

## **Sintomatología psicótica en la infancia y adolescencia: descripción de una serie de casos.**

Ramón Ramos Ríos, María Tajés Alonso, Ana Gago Ageitos, José Mazaira Castro

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

### RESUMEN

#### *Introducción*

*La presentación de síntomas psicóticos en la infancia y adolescencia se ha considerado como un factor de mal pronóstico, por una parte por las consecuencias de su irrupción en esta etapa del desarrollo, y por otra parte porque estudios longitudinales han demostrado la existencia de una continuidad hacia trastornos de importante severidad sintomática. Esto hace que cada vez sea mayor el interés por identificar a pacientes en estadios precoces o con muy alto riesgo de desarrollar psicosis que se podrían beneficiar de una observación cuidadosa y un abordaje integral de sus síntomas.*

#### *Métodos*

*De un registro de trastorno mental grave (TMG) realizado en nuestra unidad durante un periodo de 18 meses se seleccionaron aquellos casos que presentaban manifestaciones psicóticas (alucinaciones, delirios, conducta desorganizada, trastornos formales del pensamiento y/o síndrome negativo). Se describen las características*

*sociodemográficas y clínicas de la muestra, datos relativos a la situación sociofamiliar, funcionamiento y adaptación a la escuela y antecedentes familiares.*

#### *Resultados*

*Se incluyeron 19 pacientes (15 varones; edad media 13.4 ±1.5). En 6 casos se realizó el diagnóstico de esquizofrenia. Se detectó problemática socio-familiar en 10 casos y problemática escolar en todos los casos. Presentaban antecedentes familiares de TMG 7 casos. La puntuación media en la escala de funcionamiento global EEAG fue de 55.*

#### *Discusión*

*Se hace una reflexión sobre la necesidad de programas de tratamiento y recursos asistenciales para estos pacientes que presentan importantes déficits funcionales y de adaptación social y escolar. Se discuten las dificultades para el diagnóstico diferencial en estos casos.*

## INTRODUCCIÓN

El concepto de trastorno mental grave (TMG) hace referencia a aquellas patologías psiquiátricas que suponen una importante merma de la calidad de vida de quienes la padecen por su capacidad de producir discapacidad a largo plazo en su evolución. En la infancia y adolescencia habría que considerar aquellas patologías que por su gravedad sintomatológica y por su tendencia a evolucionar hacia la cronicidad puedan causar una grave disrupción de la vida familiar, social, escolar o laboral. En este grupo va a resultar fundamental una intervención precoz y enérgica y que debe

extenderse a todos los ámbitos en los que el funcionamiento del individuo se ve afectado ya que lo que va estar en juego va a ser no sólo la pérdida de funcionalidad sino la falta adquisición de habilidades, apoyos y recursos en una etapa en la que se deben desarrollar. Por este motivo en los diferentes planes de salud mental se destaca la necesidad de programas específicos que posibiliten una asistencia precoz, rápida, continuada y transdisciplinar a este colectivo de pacientes<sup>1,2</sup>.

En este contexto, y de acuerdo con las líneas estratégicas del plan de salud mental vigente en nuestra Comunidad Autónoma<sup>2</sup>, se está realizando un registro de pacientes con TMG en nuestra Unidad con el fin de definir las características clínicas de este grupo de pacientes y sus necesidades más prioritarias, previamente a la propuesta de desarrollo de un programa específico<sup>3</sup>. El concepto de TMG es fundamentalmente un concepto de planificación y gestión clínica, en el que se pueden englobar pacientes con manifestaciones clínicas y diagnósticas muy heterogéneas. Dentro de este grupo, por su gravedad psicopatológica y por el debate existente sobre su gravedad pronóstica y la continuidad de los diagnósticos en la edad adulta, nos parece especialmente interesante detenernos en el estudio de los pacientes que presentaron manifestaciones psicóticas, incluyendo aquellos con esquizofrenia de inicio temprano y también los que recibieron otros diagnósticos<sup>4</sup>.

