

Psicosis en niños y adolescentes: Revisión de los últimos 10 años

Fred r. Volkmar, M.D.

ARTÍCULO ESPECIAL

Esta es la primera de una serie de actualizaciones de la última década de la Psiquiatría infantil. Los temas han sido seleccionados de acuerdo con el AACAP Committee on Recertification, tanto por la importancia y la novedad de la investigación como por su relevancia clínica o evolutiva. Se ha pedido a los autores que señalen con un asterisco las cinco o seis referencias más importantes.

J. McD.

RESUMEN

Objetivo: Se revisan aspectos del desarrollo de la psicosis y se relacionan con los trastornos psicóticos más frecuentes en niños y adolescentes. **Método:** La revisión de la literatura más reciente hace hincapié en los aspectos del desarrollo del fenómeno psicótico, es decir, las alucinaciones, las ideas delirantes y el trastorno del pensamiento. **Resultados:** Aunque la aplicación de gran parte de los últimos trabajos a este tema es bastante limitada, los estudios recientes sugieren que los trastornos psicóticos se presentan en la niñez y que su frecuencia aumenta durante la adolescencia. **Conclusiones:** Los factores evolutivos en la expresión de la psicosis son relevantes para el diagnóstico y tratamiento de dichos trastornos. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1996, 35(7): 843-851.* **Palabras clave:** psicosis, desarrollo, esquizofrenia.

Aceptado el 2 de agosto de 1995.

El Dr. Volkmar es Harris Associate Professor de Child Psychiatry, Pediatrics, and Psychology, Child Study Center, Yale University School of Medicine, New Haven, CT.

El autor agradece la subvención NICHD grant 5PO1-HD-03008-28.

Dirección para correspondencia: Dr. Volkmar, PO Box 207900, New Haven, CT 06520-7900.

0890-8567/96/3507-0843\$3.00/0 C 1996 por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

El término "psicosis" da a entender una alteración grave en las "pruebas de realidad" puesta de manifiesto mediante signos patológicos específicos, p.ej., alteración del pensamiento, alucinaciones o ideas delirantes (Volkmar y cols., 1995). Durante muchos años el término "psicosis" se ha utilizado de una manera extensa, p.ej., para referirse a un amplio abanico de trastornos en individuos de todas las edades y niveles de funcionamiento. Últimamente el concepto de psicosis se ha definido de una manera más restrictiva. Este hecho ha discurrido de forma paralela a un mayor rigor en las definiciones de los trastornos psicóticos. Estos cambios contemplan el conocimiento de las principales diferencias evolutivas en la percepción de la realidad (Piaget, 1955) y que las creencias evolutiva o culturalmente adecuadas, p.ej., en figuras fantásticas, por ellas solas no son indicativas de psicosis. La naturaleza de los procesos psicológicos y neurobiológicos subyacentes al fenómeno psicótico en niños y adolescentes continúa siendo un tema importante de estudio (Asarnow y cols., 1994).

Antes de aparecer el *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980) todas las alteraciones graves de la niñez se equiparaban básicamente a la esquizofrenia. Así se consideraba que el trastorno autista era la primera manifestación de la esquizofrenia; sin embargo, muchos trabajos señalan que este no es el caso (Kolvin, 1971; Rutter, 1972). Aunque son poco frecuentes, los trastornos psicóticos en la niñez tienen un efecto muy negativo sobre el desarrollo; a su vez, los factores del desarrollo complican también la evaluación diagnóstica.

PERSPECTIVA EVOLUTIVA EN LOS PROCESOS PSICÓTICOS

Infancia y edad preescolar

Poco se conoce de los procesos psicóticos en niños muy pequeños. Los primeros teóricos, como Freud, se plantearon los aspectos evolutivos del fenómeno psicótico. Se concebía que entre los procesos del desarrollo y los procesos psicóticos había una continuidad básica, es decir, se pensaba que los procesos psicóticos eran el reflejo de una determinada regresión hacia un nivel de organización anterior y más "primitivo". Así, se suponía que los niños "alucinaban" como mecanismo de satisfacción de deseos o pensamiento presentando una fase autista "normal". Muchos de los datos de los que disponemos en la actualidad nos han hecho cuestionar esos supuestos. Hoy en día los procesos de desarrollo normal parecen ser justamente eso: normales y evolutivos (Stern, 1985).

Antes de que los niños adquieran habilidades del lenguaje expresivo relativamente sofisticadas, es difícil establecer la presencia de procesos psicóticos (Tabla 1). En los niños en edad preescolar es necesario distinguir las alucinaciones de los fenómenos relacionados con el sueño y de otros fenómenos del desarrollo. Los niños en este grupo de edad a veces tienen amigos imaginarios, creen en figuras fantásticas, etcétera. Algunas veces se observan alucinaciones transitorias en niños de preescolar, sobre todo en momentos de estrés y ansiedad (Rothstein, 1981); suelen ser alucinaciones visuales y táctiles y normalmente se inician por la noche, aunque pueden presentarse incluso cuando el niño está totalmente despierto. Desde el punto de vista del pronóstico, son relativamente benignas. Los niños en edad preescolar son incapaces de utilizar las reglas lógicas o los

conceptos de realidad propios de los adultos y por ello es complicado establecer la presencia de ideas delirantes o de un trastorno del pensamiento. En niños normales, la pérdida de las asociaciones y el pensamiento ilógico disminuyen notablemente de frecuencia después de los 6 o 7 años de edad (Caplan, 1994).

En estudios recientes la esquizofrenia en la niñez era concebida de una manera amplia; muchos de los últimos trabajos sobre "esquizofrenia en la niñez" en realidad trataban de autismo. Según parece, los sujetos con autismo no tienen un mayor riesgo de presentar esquizofrenia (Volkmar y Cohen, 1991), aunque existe la posibilidad de que los individuos con un síndrome de Asperger tengan un mayor riesgo de desarrollar psicosis (Klin, 1994).

Salvo pocas excepciones (p.ej., Russell y cols., 1989), muchos estudios sugieren que es muy raro que la esquizofrenia se inicie antes de los 6 años de edad (Werry, 1996). Por otra parte, los estudios retrospectivos tienden a señalar, sobre todo en la esquizofrenia que se inicia durante la niñez, que los precursores de este trastorno son los estilos de personalidad raros, las alteraciones neuroevolutivas, los problemas del lenguaje y los problemas motores (Russell, 1992; Werry, 1996); esto coincide con los trabajos en adultos (p.ej., Walker y Levine, 1990). Como señalan Werry (1996) y otros autores, pueden haber, como mínimo, dos fenotipos clínicos de esquizofrenia: uno se caracteriza por problemas neurocomportamentales duraderos de inicio temprano, y el otro tipo se desarrolla en personas previamente normales.

Niñez

Diversos estudios han examinado algunos aspectos del fenómeno psicótico en muestras clínicas de niños en edad escolar; los problemas metodológicos suelen complicar su interpretación (ver Volkmar y cols., 1995). Además de la franca necesidad de conocer datos epidemiológicos partiendo de muestras normales, las principales complicaciones tienen que ver con la comprobación y evaluación, dado que la principal fuente de información es el niño.

Pese a que los fenómenos psicóticos son muy raros en niños en edad escolar, cuando se presentan suponen una gran preocupación. A diferencia de los niños más pequeños, las alucinaciones en niños en edad escolar son más estables y se asocian a trastornos graves (Carlson y Kashani, 1988; Del Beccaro y cols., 1988; Russell y cols., 1989; Volkmar y cols., 1988). El contenido de las ideas delirantes y de las alucinaciones en este grupo de edad suelen relacionarse con aspectos del desarrollo. Las alucinaciones tienen que ver con monstruos, mascotas, o juguetes y las ideas delirantes giran en torno a aspectos de la identidad y son menos complejas y sistemáticas que en los adultos; la complejidad aumenta en niños de mayor edad (Garralda, 1985; Russell y cols., 1989; Volkmar y cols., 1988).

Los estudios del pensamiento psicótico se han centrado en la fenomenología clínica así como en los procesos cognoscitivos y en la comunicación (Arboleda y Holzman, 1985). Caplan (1994) ha realizado una excelente revisión del trastorno del pensamiento en niños. Se han desarrollado varias escalas de evaluación específicas para el estudio del trastorno del pensamiento en este grupo de edad y son bastante fiables y válidas (p.ej., Caplan y

cols., 1989, 1990). Se han observado similitudes y diferencias con la esquizofrenia que se inicia en la edad adulta; en algunos trastornos y en niños pequeños se presentan síntomas de trastorno del pensamiento, a tasas inferiores. Después de los 7 años de edad, la pérdida de las asociaciones -y a un grado inferior el pensamiento ilógico- no se suelen observar en niños normales (Caplan, 1994). Los fenómenos psicóticos en este y otros grupos de edad pueden aparecer a consecuencia de varias enfermedades médicas, y diversos agentes farmacológicos, p.ej., los estimulantes, a veces inducen alucinaciones en niños. En determinados trastornos del desarrollo, sobre todo en los trastornos del lenguaje, resulta complicado distinguir entre los signos de discapacidad en el desarrollo y los procesos psicóticos.

Pese a ser poco frecuente, el trastorno psicótico prototipo en niños en edad escolar es la esquizofrenia. Werry (1992) insiste en la importancia de diferenciar entre la esquizofrenia de inicio temprano (EIT), que se manifiesta después de los 13 años de edad, y la esquizofrenia de inicio muy temprano (EIMT), que se desarrolla antes de los 13 años de edad. La EIMT parece ser bastante rara. La frecuencia de la esquizofrenia aumenta después de los 11 años aproximadamente y alcanza su máximo en la adolescencia tardía/edad adulta temprana (Werry, 1992). En la esquizofrenia que se inicia en la niñez, suelen ser relativamente frecuentes las alucinaciones (Werry, 1996); los niños con riesgo de esquizofrenia también presentan niveles basales más altos de alteración del pensamiento (Tompson y cols., 1990). Las alucinaciones y las ideas delirantes son frecuentes en el trastorno bipolar y a menudo, y de forma errónea, se diagnostican de esquizofrenia (Werry y cols., 1991). En la depresión mayor con psicosis, las alucinaciones son bastante frecuentes y el tono afectivo normalmente es congruente con el estado de ánimo (Chambers y cols., 1982), mientras que las ideas delirantes son menos frecuentes (Ryan y cols., 1987).

Adolescencia

En la adolescencia la frecuencia de enfermedades psicóticas disminuye notablemente y la sintomatología en general es similar a la de los adultos, debido probablemente al incremento de las capacidades cognitivas. En esa edad, aumenta también la frecuencia de aparición de otros estados psiquiátricos, con lo que se complica el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, pueden observarse fenómenos disociativos. La labilidad y los episodios psicóticos breves de los principales trastornos de personalidad incipientes pueden apuntar también erróneamente hacia la esquizofrenia. Los fenómenos psicóticos inducidos por sustancias también son más frecuentes en este grupo de edad. Algunas veces, los adolescentes con un trastorno disocial y otros trastornos refieren alucinaciones pero no ideas delirantes, y pueden no presentar un trastorno del pensamiento; este grupo tiene un elevado riesgo de presentar trastornos de personalidad aunque no psicosis (Garralda, 1984, 1985). Dado el aumento de la frecuencia del trastorno en la adolescencia, es bastante sorprendente que la información sobre esquizofrenia en adolescentes sea tan limitada. Los datos disponibles sugieren un predominio de la esquizofrenia en varones que se mantiene hasta la adolescencia.

PERSPECTIVAS SINDRÓMICAS EN LOS FENÓMENOS PSICÓTICOS

La psicosis se asocia a diversos síndromes psiquiátricos, entre ellos la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos inducidos por sustancias, y otros. En el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), los criterios y el texto de estos trastornos contienen algunas modificaciones cuando hacen referencia a niños (Tabla 2), pero continúan existiendo algunas dificultades en la aplicación de estos criterios en niños.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno de inicio en la etapa tardía de la adolescencia o en la etapa temprana de la edad adulta. Cuando el trastorno se inicia en la niñez, tiene una evolución relativamente pobre y es una carga tremenda para el niño y la familia (McGuire, 1990); por suerte, la esquizofrenia es extremadamente infrecuente en niños. Comenzando con el *DSM-III* (American Psychiatric Association, 1980), la definición oficial de la esquizofrenia ha sido la misma para niños y para adultos, aunque se han realizado algunas modificaciones en el texto y en los criterios en el caso de los niños (Tabla 2). Los criterios *DSM-IV* para la esquizofrenia incluyen al menos dos síntomas característicos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, y síntomas negativos), además de la disfunción social-laboral y una duración de al menos 6 meses. Por definición, no tiene que darse un trastorno esquizoafectivo (Freeman y cols., 1985) ni un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y que la alteración no sea debida al consumo de sustancias o a una enfermedad médica. Cuando coexiste con un trastorno generalizado del desarrollo, sólo se realiza el diagnóstico de esquizofrenia si se han dado ideas delirantes y alucinaciones acusadas. La aplicación de los criterios "adultos" para la esquizofrenia en niños puede ser confusa; el criterio relacionado con el lenguaje desorganizado es problemático. Como aspecto práctico, el requisito de la duración de 6 meses recogido en la definición del *DSM-IV* tiende a favorecer el diagnóstico de los casos más duraderos y graves (Werry, 1996).

En la Tabla 3 aparecen los resultados de cinco series de casos en los que se indican los síntomas diagnósticos importantes de la esquizofrenia en la niñez. Las alucinaciones auditivas son las más frecuentes y pueden incluir alucinaciones de persecución y de mando, voces que conversan, voces que hablan sobre el niño, etc. (Russell y cols., 1989). Las alucinaciones somáticas y visuales son menos frecuentes. Aproximadamente en la mitad de los casos se presentan ideas delirantes y pueden incluir preocupaciones somáticas, ideas de referencia o de persecución, e ideas religiosas o de grandiosidad. La presencia de un trastorno formal del pensamiento varía según la muestra y la definición. El pensamiento irracional o mágico y la pérdida de las asociaciones son relativamente frecuentes, aunque su evaluación puede ser complicada en niños muy pequeños (Caplan, 1994; Volkmar y cols., 1988). La pobreza de contenido del pensamiento, la incoherencia y las ideas delirantes sistematizadas pueden ser menos frecuentes en niños (Russell, 1992). Existen algunos trabajos que sugieren que en niños puede observarse déficit en tipos específicos del procesamiento de la información (Asarnow y cols., 1994). La frecuencia de los subtipos que se proponen en el *DSM-IV* para niños continúa siendo discutible (Werry,

1996).

Los datos sobre epidemiología son limitados. La EIT y, sobre todo la EIMT, son bastante raras; la EIMT puede ser menos frecuente que el autismo (Werry, 1992). En general el inicio de la EIT, y sobre todo de la EIMT, es insidioso, observándose un inicio agudo en casi el 25% de los casos (Werry, 1992). La duración del episodio psicótico agudo es aparentemente más larga en la EIMT que en la EIT (Werry y cols., 1991). En general el curso es variable pero su evolución parece peor si el trastorno se ha iniciado en la niñez (McClellan y Werry, 1991). Aunque los síntomas suelen responder al tratamiento, en ocasiones los niños puede mantenerse activamente psicóticos. Tras la fase psicótica activa suele observarse un período de depresión (Werry, 1996).

Trastornos del estado de ánimo

Durante muchos años se ha admitido la concurrencia de la manía y la psicosis en niños, aunque la esquizofrenia se ha diagnosticado y continúa diagnosticándose erróneamente con bastante frecuencia (Weller y Weller, 1986). Se reconoce la presencia de depresión psicótica en niños (p.ej., Chambers y cols., 1982). El *DSM-IV* diferencia entre varios tipos de trastornos del estado de ánimo, por ejemplo, el trastorno bipolar I (episodios maníacos únicos o episodios mixtos maníaco-depresivos), el trastorno bipolar II (depresión mayor recidivante con episodios hipomaníacos), el trastorno ciclotímico y el trastorno depresivo mayor. De los diversos trastornos del estado de ánimo, el origen de mayor confusión diagnóstica se encuentra en la depresión mayor con psicosis y en los trastornos bipolares. El *DSM-IV* recoge algunas modificaciones de los criterios para esos trastornos en niños (Tabla 2); un aspecto práctico a tener en cuenta es que la información longitudinal es la más útil para esclarecer la naturaleza del trastorno subyacente a una primera manifestación psicótica.

