

DOI: 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.12-25

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1811>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 12-25







Esquizofrenia, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos

Schizophrenia, diagnosis and treatment in pediatric patients

Esquizofrenia, diagnóstico e tratamento em doentes pediátricos

Juan Sebastián Tinjaca Del Castillo¹; Angie María Alejandra Castro Santos²; Angela Lizeth Pachon Amon³; Myriam Carolina Alfonso Caicedo⁴

RECIBIDO: 11/07/2022 **ACEPTADO:** 03/09/2022 **PUBLICADO:** 01/10/2022

1. Médico General; Investigador Independiente; Bogotá, Colombia; sebastinjaca@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9571-2331>
2. Médica General; Investigadora Independiente; Bogotá, Colombia; alejandracastrasantos@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-4474-7515>
3. Médica General; Investigadora Independiente; Bogotá, Colombia; angelapachon24@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3250-8135>
4. Médica Especialista en Epidemiología; Investigadora Independiente; Bogotá, Colombia; caroalfonso2@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3218-5965>

CORRESPONDENCIA

Juan Sebastián Tinjaca Del Castillo

sebastinjaca@gmail.com

Bogotá, Colombia

RESUMEN

La esquizofrenia y su caracterización está dada por trastornos en múltiples modalidades mentales. Las alteraciones psicomotoras, inclusive la catatonia, también pueden ser derivadas de este trastorno mental. Los síntomas esenciales son: los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control, y persistentes alucinaciones o ideas delirantes. El objeto de este estudio es proporcionar un contenido científico académico actualizado con el cual explicar el diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en pacientes pediátricos. En base a ello se dispuso aplicar una metodología de revisión en el marco de un diseño bibliográfico. Los resultados derivados de ésta, han sido tratados como evidencia y fundamentan la presente disertación, que incluye: definiciones, causas, síntomas factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en paciente pediátricos. En definitiva, se reconoce a la esquizofrenia entre todos los trastornos de la salud mental que existen, como una de las más complejas de diagnosticar y tratar. En pediatría, resulta ser una patología de difícil diagnóstico, debido a que el propio desarrollo de los niños y adolescentes puede coartar la manifestación de sus signos y síntomas. Su tratamiento en este mismo grupo de pacientes es tan variado como el que se ha planteado para los adultos, e igualmente, requiere un manejo de por vida.

Palabras clave: Funciones Cerebrales, Alteraciones Psicomotoras, Depresión, Ansiedad, Aislamiento

ABSTRACT

Schizophrenia and its characterization is given by disorders in multiple mental modalities. Psychomotor disturbances, including catatonia, can also be derived from this mental disorder. The essential symptoms are: thought disorders and experiences of influence, passivity or control, and persistent hallucinations or delusions. The purpose of this study is to provide updated academic scientific content with which to explain the diagnosis and treatment of schizophrenia in pediatric patients. Based on this, it was decided to apply a review methodology within the framework of a bibliographic design. The results derived from this have been treated as evidence and support this dissertation, which includes: definitions, causes, symptoms, risk factors, diagnosis and treatment of schizophrenia in pediatric patients. In short, schizophrenia is recognized among all mental health disorders that exist, as one of the most complex to diagnose and treat. In pediatrics, it turns out to be a pathology that is difficult to diagnose, because the very development of children and adolescents can limit the manifestation of their signs and symptoms. Its treatment in this same group of patients is as varied as that which has been proposed for adults, and likewise, it requires lifelong management.

Keywords: Brain functions, psychomotor disorders, depression, anxiety, isolation.

RESUMO

A esquizofrenia e a sua caracterização é dada por perturbações em múltiplas modalidades mentais. As perturbações psicomotoras, incluindo a catatonia, também podem ser derivadas desta desordem mental. Os sintomas essenciais são: perturbações do pensamento e experiências de influência, passividade ou controlo, e alucinações ou delírios persistentes. O objectivo deste estudo é fornecer conteúdo científico académico actualizado com o qual se possa explicar o diagnóstico e tratamento da esquizofrenia em doentes pediátricos. Com base nisto, foi decidido aplicar uma metodologia de revisão no âmbito de um desenho bibliográfico. Os resultados derivados foram tratados como prova e apoiam esta dissertação, que inclui: definições, causas, sintomas, factores de risco, diagnóstico e tratamento da esquizofrenia em pacientes pediátricos. Em suma, a esquizofrenia é reconhecida entre todas as perturbações de saúde mental que existem, como uma das mais complexas de diagnosticar e tratar. Na pediatria, revela-se uma patologia difícil de diagnosticar, porque o próprio desenvolvimento das crianças e adolescentes pode limitar a manifestação dos seus sinais e sintomas. O seu tratamento neste mesmo grupo de pacientes é tão variado como o que foi proposto para os adultos, e da mesma forma, requer uma gestão vitalícia.

Palavras-chave: Funções cerebrais, distúrbios psicomotores, depressão, ansiedade, isolamento.

