



DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i2.2657>

Ciencias de la Salud
Artículo de Revisión

Características clínicas y tratamiento farmacológico en la esquizofrenia de inicio en la infancia. Una revisión

Clinical characteristics and pharmacological treatment in childhood-onset schizophrenia. A review

Características clínicas e tratamento farmacológico na esquizofrenia de início na infância. Uma revisão

David Israel Guerrero-Vaca ^I
dguerrero@unach.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4968-0831>

Darío Javier Guerrero-Vaca ^{II}
dario.guerrero@espoch.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-4444-0070>

Verónica Fernanda Flores-Hernández ^{III}
vf.flores@uta.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-6409-0728>

Cristián David Guzmán-Carrasco ^{IV}
cdguzman@unach.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-7430-8329>

Correspondencia: dguerrero@unach.edu.ec

***Recibido:** 27 de febrero del 2022 ***Aceptado:** 24 de marzo de 2022 * **Publicado:** 04 de abril de 2022

- I. Carrera de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Riobamba, Ecuador.
- II. Grupo de investigación PSYCOMED. Carrera de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo (ESPOCH). Riobamba, Ecuador.
- III. Grupo de investigación NUTRIGEX. Carrera de Psicología Clínica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato (UTA). Ambato, Ecuador.
- IV. Carrera de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Chimborazo (UNACH). Riobamba, Ecuador.

Resumen

Introducción: La esquizofrenia es considerada como un trastorno psicótico que afecta las funciones mentales superiores, especialmente en el pensamiento, lenguaje y sensopercepciones. Esta psicopatología puede desarrollarse y presentar síntomas de manera temprana en la infancia o en la adolescencia. Sin embargo, los estudios actuales concentran su atención en población adulta.

Objetivo: A través de esta investigación se pretende caracterizar la esquizofrenia infantil y describir los principales tratamientos utilizados en estos trastornos. **Metodología:** Se realizó una revisión bibliográfica no sistemática, estableciendo búsquedas a través de operadores booleanos en bases de datos como Scielo, Academic, Redalyc, Elsevier, PubMed, Scielo, entre otras. **Resultados:** Considerando criterios de inclusión y exclusión, se revisaron y analizaron 30 artículos científicos que contenían definición, etiología, causas, epidemiología, diagnóstico y tratamiento. **Discusión:** La esquizofrenia se presenta en la niñez y adolescencia con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. En este grupo poblacional los síntomas pueden variar, con mayor afectación en las relaciones sociales, en la comunicación, pensamiento y emociones. El diagnóstico temprano podría disminuir y controlar los síntomas positivos de la esquizofrenia, aunque se considera que mientras más precoz sea su aparición, peor pronóstico y evolución tendrá este trastorno. **Conclusión:** Es necesario conocer y diagnosticar la esquizofrenia de manera rápida para entablar un tratamiento adecuado que permita mejorar la calidad de vida del paciente, familia y su entorno.

Palabras claves: Esquizofrenia; niñez; adolescencia; características clínicas; tratamiento.

Abstract

Introduction: Schizophrenia is considered a psychotic disorder that affects higher mental functions, especially thought, language and sensory perceptions. This psychopathology can develop and present symptoms early in childhood or adolescence. However, current studies focus their attention on the adult population. **Objective:** Through this research it is intended to characterize childhood schizophrenia and describe the main treatments used in these disorders. **Methodology:** A non-systematic bibliographic review was carried out, establishing searches through Boolean operators in databases such as Scielo, Academic, Redalyc, Elsevier, PubMed, Scielo, among others. **Results:** Considering inclusion and exclusion criteria, 30 scientific articles containing definition, etiology, causes, epidemiology, diagnosis and treatment were reviewed and analyzed. **Discussion:**

Schizophrenia occurs in childhood and adolescence more frequently in men than in women. In this population group, the symptoms can vary, with greater affectation in social relations, communication, thought and emotions. Early diagnosis could reduce and control the positive symptoms of schizophrenia, although it is considered that the earlier its appearance, the worse prognosis and evolution this disorder will have. **Conclusion:** It is necessary to know and diagnose schizophrenia quickly to start an adequate treatment that allows better quality of life for the patient, family and their environment.

Keywords: Schizophrenia; childhood; adolescence; clinical characteristics; treatment.

Resumo

Introdução: A esquizofrenia é considerada um transtorno psicótico que afeta as funções mentais superiores, principalmente o pensamento, a linguagem e as percepções sensoriais. Essa psicopatologia pode se desenvolver e apresentar sintomas precocemente na infância ou adolescência. No entanto, os estudos atuais concentram sua atenção na população adulta. **Objetivo:** Através desta pesquisa pretende-se caracterizar a esquizofrenia infantil e descrever os principais tratamentos utilizados nestes transtornos. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão bibliográfica não sistemática, estabelecendo buscas por meio de operadores booleanos em bases de dados como Scielo, Academic, Redalyc, Elsevier, PubMed, Scielo, entre outras. **Resultados:** Considerando os critérios de inclusão e exclusão, 30 artigos científicos contendo definição, etiologia, causas, epidemiologia, diagnóstico e tratamento foram revisados e analisados. **Discussão:** A esquizofrenia ocorre na infância e adolescência mais frequentemente em homens do que em mulheres. Nesse grupo populacional, os sintomas podem variar, com maior afetação nas relações sociais, comunicação, pensamento e emoções. O diagnóstico precoce poderia reduzir e controlar os sintomas positivos da esquizofrenia, embora se considere que quanto mais precoce for o seu aparecimento, pior prognóstico e evolução terá esta doença. **Conclusão:** É necessário conhecer e diagnosticar a esquizofrenia rapidamente para iniciar um tratamento adequado que possibilite melhor qualidade de vida para o paciente, família e seu ambiente.