Los síntomas maníacos varían con la edad, p.ej., los niños menores de 9 años suelen manifestar agresividad, labilidad emocional e irritabilidad, en tanto que los niños más mayores suelen manifestar euforia, grandiosidad e ideación paranoide y fuga de ideas (Carlson, 1983). Se ha detectado habla apremiante, hiperactividad y distraibilidad en niños más pequeños y de mayor edad. Carlson (1983) también observó que era difícil diferenciar episodios discretos en niños. La depresión en niños también se manifiesta de manera diferente que en adultos (Poznanski y cols., 1985; Tumuluru y cols., 1996). Los niños en edad preescolar con depresión pueden parecer más bien ansiosos y aislados que deprimidos. Los niños en edad escolar a veces tienen problemas para verbalizar los sentimientos de depresión. Es frecuente la preocupación por la muerte. Suele observarse una disminución de la autoestima, signos conductuales tales como el retraimiento social así como el rechazo a sus coetáneos y una disminución en el rendimiento escolar.

La manía en la adolescencia es bastante similar a la que se observa en los adultos, aunque los síntomas psicóticos pueden ser más frecuentes (Ballenger y cols., 1982); por ello la posibilidad de diagnosticar erróneamente la esquizofrenia es muy elevada. Eventualmente puede desarrollarse un trastorno bipolar en una minoría de adolescentes hospitalizados por una depresión mayor (Strober y Carlson, 1982), sobre todo cuando hay

antecedentes familiares, retraso psicomotor, inicio rápido de los síntomas, síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo o hipomanía inducida por fármacos.

Los trastornos bipolares se dan aproximadamente en un 1% de adultos y afecta igualmente a mujeres que a hombres, aunque en los varones con un trastorno bipolar I suele ser más frecuente que un episodio depresivo mayor preceda a la manía. Los datos epidemiológicos sobre el trastorno bipolar en niños y adolescentes son limitados. Casi no existe información epidemiológica sobre el trastorno bipolar en niños prepúberes. En una muestra de adolescentes, Carlson y Kashani (1988) refirieron manía en un 0,6%, utilizando una entrevista diagnóstica estructurada, si se tenía en cuenta tanto la gravedad como la duración. Lewinsohn y cols. (1995) observaron que aproximadamente el 1% de una muestra de adolescentes más mayores presentaban trastornos bipolares, básicamente el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico; el curso del trastorno bipolar era relativamente crónico. Durante los últimos 50 años la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo parece haber aumentado (Klerman, 1988), y se inician a edades más tempranas. Cuando la manía se inicia en la adolescencia, los individuos suelen ser más agresivos y presentan un mayor riesgo de problemas legales (McGlashan, 1988). Los adolescentes con trastornos bipolares suelen presentar más recaídas que los adultos (Strober y cols., 1990). Los datos que existen sobre la epidemiología de la depresión psicótica en niños son muy limitados. Como ya se ha señalado, el trastorno bipolar se presenta en una minoría relativamente considerable de niños y adolescentes que con anterioridad manifiestan depresión (Strober y Carlson, 1982).

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La evaluación del niño o adolescente con una posible psicosis debe ser minuciosa y muy atenta (Tabla 4). Se requiere a muchos informadores y varias sesiones con el niño con el fin de obtener una historia adecuada y un examen del estado mental. El diagnóstico sólo puede realizarse tras una concienzuda evaluación y sólo después de que quede claro que los síntomas no son debidos a un proceso orgánico (p.ej., el efecto del abuso de sustancias o alguna enfermedad médica como un trastorno convulsivo) (Minns y Valentine, 1994; Werry, 1996). Debe recabarse información sobre la actividad premórbida, el inicio del trastorno, y los cambios en la actividad académica y social, así como una historia del desarrollo y antecedentes familiares. Por ejemplo, se ha sugerido (p.ej., Dalkin y cols., 1994) que las características de la personalidad premórbida pueden influir en la expresión de los fenómenos psicóticos, de la misma manera que puede referirse una historia premórbida de aprendizaje o de problemas académicos (Werry, 1996). Si se sospecha de la presencia de psicosis, lo primero que debe tenerse en cuenta es la seguridad del paciente (y si es necesario, la seguridad de los demás).

