en Fisioterapia y Autismo. Escuela EUSES – Universitat de Girona

Resumen

La esquizofrenia de inicio precoz es una entidad clínica que, a menudo, de no debutar con un brote psicótico, puede ver diferido su diagnóstico y, por ende, su tratamiento. Las manifestaciones clínicas difieren de los cuadros clínicos del adulto. Ello obliga a estar muy atentos a los factores de vulnerabilidad y a los síntomas prodrómicos. Estos pueden ser confundidos a menudo con otras entidades clínicas psiquiátricas en niños y adolescentes. Por ello hay que extremar el diagnóstico diferencial y tener en cuenta los factores de vulnerabilidad y los antecedentes familiares. El consumo, cada vez más temprano, de cánnabis y sus derivados, ha propiciado la aparición precoz de sintomatología psicótica asociada a esta droga. El tratamiento ha de ser multimodal.

Palabras clave: *esquizofrenia, adolescencia, psicosis, cannabis.*

Abstract

The early onset schizophrenia is a clinical entity that often does not present with a psychotic break and hence, may see its diagnosis and treatment delayed. Clinical manifestations differ from adult clinical pictures. Because of this, a high degree of attention to vulnerabilities and prodromal symptoms will be needed. These can often be confused with other psychiatric entities in children and adolescents. Therefore a differential diagnosis must be exercised considering vulnerability factors and family history. The start of consumption of cannabis and its derivatives at a younger age, has led to an earlier onset of psychotic symptoms associated with this drug. The treatment must be multimodal.

Keywords: *schizophrenia, adolescence, psychosis, cannabis.*

¿De qué hablamos?

Las Psicosis de inicio en la infancia y adolescencia (PIT) son las mismas entidades que en adultos. Pero hay que tener en cuenta que:

- Existen diversas variables clínicas (gravedad psicopatológica, historia familiar, etc.) que predecirán el pronóstico del cuadro.
- Un menor volumen cerebral se asocia con un mayor riesgo de padecer síntomas psicóticos.
- Existen alteraciones bioquímicas (reducciones de la concentración de noradrenalina) en la región frontal en primeros episodios de PIT.
- Los pacientes con primer episodio de PIT presentarán alteraciones a nivel de funcionamiento cognitivo.
- Determinados polimorfismos genéticos pueden contribuir a un aumento de riesgo para el desarrollo de psicosis.
- Las alteraciones en el volumen cerebral, bioquímicas, y cognitivas serán más acusadas en el subgrupo con esquizofrenia y este hecho ayudará a predecir la evolución del cuadro a esquizofrenia y su pronóstico.
- El aislamiento premórbido, las dificultades interpersonales, los signos neurológicos menores, trastornos específicos en el desarrollo, así como la presencia de problemas perinatales, estarán frecuentemente presentes en cuadros que a posteriori se confirmen como esquizofrenia.

Existen marcadores (probablemente inespecíficos de psicosis en su mayoría, como bajo nivel intelectual, problemas académicos, de lectoescritura, signos neurológicos menores, déficits neuropsicológicos, neurofisiológicos y de volumetría y metabolitos cerebrales) de neurodesarrollo anormal en pacientes con esquizofrenia. En estos pacientes (y en otras psicosis) parece superponerse un patrón de cambios longitudinales cerebrales con pérdida de sustancia gris sobre los hallazgos en el momento del primer episodio psicótico.

¿Qué sabemos sobre la etiología?

Se habla de la teoría de los dos impactos ⁽¹⁾

- *Primer impacto:*
 - Riesgo genético
 - Infecciones prenatales
 - Exposición prenatal a fármacos,...
- *Segundo impacto:*
 - Complicaciones obstétricas
 - Eventos vitales estresantes
 - Consumo de tóxicos,...

A este respecto, merece una mención especial el consumo de cannabis, que se incrementa en la adolescencia. Existen estudios longitudinales que demuestran la relación causa- efecto en lo que se refiere a consumo de cannabis-psicosis. El uso de cannabis se asocia con menor edad de inicio de los síntomas psicóticos, más síntomas positivos en el momento basal y una posibilidad de mejoría si cesa el consumo a los 6 meses después del episodio.⁽²⁾

¿Que son los primeros episodios psicóticos de inicio temprano (PIT)?

Las psicosis de inicio temprano (PIT, inicio antes de 18 años) son más graves e incapacitantes y tienen peor pronóstico que las de inicio en la edad adulta.⁽³⁾

Inicio insidioso, durante un periodo crucial del desarrollo, superposición de síntomas entre diferentes diagnósticos.⁽⁴⁾

No existen categorías diagnósticas específicas para niños y adolescentes. De hecho, los estudio en PIT son escasos debido a que presentan dificultades éticas, reclutamiento difícil, y muchas limitaciones en las evaluaciones.

¿Qué diferencias hay entre las PIT y las psicosis en adultos?

En las PIT:

- Peor funcionamiento premórbido: social, lenguaje, motor, académico
- Asociadas con más frecuencia a factores de peor pronóstico: síntomas negativos, inicio insidioso, pobre soporte social
- Mayor posibilidad de frustración y desmoralización
- Padres que tienden a sentirse culpables
- Riesgo de minimizar síntomas o pronóstico: impacto en adherencia al tratamiento

¿Existe confusión diagnóstica?

- Se trata de un diagnóstico poco frecuente en población pediátrica
- Existe comorbilidad: abuso de sustancias, TDAH, trastornos de conducta
- Es difícil el diagnóstico diferencial de las alucinaciones

¿Por qué existe más reticencia a diagnosticar? ⁽⁵⁾

- El diagnóstico en niños y adolescentes es más difícil que en adultos: solapamiento de síntomas entre varios diagnósticos
- Produce un estigma social
- Porque existe una gran variación sintomática durante el desarrollo

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes en psicosis infantiles?

- Trastornos de lenguaje
- Dificultad para entablar y mantener relaciones sociales
- Dificultad para distinguir el mundo onírico y real

- Alucinaciones visuales y auditivas
- Ideas y pensamiento vívidos y extraños
- Disminución del interés, pensamiento desorganizado
- Comportamiento extraño, estereotipias, desinhibición
- Comportamiento regresivo
- Ansiedad y temerosidad severas
- Labilidad afectiva
- Confusión de la televisión con la realidad /tecnología

¿Qué decir sobre las alucinaciones?

- Pueden estar presentes en niños sanos, privación sensorial, trastorno por estrés post-traumático, trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos afectivos
- Prevalencia en esquizofrenia inicio precoz: 80%.
- Prevalencia en depresión infantil: 18-40% ⁽⁶⁾
- Psicosis: estables, resonancia afectiva, sin conciencia de enfermedad, congruentes
- Incongruentes (hay que hacer el diagnóstico diferencial con trastornos disociativos)
- Amnesia (Diagnóstico diferencial con epilepsia)

¿Cómo se manifiesta la esquizofrenia de inicio precoz?

- En la fase prodrómica son más frecuentes y persistentes los síntomas negativos
- En los primeros brotes de esquizofrenia son más frecuentes los síntomas afectivos, especialmente ánimo lábil
- Los fenómenos de pasividad, trastorno formal del pensamiento e incoherencia son menos frecuentes
- Delirios menos frecuentes y menos complejos
- Temática delirante adecuada a la edad
- Los síntomas alucinatorios son menos específicos
- Frecuentemente aparecen trastornos de la psicomotricidad (impresión de torpeza y rigidez)
- Frecuentes conductas de tipo fóbico y de tipo obsesivo (carácter de extrañeza, artificialidad, automatismo obsesivo)

El inicio puede ser agudo (25% de los casos) o gradual (75% de los casos).

La remisión puede ser completa (25 % de los casos) o leve (50 % de los casos).

El inicio poco sintomático es un factor de mal pronóstico.

¿Cuál es la clínica?

El inicio es antes de los 12 años y existen tres fases:

1. Fase prodrómica:

La duración es variable, existe un deterioro funcional, y como síntomas más frecuentes destaca la menor capacidad de concentración y atención, la falta de energía y motivación, y el estado de ánimo depresivo, disforia.

CLÍNICA

- Preocupaciones anómalas
- Trastorno del sueño
- Ansiedad
- Retraimiento social
- Desconfianza
- Deterioro de actividades académicas
- Irritabilidad
- Problemas de sueño/apetito

2. Fase aguda:

Puede durar entre 1 y 6 meses. Predominio de síntomas positivos, especialmente las alucinaciones (auditivas en un 80% y visuales en un 30 %) y las ideas delirantes, de persecución, somáticas,...

CLÍNICA

- Trastornos del pensamiento
- Pensamiento ilógico
- Asociaciones laxas
- Incoherencia
- Pobreza del contenido del lenguaje
- Conducta desorganizada
- Las alteraciones afectivas son frecuentes en niños y adolescentes

3. Fase de recuperación

Con varios meses de deterioro y síntomas negativos, tales como aplanamiento afectivo, apatía y anergia.

CLÍNICA

- Retraimiento social
- Pueden persistir síntomas positivos
- Posibilidad de trastorno depresivo postpsicótico

4. Fase residual

Se consideran los periodos entre fases agudas, con escasos síntomas positivos y un deterioro persistente debido a síntomas negativos.

La realidad del diagnóstico es que los primeros signos de enfermedad psicótica pueden ser malinterpretados por sus familiares y amigos como conductas normales de la adolescencia, siendo tolerados por largos periodo de tiempos antes de buscar ayuda.

Existe un riesgo particularmente alto de experimentar demoras en diagnóstico y el acceso al tratamiento.

¿Cómo se llega al diagnóstico

La familia y los amigos también pueden creer que el/la joven está atravesando una fase que pasará o bien pueden atribuir el cambio conductual a una debilidad de carácter o al estrés.

El comienzo generalmente insidioso es otro factor que contribuye a la detección tardía por parte de quienes rodean al joven.

El DSM5 propone una evaluación dimensional de la psicosis, incluida la esquizofrenia, que incluye 8 dimensiones:

- Alucinaciones
- Delirios
- Habla desorganizada
- Comportamiento psicomotor anormal
- Síntomas negativos
- Deterioro cognitivo
- Depresión
- Manía

Y se consideran trastornos psicóticos:

- la esquizofrenia
- el trastorno bipolar
- el trastorno esquizofreniforme
- el trastorno esquizoafectivo
- la psicosis inducida por sustancias
- la psicosis reactiva breve
- la psicosis orgánicas
- el trastorno delirante

Sus primeras manifestaciones suelen ser indistinguibles. Puede haber síntomas psicóticos después de experiencias extremadamente estresantes o traumáticas, aislamiento social, la privación de sueño.

¿Con que hay que hacer el diagnóstico diferencial?

- A) TRASTORNOS AFECTIVOS:
 - Depresiones psicóticas
 - Manías psicóticas
- B) TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO
- C) TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO (Asperger)
- D) TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS
- E) TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A ENFERMEDADES MÉDICAS (Enfermedades tiroideas, enfermedad de Wilson, Lupus eritematoso sistémico, encefalitis, epilepsia lóbulo-temporal, etc.)
- F) OTROS (Trastorno psicótico agudo transitorio, Trastorno de la personalidad, Trastorno de conducta y de las emociones.....)

¿Cómo se hace la evaluación clínica?

- A) HISTORIA CLÍNICA COMPLETA
- B) EXPLORACIÓN SOMÁTICA
- C) PRUEBAS COMPLEMENTARIAS MÉDICAS
 - * De inicio: SS, BQ, tóxicos en orina, hormonas tiroideas, ECG, EEG, TAC, RMN, etc.
 - * Otras pruebas orientadas a descartar organicidad: cariotipo, cromatografía de aminoácidos, cobre en sangre, LCR, etc.
- D) PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PSICOLÓGICAS

¿Cuál es el pronóstico?

La mayoría de los autores señalan que cuanto más prematuro es el inicio, más insidioso y peor es el funcionamiento previo, peor será el pronóstico.

Factores de peor pronóstico: historia familiar, síntomas negativos, inicio insidioso, sexo, funcionamiento premórbido, apoyo social. ⁽⁷⁾

El diagnóstico de esquizofrenia tiene peor pronóstico que otros, debido a peor ajuste premórbido y síntomas negativos ⁽⁸⁾. El pronóstico sigue siendo incierto. Como norma general la mayoría de los autores señalan que cuanto más prematuro es el inicio, más insidioso y peor es el funcionamiento previo, peor será el pronóstico. ⁽⁹⁾

- A menor edad peor pronóstico
- Factores peor pronóstico: historia familiar, síntomas negativos, inicio insidioso, sexo, funcionamiento premórbido, soporte social ⁽⁸⁾
- Mayor psicopatología familiar

¿Cómo se plantea el tratamiento?

1. Debe ser multidisciplinar y multimodal:

- * Tratamientos farmacológicos.
- * Terapias:
 - Individual
 - Grupal
 - Familiar
- * Otras: Educativas, Servicios Sociales, Justicia...
- * Fisioterapia. Desde la Asociación Española de Fisioterapeutas en Salud Mental se han promovido actividades de investigación sobre los efectos beneficiosos de algunas técnicas de fisioterapia en el tratamiento de la esquizofrenia. Concretamente, existe evidencia científica de la acción terapéutica del ejercicio aeróbico, de los ejercicios de resistencia. La relajación muscular reduce los estados de ansiedad y el malestar psíquico ⁽¹⁰⁾. Consideramos que puede ser un elemento terapéutico muy importante, que merece posteriores estudios, en vistas al tratamiento complementario en adolescentes y jóvenes.

2. Posibles recursos:

- * Programas ambulatorios
- * Internamiento en régimen completo o parcial
- * Otros: Educativos, residenciales, etc.

Bibliografía

1. Huttunen MO, Machon RA, Mednick SA. Prenatal factors in the pathogenesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.* 1994 Apr;(23):15-9
2. Baeza I, Graell M, Moreno D, Castro-Fornieles J, Parellada M, González-Pinto A, et al. Cannabis use in children and adolescents with first episode psychosis: influence on psychopathology and short-term outcome (CAFEPS study). *Schizophr Res.* 2009 Sep;113(2-3):129-37. doi: 10.1016/j.schres.2009.04.005. Epub 2009 May 7.
3. Ballageer T, Malla A, Manchanda R, Takhar J, Haricharan R. Is adolescent-onset first-episode psychosis different from adult onset? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005 Aug;44(8):782-9.
4. Menezes NM, Milovan E. First-episode psychosis: a comparative review of diagnostic evolution and predictive variables in adolescents versus adults. *Can J Psychiatry.* 2000 Oct;45(8):710-6.
5. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. AACAP official action. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000 Dec;39(12):1580-2.
6. Freeman LN, Poznanski EO, Grossman JA, Buchsbaum YY, Banegas ME. Psychotic and depressed children: a new entity *J Am Acad Child Psychiatry.* 1985 Jan;24(1):95-102.
7. McClellan JM, Werry JS, Ham M. A follow-up study of early onset psychosis: comparison between outcome diagnoses of schizophrenia, mood disorders, and personality disorders. *J Autism Dev Disord.* 1993 Jun;23(2):243-62.
8. McClellan J, McCurry C, Snell J, DuBose A. Early-onset psychotic disorders: course and outcome over a 2-year period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999 Nov;38(11):1380-8.
9. Carlson GA, Bromet EJ, Sievers S. Phenomenology and outcome of subjects with early- and adult-onset psychotic mania. *Am J Psychiatry.* 2000 Feb;157(2):213-9.
10. Vancampfort D, Probst M, Helvik Skjaerven L, Catalán-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gómez-Conesa A, Ijntema R, De Hert M. Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Phys Ther.* 2012 Jan;92(1):11-23. doi: 10.2522/ptj.20110218. Epub 2011 Nov 3.