Palavras-chave: Esquizofrenia; infância; adolescência; características clínicas; tratamento.

Introducción

Características clínicas y tratamiento farmacológico en la esquizofrenia de inicio en la infancia. Una revisión

Los trastornos mentales son catalogados como alteraciones que pueden afectar diferentes áreas del ser humano, sobre todo funciones mentales superiores, por ejemplo, el pensamiento, la atención, memoria y comportamiento, de tal manera que perturban la funcionalidad global y la capacidad de relacionarse con otros; estas pueden ser ocasionales o presentarse de manera crónica (Jerath et al., 2019). Su etiología es muy variada y de hecho son múltiples los factores que pueden contribuir al desarrollo de estos cuadros clínicos (Saldanha et al., 2017).

La esquizofrenia forma parte de estas psicopatologías, concebida como un trastorno crónico, habitualmente incapacitante, que afecta sobre todo a la población adulta, generando problemas en el rendimiento y la vida social de la persona (Gandhi & Figueroa, 2016). Se caracteriza por presentar un desorden del pensamiento y de las sensopercepciones. Sus causas aún son inciertas, sin embargo, la evidencia acumulada apunta a la atribución de factores genéticos, ambientales, psicosociales; además de incluirse complicaciones presentes durante el embarazo y el parto, incluyendo variables mediadoras como la alimentación y hábitos no saludables (e.g. consumo de sustancias ilícitas) que influya en el desarrollo normal del bebe (Aas et al., 2019). La esquizofrenia aparece generalmente como un trastorno psicótico en la vida adulta, sin embargo, puede presentarse en cualquier etapa de la vida, tanto en la niñez como en la adolescencia. Se estima que cerca de 21 millones de personas llegan a padecer este trastorno, con menor prevalencia en la niñez y adolescencia (Engelstad et al., 2019).

Cuando se presenta en edades tempranas o con un inicio precoz, se considera como una enfermedad de mayor gravedad, más insidioso e incapacitante, debido a que puede afectar con mayor intensidad las sensopercepciones, el pensamiento y la conducta (Jerath et al., 2019). Al presentarse un caso de esquizofrenia temprana de inicio en la infancia y adolescencia, se puede distinguir una serie de síntomas entre los cuales encontramos alucinaciones, delirios, pérdida de interés por realizar las actividades o a su vez por tener interacción social tanto con amigos como con su propia familia, también se incluyen dentro de estos síntomas los trastornos del lenguaje (Saldanha et al., 2017). El diagnóstico de la esquizofrenia infantil tiende a ser complicado debido a que los síntomas en niños son muy complejos, suelen presentar delirios menos frecuentes que en los adultos o adolescentes, por lo que se dice que las experiencias de pensamiento o habla interna, conllevan a una serie de complicaciones en cuanto al diagnóstico, complicando su detección temprana (Gandhi & Figueroa, 2016).

Aun así, gran parte de la evidencia acumulada ha intentado profundizar el cuadro clínico de la

esquizofrenia en la edad adulta. En este sentido, es necesario abordar esta psicopatología en etapas tempranas. Por esta razón la presente investigación pretende realizar una revisión bibliográfica no sistemática para caracterizar y presentar aspectos puntuales de la esquizofrenia infantil, como la sintomatología, causas, diagnóstico temprano y su tratamiento.

Metodología

Diseño

Se realizó una revisión bibliográfica no sistemática, con enfoque descriptivo.

Estrategia de búsqueda

Las fuentes utilizadas en el siguiente estudio han sido localizadas mediante los buscadores de internet, utilizando bases de datos tales como Scielo, Academic, Redalyc, Elsevier. Se utilizaron palabras claves como esquizofrenia, niñez, adolescencia y, además, se ejecutó la búsqueda a través de operadores booleanos como “AND”, “NOT” y “OR”. También se utilizó filtros dentro de los artículos encontrados, por ejemplo, año de publicación, idioma en el que se escribió el documento, investigaciones que estén completas.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron fuentes bibliográficas en el periodo comprendido entre 2016 al 2022, debido a que contiene la información más actualizada y completa, de tal manera que contribuyen con el objeto de investigación. Además, se tomó en cuenta aquellos trabajos que estuvieron escritos en idioma español. Se incluyeron principalmente artículos que contenían la palabra clave “esquizofrenia infantil”, pues reflejan información más relevante y completa, para cumplir con objetivo de la investigación. Por otro lado, se excluyeron artículos publicados antes del año 2015, así como también aquellos redactados en idioma inglés, artículos que no tenían palabras claves, autor, año de publicación u otro criterio de elegibilidad, pues estos resultaron sin contenido actual ni información completa ni relevante. Por su parte, se descartó de igual manera el desarrollo de la investigación en libros electrónicos y aquellos artículos que no estaban en alguna base de datos confiable.

Resultados

Una vez establecido y ejecutado los criterios de inclusión y exclusión, se analizaron 30 trabajos de 60 archivos encontrados acerca de la esquizofrenia infantil. Todos los resultados obtenidos de la

búsqueda fueron organizados y desarrollados de acuerdo al punto de interés que presentaron, agrupados en características de la esquizofrenia infantil, a decir: definición, epidemiología, etiología, diagnóstico, síntomas y tratamiento de la esquizofrenia en la infancia y adolescencia; también se tomaron en cuenta los factores que afectan dentro del organismo y las alteraciones que existe dentro del trastorno.