En psiquiatría infanto-juvenil un error a evitar es la asimilación de la presentación de algún síntoma psicótico con un diagnóstico de esquizofrenia de inicio temprano. Paradigmáticos en este sentido son los resultados de un estudio realizado por el *Nacional Institute of Mental Health* (NIMH) en Estados Unidos, en el que de un total de 1300 niños y adolescentes referidos con la sospecha diagnóstica de esquizofrenia sólo 64 recibieron este diagnóstico tras la evaluación por los expertos, encuadrándose el resto en otras categorías diagnósticas (fundamentalmente trastornos afectivos)<sup>5</sup>. De

hecho, la mayoría de las series clínicas apuntan a una mayor frecuencia de los diagnósticos de trastornos afectivos entre los niños y adolescentes que presentaban síntomas psicóticos (sobre todo si se trataba de alucinaciones, pero incluso con síntomas de primer orden de Schneider que se considerarían poco específicos)<sup>6,7</sup>. Actualmente los criterios diagnósticos para la esquizofrenia y la psicosis afectivas son los mismos para los niños y adolescentes que los aplicados en edad adulta, existiendo actualmente consenso en la literatura sobre la idoneidad de esta estrategia al ser la que menos errores diagnósticos produce y la que garantiza una mayor continuidad con los diagnósticos en la edad adulta<sup>4, 8</sup>. Al margen de la discusión sobre los criterios diagnósticos se encontrarían los intentos por definir las características de los pacientes en alto riesgo de desarrollar psicosis o prepsicóticos, que a su vez también serían objeto de programas específicos<sup>9, 10, 11</sup>, o los debates en torno a las psicosis atípicas de presentación en la infancia o adolescencia. Este último grupo supuso un importante porcentaje (20%) de los pacientes examinados en el estudio del NIMH<sup>5</sup>. Se trataría de pacientes con síntomas psicóticos leves (delirios de referencia, alteraciones sensorio-perceptivas leves), de presentación transitoria y con frecuentes alteraciones emocionales y en las relaciones interpersonales, para los que en estudios longitudinales no se ha demostrado una evolución a esquizofrenia, sino hacia trastornos afectivos o, en la mitad de los casos, manteniéndose diagnósticos poco específicos<sup>8, 12</sup>. Por otra parte, la presentación de síntomas psicóticos transitorios o síntomas pseudopsicóticos constituye una manifestación frecuente de determinados trastornos de personalidad. Actualmente las clasificaciones internacionales no permiten realizar estos diagnósticos en esta franja de edad (únicamente el de trastorno disocial). Esta limitación, aunque con la virtud de evitar la estigmatización asociada a esta etiqueta diagnóstica, amén del debate existente en torno a su estabilidad, ha sido criticada por muchos autores ya que en estos casos la

formulación de otros diagnósticos (por ejemplo en los ejes I o IV de la DSM) podría encubrir su problemática y retrasar la aplicación de intervenciones específicas<sup>13</sup>.

Con respecto al pronóstico, independientemente del diagnóstico, se considera que la mera presencia de síntomas psicóticos lo ensombrece, marcando una mayor tendencia a la cronicidad del cuadro psicopatológico e interfiriendo sobre el desarrollo del niño o adolescente, con influencia sobre su funcionamiento en ese momento biográfico pero además en su vida adulta<sup>14</sup>. Con respecto a la esquizofrenia de inicio en la infancia, sobre todo con debut de los síntomas antes de los 13 años de edad, varios de los factores de peor pronóstico para la enfermedad se presentan con elevada frecuencia: inicio insidioso, presencia de síndrome negativo desde los momentos iniciales del trastorno o de alteraciones premórbidas<sup>8</sup>; justamente los asociados con un peor funcionamiento social<sup>15</sup>. En este sentido, la pobre adaptación social en la escuela ha sido identificada retrospectivamente como factor de riesgo en sujetos que desarrollaron psicosis<sup>16</sup>.

