



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

Paloma Cano Ruiz, Alicia Gómez Peinado.

palomica_86@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los casos de esquizofrenia infantil son poco comunes y difíciles de detectar en sus primeras etapas, debido al predominio de las formas de inicio insidioso. A finales de la década de los 70, la clasificación DSM-III, puso cierto orden y separó como entidades diferentes la esquizofrenia de inicio en la infancia y los trastornos del espectro autista.

Los datos epidemiológicos de los trastornos psicóticos en niños y adolescentes son muy limitados. El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, del inglés National Institute for Health and Care Excellence) estima que la prevalencia de los trastornos psicóticos en niños y adolescentes de edades comprendidas entre 5 y 18 años es del 0,4% (con una prevalencia media poblacional en el Reino Unido del 0,7%).

La esquizofrenia representa el 24,5% de todas las admisiones psiquiátricas en los jóvenes de 10 a 18 años, con un aumento exponencial durante los años de la adolescencia (mayor aumento de la incidencia a partir de los 15 años de edad).

La investigación epidemiológica ha demostrado que las alucinaciones y los delirios, síntomas clásicos de la psicosis, son mucho más frecuentes en la población con diagnóstico de psicosis que en aquellos sin diagnóstico. Así mismo investigaciones longitudinales han mostrado una relación entre la presencia de síntomas psicóticos en la adolescencia y un aumento del riesgo de trastornos psicóticos en la edad adulta. No obstante, son necesarias más investigaciones que permitan profundizar en las consecuencias de esta asociación.

Un "Primer Episodio Psicótico – PEP" consiste en la presencia, por primera vez, de sintomatología psicótica definida como la existencia o sospecha clínica (por desorganización conductual, catatonia, etc.) de delirios y/o alucinaciones, independientemente del tiempo de evolución de los síntomas.

Estadísticamente, el trastorno afecta a un 1% de la población, con más frecuencia a niños que a niñas, en una razón de 2 a 1.

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

Podemos definir la esquizofrenia como un tipo específico de alteración del pensamiento, sentimiento y relación con el mundo externo que se inicia, habitualmente, durante la adolescencia ó al inicio de la edad adulta.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos utilizados por la DSM-5 son los siguientes:

Categoría A: La presencia de manera atenuada, de al menos uno de los siguientes síntomas, con un juicio de realidad relativamente intacto, bien sea de gravedad o frecuencia suficientes como para justificar la atención clínica:

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Discurso desorganizado

Categoría B: Los síntomas deben haber estado presentes al menos una vez a la semana durante el último mes.

Categoría C: Los síntomas deben haber comenzado o empeorado en el último año.

Categoría D: Los síntomas son suficientemente angustiantes e incapacitantes para el individuo como para justificar la atención clínica.

Categoría E: Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, incluyendo un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, y no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Categoría F: Nunca se han cumplido criterios para ningún trastorno psicótico.

Sin embargo las clasificaciones DSM-IV-TR (APA, 2001) ó CIE-10 (OMS, 1992) usan los mismo criterios que para evaluar al adulto. Con la diferencia entre ambos en que como criterio de duración, la CIE-10 sólo exige que los síntomas estén presentes al menos durante un mes y no lo 6 meses que requiere la DSM-IV.

Según la DSM-5, los síntomas psicóticos atenuados son similares a la psicosis pero están por debajo del umbral de un trastorno psicótico completo. En comparación con los trastornos psicóticos, los síntomas son menos graves y más transitorios, y la introspección está relativamente conservada.

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

CARACTERÍSTICAS DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA INFANCIA

El estudio del periodo prodrómico y de aquellas circunstancias que rodean al inicio de estos cuadros clínicos, permiten vislumbrar la presencia del mismo, ya que se trata de una etapa evolutiva en la que se registran "cambios" en la conducta externa, junto a experiencias internas previas a la aparición de síntomas psicóticos.

El paciente vive la etapa prodrómica como una experiencia subjetiva (Moller, 2000), en la que existe una percepción alterada de su propia identidad (se siente irreal, extraño, espectador de sí mismo).