Discusión

Definición

La esquizofrenia es un trastorno psicótico que afecta la percepción, el pensamiento, el efecto y la conducta de los pacientes, deteriorando su funcionamiento familiar, escolar y social. es un trastorno psicótico grave que influye en las emociones, comportamiento, pensamiento y percepciones de las personas que lo padecen (Saldanha et al., 2017). Pueden presentar los síntomas característicos de la esquizofrenia denominados como síntomas positivos, por ejemplo, delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento desorganizado, además de estas particularidades, los pacientes llegan a presentar los llamados síntomas “negativos” (Gandhi & Figueroa, 2016). Sin embargo, estas características llegan a variar dramáticamente de una persona a otra, tanto en patrón como en gravedad (Allen & Pidano, 2017). Con frecuencia esta enfermedad dura toda la vida debido a que no existe un tratamiento que erradique la enfermedad, sino que más bien solo se estabiliza, aun así, una persona puede llegar a tener una vida casi normal y funcional, aunque en la mayoría de los casos suelen aparecer recaídas por la suspensión de medicación al tener mejoría (Darin, 2021).

En el caso de los niños con esquizofrenia el término tiene la misma connotación, siendo considerada como una enfermedad, pero de mayor gravedad que requieren de un tratamiento lo más temprano posible ya que a diferencia de los adultos tiene una gran repercusión en su comportamiento, desarrollo social y cognitivo (Driver et al., 2020). La esquizofrenia es dañina para el cerebro y con el paso del tiempo se producen más pérdidas neuronales, lo que provoca que el cerebro pierda su rendimiento. La fragmentación del pensamiento afecta los procesos cognitivos y se reflejan en el comportamiento, las emociones incluso pueden variar (Rokita et al., 2019).

Epidemiología

Aunque la esquizofrenia es poco común en niños, según varios estudios se mencionan que una tercera parte de los pacientes que sufren este trastorno inician antes de los 18 años y un 6 % antes de los 13 años, sin embargo, en los hombres comienza la aparición del trastorno antes de los 5 años y en el caso

de las mujeres se va igualando con los años (Engelstad et al., 2019). Otro estudio demuestra que el inicio de la esquizofrenia tiene una prevalencia de 1/10.000-30.000 antes de los 13 años y de 1,4/10.000, para la esquizofrenia antes de los 15 años (Weitkämper et al., 2021). Con frecuencia la esquizofrenia infantil se manifiesta en varones, sin embargo, con el paso del tiempo, la ratio hombre/mujer suele igualarse(Engelstad et al., 2019). En cuanto al índice de mortalidad, tiende a incrementar y ser más relevante entre la pubertad y la adolescencia, al menos el 5% de las personas con esquizofrenia de inicio temprano mueren por suicidios o directamente por comportamientos influenciados por pensamientos psicóticos (Yousef et al., 2022).

Este trastorno presenta vulnerabilidad genética, de tal manera que existe un riesgo muy alto, en el caso de la existencia de familiares de primer grado, de presentar un diagnóstico de esquizofrenia(Hannigan et al., 2021). Un estudio demostró una heredabilidad en mellizos del 13%, un 48% en gemelos idénticos, un 9% en hermanos, un 45% cuando los dos padres son esquizofrénicos y un 15% en hijos de un progenitor esquizofrénico(Sallis et al., 2019). Al igual que los antecedentes familiares, también son predominantes ciertos factores de riesgo como: anormalidades en el desarrollo; factores perinatales y congénitos, como complicaciones en el embarazo (hipoxia); factores sociales (inmigración, inadaptación social, entre otros); factores ambientales (consumo excesivo de sustancias)(LaBianca et al., 2019).

Etiología y factores de riesgo

Según varias investigaciones no se ha identificado un único factor para el desarrollo de esquizofrenia, pero se cree que puede estar provocada por factores genéticos o ambientales (Álvarez et al., 2021); incluso se piensa que los factores psicosociales también pueden contribuir a su desarrollo, funcionando como factores moduladores y precipitantes (Bonet et al., 2018). Con respecto a los factores genéticos se sugiere que hay muchos genes que pueden aumentar la probabilidad de que una persona desarrolle esquizofrenia, pero ningún gen por sí mismo causa el trastorno(Aas et al., 2019). A partir de esta teoría, se ha encontrado que el riesgo de esquizofrenia es diez veces mayor entre hermanos e hijos de esquizofrénicos que en la población general (Allen & Pidano, 2017). En estudios con gemelos sugieren que el riesgo de padecer esta enfermedad se encuentra en los genes, y no en factores ambientales o psicosociales. Incluso se estima que la heredabilidad esta entre un 80 a 85% (Forsyth & Asarnow, 2020). Actualmente se ha encontrado que los genes con mayor relevancia en la esquizofrenia son la Disbindina localizada en el cromosoma 6, la Neuroregulina 1 en el cromosoma 8, el gen DAAO ubicado en el cromosoma 12 y finalmente, el gen G72 en el cromosoma 13 (Sallis

et al., 2019).