Actualmente se considera que el tratamiento de los niños y adolescentes con síntomas psicóticos ha de ser multimodal incluyendo intervenciones farmacológicas, psicoeducación y psicoterapia familiar e individual, intervenciones escolares y rehabilitación social y cognitiva<sup>8</sup>. Existe una limitada información sobre la efectividad y seguridad de los fármacos antipsicóticos en estos grupos de edad<sup>8, 18</sup>. Debido a los efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos clásicos y a la falta de respuesta en el síndrome negativo<sup>19</sup>, se ha generalizado el uso de antipsicóticos atípicos en nuestro medio, fundamentalmente risperidona y olanzapina<sup>20</sup>. De todos modos, en muchos casos se trata de un uso fuera de guía y nuevas cautelas respecto a su uso aparecen en relación con la posibilidad de aparición de alteraciones metabólicas (sobre todo con olanzapina)<sup>21</sup>. A día de hoy, la FDA en Estados Unidos sólo ha aprobado el

uso de dos antipsicóticos atípicos, la risperidona y el aripiprazol, para el tratamiento de a esquizofrenia en adolescentes<sup>18</sup>.

A nuestro entender, el trabajo con las familias resulta una parte fundamental del tratamiento de estos pacientes. Existe un riesgo de frustración y desmoralización, estigmatización, culpabilización de las familias y, por otra parte, también de minimización de la situación. Se hace necesario un abordaje intensivo con intervenciones de psicoeducación y apoyo a las familias, ya que en estos casos la adherencia al tratamiento va a estar muy determinada por las actitudes de los padres hacia el mismo, provocando en ocasiones una retirada prematura del mismo<sup>22</sup>.

Con respecto a la rehabilitación debe tenerse en cuenta que se debe hacer en un momento en el que lo que corresponde es la “habilitación” del niño o adolescente enfermo en su medio habitual y en el centro educativo. En este aspecto el proceso va a ser complejo, ya que debe valorarse si es posible una educación normalizada o, si en determinados momentos o a largo plazo, se debe recurrir a otro tipo de recursos o dispositivos.

## MÉTODOS

Se presenta un estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Del registro de TMG que se está realizando en nuestra Unidad desde junio de 2007, se recogieron todos aquellos casos que presentaron síntomas psicóticos que se incluyeron en el mismo hasta el mes de noviembre de 2008. Se revisaron las historias clínicas y con la finalidad de caracterizar la muestra, se clasificaron estos síntomas en alucinaciones, delirios, conducta desorganizada y/o trastornos formales del pensamiento y síntomas de defecto.

Además también se recogió la existencia de sintomatología afectiva y de otros síntomas (somatizaciones, síntomas obsesivo-compulsivos, síntomas disociativos).

Se presentan los diagnósticos de los pacientes al final del periodo de seguimiento de acuerdo con las clasificaciones DSM-IVTR y CIE-10. Como factores pronósticos y de gravedad asociados se destacó la existencia de los siguientes diagnósticos comórbidos: retraso mental y consumo de tóxicos.

Se describen las características sociodemográficas de la muestra, además de datos relativos a la situación sociofamiliar y adaptación a la escuela. Para la valoración funcional se aplicó la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Se recogió la existencia de antecedentes familiares psiquiátricos, especialmente de TMG.

Los resultados fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

## RESULTADOS

### **Características sociodemográficas**

La serie está formada por un total de 19 pacientes, con una edad media de  $13.4 \pm 1.5$  años en el momento de su inclusión en el registro de TMG. Sólo dos pacientes tenían menos de 12 años de edad. El 78.9% fueron varones (15 casos). La edad media de inicio de los síntomas fue de  $11.6 \pm 3$  años. El tiempo medio de seguimiento en la unidad fue de 12.9 meses (rango 1-72 meses).