El inicio suele ser insidioso, especialmente en los más jóvenes, pero también puede ser agudo. Es más precoz en varones que en mujeres y son frecuentes las alteraciones premórbidas conductuales como el retraimiento social, problemas de conducta, bajo rendimiento académico, así como problemas motores (habla y lenguaje).

Por otro lado las experiencias psicóticas aisladas pueden ser comunes en la infancia y adolescencia, pero ello no implica necesariamente la presencia de un trastorno psicótico. Tales experiencias psicóticas, aunque de forma atenuada, se pueden encontrar distribuidas normalmente en la población general, sin estar necesariamente asociadas a malestar, discapacidad y necesidad de tratamiento (Linscott y van Os, 2013; McGrath et al., 2015). Sin embargo, la presencia de expresiones psicóticas subclínicas puede suponer un riesgo de desarrollo de psicosis. Algunos autores han concluido que la desviación inicial en el desarrollo del niño asociado con la expresión de la sintomatología psicótica está supeditada al grado de interacción posterior con factores de riesgo ambiental, que actúan como inductores, en primer lugar de la persistencia de las experiencias psicóticas y, en segundo lugar, de la progresión a la aparición de la necesidad de atención y cuidados asistenciales (Wigman y cols). La comprensión de la dinámica longitudinal de los estados de riesgo en muestras representativas puede contribuir al desarrollo de la intervención temprana.

Otros autores hacen referencia a la fase previa a la psicosis y describen a sujetos que presentan síntomas potencialmente precursores de psicosis (Fusar-Poli y cols).

Actualmente, se ha descrito el síndrome de alto riesgo para la psicosis, que requiere la presencia de 1 o más de los siguientes síndromes:

1. Síntomas psicóticos atenuados (SPA): basado en la presencia de síntomas psicóticos positivos (delirios, alucinaciones o desorganización del pensamiento) presentados de forma atenuada.
2. Episodio psicótico breve, intermitente y limitado (del inglés Brief Limited Intermittent Psychotic episode, BLIP): Presencia de sintomatología psicótica franca, presentada durante no más de una semana y que remite espontáneamente.

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

3. Síndrome de riesgo genético (SRG): Se define por tener un familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno psicótico, o bien, padecer un trastorno de personalidad esquizotípico, ambos acompañados por un marcado deterioro en el funcionamiento global (disminución de 30 puntos de la escala GAF) en el último año.

Pese a los criterios diagnósticos de alto riesgo para la psicosis en la población general existe falta de consenso respecto a los mismos. No obstante en nuevas publicaciones esta relación entre la caracterización prodrómica de síntomas psicóticos y la confirmación diagnóstica de episodios psicóticos en edades posteriores, se ha confirmado en estudios de cohortes como el de Kelleher y colaboradores.

La evolución de los pacientes con síntomas de alto riesgo, es un aspecto clave en el estudio de este síndrome, dada la importancia de la identificación precoz de la psicosis para retrasar y/o evitar la aparición del trastorno. El riesgo de transición a psicosis en muestras de individuos con síntomas de alto riesgo varía en función de los estudios y los resultados son aún inconsistentes.

MODELOS TEÓRICOS

Todavía no hay un modelo único que explique la interacción entre los distintos factores etiológicos de la esquizofrenia. Por lo que se han planteado diferentes hipótesis etiológicas en relación a la esquizofrenia.

1. Factores Genéticos y familiares: El componente hereditario participa en un 60-85% de los casos. Es conocida la presencia de una tasa de prevalencia más elevada entre los parientes biológicos de los pacientes afectados por este trastorno, presentando un riesgo aprox. diez veces superior al de la población general. En el caso de los gemelos monocigóticos, que tienen un legado genético idéntico, se da aproximadamente un 50% de tasa de concordancia para la esquizofrenia.

Los sistemas de transmisión genética en la esquizofrenia se desconocen, pero parece que son varios los genes implicados (herencia poligénica) en la *vulnerabilidad* a dicho trastorno. Entre los genes que se proponen se encuentran el receptor nicotínico α -7, DISC-1, GRM-3, COMT, NRG 1 (neuroregulina 1), RGS-4 y D-aminoácido-oxidasa (DAO/G72). Las mutaciones de los genes disbindina (DTNBP1) y neuregulina 1 están asociadas las características negativas de la esquizofrenia.