Introducción

La esquizofrenia, generalmente, surge entre los 15 y 45 años de edad aproximadamente, y su mayor incidencia se ubica al comenzar los 30 años de edad. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO, por sus siglas en inglés) (OMS, 2022a), también asegura que puede que inicie al final de la adolescencia o entre los 20 y los 30 años de edad. Las manifestaciones en ambos grupos etarios son semejantes. (Elia, 2021; OMS, 2022a) “Actualmente, constituye una de las diez principales causas de discapacidad en el mundo” (Casas, et al., 2021)

Según datos de la más de $\frac{2}{3}$ del total de pacientes con psicosis en el mundo, carecen de atención de salud mental especializada. En la misma escala, son cerca de 24 millones de personas los que viven con esquizofrenia, en otras palabras, eso significa que 1 de cada 300 personas (0,32%) la padecen. Este trastorno mental no es tan común como otros tipos y tiende a ser más frecuente en hombres que en mujeres.

Las personas que padecen esquizofrenia tienen una probabilidad de 2 a 3 veces mayor de morir prematuramente que la población general, a menudo por causa de enfermedades físicas tales como enfermedades cardiovasculares, metabólicas o infecciosas.

La esquizofrenia se asocia frecuentemente con una fuerte ansiedad y un importante deterioro de las esferas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales y otras importantes esferas de la vida. (OMS, 2022a)

Hablar de esquizofrenia en pediatría, conforme a los criterios de expertos, es referirse e incluso engloba los términos: esquizofrenia de inicio en la infancia (la esquizofrenia en los niños prepúberes) o esquizofrenia infantil (EII / COS, de la expresión en inglés childhood-onset schizophrenia), esquizofrenia de aparición muy temprana (EAMT/VEOS, derivado la denominación en inglés

Very Early Onset Squizophrenia), en la que los síntomas similares a los de la forma del adolescente/adulto joven se desarrollan antes de los 13 años; mientras que la esquizofrenia de aparición temprana (EAT / EOS, por las siglas en inglés de Early Onset Squizophrenia) está referida a la que inicia antes de los 18 años de edad. (Barrio, 2020; Elia, 2021; Casas, et al., 2021)

También es consistente entre los tratadistas lo extraña y peligrosa ocurrencia de esta entidad en etapa pediátrica e incluso adolescencia, y que ésta tienda a ser más frecuente en varones, aunque posteriormente, con el incremento en la edad, la proporción hombre/mujer sea equiparable.

Por lo general, presenta una prevalencia de 1/10.000-30.000 para la esquizofrenia de inicio antes de los 13 años y de 1,4/10.000 para la de antes de los 15 años. (Barrio, 2020)

La Fundación Mayo para la Educación e Investigación Médica (MFMER, por sus siglas en inglés) señala, en concordancia con otras tratadistas, que esta clase de trastorno mental es muy extraña, pero delicada, en la que los niños y adolescentes interpretan la realidad de manera anormal.

La esquizofrenia implica una variedad de problemas con respecto al pensamiento (cognitivo), al comportamiento o a las emociones. Puede provocar una combinación de alucinaciones, ideas delirantes y trastornos graves en el pensamiento y el comportamiento que afecta la capacidad de tu hijo de vivir normalmente. La esquizofrenia infantil es básicamente lo mismo que la esquizofrenia en los adultos, con la diferencia de que comienza a una edad más temprana—generalmente, en la adolescencia—y tiene una gran repercusión en el comportamiento y desarrollo del niño. (MFMER, 2021)

Por su parte, Casas, et al.; (2021) describe la esquizofrenia como “un trastorno psíquico que afecta a la percepción, al pensamiento, al afecto y a la conducta de los

pacientes, deteriorando su funcionamiento familiar, escolar y social.”

Otro aspecto importante es destacado por la OMS, ya que pone de manifiesto la fatídica realidad a la que, en general, son expuestas los pacientes con esquizofrenia, ya que habitualmente les son violentados sus derechos humanos, tanto dentro de las instituciones de salud mental como en entornos comunitarios.

El estigma contra las personas con esta afección es intenso y generalizado, es causa de exclusión social y afecta a sus relaciones con los demás, en particular sus familiares y amigos. Ello contribuye a la discriminación, que a su vez puede limitar el acceso a la atención médica general, la educación, la vivienda y el empleo. Durante las emergencias humanitarias y de salud pública pueden producirse tensiones y temores extremos, pueden quebrantarse los apoyos sociales, se puede producir aislamiento y se pueden interrumpir los servicios de atención de la salud y el suministro de medicamentos. Estos cambios pueden afectar a la vida de las personas que padecen esquizofrenia, y exacerbar los síntomas ya presentes. Durante las emergencias, las personas que padecen esquizofrenia son más vulnerables que las demás a diversas violaciones de los derechos humanos, como la desatención, el abandono, la falta de vivienda, el abuso y la exclusión. (OMS, 2022a)

El interés por desarrollar la presente investigación surge, ante todo, por la necesidad de actualizar los conocimientos, y en favor a la contribución de contenido científico académico. También a sido por la trascendencia del tema, dado que, la esquizofrenia en pacientes pediátricos es una delicada condición que genera fuertes y diversos impactos que van desde las propias dificultades y serios riesgos para el paciente hasta sus implicaciones en los contextos familiares, socioeconómicos, culturales, políticos, y demás ámbitos de interés investigativo.

A continuación, se describe la metodología investigativa aplicada, y se prosigue con la sección de los resultados derivados de ésta, tratados como evidencia y fundamento de las diversas opiniones y criterios descritos en la presente disertación, en la que se incluyen: definiciones, causas, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia en paciente pediátricos. Al final, se exponen las conclusiones correspondientes.