### **Síntomas psicóticos**

Entre los síntomas psicóticos los más frecuentemente documentados fueron los delirios (14 casos), predominando los de referencia y de perjuicio (Tabla 1). Destacó la

relativa elevada frecuencia de ideas delirantes hipocondriacas (5 casos) que no sorprende al tratarse de pacientes en una edad a la que la vivencia de los cambios corporales propios del desarrollo reviste especial importancia y en la que la expresión mediante la somatización de las alteraciones psicopatológicas es muy frecuente. En este sentido podría ponerse como ejemplo el caso del paciente que no quiere que le oigan hablar en el instituto porque le ha cambiado la voz, su voz ya no es su voz. U otro paciente que dice “mis pulmones han encogido por haber fumado, no crecen como el resto de mi cuerpo”, “aunque no he fumado, sólo cogía las colillas del suelo en los dedos para ser malo”; en este caso se observaba una conducta desorganizada y una identificación con el mal como respuesta al derrumbamiento de la propia identidad.

Entre las alucinaciones las más frecuentes fueron las auditivas intrapsíquicas (10 casos). Nos parece interesante detenernos en como las expresaban estos pacientes, desde los que refieren que perciben “ruidos” que les molestan hasta otros que identifican varias voces a las que atribuyen las características de bondad y maldad. Un paciente habla de una voz que le dice que rece, que se arrodillé o santigüe, lo que experimenta con goce y calma su angustia ante todas las amenazas que percibe en su entorno contra él. Otro habla de una voz en un lado de la cabeza que le dice que se haga daño y la otra en el contrario que le dice que no lo haga. Una niña percibe, con características de sonoridad y vivido en el presente, el recuerdo de lo dicho por una amiga que piensa que quiere controlarla. En otros casos son voces insultantes que critican lo que el paciente hace.

Se observaron síntomas de defecto en 11 casos a lo largo de evolución, destacando dificultades de concentración, empobrecimiento del discurso, restricción de intereses, abulia, aplanamiento afectivo y aislamiento. Estos junto con los síntomas del siguiente grupo fueron los que motivaron una mayor necesidad de intervenciones



educativas específicas, ya que se asociaron con las mayores dificultades para la adaptación en la escuela y empeoramiento del rendimiento, con imposibilidad para satisfacer las exigencias académicas e integrarse en el grupo de pares.

Se observó cierto grado de desorganización en 7 casos, destacando afecto inapropiado, alogia, apragmatismo, comportamientos abigarrados y estereotipias, agresividad, conductas en exceso pueriles o conductas sexuales inapropiadas. Una fuente de información muy valiosa para recoger estos síntomas fueron los informes escolares. Un paciente interrumpe las clases riéndose o presenta muecas forzadas. Un adolescente aborda a sus compañeros en el patio y les dice que se unan a la banda terrorista ETA. Otro golpea a los compañeros sin motivo aparente y es incapaz de dar ninguna justificación de su comportamiento.

Tabla 1. Síntomas psicóticos (N = 19)			
	N (%)	N (%)	
Delirios	14 (73.7)	Referencia	10 (52.6)
		Perjuicio	8 (42.1)
		Hipocondriaco	5 (26.3)
		Influencia	3 (15.8)
		Místico / Religioso	1 (5.3)
		Otros	2 (15.8)
Alucinaciones	10 (52.6)	Auditivas	10 (52.6)
		Cenestésicas	2 (10.5)
		Visuales	1 (5.3)
Síndrome negativo	11 (57.9)		
Desorganización	7 (36.8)		

### Otros síntomas

En 13 casos (68.4%) se destacó la existencia de sintomatología afectiva y/o ansiosa asociada precediendo a los síntomas psicóticos, coincidiendo temporalmente con estos u observada a lo largo del seguimiento (Tabla 2); lo más frecuente síntomas depresivos. 4 pacientes presentaron ideación suicida, dos de estos realizaron un intento autolítico en el tiempo de seguimiento. En dos casos destacaba la labilidad del afecto y la inestabilidad emocional.

Nueve pacientes manifestaban sintomatología ansiosa (crisis de pánico, angustia, ansiedad de separación). Dos pacientes refirieron fenómenos de desrealización/despersonalización. Se identificaron síntomas obsesivo-compulsivos en 3 casos.

Las quejas de síntomas somáticos (fundamentalmente abdominales) se presentaron con intensidad en cinco casos, motivando varios ingresos en planta de Pediatría de dos de estos pacientes.

Otras características que se destacaron en la muestra fueron la impulsividad, la conducta desafiante y la presencia de tics (en todos los casos motores).

Tabla 2. Otros síntomas (N = 19)	
	N (%)
Ánimo depresivo	11 (57.9)
Ansiedad	9 (47.4)
Ideación autolítica	4 (21.1)
Somatizaciones	5 (26.3)
Síntomas obsesivos	3 (15.8)
Desrealización/despersonalización	2 (10.5)
Inestabilidad afectiva	2 (10.5)
Descontrol de impulsos	4 (21.1)
Conductas disociales	4 (21.1)
Tics	3 (15.8)

## **Diagnósticos**

Al final del periodo de seguimiento recibieron el diagnóstico de esquizofrenia 6 pacientes (31.6%) que cumplían los criterios de las clasificaciones internacionales y que a lo largo de su evolución habían presentado síntomas positivos y negativos, habiéndose descartado la existencia de sintomatología afectiva predominante en el cuadro y con importante repercusión funcional y social. En 4 casos los primeros síntomas psicóticos se presentaron antes de los 13 años de edad (los tres varones que fueron diagnosticados de esquizofrenia desorganizada y una adolescente con antecedentes de un trastorno psicótico en uno de sus progenitores).

Dos pacientes fueron diagnosticados de trastorno esquizoafectivo tipo depresivo al haberse constatado en su seguimiento la presencia de sintomatología afectiva y psicótica simultáneamente y de modo independiente, en ambos casos con importante carga familiar (uno de ellos con un progenitor afectado de un trastorno delirante y un suicidio en un familiar en segundo grado, el otro con un progenitor diagnosticado de trastorno bipolar).

El diagnóstico de trastorno psicótico no especificado se aplicó en cuatro casos que no habían presentado síntomas psicóticos positivos floridos (únicamente autorreferencialidad, suspicacia, ideas de perjuicio muy poco estructuradas) o bien estos no se habían observado durante el tiempo suficiente, pero con una clara repercusión funcional y observándose un cierto grado de aplanamiento afectivo. En tres casos se observaban además alteraciones conductuales y síntomas inespecíficos emocionales y de ansiedad. Dos de estos pacientes presentaban un trastorno de conducta asociado. En otros dos la clínica se podría interpretar en el contexto de un desarrollo patológico de su personalidad que se estaba conformando con rasgos predominantes del cluster A.

Tres pacientes fueron diagnosticados de depresión psicótica, dos casos con evolución favorable y remisión de los síntomas psicóticos con la mejoría del cuadro afectivo. En el tercer caso el seguimiento fue insuficiente por abandono de las consultas.

Dos pacientes fueron diagnosticados de trastorno psicótico orgánico. Una paciente con secuelas de una meningitis meningocócica, hipotiroidismo y epilepsia refractaria (con persistencia de crisis parciales durante su atención) que presentaba predominantemente alucinaciones. Y un adolescente con una macrocefalia y un retraso mental leve que presentaba una psicosis esquizomorfa. En el caso de otro paciente con un retraso mental leve se interpretaron los síntomas psicóticos en el contexto de una reacción desadaptativa.

Tabla 3. Diagnósticos según las clasificaciones DSM y CIE (N = 19)			
	DSM-IVTR (Códigos CIE-9)	CIE-10	N (%)
Trastorno psicótico no especificado	298.9	F29	4 (21.1)
Esquizofrenia paranoide	295.30	F20.0	3 (15.8)
Esquizofrenia desorganizada	295.10	F20.1	3 (15.8)
Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos	296.24	F32.3	3 (15.8)
Trastorno esquizoafectivo	295.70	F25.1	2 (10.5)
Trastorno psicótico orgánico	293.x	F06.2	2 (10.5)
Trastorno disocial	312.82	F91.1	1 (5.3)
Retraso mental leve	317	F70	1 (5.3)

### **Comorbilidad**

Por sus repercusiones pronósticas y por su influencia en el funcionamiento académico y relacional, planteando abordajes específicos, se destacaron las siguientes comorbilidades: retraso mental (3 casos) y abuso de tóxicos (cannabis, 3 casos).