2. Factores Biológicos:
 - a. NEUROTRANSMISIÓN DISFUNCIONAL, considerando la dopamina como uno de los neurotransmisores más estudiados.
 - a. Hipótesis de la dopamina: La esquizofrenia como resultado de una actividad dopaminérgica excesiva. Las vías dopaminérgicas implicadas en

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

la esquizofrenia parecen ser las vías mesocortical y mesolímbica, estas vías se proyectan desde sus somas en el mesencéfalo hasta las neuronas dopaminoceptivas en el sistema límbico y la corteza cerebral.. Esta hipótesis está apoyada por la eficacia de muchos antipsicóticos está para actuar como antagonistas del receptor de la dopamina de tipo 2 (D2). Las sustancias que aumentan la actividad dopaminérgica (anfetaminas, cocaína y dopaminérgicos antiparkinsonianos) son psicomiméticas.

- b. Hipótesis de la serotonina: Plantean que el exceso de serotonina es la causa tanto de los síntomas positivos como de los síntomas negativos de la esquizofrenia. La fuerte actividad antagonista de la serotonina de la clozapina y otros antipsicóticos de segunda generación, y su contrastado valor terapéutico para reducir los síntomas positivos en los pacientes crónicos validan esta teoría.
- c. Hipótesis de la noradrenalina: La anhedonia (disminución de la capacidad para experimentar placer) es uno de los síntomas destacados de la esquizofrenia que podría explicarse, según estudios no concluyentes, por el deterioro neuronal selectivo dentro del sistema neural de refuerzo de la noradrenalina.
- d. Hipótesis del GABA: En algunos pacientes con esquizofrenia se ha objetivado una pérdida de neuronas gabaérgicas en el hipocampo. El GABA es un neurotransmisor inhibitor que podría estar implicado en la fisiopatología de la esquizofrenia. El GABA modularía la transmisión dopaminérgica inhibiéndola. La pérdida de neuronas gabaérgicas restarían capacidad inhibitoria al GABA resultando de ello una hiperactivación de la transmisión dopaminérgica.
- e. Hipótesis del glutamato: Un antagonista del glutamato (la fenciclidina) produce un síndrome agudo parecido a la esquizofrenia. De esto se deriva que este neurotransmisor podría estar implicado en su fisiopatología.
- f. Acetilcolina y nicotina: Los estudios realizados en autopsias han demostrado una reducción de los receptores muscarínicos y nicotínicos en los núcleos caudado-putamen, hipocampo y ciertas regiones de la corteza prefrontal. Estos receptores desempeñan un papel en los sistemas neurotransmisores implicados en la cognición, que se ve afectada por la esquizofrenia.

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

b. NEUROHISTOPATOLOGÍA

- a. Pérdida de masa cerebral: En el s. XIX se llevaron a cabo estudios de autopsia cerebrales con el propósito de encontrar lesiones macroscópicas y microscópicas y se describieron alteraciones en diversas áreas pero no se llegó a ninguna conclusión unificada. En las últimas décadas del siglo XX los avances tecnológicos que supusieron la Microscopia Electrónica, el TAC, RMN, PET y la SPECT permitieron documentar alteraciones estructurales del cerebro in vitro e in vivo constantes y se comenzaron a hallar correlaciones entre estos hallazgos y determinados síntomas.

La pérdida de masa cerebral (muy habitual en el cerebro de las personas que padecen esquizofrenia) parece ser el resultado de la disminución de la densidad de los axones, las dendritas y las sinapsis que actúan como mediadores de las actividades asociativas del cerebro. No tanto se objetiva una pérdida de cuerpos neuronales.