En adolescentes y en niños más mayores el diagnóstico de esquizofrenia es más directo. Para los niños más pequeños y niños con problemas en el desarrollo, el diagnóstico puede ser muy complicado, sobre todo si el inicio es insidioso; Asarnow (1994) proporciona un resumen de los instrumentos diagnósticos específicos para niños. En la esquizofrenia se observan alteraciones del estado de ánimo, pero cuando esa alteración afectiva se prolonga o es muy acusada, deben considerarse los diversos trastornos afectivos con

síntomas psicóticos y el trastorno esquizoafectivo (Eggers, 1989; Freeman y cols., 1985). En concreto, el clínico que se encuentra frente a una psicosis florida, debe ser muy prudente a la hora de considerar la presencia de síntomas afectivos, dada la elevada posibilidad de diagnosticar erróneamente un trastorno bipolar como esquizofrenia. Algunas veces se dan alucinaciones como síntoma aislado en niños cuyo trastorno no cumple otros criterios para la esquizofrenia. Los efectos del abuso de sustancias, medicamentos y determinadas enfermedades médicas pueden producir síntomas y signos que sugieren esquizofrenia. A veces los resultados de la exploración física y neurológica requieren exámenes más focalizados o intensivos. En ocasiones las rumiaciones obsesivas de un niño con un trastorno obsesivo-compulsivo parecen muy extravagantes y, posiblemente, delirantes. En muy raras ocasiones el lenguaje desorganizado de un niño con un trastorno grave del lenguaje puede llegar a sugerir esquizofrenia, pero normalmente la historia y la ausencia de otros signos de psicosis aclararán el cuadro diagnóstico. Pueden verse fenómenos psicóticos breves en estados disociativos, a continuación de un trauma, en relación con el síndrome límite de la personalidad y en otros trastornos diversos (Lewis, 1996; Lohr y Birmaher, 1995). La esquizofrenia puede presentarse asociada a otros trastornos como los trastornos del aprendizaje, el retraso mental y el trastorno disocial (McKenna y cols., 1994). Cuando se presentan, estos trastornos deben ser indicados dada su relevancia en el tratamiento. Si existe un retraso mental, un trastorno específico del lenguaje o un trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico de esquizofrenia debe hacerse con mucho cuidado. Aunque no parece que la esquizofrenia se desarrolle con mayor probabilidad en sujetos con autismo que en población normal (Volkmar y Cohen, 1991), se ha observado que otros trastornos generalizados del desarrollo, p.ej., el trastorno de Asperger, suelen asociarse más a episodios psicóticos (Klin, 1994; McKenna y cols., 1994). Desafortunadamente, los problemas de algunos niños psicóticos parecen caer fuera de los límites de un verdadero síndrome. Con frecuencia, estos niños presentan trastornos complicados del desarrollo con síntomas psicóticos transitorios (McKenna y cols., 1994). La clasificación de estos niños continúa siendo un tema importante de estudio.

Pese a que la manía suele diagnosticarse erróneamente, la presencia de síntomas afectivos acusados o de alucinaciones o ideas delirantes que se dan sólo con síntomas afectivos hacen necesario considerar el trastorno bipolar. La edad de inicio temprana de estos trastornos correlaciona con la presencia de más síntomas psicóticos (Rosen y cols., 1983). Otros trastornos de la infancia y de la adolescencia que deben diferenciarse de la fase maníaca del trastorno bipolar son el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el trastorno psicótico breve (p.ej., psicosis reactiva breve), la depresión mayor con síntomas psicóticos, o el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias o debido a enfermedad médica. El curso y la ausencia de síntomas psicóticos y alteraciones del estado de ánimo en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad permiten distinguir estos dos trastornos. Aunque los antecedentes de manía o hipomanía no permiten el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, algunas veces los episodios depresivos son previos al inicio de los episodios maníacos; asimismo, pueden observarse episodios mixtos con síntomas de manía y depresión mayor. También es posible encontrar varios trastornos que se asemejan a la depresión psicótica. En niños más pequeños estos incluyen el trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido y el trastorno de ansiedad por separación; en niños mayores una fuente de confusión pueden ser los trastornos de

ansiedad y el trastorno disocial. El abuso de sustancias y la depresión pueden darse conjuntamente (Ryan y cols., 1987). Los antecedentes de consumo de sustancias asociado a síntomas psicóticos persistentes posibilita la comorbilidad con la esquizofrenia.

Para evaluar la posible sintomatología psicótica se dispone de varias entrevistas estructuradas (ver Asarnow, 1994; Caplan y cols., 1990). No obstante, estos instrumentos no sustituyen la evaluación clínica minuciosa (Werry, 1996). Con adolescentes más mayores, los métodos desarrollados para adultos parecen funcionar razonablemente bien. Los tests proyectivos y otros instrumentos de evaluación psicológica tradicionales se utilizan para diseñar el plan de tratamiento.

TRATAMIENTO

El tratamiento del niño o del adolescente con psicosis dependerá de la naturaleza del trastorno(s) psiquiátrico(s) presente así como de las características del individuo, la fase de la enfermedad, y el nivel de desarrollo del niño. Suelen requerirse múltiples modalidades de tratamiento, entre las que se incluyen la farmacoterapia, las intervenciones educativas y familiares, y la psicoterapia de apoyo. En ocasiones se necesita un tratamiento hospitalario, sobre todo durante la fase más aguda. Recientemente se han publicado los parámetros prácticos para la evaluación y el tratamiento (McClellan y Werry, 1994) y deben ser consultados.

La información disponible sobre la esquizofrenia (p.ej., Birmaher y cols., 1992; McClellan y Werry, 1994; Spencer y cols., 1992) sugiere que, al igual que en adultos, los principales tranquilizantes son efectivos durante la fase psicótica activa, sobre todo para los síntomas psicóticos "positivos". A pesar de diferir algo en sus perfiles de efectos secundarios, los principales tranquilizantes son igualmente efectivos a dosis equivalentes que, durante la fase psicótica activa, se encuentran típicamente en un intervalo entre 400 y 600 mg/70 kg (equivalentes a clorpromazina). Durante la fase de mantenimiento se necesitan dosis más bajas. En niños las reacciones distónicas agudas se presentan con mayor frecuencia (Werry, 1996). Es habitual el uso excesivo de medicación. Es necesario recoger todos los aspectos de los posibles efectos secundarios a corto y largo plazo en un consentimiento informado, la monitorización y la reevaluación planificada (McClellan y Werry, 1994). Es importante recordar que después de iniciar el tratamiento debe transcurrir algo de tiempo hasta observar efectos terapéuticos, y por ello no se recomienda un cambio rápido de los agentes. Por desgracia, algunos pacientes no responden (Werry, 1996). En niños y adolescentes que no responden a los agentes más habituales, deben probarse los antipsicóticos "atípicos", p.ej., la clozapina y la risperidona (Frazier y cols., 1994; McClellan y Werry, 1994). Los trastornos comórbidos, p.ej., la depresión, deben tenerse en cuenta también en la farmacoterapia. Normalmente, el uso de estimulantes está contraindicado dada su capacidad de inducir síntomas psicóticos.

Los programas de intervención familiar ayudan a reducir las tasas de recidivas, y también están indicadas otras intervenciones como la psicoterapia de apoyo, las intervenciones educativas y el entrenamiento en habilidades sociales (McClellan y Werry, 1994). Es decisivo que el programa de tratamiento esté bien integrado y sea flexible.

Al igual que en la esquizofrenia, el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo con psicosis en niños y adolescentes debe abordarse ampliamente. Los agentes farmacológicos útiles para el tratamiento de estos trastornos en adultos también suelen ser adecuados en niños. Por ejemplo, varios estudios de litio en niños y adolescentes bipolares han demostrado resultados positivos (Alessi y cols., 1994; Varanka y cols., 1988). Asimismo, se han utilizado antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor asociada a psicosis (Freeman y cols., 1985).

RESUMEN

Aunque la literatura sobre los aspectos evolutivos de la psicosis continúa siendo limitada, el mayor rigor diagnóstico y la objetividad han generado mejores estudios clínicos y de investigación. Se necesita más información sobre epidemiología, síntomas clínicos y correlatos premórbidos de la psicosis a lo largo del período de desarrollo; la evolución de los criterios diagnósticos orientados hacia el desarrollo dependerá de esos estudios. Se requieren estudios tanto longitudinales como transversales. La curiosa ausencia de estudios en algunas áreas, p.ej., la esquizofrenia en adolescentes, y el significativo número de casos que simplemente no corresponden a las categorías diagnósticas tradicionales constituyen importantes áreas para estudios posteriores.

TABLA 1
Aspectos del desarrollo en los fenómenos psicóticos

	Etapa cognitiva piagetiana (Edades aproximadas)			
	Etapa sensoriomotora (0-2 años)	Etapa preoperacional (2-7 años)	Operaciones concretas (7-11 años)	Operaciones formales (11+ años)
Alucinaciones	?	Con estrés, táctiles, visuales	Animales y monstruos	Más vívidas y complejas Similares a las de los adultos
Ideas delirantes	?	[Pensamiento mágico, animismo normal]	Aspectos de identidad, difusas, simples	Más sistematizadas Similares a las de los adultos
Trastorno del pensamiento	?	[Aprendizaje de las reglas del discurso]	Pérdida de las asociaciones ± pensamiento ilógico	Similar al de adultos Pérdida de las asociaciones, etc.

TABLA 2

Modificaciones de los criterios y del texto del *DSM-IV* para los trastornos psicóticos en la niñez

Esquizofrenia

Criterios . En niños y adolescentes fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral

Texto . Problemas en el diagnóstico en niños más jóvenes
. Ideas delirantes y alucinaciones suelen ser menos elaboradas en la niñez
. El lenguaje y el comportamiento desorganizados pueden ser característicos de otros trastornos

Depresión mayor con psicosis

Criterios . En niños el estado de ánimo puede ser irritable (en lugar de estado de ánimo depresivo).

. Fracaso en lograr los aumentos de peso esperables (y no tanto una pérdida de peso significativa)

Texto . Los síntomas pueden variar con la edad (síntomas somáticos, irritabilidad, retraimiento social en niños)

Trastornos bipolares (episodio maníaco)

Criterios . Ninguno

Texto . Debe iniciarse en la adolescencia

. Tendencia a sobrediagnosticar esquizofrenia en niños
. 10-15% de adolescentes con episodios depresivos mayores desarrollan un

trastorno bipolar I

. Problemas en el diagnóstico de niños más jóvenes

TABLA 3

Síntomas clínicos de la esquizofrenia en niños

Estudio	Alucinaciones			Ideas delirantes	Trastorno del pensamiento
	Auditivas	Visuales	Otras		
Kolvin, 1971	82	30	30	58	60
Volkmar y cols., 1988	79	28	18	86	93
Russell y cols., 1989	80	13	23	63	40
Werry y cols., 1991	35	29	6	41	24
Green y cols., 1992	84	47	8	55	100

Nota: En un mismo caso pueden presentarse múltiples tipos de alucinaciones. Los valores son porcentajes.

TABLA 4

Procedimientos de evaluación: Psicosis en niños y adolescentes

Información de antecedentes	Evaluación psiquiátrica	Tests psicológicos	Evaluaciones médicas
Naturaleza y edad de inicio Historia del desarrollo Historia médica Historia familiar	Orientación (r/o delirium) Alucinaciones, ideas delirantes Trastorno del pensamiento Síntomas afectivos Síntomas negativos	Nivel intelectual (CI) Evaluaciones de la comunicación Tests proyectivos Conducta adaptativa	Examen físico Evaluar el posible consumo de sustancias Examen neurológico