### **Antecedentes familiares**

Se consignó la existencia de antecedentes psiquiátricos familiares (en primer y/o segundo grado de parentesco) en 11 pacientes (57.9%), en 7 (36.8%) de TMG. Para un adolescente adoptado fue imposible obtener información. Estos antecedentes fueron más frecuentes en los pacientes con psicosis afectiva: los dos pacientes diagnosticados de trastorno esquizoafectivo y 2 de los 3 diagnosticados de depresión con síntomas psicóticos. Dentro de este grupo, además dos pacientes contaban con antecedentes de suicidio en al menos un familiar en segundo grado de parentesco.

### **Situación sociofamiliar y en la escuela. Funcionamiento**

Se recogió la existencia de problemática sociofamiliar en el 52.6% de los casos. Lo más frecuente fue que se consignase la existencia de patología mental activa en algún familiar conviviente (Tabla 4).

Se recogió la existencia de dificultades escolares en todos los casos, lo más frecuente mal rendimiento y lo más preocupante un importante absentismo entre estos pacientes menores de 16 años de edad (Tabla 5).

La puntuación media en la escala de funcionamiento global EEAG que se aplicó en el momento de inclusión en el registro fue de  $55 \pm 8$ .

Tabla 4. Problemática sociofamiliar (N = 19)	
	N (%)
Enfermedad mental familiar activa	6 (31.6)

Separación de los padres	2 (10.5)
Emigración (retorno) / Inmigración	2 (10.5)
Precariedad económica o social	1 (5.3)
Adopción, acogimiento, tutela menores, crianza por terceros	1 (5.3)
Abuso sexual	1 (5.3)
Malos tratos familiares	1 (5.3)
Enfermedad somática familiar	1 (5.3)
Otras situaciones anómalas	2 (10.5)

Tabla 5. Problemática escolar (N =19)	
	N (%)
Bajo rendimiento	17 (89.5)
Problemas de conducta	9 (47.4)
Inadaptación	9 (47.4)
Absentismo	7 (36.8)
Intervenciones educativas específicas	6 (31.6)
Acoso escolar (acosador o acosado)	3 (15.8)

### **Tratamientos**

Al final del periodo de seguimiento recibían tratamiento antipsicótico 15 pacientes (78.9%), el 73% en monoterapia antipsicótica. Los antipsicóticos más prescritos fueron: risperidona con una dosis media de  $2.35 \pm 1.3$  mg y aripiprazol con una dosis media de  $10 \pm 3.5$  mg (para estos análisis se excluyó un paciente que estaba recibiendo una megadosis de risperidona, proveniente de otro dispositivo). Los síntomas secundarios que se presentaron con mayor frecuencia fueron aumento de peso y excesiva sedación. 8 pacientes (42.1%) recibían algún fármaco antidepresivo (Tabla 6). De los pacientes que no recibían tratamiento psicofarmacológico, en tres casos se había indicado, pero no se cumplió por negativa del paciente y/o de los familiares

responsables. Con respecto a intervenciones psicoterapéuticas, 3 pacientes se integraron en grupos de habilidades sociales.

Tabla 6. Tratamientos (N = 19)			
		N (%)	N (%)
Antipsicóticos	15 (78.9)	Risperidona <sup>a</sup>	11 (57.9)
		Aripiprazol	6 (31.6)
		Clozapina	1 (5.3)
		Quetiapina	1 (5.3)
		Ziprasidona	1 (5.3)
Antidepresivos	8 (42.1)	ISRS <sup>b</sup>	7 (36.8)
		Otros <sup>c</sup>	1 (5.3)
Anticonvulsivantes <sup>d</sup>	2 (10.5)		
Metilfenidato	2 (10.5)		
Benzodiazepinas	2 (10.5)		
Sin tratamiento farmacológico	4 (21.1)		
<sup>a</sup> 1 paciente con risperidona de liberación prolongada. <sup>b</sup> Fluoxetina, sertralina. <sup>c</sup> Reboxetina. <sup>d</sup> Valproato.			