La densidad sináptica tiene un pico en el primer año de vida, produciéndose una pérdida progresiva de la misma hasta llegar a los valores propios del adulto durante el inicio de la adolescencia. El hecho de que los pacientes suelen desarrollar los síntomas esquizofrénicos durante la adolescencia, mantiene que la esquizofrenia es el resultado de una poda sináptica excesiva durante dicha fase de desarrollo

- b. Ventrículos cerebrales: Los TAC de los pacientes con esquizofrenia han mostrado de forma consistente la dilatación de los ventrículos laterales y tercer ventrículo, así como disminución de la masa cortical. Los estudios realizados difieren, no obstante, en si estas anomalías detectadas son estáticas (lesiones al inicio de la enfermedad y no evolucionan) o tienen un carácter progresivo (el proceso patológico seguiría evolucionando durante el curso de la enfermedad).
- c. Sistema límbico: Los estudios de muestras necrópsicas revelan una disminución del tamaño de la región formada por el núcleo amigdalino, el hipocampo y la circunvolución parahipocámpica. Este hallazgo neuropatológico es coincidente con el obtenido por estudios con técnicas de diagnóstico por la imagen. Además, se ha confirmado por estudios neuropatológicos, la desorganización de las neuronas dentro del hipocampo de los pacientes con esquizofrenia.
- d. Corteza prefrontal: Estudios necrópsicos han demostrado la existencia de anomalías anatómicas en la corteza prefrontal de pacientes que habían

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

tenido esquizofrenia. Otros estudios han demostrado la presencia de déficits funcionales en la región prefrontal. Algunos de los síntomas de la esquizofrenia son parecidos a los que surgen en personas con lobulotomía prefrontal.

- e. Tálamo: El núcleo dorsal interno del tálamo, que mantiene conexiones recíprocas con la corteza prefrontal, contiene una cantidad reducida de neuronas.
- f. Núcleos basales: Muchos pacientes con esquizofrenia tienen movimientos extraños no necesariamente producidos por los fármacos, que pueden ser, a modo de ejemplo, marcha torpe, muecas faciales, movimientos estereotipados...Por otro lado, las discinesias en las que están involucradas los núcleos basales (corea de Huntington, enfermedad de Parkinson) son las que con mayor frecuencia se asocian a la psicosis. Los estudios no son concluyentes y sugieren una posible reducción de la masa del globo pálido y la sustancia negra, así como un posible aumento del número de receptores D2 en caudado, putamen y *nucleus accumbens*

○ CIRCUITOS NEURONALES

Datos procedentes de estudios con técnicas de diagnóstico por la imagen sugieren que en la producción de los síntomas positivos subyace una disfunción del circuito talamocortical cingular anterior de los núcleos basales, mientras que en la disfunción del circuito prefrontal dorsolateral subyace la producción de los síntomas negativos o deficitarios primarios y permanentes.

○ METABOLISMO CEREBRAL:

Estudios de espectroscopia por RM, técnica que mide la concentración específica de moléculas en el cerebro, comprobaron que los pacientes con esquizofrenia presentaban concentraciones de fosfomonoéster y fosfato inorgánico más bajas que el grupo de control. Además las concentraciones de N-acetil-aspartato, un marcador neuronal, en el hipocampo y los lóbulos frontales de los pacientes con esquizofrenia eran bajas.

○ ELECTROFISIOLOGÍA APLICADA

Los estudios EEG indican que muchos de los enfermos esquizofrénicos presentan trazados anómalos y disminución de la actividad α .

Además presentan incapacidad para filtrar los sonidos intrascendentes y son extremadamente sensibles a los sonidos de fondo, resultando de todo ello un déficit

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

en la capacidad de concentración y puede ser uno de los factores que provoca la producción de alucinaciones auditivas.

La onda P300 es una onda que se piensa responde a la activación del sistema límbico; en pacientes con esquizofrenia la onda P300 es estadísticamente inferior que la de los grupos comparados.

○ DISFUNCIÓN DEL MOVIMIENTO DE LOS OJOS

Se aprecia una disfunción para seguir con precisión un objeto móvil. Esta disfunción puede ser un marcador de rasgo, es independiente del tratamiento farmacológico y del estado clínico y se observa en los parientes de primer grado de los sujetos estudiados.

○ PSICONEUROINMUNOLOGÍA

Se han detectado varias anomalías inmunológicas en los pacientes con esquizofrenia: disminución de la IL-2 por parte de los linfocitos T, reducción del número y reactividad de los linfocitos periféricos, reactividad celular y humoral anómala a las neuronas y presencia de Ac dirigidos al cerebro.