Materiales y Métodos

El diseño y la metodología investigativa desarrollada, puede corresponder con el de un estudio documental de revisión, dado que el objetivo predefinido es consultar, recopilar, organizar, analizar e interpretar datos e información aportados en otros contenidos de carácter científico académico existentes, respaldados en fuentes primarias, secundarias y terciarias.

La revisión se efectúa a finales del pasado agosto, mediante el uso de computadoras con acceso a internet, con las que se pudo experimentar algunas pesquisas en determinadas bases de datos, repositorios, buscadores especializados y sitios web, usando para ello palabras claves y expresiones de búsqueda (en base a éstas mismas y operadores booleanos).

En el proceso antes referido se consideró incluir criterios de calidad que responden a un avance dividido en cinco etapas descritas a continuación:

I. Se delimitó el tema objeto de investigación y se definen los tipos o clases de documentos a considerar, pudiendo estar entre estos: libros, artículos de revistas, tesis de pregrado, posgrado y doctorales, guías, manuales y protocolos de atención clínica; informes y reportes de casos, actas y presentaciones de conferencias; documentos y publicaciones institucionales, oficiales; entre otros, sin distinción de que su soporte electrónico se encontrase de forma escrita o audiovisual.

II. Se establece la cobertura investigativa, considerando esencialmente entre los criterios de refinamiento informativo, lo siguiente: especie objeto de estudio (humana); asunto principal (esquizofrenia de inicio temprano / esquizofrenia en pediatría); recurso bibliográfico (guía, manual o protocolo de práctica clínica, consensos médicos internacionales, revisión sistemática, síntesis de evidencia, estudio observacional, revisión sistemática de estudios observacionales, estudio diagnóstico, ensayo clínico controlado, estudio de evaluación, estudio de etiología, factores de riesgo, estudio de tamizaje, estudio pronóstico, estudio de incidencia, estudio de prevalencia y otros); temporalidad (publicaciones hechas en el lapso de los últimos 10 años); idioma (español e inglés); área geográfica (local, regional, continental o de otras regiones de habla hispana o inglesa); entre otros criterios según su disponibilidad en cada plataforma de búsqueda o repositorio utilizado.

III. Se hace la conversión del planteamiento objeto de investigación al lenguaje técnico científico o documental, utilizando para ello el uso del Tesoro DeCS, con el que se logró precisar los términos de búsqueda idóneos y equivalentes, tanto en español como en inglés.

IV. Se determina que algunas de las bases de datos, repositorios y buscadores a utilizar son: Biblioteca Virtual de la Salud de la OPS, Medline, PubMed, Scopus, Latindex, Scielo, Redalyc y Google Académico.

V. Se efectúa el proceso de revisión de la literatura, derivada de los procesos de: a) recolección y selección, conforme a criterios de pertinencia, exhaustividad y vigencia; b) clasificación y organización, en base al tema específico y c) análisis y síntesis de los textos, de acuerdo a los criterios de calidad adecuados para la presente investigación y a su lectura crítica e interpretación.

Fue así como, entonces, se logró obtener la colección definitiva de las fuentes a referir como fundamento de este trabajo investigativo.

Finalmente, cabe destacar que se excluyó todo aquel contenido que resultó repetido, por haberse hallado en cualquiera de las exploraciones previamente efectuadas para este mismo estudio con alguno de los otros medios usados. De la misma forma se descartó todo aquel material bibliográfico que se reconoció como editorial o cartas editoriales, anotaciones académicas y otros tipos de recursos informativos de escaso valor científico, con bajo nivel de evidencia o aportado por tratadistas sin acreditación verificable en el área de ciencias de la salud o medicina humana, o que no fundamentasen su aporte en fuentes formales, de carácter científico académico.

Resultados

En la undécima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) presentados en 2019 durante la Asamblea Mundial de Salud y vigentes desde el 01 de enero de 2022, se define:

La esquizofrenia se caracteriza por trastornos en múltiples modalidades mentales, incluido el pensamiento (por ejemplo, ideas delirantes, desorganización en la forma de pensamiento), la percepción (por ejemplo, alucinaciones), la experiencia personal (por ejemplo, la experiencia de que los sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamientos propios están bajo el control de una fuerza externa), la cognición (por ejemplo, problemas de atención, memoria verbal y cognición social), la volición o voluntad (por ejemplo, pérdida de motivación), el afecto (por ejemplo, expresión emocional embotada) y el comportamiento (por ejemplo, comportamientos que parecen bizarros o sin propósito, y respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que interfieren con la organización del comportamiento). Pueden presentarse alteraciones psicomotoras, incluida la catatonía. Las ideas delirantes persistentes, las alucinaciones persistentes, los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia,

pasividad o control se consideran síntomas centrales. (OMS, 2022)

“Los términos de esquizofrenia infantil o psicosis de inicio temprano han evolucionado a lo largo de los años, desde su concepción hasta la conceptualización actual de estos trastornos.” (Barrio, 2020).