Con respecto a los factores ambientales, se sugiere que existe una serie de disfunciones neurológicas durante la vida fetal, como por ejemplo la exposición o contagio de influenza en el primer trimestre del embarazo de la madre, o la exposición a la rubéola e infecciones respiratorias durante el segundo y tercer trimestre (Mørkved et al., 2020). Existe una mayor vulnerabilidad a desarrollar este trastorno en hijos cuyas madres estuvieron expuestas a condiciones infecciosas como la toxoplasmosis, el virus del herpes simple tipo 2, infecciones virales del sistema nervioso central, infecciones por citomegalovirus (Brahim et al., 2021). Además, un estudio finlandés encontró un vínculo entre la desnutrición fetal y la esquizofrenia (Cheng et al., 2021). También se ha asociado al consumo de tabaco durante el embarazo (Craddock et al., 2018). De la misma manera, se sugiere que la edad avanzada del padre también puede ser un factor en el número desproporcionado de casos de esquizofrenia (Won et al., 2019). También se hace referencia a las complicaciones durante el parto, o si hubo consumo de sustancias nocivas para el organismo, así como también se valora la presencia de trauma infantil como factor desencadenante de esta psicopatología (Wells et al., 2020).

La desnutrición en mujeres embarazadas también se ha tomado como un factor de riesgo en la esquizofrenia, debido a que no permiten que el bebé se desarrolle de manera correcta y completa (Seminog et al., 2021). Durante los primeros meses de vida los eventos negativos alteran la regulación mental, ya que interfieren en la construcción de experiencias emocionales y relaciones básicas de apego y vinculación para el desarrollo de la salud mental del niño (Markovic et al., 2021). Así también, se sugiere que el abuso infantil y la psicosis están íntimamente relacionadas en la esquizofrenia infantil y en la adulta (McGregor et al., 2019). La presencia de estrés prolongado, donde existe una liberación excesiva de neurotransmisores y hormonas, también podría desencadenar el desarrollo de esta patología (McGregor et al., 2018). Aunque en estudios post mortem, se abre la posibilidad que este trastorno se origine por la falta de una sustancia llamada reelina, que ayuda a ubicar las células nerviosas en el cerebro en desarrollo (Moreno, 2019). Aun así, la teoría más plausible es que la combinación entre estos tres factores, genéticos, ambientales y psicosociales serían los que contribuyen al desarrollo de esta enfermedad mental (Kilian et al., 2020).

Características clínicas

Si bien en la esquizofrenia que debuta a edades tempranas antes de los 9 años y en adolescentes antes de los 18 años se pueden observar síntomas similares a los presentados por adultos como alucinaciones, alteraciones del pensamiento, aislamiento y embotamiento afectivo, existen

Características clínicas y tratamiento farmacológico en la esquizofrenia de inicio en la infancia. Una revisión

variaciones en cada grupo sintomatológico (Alkelai et al., 2019). En este sentido, estos síntomas se pueden clasificar en tres grupos: positivos, negativos y asociados (Saldanha et al., 2017). En los primeros siempre resaltarán las alucinaciones, en los adolescentes se manifiesta cuando una persona ve, oye, huele, saborea o siente cosas que no son reales (Alkelai et al., 2019). Muchas personas que tienen este trastorno oyen voces, la mayoría pueden haber estado escuchando durante mucho tiempo antes de que sus familiares y amigos se den cuenta de que tienen un problema (Debost et al., 2019). En cuando a los niños es similar que los adolescentes escuchan en forma de una voz que sale de fuera de sí mismo, es decir, un diálogo, con carácter mandatorio o comentando asuntos que le atañen al infante (Palomäki et al., 2019). No solo las alucinaciones pueden presentarse en el infante, también puede evidenciarse delirios, por lo general en los adolescentes se presentan ideas delirantes de tipo paranoide, autorreferenciales o de persecución, siendo estas últimas las de mayor frecuencia, en contraposición se encuentran los delirios de contenido místico-religioso, siendo de menor frecuencia (Seminog et al., 2021). En la etapa infantil los delirios se convierten en preocupaciones extrañas sobre su cuerpo ya que lo ven diferente o transformado como si estuviera otra persona dentro de él (Galitzer et al., 2021). Además, no suelen diferenciar la realidad con la ficción y se preocupan por temas exóticos como mapas, líneas del tiempo, animales y creen tener poderes sobrenaturales, con creencias de autocontrol mágico, así como la creación de criaturas extrañas (Hoffmann et al., 2018).

En cuanto a los síntomas negativos, la característica más notoria es la pérdida de interés en las actividades diarias, así como el aislamiento por largos periodos de tiempo (Aas et al., 2019). Se sabe que los infantes con este trastorno tienden a ser poco sociables, presentan dificultad para expresar sus sentimientos y sobre todo no cuentan con la capacidad de mentalización o leer la mente de otras personas (Alkelai et al., 2019). Pese a ser el rasgo más llamativo, existen otros síntomas que pueden estar asociados al infante con esquizofrenia, por ejemplo, pueden desarrollar problemas para planificar y ceñirse a las actividades, como por ejemplo ir de compras con o sin compañía; no disfrutan de actividades recreativas o placenteras, llegando a exteriorizar una incapacidad para sentir placer (i.e. Anhedonia) (Darin, 2021); además, en la mayoría de los infantes, suelen comunicarse con una voz tenue y entrecortada, al mismo tiempo que exhiben una limitada expresión facial (Saldanha et al., 2017). En algunos casos, niños con este trastorno han mostrado una hipobulia y apatía, marcada por pérdida de la motivación y desinterés por realizar actividades recreativas, más bien tienden a dedicar mucho tiempo a actividades pasivas (Darin, 2021). En casos extremos, una persona puede dejar de moverse o hablar por un tiempo, lo que es una condición poco común llamada catatonía,

asociada con mutismo selectivo (Alkelai et al., 2019).