¿Estamos ante los efectos de un virus neurotóxico o ante un trastorno inmunitario endógeno?

La hipótesis vírica se apoya en datos como la relativa estacionalidad en los nacimientos de los pacientes esquizofrénicos así como en las hospitalizaciones, el aumento de las anomalías físicas al nacer y el incremento en la tasa de complicaciones en el embarazo y el parto.

No obstante, no se han detectado datos genéticos de infección vírica alguna.

○ PSICONEUROENDOCRINOLOGÍA

Los estudios informan de una alteración en la prueba de la inhibición con dexametasona y esta ausencia de inhibición se ha relacionado con una respuesta clínica de mal pronóstico

3. Factores psicosociales y ambientales a ellos corresponde entre el 15-40% de la etiología (Gastó, 2008). Los más estudiados son las complicaciones obstétricas, el estrés, el consumo de tóxicos, la inmigración y las infecciones virales.

TEORÍAS PSICOANALÍTICAS

Para Freud la esquizofrenia era el resultado de fijaciones en el desarrollo que se producían antes que aquellas que acababan produciendo neurosis. Estas fijaciones provocan defectos en el desarrollo del yo, favoreciendo una posterior desintegración del mismo. En

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

la esquizofrenia el yo escindido regresaba a esa etapa en la que todavía no se había formado y en la que lo subjetivo y lo objetivo se diluían.

La teoría psicoanalítica también plantea que los distintos síntomas de la esquizofrenia tienen un significado simbólico para cada uno de los pacientes. Por ejemplo, las ideas delirantes o las alucinaciones serían intentos regresivos y reconstitutivos de crear una nueva realidad o un modo de expresión de los miedos e instintos ocultos.

DINÁMICA FAMILIAR

Un comportamiento familiar patológico puede aumentar de forma importante el estrés emocional que podría abocar a un paciente vulnerable a la esquizofrenia

Doble vínculo (Bateson): Los hijos reciben mensajes de sus padres acerca de sus comportamientos, actitudes y sentimientos que son contradictorios. Los niños acaban entrando en un estado psicótico para escapar de la confusión irresoluble del doble vínculo.

Expresión afectiva: los padres y cuidadores son demasiado críticos, hostiles, muy implicados y con una alta expresión de sus afectos. Esta dinámica familiar de alta expresividad emocional se ha relacionado con una tasa mayor de recaídas en la esquizofrenia

MODELO VULNERABILIDAD-ESTRÉS

Según este modelo se podría conceptualizar la esquizofrenia como el resultado de la interacción de factores biológicos (trastorno del desarrollo cerebral en el que estarían implicados varios genes) y factores ambientales que actuarían como estresores. La actuación de estos estresores en una persona genéticamente vulnerable podría conducir a la esquizofrenia.

- Al factor de vulnerabilidad mediado genéticamente habría que sumar la incidencia de factores ambientales.
- Los factores ambientales podrían participar como:

Factores predisponentes. Participan junto a la vulnerabilidad genética en el desarrollo de la esquizofrenia y entre ellos podrían estar implicados los problemas obstétricos durante el embarazo y/o el parto (hipoxia, RPM, infecciones, bajo peso al nacer...)

Factores precipitantes: incluye acontecimientos vitales estresantes que tienen lugar poco antes del comienzo de la enfermedad.

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

Factores de mantenimiento: familias con "alta expresividad emocional". Éstas son familias que expresan frecuentemente hostilidad y comentarios críticos hacia el paciente. En estas familias el número de recaídas es mayor.

CONCLUSIONES

Dado que los problemas mentales están influidos por factores de riesgo y protectores biológicos, psicológicos y sociales, y por su interacción, las intervenciones que incluyan un abordaje multinivel serán más efectivas, más incluso si se realizan durante las etapas tempranas de la vida.

El abordaje del trastorno esquizofrénico y de las fases precoces de los trastornos psicóticos exige una elección cuidadosa de los diferentes tipos de intervenciones disponibles, su adecuada articulación, así como la opción de ámbito de intervención más adecuada, dado que la duración prolongada de un trastorno psicótico sin tratamiento constituye un factor de riesgo de mala evolución del primer episodio psicótico, en términos de peor evolución sintomática, funcional y cognitiva.

La intervención temprana puede permitir paliar o actuar contra el curso y desarrollo del trastorno, sobre todo si aparecen en la infancia ya que (si tiene éxito) puede permitir al paciente concluir sus estudios o etapa formativa, facilitando que pueda adquirir competencias y habilidades indispensables para lograr un medio de vida.

Cualquier modelo asistencial tiene que garantizar la accesibilidad de consulta especializada ante los primeros síntomas de alarma y debe considerar una serie de principios clínico- terapéuticos, que optimizarán la atención asistencial del paciente, como:

- A) Las condiciones de monitorización del periodo crítico (entre los 3 y 5 años posteriores al inicio de un PEP), durante este periodo crítico se debe asegurar la observación diligente del estado del paciente, de la adherencia terapéutica y de las medidas psicoterapéuticas de soporte.
- B) La observación de la respuesta terapéutica debe tener en consideración la respuesta inicial al tratamiento durante los primeros meses, el diagnóstico de una psicosis afectiva o no afectiva, el impacto de los efectos secundarios de los antipsicóticos y la presencia de factores pronósticos.
- C) El control de la necesidad de tratamiento antipsicótico es fundamental durante los dos primeros años después de un PEP y, al menos, hasta 6 meses después de que el paciente cumpla con los criterios de recuperación funcional.
- D) La retirada de la medicación debe estar supervisada durante los meses en que produce y hasta meses después de que el paciente se mantenga sin cobertura medicamentosa.

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

Si bien la farmacoterapia constituye la piedra angular del tratamiento, la utilización de los tratamientos psicosociales adyuvantes y la incorporación de modelos de gestión de la enfermedad crónica que coordine la intervención de un equipo de salud, proporcionan una gestión óptima de los pacientes.

El desarrollo, implantación y evaluación de estos modelos suponen un reto asistencial, que garantizaría la reevaluación de los resultados y una importante progresión de la investigación en condiciones de práctica clínica habitual. Sin embargo, alcanzar estos retos asistenciales supone disponer de más recursos de información y registro transversal, así como de instrumentos educacionales de apoyo, para mejorar el manejo clínico de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía clínica y terapéutica de primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. CIBERSAM 2014.
2. Asociación Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
3. Manual de psiquiatría del Niño y del Adolescente. Soutullo Esperón, C., & Mardomingo Sanz, M. J. (2010). ISBN:978-84-9835-229-0. Médica Panamericana, D.L.2010.
4. López, C. A., Serrano-Drozdowskyj, E., & Díaz-Caneja, C. M. (2016). INFANCIA Y ADOLESCENCIA: UNA VENTANA ABIERTA PARA LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES. *Avances en Salud Mental Relacional*, 15(1).

PREGUNTAS EXAMEN

1. Entre las características que presenta la psicosis en la infancia, señale la falsa:
 - a. Estadísticamente, el trastorno afecta a un 1% de la población, con más frecuencia a niños que a niñas, en una razón de 2 a 1
 - b. El control de la necesidad de tratamiento antipsicótico es fundamental durante los dos primeros años después de un primer episodio psicótico
 - c. Existe un modelo único que explique la interacción entre los distintos factores etiológicos de la esquizofrenia.
 - d. La intervención temprana puede permitir paliar o actuar contra el curso y desarrollo del trastorno.

Respuesta falsa: C

LA PSICOSIS EN LA INFANCIA

2. El síndrome de alto riesgo para la psicosis, que requiere la presencia de:

- a. Síntomas psicóticos positivos (delirios, alucinaciones o desorganización del pensamiento) presentados de forma atenuada.
- b. La presencia de sintomatología psicótica franca, presentada durante no más de una semana y que remite espontáneamente.
- c. Un familiar de primer grado con diagnóstico de trastorno psicótico, o bien, padecer un trastorno de personalidad esquizotípico.
- d. Todas son correctas

Respuesta correcta: D