Causas

En las investigaciones no se ha distinguido una causa única de la esquizofrenia. Se considera que la esquizofrenia puede estar provocada por la interacción entre la dotación genética y una serie de factores ambientales. Los factores psicosociales también pueden afectar al desencadenamiento y el curso de la esquizofrenia. El consumo excesivo de cannabis se asocia con un riesgo elevado de padecer el trastorno. (OMS, 2022a)

En la obra de Casas, et al., (2021) igualmente se indica la falta de distinción de la etiología de la esquizofrenia, sin embargo, expresan que:

Se cree que un desequilibrio químico del cerebro es un factor hereditario necesario para el desarrollo de la esquizofrenia. Pero son muchos los factores (genéticos, ambientales y de comportamiento) que contribuyen a su desarrollo. Existen estudios que se centran en virus afines al sistema nervioso central; otros en la afectación de determinadas áreas cerebrales (disminución del volumen cerebral, aumento del tamaño de los ventrículos y/o disfunciones en el lóbulo temporal); y otros en factores estresantes como relaciones familiares complejas. Lo que sí parece claro es que el riesgo de aparición de esquizofrenia en un niño es mucho más alto si tiene parientes esquizofrénicos. Con un sólo pariente su probabilidad de aparición pasa del 1 al 13%; si tiene dos parientes afectados, la probabilidad aumenta hasta el 35-44%. (Casas, et al., 2021)

El criterio de la MFMER también armoniza con el anterior, pero además menciona a la

química cerebral como otro de los posibles desencadenantes del trastorno.

No es claro por qué la esquizofrenia comienza tan temprano en la vida en algunos y no en otros. Los problemas con ciertos químicos cerebrales que se producen naturalmente, entre los que se encuentran los neurotransmisores denominados dopamina y glutamato, pueden contribuir con el desarrollo de la esquizofrenia. Los estudios en neuroimágenes muestran diferencias en la estructura del cerebro y el sistema nervioso central de las personas con esquizofrenia. Aunque los investigadores no están seguros en cuanto al significado de estos cambios, indican que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral. (MFMER, 2021)

Síntomas

La esquizofrenia se caracteriza por una importante deficiencia en la forma en que se percibe la realidad y por cambios de comportamiento como los siguientes:

- Persistencia de ideas delirantes: la persona tiene la creencia errónea de que algo es verdad, a pesar de las pruebas en contrario;
- Persistencia de alucinaciones: la persona oye, huele, ve, toca o siente cosas que no están presentes;
- Vivencia de influencias, control o pasividad: la vivencia de que los sentimientos, impulsos, acciones o pensamientos propios no son generados por uno mismo, sino que son otros quienes los colocan en la mente de uno, o los apartan de ella, o de que los pensamientos de uno están siendo transmitidos a otros;
- Razonamiento desorganizado, que a menudo se manifiesta en forma de discurso confuso o que no viene al caso;
- Comportamiento muy desorganizado como, por ejemplo, que la persona haga cosas que parecen extrañas o sin propósito, o que tenga una reactividad

emocional impredecible o inapropiada que interfiere con su capacidad para organizar su comportamiento;

- «síntomas negativos» tales como una importante limitación del habla, vivencia y expresión restringidas de las emociones, incapacidad para experimentar interés o placer, y retraimiento social; y/o
- Agitación extrema o ralentización de los movimientos, o adopción de posturas extrañas.

Las personas que padecen esquizofrenia a menudo también ven entorpecidas de forma persistente sus capacidades cognitivas o de pensamiento, como la memoria, la atención y la resolución de problemas.

Al menos un tercio de las personas que padecen esquizofrenia experimentan una remisión completa de los síntomas. Algunas personas que padecen esquizofrenia experimentan recurrentemente un empeoramiento y una remisión de los síntomas a lo largo de la vida, otras, un empeoramiento gradual de los síntomas con el paso del tiempo. (OMS, 2022a)

En la mayoría de los casos, el inicio es bastante gradual y un niño, o un adolescente joven, puede volverse más solitario. Puede parecer que el niño tiene dificultades con la atención, porque en realidad están prestando atención a estímulos internos, como las alucinaciones o a sus pensamientos ilusorios. En otros casos los niños pueden parecer muy ansiosos, (Caplan, 2022)

El Comité de Adolescencia de la Academia Estadounidense de Pediatría (COA-AAP, por sus siglas en inglés) señala signos y síntomas tempranos de la esquizofrenia separándolos en tres grupos:

A. Pensamiento:

- Pensamientos y habla confusos
- Dificultad para concentrarse.
- Ideas, pensamientos o declaraciones extraños.

- No ser capaz de distinguir entre la realidad y la televisión o los sueños.

B. Emociones:

- Mal humor excesivo.
- Depresión o irritabilidad severas.
- Pensamientos suicidas.
- Falta de emoción.
- Ansiedad y miedo paralizantes.
- Sospecha extrema de los demás.

C. Comportamiento:

- Tener nuevos problemas en la escuela.
- Alejarse de la familia y los amigos.
- Aumento del aislamiento.
- Comportamiento inmaduro.
- Cambios notables en la personalidad o el comportamiento.
- Problemas con amigos o compañeros.
- No mantener la higiene personal. (COA-AAP, 2021)

La esquizofrenia es difícil de diagnosticar en sus primeras etapas. Los niños están en proceso de desarrollo cognitivo y emocional, por lo que existen limitaciones vinculadas a su desarrollo que impiden la descripción de sus síntomas. Las esquizofrenias que aparecen antes de los 5 años tienen rasgos comunes con el autismo, por lo que hay que esperar a su evolución para diagnosticarla. De hecho, antes de los 3 años el diagnóstico diferencial es muy improbable. Además, puede haber niños que tengan una gran imaginación, vean cosas que no están, que escuchen voces, y que esto sea algo normal. Si los síntomas persisten a partir de los 7 años, los padres deben ir a un especialista. La aparición repentina de síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios) suele producirse en la mitad o en la última etapa de la adolescencia. El término “psicó-

tico» se refiere a ideas, percepciones o sentimientos muy distorsionados de la realidad.

Las señales tempranas de aviso de esquizofrenia en niños incluyen las siguientes, aunque cada niño puede experimentarlas de una forma diferente:

- Percepción distorsionada de la realidad: dificultad para distinguir los sueños de la realidad.
- Pensamiento confuso, como confundir lo que se ve por televisión con lo que ocurre en la realidad.
- Pensamientos e ideas extrañas con mucho detalle.
- Desconfianza, paranoia (temor de que alguien o algo le haga daño), o ambas.
- Alucinaciones: ve, escucha o siente cosas que no son reales, como escuchar voces que le piden que haga algo.
- Delirio: ideas que parecen reales, pero que no tienen sustento real alguno.
- Cambios extremos de estado de ánimo.
- Ansiedad y temor extremos, o ambos.
- Poca afectividad, falta de expresión emocional al hablar.
- Dificultad para realizar las tareas escolares.
- Retraimiento social: dificultad para establecer relaciones con los amigos.
- Comportamiento desorganizado o catatónico (de repente, se agita y se confunde o se sienta y mira fijamente, como si estuviera inmobilizado).
- Comportamientos extraños. Por ejemplo, un niño mayor puede tener una regresión marcada y comenzar a actuar como un niño más pequeño.

Los síntomas de la esquizofrenia suelen clasificarse como positivos, negativos y desorganizados. Los positivos, aunque el

término no tiene connotaciones favorables, significan “algo que se suma o se añade” a las funciones normales. Son delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento. Los negativos son los referidos a los déficits, restan capacidad como la poca afectividad, aislamiento, apatía e indiferencia emocional. Los desorganizados se refieren al habla desorganizada e incomprensible y comportamiento desorganizado o catatónico. No todos estos síntomas están presentes en cada uno de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, ni son específicos de la enfermedad ya que también se dan en otras. La esquizofrenia se caracteriza por una gran heterogeneidad entre los individuos y una variabilidad en cada uno de ellos a lo largo del tiempo. Los síntomas en los niños son similares a los de los adultos, aunque los niños presentan con mayor frecuencia (sobre el 80%) alucinaciones auditivas, y no experimentan delirios ni trastornos de pensamientos formales hasta la mitad de la adolescencia. Hay estudios que indican que, en los niños, los síntomas positivos aumentan linealmente con la edad y que están asociados a coeficientes intelectuales mayores de 85, mientras que los negativos se asocian a daños cerebrales. (Casas, et al., 2021)

Las manifestaciones de la esquizofrenia de inicio en la infancia suelen ser similares a las de los adolescentes y adultos, pero los delirios y las alucinaciones visuales (que pueden ser más frecuentes en los niños) pueden ser menos elaborados. Las características adicionales también ayudan a distinguir la esquizofrenia de inicio en la infancia de la forma del adolescente/adulto joven:

- Síntomas más graves
- Antecedentes familiares fuertes
- El aumento de la prevalencia de anomalías genéticas, anormalidades del desarrollo (p. ej., trastorno generalizado del desarrollo, discapacidad intelectual), y anormalidades motoras.

- El aumento de la prevalencia de dificultades sociales premórbidas
- Inicio insidioso
- Deterioro cognitivo
- Cambios neuroanatómicos (pérdida progresiva del volumen de la materia gris cortical, aumento del volumen ventricular). (Elia, 2021)

Factores de riesgo

A pesar de que se desconoce la causa exacta de la esquizofrenia, ciertos factores parecen aumentar el riesgo de desarrollar o desencadenarla, entre ellos los siguientes:

- Antecedentes familiares de esquizofrenia
- Alta activación del sistema inmunitario, como por inflamación
- Padre de mayor edad
- Algunas complicaciones durante el embarazo y el nacimiento, como malnutrición o exposición a toxinas o virus que pueden afectar el desarrollo del cerebro
- Consumo de medicamentos que afecten la mente (psicoactivos) durante la adolescencia. (MFMER, 2021)

Casualmente, Elia (2021) refiere que entre los factores de riesgo perinatal pueden estar:

- Los trastornos genéticos (en particular aquellos que aumentan el riesgo de inicio en la infancia).
- La exposición a ciertos medicamentos o sustancias (p. ej., el cannabis) durante un período vulnerable.
- Desnutrición prenatal.
- Complicaciones del parto, hipoxia, infección perinatal, desprendimiento o insuficiencia de la placenta.
- Lesión cerebral de la niñez.

Diagnóstico

Según lo establecido en el reciente CIE-11 el diagnóstico de esquizofrenia requiere, obligatoriamente, de las siguientes características esenciales:

- Al menos dos de los siguientes síntomas deben estar presentes (según el informe del individuo o mediante la observación del médico u otros informantes) la mayor parte del tiempo durante un período de 1 mes o más. Al menos uno de los síntomas de calificación debe ser del punto a) al d) a continuación:
 - a. Delirios persistentes (p. ej., delirios de grandeza, delirios de referencia, delirios de persecución).
 - b. Alucinaciones persistentes (más comúnmente auditivas, aunque pueden ser de cualquier modalidad sensorial).
 - c. Pensamiento desorganizado (trastorno del pensamiento formal) (p. ej., tangencialidad y asociaciones sueltas, habla irrelevante, neologismos). Cuando es grave, el habla de la persona puede ser tan incoherente que resulte incomprendible ("ensalada de palabras").
 - d. Experiencias de influencia, pasividad o control (es decir, la experiencia de que los sentimientos, impulsos, acciones o pensamientos de uno no son generados por uno mismo, están siendo colocados en la mente de uno o retirados de la mente de uno por otros, o que los pensamientos de uno están siendo transmitidos a otros).
 - e. Síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o escasez del habla, abulia, asocialidad y anhedonia.
 - f. Comportamiento gravemente desorganizado que impide la actividad dirigida a un objetivo (p. ej., comportamiento que parece extraño o sin propósito, respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que interfieren con la capacidad de organizar el comportamiento).

g. Trastornos psicomotores como inquietud o agitación catatónica, posturas, flexibilidad cerosa, negativismo, mutismo o estupor. Nota: Si el síndrome completo de Catatonia está presente en el contexto de la esquizofrenia, también se debe asignar el diagnóstico de Catatonia asociada con otro trastorno mental.

- Los síntomas no son una manifestación de otra afección médica (p. ej., un tumor cerebral) y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento (p. ej., corticosteroides) en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de abstinencia (p. ej., del alcohol). (OMS, 2022)

Instituciones como la MFMER (2021) sostienen que, en la esquizofrenia infantil, ocasionalmente puede darse un difícil y extenso camino hasta el diagnóstico, que, por un lado, probablemente sea en razón de la similitud de síntomas con otras afecciones, como la depresión o el trastorno bipolar. En resumen, el proceso diagnóstico involucra el descarte de otros trastornos de salud mental y precisar que los síntomas no devienen del consumo de alcohol o drogas ilícitas, medicamentos u otra afección médica; además de: examen físico; pruebas y exámenes de detección (RM, TAC); evaluación psiquiátrica; criterios de diagnóstico para la esquizofrenia, tales como los del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) [ver Tabla 1.] publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, acrónimo derivado de la denominación en inglés American Psychiatric Association). (MFMER, 2021)

En el trabajo de Casas, et al. (2021) se indica que los criterios diagnósticos usados para los niños y adolescentes terminan siendo igual al usad para los adultos, que son:

A. Síntomas Psicóticos: dos (o más) de:

- Delirios.

- Alucinaciones.
- Lenguaje desorganizado.
- Comportamiento catatónico o muy desorganizado.
- Síntomas negativos, presentes durante al menos un mes (o menos si se trata con éxito).

B. Disfunción social/laboral: durante un tiempo significativo, una o más áreas importantes de actividad están muy por debajo del nivel previo al inicio del trastorno. En la infancia o adolescencia, fracaso en llegar al nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral.

C. Duración: los signos continuos de la alteración persisten durante al menos 6 meses. Debe incluir al menos 1 mes de síntomas del criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir las fases prodrómicas (de deterioro del funcionamiento previa a la fase aguda) y residuales (tras la fase de recuperación).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo por: no haber ningún episodio depresivo, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa, o si los episodios de alteración han aparecido durante la fase activa, su duración ha sido breve en relación con los períodos activo y residual.

E. Exclusión de trastorno debido al consumo de sustancias y de enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo o autista, el diagnóstico de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Una vez diagnosticada la esquizofrenia, su tratamiento es complejo, siendo necesario combinar distintas terapias: medicamentos, psicoterapia individual y de familia, programas educativos especializados y grupos de autoayuda y apoyo. Aunque no se co-

nocen medidas preventivas, la intervención temprana puede mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes, siendo crucial la continuidad del tratamiento. Sin embargo, la mayoría de los pacientes se deterioran de manera crónica (50%), situándose el riesgo de suicidio o muerte accidental por comportamientos psicóticos en el 5%. Cuanto antes se inicia el trastorno y más insidioso es, peor es el pronóstico. (Casas, et al., 2021)

Enríquez & Ochoa (2019), aparte de reconocer igualmente la complejidad diagnóstica de esta condición en la infancia, y de hacer referencia a los criterios diagnósticos DSM-5 (ver Tabla 1) explican que:

La rareza del trastorno disminuye el valor predictivo de cualquier criterio de diagnóstico. También se cree que hay diferencias fenomenológicas y que requiere un cierto

nivel de desarrollo/ madurez cognitiva para manifestar síntomas positivos complejos. En comparación con la esquizofrenia adolescente o adulta, las ideas delirantes son menos frecuentes, particularmente en niños menores de 10 años. Solo alrededor del 50% de los casos mostrarán ideas delirantes y es probable que sean menos complejas y no sistematizadas. Las alucinaciones auditivas ocurren más comúnmente y se informan en alrededor del 80% de los casos. Las alucinaciones en la infancia se describen con mayor frecuencia como localizadas internamente, por lo que es difícil distinguir tales experiencias del habla interna o pensamientos. Tales variaciones de desarrollo en la presentación y expresión de la enfermedad, pueden llevar a una serie de dilemas diagnósticos y ambigüedades, y pueden dificultar determinar cuándo comenzó la enfermedad. (Enríquez & Ochoa, 2019)

Tabla 1. Criterios diagnósticos DSM-5.

DSM 5 (duración 6 meses)
<p>Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirios • Alucinaciones • Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente) • Comportamiento muy desorganizado o catatónico • Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)

Nota: tomado de “Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes”. Enríquez & Ochoa (2019).(62)4. p.18. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2019/un194b.pdf>

La eliminación de los síntomas de primer rango de Schneider de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia resultan ser un punto de encuentro entre la CIE- 11 y el DSM-5, de allí entonces el cambio en la conceptualización de esta condición. (Muñoz, et al., 2022) Estos mismos, adicionalmente sustentan que, se ha generado un acercamiento entre el sistema DSM-5 y la CIE-11 gracias a las modificaciones materializadas en esta última, y en vista de ello han aportado el siguiente ordenamiento:

Tabla 2. Resumen de las semejanzas y diferencias entre los sistemas de clasificación diagnóstica DSM-5 y CIE-11.

Comparación de la conceptualización de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		
	DSM-5 (APA, 2013)	CIE-11 (OMS, 2019)
Nombre del capítulo	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.	Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios.
Duración de los síntomas psicóticos.	Un mes para los síntomas del criterio A. Los síntomas del trastorno persisten al menos 6 meses.	Síntomas psicóticos durante al menos un mes.
Criterio de interferencia en el funcionamiento	El criterio B requiere que el funcionamiento a nivel laboral, interpersonal y autocuidado estén por debajo del nivel premórbido.	No incluye.
Subtipos de esquizofrenia	No.	No.
Descriptor de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones. - Delirios. - Lenguaje desorganizado. - Comportamiento psicomotor amor-mal. - Síntomas negativos. - Alteración cognitiva. - Depresión. - Manía. 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntomas positivos. - Síntomas negativos. - Síntomas depresivos. - Síntomas maníacos. - Síntomas psicomotores. - Síntomas cognitivos.
Criterio de daño cognitivo.	Incluido como un descriptor de síntomas.	Incluido como un descriptor de síntomas.

Nota: tomado de Psicología Clínica Adultos - Trastornos neurocognitivos, adicciones, psicosis, emocionales y relacionados. Muñoz, et al., (2022). Vol. I. Ed. CEDE. p.146. www.pir.es/tmuestra/02clinicatmuestra.pdf

Tratamiento de la esquizofrenia en pacientes pediátricos

Son varias las opciones de atención para los pacientes con esquizofrenia, en síntesis, las componen la psicoeducación, las intervenciones familiares, las terapia cognitivo-conductual y rehabilitación psicosocial, medicamentos y la hospitalización. Así mismo, los centros de atención médica prolongada, las viviendas con servicios de apoyo y el empleo asistido son opciones de atención esenciales de las que deben disponer las personas que padecen esquizofrenia.

Un enfoque orientado a la recuperación, que ofrezca a las personas la posibilidad de intervenir en las decisiones de tratamiento, es esencial para las personas que padecen

esquizofrenia y para sus familias y cuidadores. (OMS, 2022a)

La esquizofrenia infantil requiere tratamiento de por vida, incluso en períodos en los que los síntomas parecen haber desaparecido. El tratamiento es un desafío excepcional para los niños con esquizofrenia. Los tratamientos principales para la esquizofrenia infantil son los siguientes: medicamentos; psicoterapia; capacitación para desarrollar habilidades importantes para la vida; hospitalización. (MFMER, 2021)

Casas et al. (2021) refieren tratamientos: no farmacológicos, psicosocial, farmacológico. Respecto al primero de ellos aluden los métodos psicoeducativos, dado que han



sido de utilidad en constantes aplicaciones para la esquizofrenia con bases en la práctica, al igual que en estados no correspondientes con los trastornos del pensamiento. De hecho, destacan aportes como los de Carol Anderson; quien adelantó un modelo psicoeducativo para la esquizofrenia, posteriormente adaptado a los trastornos afectivos; y el de William McFarlane, porque desarrolló un modelo psicoeducativo ilustrado, igualmente creado para familias que enfrentan la esquizofrenia.

El proceso de psicoeducación incluye el conocimiento de las características de la enfermedad y sus causas, las opciones de tratamiento disponibles y los factores que favorecen o dificultan la recuperación de los pacientes. Además, se brindan herramientas para el manejo del estrés y para la detección oportuna de los síntomas en caso de recaída. (Casas, et al., 2021, pág. 21)

En cuanto al tratamiento psicosocial explican que pueden incluir estrategias de psicoeducación, psicoterapia y rehabilitación; las cuales son llevadas a cabo mediante programas integrales de tratamiento, en el que los objetivos son: desarrollar un mayor conocimiento acerca de la condición, generar la adaptación a la misma, enmendar el funcionamiento psicosocial, disminuir la comorbilidad y evitar las recaídas. En relación al farmacológico explicaron que, los antipsicóticos, se contemplan todavía como los de primera línea para los trastornos del espectro de la esquizofrenia en la juventud, estando en primera opción los de segunda generación. Las recomendaciones sugieren sean usados a la par de las intervenciones psicoterapéuticas. La idea con este tipo de tratamiento es indicar la dosis más baja y efectiva posible a fines de reducir las eventuales circunstancias adversas.

Muchos jóvenes continuarán experimentando algún grado de síntomas positivos o negativos, que requieren un tratamiento continuo. La carga general de la medicación del paciente debe volver a evaluarse con el

tiempo, con el objetivo de mantener dosis efectivas y minimizar los efectos síntomas negativos) y/o benzodiazepinas (para la ansiedad, insomnio, acatisia).

[...] La clozapina es el único agente antipsicótico para el que existe una superioridad establecida sobre otros. Para la esquizofrenia de inicio temprano refractaria al tratamiento, la clozapina fue más beneficiosa que el haloperidol o la dosis alta de olanzapina para los síntomas positivos y negativos, y superior a la olanzapina para los síntomas negativos. Un estudio de seguimiento de EIT encontró que la clozapina es más efectiva que el haloperidol, la risperidona o la olanzapina. Sin embargo, debido a los posibles efectos secundarios (agranulocitosis, aumento ponderal, síndrome metabólico), está reservada para casos refractarios al tratamiento. (Casas, et al., 2021, págs. 21-22)

Conclusión

De acuerdo a la literatura consultada, se vuelve evidente e indiscutible reconocer que, de todos los trastornos de la salud mental que existen, la esquizofrenia resulte estar entre las más complejas de diagnosticar y tratar, por constituirse como una grave y discapacitante enfermedad mental, que perturba importantes funciones cerebrales, tales como como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.

Aunque el elemento desencadenante es aún desconocido, son múltiples los factores potencialmente determinantes. Los importantes efectos de esta enfermedad en los pacientes y en la sociedad hacen que sea importante profundizar en su conocimiento y poder así prevenirla.

En pediatría, la esquizofrenia resulta ser una patología de difícil diagnóstico, debido a que el propio desarrollo de éstos puede coartar la manifestación de sus signos y síntomas, sin embargo, recientemente han entrado en vigencia la actualización criterios establecidos en el CIE-11 en los que se

han determinado características esenciales y obligatorias para el diagnóstico de la esquizofrenia, en general.

El tratamiento de la esquizofrenia en los pacientes pediátricos es tan variado como el que se ha planteado para los adultos e igualmente requiere un manejo de por vida. En detalle, uno de los estudios consultados hace referencia a la clozapina como el único agente antipsicótico que se ha establecido con superioridad sobre otros, de hecho, en ese estudio se indica que, en casos de esquizofrenia de inicio temprano resistente al tratamiento, éste compuesto ha resultado más beneficioso que el haloperidol o la dosis alta de olanzapina para los síntomas positivos y negativos, y superior a la olanzapina para los síntomas negativos.

Bibliografía

- Caplan, R. (29 de junio de 2022). Esquizofrenia infantil: ¿Cuáles son las primeras señales? (C. M. Institute, Editor) Recuperado el 26 de agosto de 2022, de <https://childmind.org/es/articulo/esquizofrenia-infantil-cuales-son-las-primeras-senales/>
- Casas, I., Eddrhourhi, H., Herranz, D., González, N., Pazos, R., & Manero, P. (17 de diciembre de 2021). La esquizofrenia en niños y adolescentes. Revista Sanitaria de Investigación (RSI), Enfermería(diciembre), Aprox. 3. Recuperado el 26 de agosto de 2022, de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/la-esquizofrenia-en-ninos-y-adolescentes/>
- COA-AAP. (17 de agosto de 2021). Esquizofrenia en niños, adolescentes y adultos jóvenes. (Comité de Adolescencia - Academia Estadounidense de Pediatría) Recuperado el 26 de agosto de 2022, de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Schizophrenia.aspx>
- Elia, J. (abril de 2021). Esquizofrenia en niños y adolescentes. Recuperado el 26 de agosto de 2022, de Manual MDS: <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/esquizofrenia-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes>
- Enríquez, H., & Ochoa, M. (julio-agosto de 2019). Espectro de la esquizofrenia en niños y adolescentes. (F. d. México, Ed.) Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 62(4), 9-23. doi:10.22201/fm.24484865e.2019.62.4.02
- MFMER. (29 de julio de 2021). Esquizofrenia Infantil. Recuperado el 26 de agosto de 2022, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/childhood-schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354483>
- Muñoz, M., Alvarez, M., Ruiz, C., Sanz, L., Santos, J., & Antequera, J. (2022). Psicología Clínica Adultos (Electrónica ed., Vol. 1). Madrid, España: CEDE. Recuperado el 26 de agosto de 2022, de <https://www.pir.es/tmuestra/02clinicatmuestra.pdf>
- OMS. (febrero de 2022). Capítulo 6: Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo. Recuperado el 26 de agosto de 2022, de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Ficd.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1683919430>
- OMS. (21 de enero de 2022). Esquizofrenia. Recuperado el 27 de agosto de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

CITAR ESTE ARTICULO:

Tinjaca Del Castillo, J. S., Castro Santos, A. M. A., Pacho Amon, A. L., & Alfonso Caicedo, M. C. (2022). Esquizofrenia, diagnóstico y tratamiento en pacientes pediátricos. RECIMUNDO, 6(4), 12-25. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.12-25](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.12-25)