Finalmente, los síntomas asociados más relevantes giran en torno a las alteraciones cognitivas, por ejemplo, presencia de bradipsiquia y alogia, así como también se ha evidenciado una hipoprosexia (Alkelai et al., 2019; Jerath et al., 2019). La memoria también se ve afectada, por lo general presentan, dificultad para adquirir nueva información, así como de evocar palabras adquiridas en el pasado (Jerath et al., 2019). Por otro lado, se han encontrado también trastornos del lenguaje como los neoglismos, ecolalias, mutismo, incoherencias o discordancias en el discurso (Lau et al., 2021). Los niños pueden expresar respuestas fuera de contexto, usan palabras inapropiadas o apócrifas, repiten palabras que se les dijeron recientemente y usan pronombres que se refieren a ellos mismos de manera inapropiada (Papp-Hertelendi et al., 2018). Así también se han evidencia alteraciones del estado de ánimo, hiperexcitación, y comorbilidad con otros trastornos como ansiedad, bipolaridad, depresión que al no ser tratados pueden llevar al suicidio (Alkelai et al., 2019). Durante la infancia presentan alteraciones de motilidad con posturas y gestos extraños, rigidez corporal y ansiedad excesiva (Darin, 2021). Las alteraciones neurológicas son menos frecuentes al inicio, sin embargo, con el paso del tiempo llegan a ser más evidentes, como es el caso del déficit en la integración sensorial, la coordinación motora (Saldanha et al., 2017).

Diagnóstico

El diagnóstico de esquizofrenia en la infancia puede ser difícil; la complejidad del trastorno de la esquizofrenia en infantes reduce el valor predictivo de los criterios de diagnóstico. Además, los síntomas positivos en niños son muy complejos por lo que se necesita un cierto nivel de adultez cognitiva para que sean evidentes y marcados (Darin, 2021). De tal manera se ha evidenciado que los niños menores a 10 años de edad suelen presentar ideas delirantes menos frecuentes que los adultos o adolescentes que padecen este trastorno. Solo en el 50 % de los casos las ideas delirantes se manifiestan de forma no sistematizada y poco complejas, sin embargo, en el 80% de los casos las alucinaciones auditivas son evidentes (Saldanha et al., 2017). Las alucinaciones en la infancia suelen ser descritas frecuentemente como internas, de tal manera que es complicado distinguir aquellas experiencias del pensamiento o habla interna, así como con las pseudoalucinaciones (Alkelai et al., 2019). Estas variaciones presentes en el trastorno, conlleva a presentar una serie de dilemas en cuanto al diagnóstico, y complican la determinación del inicio de la enfermedad (Darin, 2021).

Existen guías clínicas que se acuñan a los manuales taxonómicos tradicionales de enfermedades mentales y que permiten establecer con mayor claridad el diagnóstico de esquizofrenia infantil

(Saldanha et al., 2017). Estas guías permiten reconocer parámetros de valoración para detectar una psicopatología, por ejemplo, se recomienda realizar una anamnesis estructurada, partiendo desde la exploración de trastornos cerebrales orgánicos y los fármacos que desencadenan la psicosis (Jerath et al., 2019). Así también se establece una valoración del estado físico completo, incluyendo información de talla, peso, dieta, ejercicio, así como también la aplicación de pruebas analíticas completas, que van desde recuento sanguíneo completo, pruebas de función hepática, electrolitos, urea, triglicéridos, colesterol, glucemia, calcemia, función tiroidea, prolactinemia, hasta la exploración con neuroimagen y electroencefalograma (Alkelai et al., 2019). Además, se debe explorar la existencia de psicopatologías comórbidas o asociadas al cuadro, riesgo de daño individual o colectivo, consumo de bebidas alcohólicas e historial de medicamentos tanto prescritos y no prescritos (Engelstad et al., 2019). En la misma línea se plantea la exploración a nivel psicológico y social, evaluando relaciones, tanto sociales como antecedentes de trauma, desempeño laboral y académico, relaciones funcionales y disfuncionales en el hogar, actividades de recreación y ocio, problemas económicos como gastos innecesarios (Jerath et al., 2019). Finalmente, se hace referencia a una valoración exhaustiva a través de inventarios y test psicológicos que permitan consolidar la información para el diagnóstico definitivo de esquizofrenia en la infancia (Darin, 2021).

Diagnóstico diferencial

Es de suma importancia, en todos los casos, tomar en cuenta los antecedentes familiares psicopatológicos del paciente, la forma en la que se manifestaron los síntomas, tanto en el curso como evolución, así como si fue insidioso y el funcionamiento premórbido para descartar otras patologías que pueden presentar algunos de los síntomas de la esquizofrenia infantil, por ejemplo, con el trastorno del espectro autista (TEA), trastornos de la conducta (TC), trastorno de personalidad límite o esquizotípica, trastornos del estado de ánimo, específicamente depresión psicótica y trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, Trastorno del comportamiento por uso y abuso de sustancias, trastorno obsesivo compulsivo (Aas et al., 2019; Allen & Pidano, 2017; Bonet et al., 2018; Craddock et al., 2018; Jerath et al., 2019). Existen otras patologías que podrían presentarse como un símil de esquizofrenia, pero que más bien están asociadas a una causa orgánica primaria, en este caso hay que distinguir su origen, como es el caso de patologías neurológicas: epilepsia, malformaciones congénitas, tumores, traumatismo craneoencefálico, infecciones (Saglier, 2018). Así también existen otras enfermedades médicas que pueden asociarse con sintomatología psicótica, como por ejemplo en trastornos endócrinos y metabólicos, delirium (Darin, 2021). Dentro del diagnóstico

diferencial, se hace hincapié la necesidad de un trabajo multidisciplinario y transdisciplinario para descartar otras enfermedades que provoquen síntomas similares (Sagliar, 2018).

Tratamiento

El tratamiento para psicosis, y esencialmente para esquizofrenia gira en torno al uso de psicofármacos, con énfasis en la utilización de antipsicóticos (Moreno, 2019). Los fármacos antipsicóticos son complemento importante en el tratamiento de la esquizofrenia, sin embargo, en la esquizofrenia infantil ha sido cuestión de debate constante (Kilian et al., 2020). Aun así, la mayoría de los profesionales que trabajan con psicopatologías concuerdan que los antipsicóticos fungen como complemento terapéutico tanto de niños como adolescentes (Jerath et al., 2019). No existe un solo antipsicótico que sea eficaz para el tratamiento, más bien serían las características clínicas del paciente las que determinen el uso y elección entre uno u otro psicofármaco (Jerath et al., 2019). Es importante tener en cuenta que antes de su administración, primeramente se debe contar con la aprobación de los familiares, en este caso el consentimiento tanto de la familia como el paciente y adicional la realización de unas exploraciones básicas como: físicas (presión arterial, pulso, temperatura, respiración, peso y altura), analíticas (función hepática, hemograma, renal, tiroidea, electrolitos séricos) y las que se consideren necesarias dependiendo de los riesgos registrados en la historia clínica (EEG, ECG, entre otros) (Lau et al., 2021).

En el caso de los niños el tratamiento farmacológico puede presentar con mayor frecuencia reacciones secundarias a diferencia de los adultos, aunque del mismo tipo (sedación, síntomas extrapiramidales, síndrome neuroléptico maligno, discinesia tardía) (McGregor et al., 2019). Es de consideración tener en cuenta que los antipsicóticos de primera generación han presentado eficacia tanto en niños como adolescentes, sin embargo, existe un riesgo de contraer efectos extrapiramidales muy alto a diferencia de los adultos (McGregor et al., 2018). Por otra parte, los antipsicóticos de segunda generación (atípicos) son de uso más frecuente ya que estos tienen una acción clínica positiva tanto en el control de los síntomas psicóticos como en el menor riesgo de aspectos adversos como los síntomas extrapiramidales (Cheng et al., 2021).

En este sentido, los psicofármacos de primera línea de tratamiento para esquizofrenia infantil son la quetiapina, risperidona, y olanzapina (Galitzer et al., 2021). Aunque algunos estudios advierten que la escogencia del tratamiento adecuado puede partir del uso previo en familiares con esquizofrenia (Lau et al., 2021). En cuanto a las guías clínicas actuales, mencionan que se deben utilizar

inicialmente en monoterapia y mantenerse en un tiempo prolongado (como un mínimo de 4-6 semanas) y en dosis correctas proporcionales al peso del paciente (Aas et al., 2019; Kilian et al., 2020). De no haber respuesta positiva, es necesario el cambio de antipsicótico, como los de segunda línea o la combinación de dos antipsicóticos (Lau et al., 2021). Y en caso extremos de no haber respuesta alguna, se hace uso de los antipsicóticos de tercera línea, de tal manera que en esta etapa el fármaco más indicado y efectivo es la clozapina para el tratamiento de la esquizofrenia resistente tanto en niños como adolescentes a pesar de sus efectos secundarios como: disminución del umbral convulsivo, acatisia, aumento de peso, riesgo potencial de neutropenia (McGregor et al., 2018). Una vez que la fase aguda es controlada, el tiempo de medicación debe mantenerse en un rango de 6 a 12 meses con pequeñas modificaciones (de acuerdo a los efectos adversos que podrían presentarse) antes de la suspensión gradual del fármaco (Lau et al., 2021).

Psicoterapia

La psicoterapia siempre será complementaria al tratamiento farmacológico, y no se considera que pueda ser utilizada como tratamiento de primera línea. Por tanto, tiene como objetivo incrementar el conocimiento acerca de la enfermedad, sobre todo el manejo de los síntomas negativos de la esquizofrenia; ayuda a promover la adaptación al diagnóstico de este trastorno; permite mejorar el funcionamiento psicosocial; intenta reducir la comorbilidad y prevenir las recaídas por abandono de medicación, que terminan deteriorando la calidad de vida del paciente (Aas et al., 2019). Además, se enfoca en la psicoeducación familiar, siendo un pilar fundamental que permite tener una mejor comprensión con la persona que sufre de esquizofrenia, así también permite aplicar terapia cognitiva-conductual para que el paciente modifique sus emociones, pensamientos, conducta (Jerath et al., 2019). En la mayoría de los casos se establecen un número de sesiones estandarizadas, por lo general como terapias breves de 10 a 20 sesiones, sin embargo, dependerá de las características individuales del paciente y de la funcionalidad de la familia (Moreno, 2019).

La psicoterapia, tanto en adolescentes como en niños, permite la facilitación del desarrollo humano, con la intención de establecer un equilibrio tanto interno como externo, alcanzando un alto bienestar psíquico. Es por ello que la psicoterapia puede darse en diversos espacios, puede ser de acuerdo a las necesidades presentes del paciente o estados de salud (Moreno, 2019). Además, a través de este tratamiento, se pretende disminuir el estrés y la vulnerabilidad, optimizando las capacidades tanto en el funcionamiento del paciente como en la adaptación para evitar el deterioro, sin embargo, en el contexto grupal cumple con la función de mejorar el apego al tratamiento, potenciar la resolución de

problemas e interacciones sociales y prevención de recaídas (Jerath et al., 2019). Finalmente, en cuanto al contexto familiar, la psicoterapia trata de construir alianzas con los familiares, impulsar la capacidad de la familia para anticipar y solucionar problemas, disminuir tales expresiones de culpa y angustia, y así mismo trata de establecer expectativas realistas sobre el funcionamiento del paciente (McGregor et al., 2018). Es importante tener en cuenta que los niños y adolescentes necesitan de un tratamiento multidisciplinario a fin de mejorar el pronóstico de los pacientes que padecen de este trastorno

Conclusión

El estudio de la esquizofrenia tanto en niños como adolescentes es relevante y necesaria debido a que permite comprender y conocer las características clínicas específicas presentes en esta enfermedad, así como diferenciar con otros trastornos que puedan confundir en el diagnóstico definitivo. Además, la esquizofrenia debe ser considerada como un trastorno complejo e incapacitante y que por tanto requiere de un tratamiento inmediato ante los primeros signos de un episodio psicótico. Los médicos deben considerar la posibilidad de incumplimiento y los efectos adversos relacionados con el tratamiento al desarrollar un plan de tratamiento integral. Los síntomas negativos clínicamente relevantes de la esquizofrenia, que ocurren en la mayoría de los pacientes, deben reconocerse, evaluarse y manejarse lo mejor posible para lograr mejores resultados para los mismos. Debido a que los síntomas negativos a menudo no son reconocidos por los médicos y el tratamiento basado en la evidencia es limitado, los síntomas negativos están más estrechamente relacionados con el funcionamiento deficiente del paciente, la peor calidad de vida y la menor productividad que los síntomas positivos, que pueden abordarse mejor con el tratamiento disponible. Si bien hay diferentes tratamientos farmacológicos que pueden ser utilizados para el tratamiento de la esquizofrenia infantil, el criterio de escogencia debe partir de la anamnesis, características clínicas del paciente, y en su caso, utilización previa de medicamentos, en caso de recidivas o familiares con diagnóstico de esquizofrenia.

Referencias

1. Aas, M., Vecchio, C., Pauls, A., Mehta, M., Williams, S., Hazelgrove, K., Biaggi, A., Pawlby, S., Conroy, S., Seneviratne, G., Mondelli, V., Pariante, C. M., Dazzan, P., Berthelot, N.,

- Garon-Bissonnette, J., Duguay, G., Lemieux, R., Drouin-Maziade, C., & Maziade, M. (2019). Childhood trauma and ITS relationship with premorbid adjustment, cognition and treatment outcomes in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *45*(Supplement_2), S204–S205. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBZ019.284>
2. Alkelai, A., Shohat, S., Dreiman, B., Chitrit-Raveh, E., Shechter, T., Hughes, D. S. T., Shifman, S., Goldstein, D., & Kohn, Y. (2019). Clinical value of diagnostic exome sequencing in childhood-onset schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, *29*, S210. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2019.08.180>
 3. Allen, A. R., & Pidano, A. E. (2017). Childhood Schizophrenia and Autism: An Empirical Study of Perceived Social Support. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(6), 1664–1670. <https://doi.org/10.1007/S10826-017-0682-Z>
 4. Álvarez, M. J., Masramom, H., Foguet-Boreu, Q., Tasa-Vinyals, E., García-Eslava, J. S., Roura-Poch, P., Escoté-Llobet, S., & Gonzalez, A. (2021). Childhood Trauma in Schizophrenia Spectrum Disorders: Dissociative, Psychotic Symptoms, and Suicide Behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *209*(1), 40–48. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001253>
 5. Bonet, L., Llacer, B., Hernandez, M., Arce, D., Blanquer, I., Cañete, C., Escarti, M. J., & Sanjuan, J. (2018). Relation between childhood trauma and psychotic symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *44*(suppl_1), S423–S424. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBY018.1035>
 6. Brahim, S., Mosrati, M. A., Bouali, W., Kacem, M., Sellami, S., Abid, A., Frej, S. ben, Henia, M., Chabbouh, M., & Zarrouk, L. (2021). Effect of childhood trauma on patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, *64*(S1), S549–S549. <https://doi.org/10.1192/J.EURPSY.2021.1462>
 7. Cheng, X., Zhang, H., Zhang, J., Xu, P., Jin, P., Fang, H., Chu, K., & Ke, X. (2021). Comparison of clinical characteristics and treatment efficacy in childhood-onset schizophrenia and adolescent-onset schizophrenia in mainland China: A retrospective study. *Early Intervention in Psychiatry*, *15*(6), 1721–1729. <https://doi.org/10.1111/EIP.13121>
 8. Craddock, K. E. S., Zhou, X., Liu, S., Gochman, P., Dickinson, D., & Rapoport, J. L. (2018). Symptom dimensions and subgroups in childhood-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *197*, 71–77. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2017.10.045>
-

9. Darin, E. (2021). Clinical Case of Organic Pseudopsychopathic Disorder in a Teenager in Terms of Differential Diagnostics with Childhood Schizophrenia. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 17(1), 57–64. <https://doi.org/10.2174/2666082217666210208201756>
10. Debost, J. C., Larsen, J. T., Munk-Olsen, T., Mortensen, P. B., Agerbo, E., & Petersen, L. V. (2019). Childhood infections and schizophrenia: The impact of parental SES and mental illness, and childhood adversities. *Brain, Behavior, and Immunity*, 81, 341–347. <https://doi.org/10.1016/J.BBI.2019.06.031>
11. Driver, D. I., Thomas, S., Gogtay, N., & Rapoport, J. L. (2020). Childhood-Onset Schizophrenia and Early-onset Schizophrenia Spectrum Disorders: An Update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 71–90. <https://doi.org/10.1016/J.CHC.2019.08.017>
12. Engelstad, K. N., Rund, B. R., Lau, B., Vaskinn, A., & Torgalsbøen, A. K. (2019). Increased prevalence of psychopathy and childhood trauma in homicide offenders with schizophrenia compared to nonviolent individuals with schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(8), 501–508. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1656777>
13. Forsyth, J. K., & Asarnow, R. F. (2020). Genetics of Childhood-onset Schizophrenia 2019 Update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 157–170. <https://doi.org/10.1016/J.CHC.2019.08.007>
14. Galitzer, H., Anagnostopoulou, N., Alba, A., Gaete, J., Dima, D., & Kyriakopoulos, M. (2021). Functional outcomes and patient satisfaction following inpatient treatment for childhood-onset schizophrenia spectrum disorders vs non-psychotic disorders in children in the United Kingdom. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(2), 412–419. <https://doi.org/10.1111/EIP.12973>
15. Gandhi, R., & Figueroa, C. (2016). Inpatient burden of childhood schizophrenia in the United States. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10), S236. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2016.09.416>
16. Hannigan, L. J., Askeland, R. B., Ask, H., Tesli, M., Corfield, E., Ayorech, Z., Helgeland, Ø., Magnus, P., Njølstad, P. R., Øyen, A. S., Stoltenberg, C., Andreassen, O. A., Davey Smith, G., Reichborn-Kjennerud, T., & Havdahl, A. (2021). Genetic Liability for Schizophrenia and Childhood Psychopathology in the General Population. *Schizophrenia Bulletin*, 47(4), 1179–1189. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBAA193>

17. Hoffmann, A., Ziller, M., & Spengler, D. (2018). Childhood-Onset Schizophrenia: Insights from Induced Pluripotent Stem Cells. *International Journal of Molecular Sciences*, *19*(12), 3829. <https://doi.org/10.3390/IJMS19123829>
18. Jerath, A. U., Mavrides, N. A., & Coffey, B. J. (2019). Complexity in Evaluation and Pharmacological Treatment of Early Onset Psychosis with Mood Symptoms: Childhood Onset Schizophrenia or Affective Disorder? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *29*(3), 241–244. <https://doi.org/10.1089/CAP.2019.29164.BJC>
19. Kilian, S., Asmal, L., Phahladira, L., Plessis, S. du, Luckhoff, H., Scheffler, F., Buckle, C., & Emsley, R. (2020). The association between childhood trauma and treatment outcomes in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*, *289*, 113004. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113004>
20. LaBianca, S., Appadurai, V., Thompson, W., Nordentoft, M., Werge, T., & Buil, A. (2019). Genetic prediction of transition from childhood and adolescent psychiatric disorder to schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, *29*, S1262. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2018.08.355>
21. Lau, S., Kirchebner, J., Kling, S., Euler, S., & Günther, M. P. (2021). Childhood Maltreatment, Psychopathology, and Offending Behavior in Patients With Schizophrenia: A Latent Class Analysis Evidencing Disparities in Inpatient Treatment Outcome. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 24. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.612322/BIBTEX>
22. Markovic, A., Buckley, A., Driver, D. I., Dillard-Broadnax, D., Gochman, P. A., Hoedlmoser, K., Rapoport, J. L., & Tarokh, L. (2021). Sleep neurophysiology in childhood onset schizophrenia. *Journal of Sleep Research*, *30*(2), e13039. <https://doi.org/10.1111/JSR.13039>
23. McGregor, N., Thompson, N., O'Connell, K., Emsley, R., van der Merwe, L., & Warnich, L. (2019). Modification of the association between MMP9 gene variants and antipsychotic treatment response by childhood adversity in a first-episode schizophrenia cohort. *European Neuropsychopharmacology*, *29*, S938–S939. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2017.08.281>
24. McGregor, N., Thompson, N., O'Connell, K. S., Emsley, R., van der Merwe, L., & Warnich, L. (2018). Modification of the association between antipsychotic treatment response and childhood adversity by MMP9 gene variants in a first-episode schizophrenia cohort. *Psychiatry Research*, *262*, 141–148. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.01.044>

25. Moreno, C. (2019). Symptoms and treatments evolution in schizophrenia: From childhood to adulthood. *European Neuropsychopharmacology*, 29, S623. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2018.11.985>
26. Mørkved, N., Johnsen, E., Kroken, R. A., Gjestad, R., Winje, D., Thimm, J., Fathian, F., Rettenbacher, M., Anda, L. G., & Løberg, E. M. (2020). Does childhood trauma influence cognitive functioning in schizophrenia? The association of childhood trauma and cognition in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research: Cognition*, 21, 100179. <https://doi.org/10.1016/J.SCOG.2020.100179>
27. Palomäki, J., Koskela, J., Suvisaari, J., Yolken, R., Torrey, F., & Veijola, J. (2019). Cat ownership in childhood and development of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 206, 444–445. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2018.12.020>
28. Papp-Hertelendi, R., Tényi, T., Hadzsiev, K., Hau, L., Benyus, Z., & Csábi, G. (2018). First report on the association of SCN1A mutation, childhood schizophrenia and autism spectrum disorder without epilepsy. *Psychiatry Research*, 270, 1175–1176. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.07.028>
29. Rokita, K., Dauvermann, M. R., Mothersill, D., Holleran, L., Holland, J., Costello, L., O'Donoghue, C., Cullen, C., Ryan, N. D., McDonald, C., Hallahan, B., