

ESQUIZOFRENIA

CONCEPTO Y DEFINICIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad compleja, caracterizada por la presencia de síntomas **positivos** (alucinaciones, delirios, desorganización conductual, etc.) y **negativos** (apatía, abulia, empobrecimiento afectivo, etc.) en diferente grado a lo largo del curso de la enfermedad, y que puede llevar al deterioro. El diagnóstico de la enfermedad en la actualidad sigue unos criterios consensuados por expertos, que se agrupan en dos grandes clasificaciones, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que en estos momentos corresponden a las versiones DSM-IV-TR y CIE-10 (Tablas 1 y 2).

Los criterios para diagnosticar esquizofrenia son los mismos en niños y adolescentes que en adultos, aunque en los niños más pequeños no se pueden dar todos los síntomas psicopatológicos por la inmadurez cognitiva que presentan. Así por ejemplo, los trastornos del curso del pensamiento se pueden presentar a partir de los 7 años de edad.

Tabla 1.- Criterios para diagnosticar esquizofrenia según el DSM-IV-TR

<p>A. Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si se trata con éxito).</p> <p>(1) Ideas delirantes (2) Alucinaciones (3) Lenguaje desorganizado (4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (5) Síntomas negativos</p> <p>B. Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en llegar al nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p> <p>C. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses ha de incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista A, presentes de forma atenuada.</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado por: 1) no ha habido ningún episodio depresivo, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: el trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia.</p> <p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).</p>
--

Clasificación del curso longitudinal:

- Episódico con síntomas residuales interepisódicos
- Episódico sin síntomas residuales interepisódicos
- Continuo
- Episodio único en remisión parcial
- Episodio único en remisión total
- Otro patrón no especificado
- Menos de un año desde el inicio de los primeros síntomas de la fase activa

Tabla 2.- Criterios para diagnosticar esquizofrenia según la CIE-10**Síntomas**

1. Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento
2. Ideas delirantes de control, influencia o pasividad, o ideas delirantes extrañas de otro tipo y percepción delirante
3. Alucinaciones auditivas que comentan la conducta del paciente, que discuten entre ellas o con un significado similar.
4. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, como las de identidad religiosa (...)
5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
6. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
7. Manifestaciones catatónicas, como excitación, posturas características o flexibilidad cérica, negativismo, mutismo, estupor.
8. Síntomas "negativos" como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, embotamiento o incongruencia afectiva. Ha de quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.
9. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.

Pautas para el diagnóstico

Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos del uno al cuatro; o síntomas de al menos dos de los grupos del cinco al ocho, que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más. El síntoma 9 de la lista precedente se aplica sólo a la esquizofrenia simple y ha de estar presente al menos un año.

El diagnóstico de esquizofrenia no se tendrá que hacer en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos claramente se iniciasen antes del trastorno afectivo. (...) Tampoco se tendría que diagnosticar esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia de las mismas.

Formas de evolución

- Continua
- Episódica con déficit progresivo
- Episódica con déficit estable
- Episódica con remisión
- Episodio único, remisión incompleta
- Episodio único, remisión completa

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de esquizofrenia en la población infanto-juvenil es de 0,23% (Gillberg et al 1996), con una incidencia de 1,4-2/10.000 (Takei et al 1996). No existen datos en población española. En la población adulta la prevalencia es del 1%.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que muchos pacientes inician sintomatología prodrómica de esquizofrenia antes de los 18 años de edad, pero que consultan más tarde, con lo que son pacientes que se incluyen en los datos epidemiológicos de adultos. Así mismo, también cabe remarcar que en esta psicopatología inicial prodrómica los pacientes pueden presentar gran variedad de síntomas: depresivos, conductuales, obsesivo-compulsivos, etc., y esto puede hacer también que disminuya la cifra de pacientes diagnosticados como esquizofrenia en la franja de población infanto-juvenil.

POBLACIÓN/EDADES DE RIESGO-DIANAS

La esquizofrenia es una enfermedad con una importante vulnerabilidad genética (Gottesman, 1991), y los familiares de los pacientes esquizofrénicos tienen una probabilidad más elevada que la población general de presentarla. Se ha descrito en estudios epidemiológicos que entre un 12-15% de los hijos de un progenitor esquizofrénico tienen la enfermedad, elevándose a alrededor del 45% cuando los dos padres son esquizofrénicos (Gottesman, 1991). En relación a los hermanos de los pacientes, la probabilidad de presentar esquizofrenia es del 10%, llegando hasta el 46% en el caso de los gemelos monozigóticos (Kendler et al, 1985). La población de hijos y hermanos de pacientes esquizofrénicos se considera, pues, como una población de alto riesgo genético de presentar la enfermedad.

Además de los antecedentes familiares de esquizofrenia, otras situaciones de riesgo de esquizofrenia son las siguientes:

- Complicaciones obstétricas, sobre todo la hipoxia (Heddes y Lawre, 1995)
- Infecciones y malnutrición en el embarazo (Brown et al, 2000)
- Retraso en el desarrollo psicomotor (Jones et al, 1994)
- Trastorno de la coordinación motora (Rosso et al, 2000) y Trastorno del habla (De Lisi et al, 1991)
- Dificultades en la adaptación social (Davidson et al, 1999)

NECESIDAD DE UNIDAD DE CRITERIOS

Es fundamental en población infanto-juvenil la unificación de criterios para que progresivamente las definiciones de esquizofrenia y de trastorno psicótico sean las mismas para todos los profesionales, sea cual sea su escuela de formación teórica. En esto juegan un papel importante los criterios de clasificación de enfermedades ya

mencionados. Al mismo tiempo, es importante que exista una unificación de criterios alrededor de los tratamientos farmacológicos (cuándo iniciarlos, cuándo suspenderlos, cuándo añadir un antipsicótico o pasar a clozapina, cuándo hay indicación para la TEC, etc.), o cuándo está indicada una rehabilitación cognitiva en esta población.

Tabla 3.- Signos y síntomas de detección/derivación

- Alucinaciones (auditivas las más frecuentes, olfativas, conducta alucinatoria)
- Delirios (autorreferencialidad, perjuicio, megalomanía, místico-religiosa)
- Cambio conductual, cambio en los intereses (preocupación religiosa, fenómenos extraños, extraterrestres)
- Conducta desorganizada
- Alteración motora (agitación, excitación, inhibición, catatonía)
- Aislamiento social
- Deterioro en el rendimiento escolar
- Desinterés por lo que le rodea, apatía, falta de iniciativa

Tabla 4.1.- Protocolo diagnóstico

Primera visita (padres)

Historia clínica: embarazo y parto; desarrollo y maduración general; historia de la enfermedad actual; antecedentes psicopatológicos familiares; consumo de tóxicos; rendimiento escolar; relaciones sociales, tratamientos previos; antecedentes médicos.

Segunda visita (paciente)

Historia clínica, exploración física y neurológica si se necesita por historia clínica, exploración psicopatológica.

Se puede incluir la administración de las siguientes escalas en adolescentes:

- **PANSS** (*Positive and Negative Schizophrenia Scale*) (Kay, 1987) de esquizofrenia
- **SAPS** (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) (Andreasen, 1984) de síntomas positivos
- **SANS** (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) (Andreasen, 1983) de síntomas negativos
- **BPRS** (*Brief Psychiatric Rating Scale*) (Overall y Gorham, 1963) de psicopatología general

Otras escalas específicas para población infanto-juvenil se describen en la Tabla 4.2

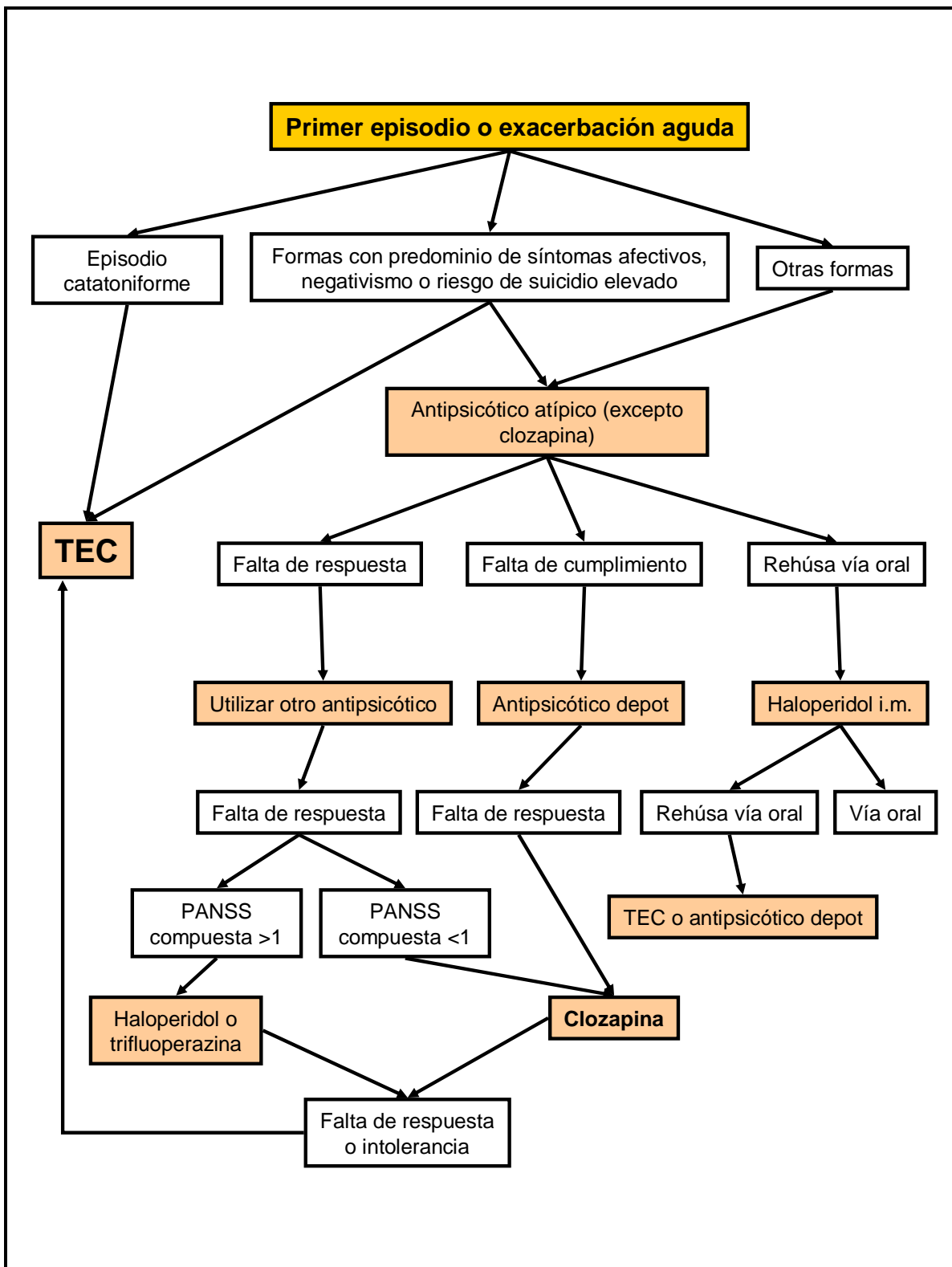
Pruebas complementarias

- TAC o RM cerebral
- Analíticas: hemograma y bioquímica, hormonas tiroideas, cobre y ceruloplasmina
- ECG

Tabla 4.2.- Diversos instrumentos para evaluar síntomas de esquizofrenia en niños y adolescentes (adaptado de H, Resmichdt, 2003)			
Entrevistas clínicas	Descripción	Informante	Rango de edad
K-SADS-E Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children Epidemiological version (Ovaschel y Puig-Antich, 1987)	Entrevista diagnóstica semiestructurada diseñada para evaluar los trastornos pasados y actuales según el DSM-III y el DSM-III-R	Padres y niño/a	6-17 años
ICDS Interview for Childhood Disorders and Schizophrenia (Russell y cols., 1989)	Entrevista semiestructurada	Padres y niño/a	6-18 años
CAPA The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (Angold y cols., 1995)	Entrevista semiestructurada. Se centra en los 3 últimos meses. Incluye valoraciones de gravedad	Padres y niño/a	8-18 años
DICA Diagnostic Interview for Children and Adolescents (Herjanic y Reich, 1982)	Entrevista muy estructurada diseñada para evaluar los diagnósticos DSM-III y DSM-III-R. Disponible en versión computerizada	Padres y niño/a	6-17 años
NIMH DISC The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (NIMH, 1992)	Entrevista muy estructurada diseñada para dar diagnósticos DSM-III y DSM-III-R. Disponible en versión computerizada	Padres y niño/a	9-17 años
KIDDIE-PANSS Positive and Negative Syndrome Scale for Children and Adolescents (Fields y cols., 1994)	Escala de valoración de síntomas positivos y negativos y otros síntomas	Entrevistador: evalúa a padres y niño/a	6-16 años
CPRS Children Psychiatric Rating Scale (Fish, 1985)	Escala de valoración basada en la gravedad/grado de anormalidad. Detecta adecuadamente síntomas esquizofrénicos	Entrevistador: evalúa al niño/a	Hasta 15 años
C-GAS Children's Global Assessment Scale (Shaffer y cols., 1983)	Valoración de la gravedad de la alteración funcional en una escala de 0-100	Valoración por revisión de todos los datos disponibles	4-16 años

Tabla 5.- Diagnóstico diferencial	
Psicosis	Manía psicótica / Depresión psicótica Trastorno esquizoafectivo
Trastornos de ansiedad	Psicosis atípica
Trastornos del desarrollo	TOC ("esquizofrenia pseudoneurótica")
Causas orgánicas	Psicosis tóxicas (cannabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos) Epilepsia temporal Enfermedades neurodegenerativas (Enfermedad de Wilson, leucodistrofia metacromática)

Tabla 6.- algoritmo terapéutico en la esquizofrenia en niños y adolescentes



BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (7 Suppl):4S-23S.
- 2.- Amminger P, Leicester S, Francey S, McGorry P. The prodromal course. En: Schizophrenia in adolescents and children: assessment, neurobiology, and treatment. Finling R, Schulz CS (eds). American Psychiatric Association, Washington.
- 3.- Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). 1984. The University of Iowa, Iowa City.
- 4.- Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). 1983. The University of Iowa, Iowa City.
- 5.- Armenteros JL, Withaker AH, Welikson M, Stedje DJ, Gorman J. Risperidone in adolescents with schizophrenia: an open pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 694-700.
- 6.- Baeza I, Mané A, Lázaro ML, Bernardo M, Castro J. ECT in disorganized schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1191-2.
- 7.- Bearden C, Rosso I, Hollister J, Sanchez L, Hadley T, Cannon T. A prospective cohort study of childhood behavioral deviance and language abnormalities as predictors of adult schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26: 395-410.
- 8.- Brown A, Schaefer C, Wyatt R, Goetz R, Begg M, Gorman J, Susser E. Maternal exposure to respiratory infections and adult schizophrenia spectrum disorders: a prospective birth cohort study. *Schizophr Bull* 2000; 26: 287-295.
- 9.- Davidson M, Reichenberg A, Rabinowitz J, Weiser M, Kaplan Z, Mark M. Behavioral and intellectual markers for schizophrenia in apparently healthy male adolescents. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1328-1335.
- 10.- Ghazziuddin N, Kutcher SP, Knapp P and the Work Group on Quality Issues. Summary of the practice parameter for the use of electroconvulsive therapy with adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1.
- 11.- Geddes J and Lawrie S. Obstetric complications and schizophrenia: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 786-793.
- 12.- Gottesman II. Schizophrenia genesis. Freeman WH. NY, 1991.
- 13.- Healy E, Sutbotsky F, Pipe R. Quetiapine in adolescent psychosis (letter). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 1329.
- 14.- Hollis C. Diagnóstico y diagnóstico diferencial. En: Esquizofrenia en niños y adolescentes. Remschmidt H (ed). Ariel Editorial, Barcelona, 2003.

- 15.- Hollis C. Child and adolescent onset schizophrenia. En: Schizophrenia. Hirsch SR y Weinberger D (eds). Blackwell publishing, 2003.
- 16.- Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994; 344: 1398-1402.
- 17.- Kendler KS, Masterson CC, Davis KL. Psychiatric illness in first-degree relatives of patients with paranoid psychosis, schizophrenia and medical illness. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 524-31.
- 18.- Kumra S, Frazier JA, Jacobsen LK et al. Childhood-onset schizophrenia: a double-blind clozapine-haloperidol comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1090-7.
- 19.- Lewis S, Drake R. Commentary to Spencer et al (2001). *Advances in Psychiatric Treatment* 2001; 7: 140-2.
- 20.- Mandoki M. Olanzapine in the treatment of early-onset schizophrenia in children and adolescents. *Biol Psychiatry* 1997; 41 (suppl):7S-22S.
- 21.- Mané A, Baeza I, Morer A, Lázaro ML, Bernardo M. Neuroleptic malignant syndrome associated to risperidone in an early-onset schizophrenic male. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005; 15 (6): 844-5.
- 22.- Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lönqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schiz Res* 2003; 60: 239-258.
- 23.- Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 1962; 10: 799-812.
- 24.- Remschmidt H, Martin M, Hennighausen K, Schulz E. Tratamiento y rehabilitación. En: Esquizofrenia en niños y adolescentes. Remschmidt H (ed). Ariel Editorial, Barcelona, 2003, págs 213-83.
- 25.- Rosso I, Bearden C, Hollister J, Gasperoni T, Sánchez L, Hadley T, Cannon T. Childhood neuromotor dysfunction in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study. *Schizophr Bull* 2000; 26:367-378.
- 26.- Spencer EK, Kafantaris V, Padron-Gayol MV, Rosenberg C, Campbell M. Haloperidol in schizophrenic children: early findings from a study in progress. *Psychopharmacol Bull* 1992; 28: 183-186.
- 27.- Takei N, Lewis G, Sham PC, Murray RM. Age-period-cohort analysis of the incidence of schizophrenia in Scotland. *Psychol Med* 1996; 26: 963-73.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- 1.- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (7 Suppl):4S-23S.
- 2.- Ghazziuddin N, Kutcher SP, Knapp P and the Work Group on Quality Issues. Summary of the practice parameter for the use of electroconvulsive therapy with adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1.
- 3.- Hirsch SR y Weinberger D (eds). *Schizophrenia*. Blackwell publishing, 2003.
- 4.- Remschmidt H (ed). *Esquizofrenia en niños y adolescentes*. Ariel Editorial, Barcelona, 2003.