## DISCUSIÓN

En nuestra serie, a diferencia de los resultados de los estudios americanos<sup>5,7</sup> y en coincidencia con algún estudio europeo<sup>23</sup>, fueron más frecuentes los diagnósticos del espectro de la esquizofrenia que los de trastornos afectivos. Esto podría justificarse al ser identificados los casos a partir de un registro de TMG (en el que no se incluían depresiones leves y moderadas), además de por el pequeño tamaño de la serie (factor de aleatoriedad). En esta misma línea se inscribiría el hallazgo de los delirios como síntoma más frecuente. En la mayor parte de los casos de los casos los delirios se presentaron escasamente estructurados<sup>24</sup>.

Fue frecuente la aparición de sintomatología afectiva, emocional y trastornos conductuales acompañando a los síntomas psicóticos lo que complicó el diagnóstico diferencial. Retrospectivamente, aquellos pacientes con síndrome negativo (fundamentalmente aplanamiento afectivo) o desorganización (afecto inapropiado, conductas abigarradas) fueron los que recibieron mayoritariamente los diagnósticos de trastornos del espectro de la esquizofrenia, lo que incide en la documentada baja especificidad de las alucinaciones y delirios<sup>8</sup>. Los síntomas obsesivos y las vivencias de extrañeza del yo que también se reflejaron en las historias también se consideran típicas de a presentación de los trastornos psicóticos en edad infanto-juvenil<sup>8</sup>. De modo similar a otras series de la literatura, se constató la presencia de algún síndrome comórbido en una importante proporción de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia de inicio temprano y de trastorno psicótico no especificado<sup>25</sup>.

Se constató la existencia de problemática sociofamiliar e inadaptación y afectación del rendimiento en el centro educativo en un importante porcentaje de la serie. Entre los estresores familiares de especial significación resulta la existencia de trastornos mentales entre los familiares convivientes, lo que consideramos dificulta mucho el tratamiento y seguimiento de los pacientes. Fundamentalmente, el elevado absentismo y la falta de adherencia al tratamiento nos parecen factores que indican la necesidad de una continuidad en los cuidados, una comunicación fluida con los centros educativos y un abordaje psicoterapéutico y psicoeducativo de las familias. Por eso pensamos que está justificado que, de acuerdo con los planes vigentes<sup>2</sup>, se creen auténticos equipos interdisciplinarios con presencia de educadores, trabajadores sociales y enfermería comunitaria en las unidades de salud mental infanto-juvenil y se apliquen programas ambulatorios específicos para TMG y que se planifique la creación de dispositivos intermedios (como el hospital de día infanto-juvenil).



Entre las limitaciones de este trabajo cabe señalar que no se han aplicado escalas de síntomas ni entrevistas semiestructuradas para la recogida de los síntomas o la realización de los diagnósticos. Es posible que al tratarse de una revisión retrospectiva de historias se haya subestimado la problemática social, al no haberse realizado una historia social pormenorizada, habiendo utilizado sólo aquello que aparecía recogido en la anamnesis o reseñado en los cursos evolutivos o informes escolares y sociales cuando se disponía de ellos. Por razones de confidencialidad de los pacientes y sus familias, se ha evitado el retratar cada uno de los casos individualmente, lo que puede haber perjudicado a la claridad del material expuesto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Consell Assessor Sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. Recomanacions per a l'atenció dels trastorns mentals greus en la infància i l'adolescència. Barcelona. CatSalut 2003.
2. SERGAS, Secretaría Xeral, Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias. Plan estratégico de Saúde Mental Galicia 2006-2011. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade 2007.
3. Gago Ageitos AM, Ramos Ríos R, Cortizo Pérez M, Mazaira Castro J. Trastorno mental grave en una unidad de salud mental infanto-juvenil. Estudio descriptivo. En: XVIII Reunión Anual de la Asociación Gallega de Psiquiatría; Ourense, 27-28 de junio de 2008.
4. Hollis C. Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2000; 157(10): 1652-9.

5. Calderoni D, Wudarsky M, Bhangoo R, Dell ML, Nicolson R, Hamburger SD, et al. Differentiating childhood-onset schizophrenia from psychotic mood disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(10): 1190-6.
6. Ulloa RE, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Brent DA, Ryan ND, et al. Psychosis in a pediatric mood and anxiety disorders clinic: phenomenology and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(3): 337-45.
7. Biederman J, Petty C, Faraone SV, Seidman L. Phenomenology of childhood psychosis: findings from a large sample of psychiatrically referred youth. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192(9): 607-14.
8. Masi G, Mucci M, Pari C. Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs* 2006; 20(10): 841-66.
9. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The "close-in" or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophr Bull.* 2003; 29(4): 771-90.
10. Phillips LJ, McGorry PD, Yung AR, McGlashan TH, Cornblatt B, Klosterkötter J. Prepsychotic phase of schizophrenia and related disorders: recent progress and future opportunities. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; 48: s33-44.
11. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(1): 28-37.
12. Nicolson R, Lenane M, Brookner F, Gochman P, Kumra S, Spechler L, et al. Children and adolescents with psychotic disorder not otherwise specified: a 2- to 8-year follow-up study. *Compr Psychiatry* 2001; 42(4): 319-25.

13. Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Med J Aust* 2007; 187(7 Suppl): s18-21.
14. Figueroa Quintana A, Soutullo Esperón C, Chiclana Actis C, Díez Suárez A. Clínica y diagnóstico diferencial de la psicosis en la infancia y adolescencia. En: Gutiérrez Fraile M, Ezcurra j, González-Pinto A, ed. Posibilidades terapéuticas y límites en psiquiatría. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2007. p. 45-73.
15. Röpcke B, Eggers C. Early-onset schizophrenia: a 15-year follow-up. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14(6): 341-50.
16. Cannon M, Jones P, Huttunen MO, Tanskanen A, Huttunen T, Rabe-Hesketh S, et al. School performance in Finnish children and later development of schizophrenia: a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(5): 457-63.
18. Madaan V, Dvir Y, Wilson DR. Child and adolescent schizophrenia: pharmacological approaches. *Expert Opin Pharmacother* 2008; 9(12): 2053-68.
19. Castro Fornieles M. Efectividad de los antipsicóticos en niños y adolescentes. . En: Gutiérrez Fraile M, Ezcurra j, González-Pinto A, ed. Posibilidades terapéuticas y límites en psiquiatría. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2007. p. 93-114.
20. Ramírez Reyes MJ, de la Rosa Fox C, Galiana Martínez J, Grupo de Trabajo de Unidades de Salud Mental Infantil de Andalucía. Hábito prescriptor en psiquiatría infantil. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2007.
21. Sikich L, Frazier JA, McClellan J, Findling RL, Vitiello B, Ritz L, et al. Double-blind comparison of first- and second-generation antipsychotics in early-onset schizophrenia and schizo-affective disorder: findings from the treatment of early-onset schizophrenia spectrum disorders (TEOSS) study. *Am J Psychiatry* 2008; 165(11): 1420-31.

22. Charach A, Volpe T, Boydell KM, Gearing RE. A theoretical approach to medication adherence for children and youth with psychiatric disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2008; 16(2): 126-35.
23. Engqvist U, Rydelius PA. The occurrence and nature of early signs of schizophrenia and psychotic mood disorders among former child and adolescent psychiatric patients followed into adulthood. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2(1): 30.
24. Russell AT. The clinical presentation of childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20(4): 631-46.
25. Ross RG, Heinlein S, Tregellas H. High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Res* 2006; 88(1-3): 90-5.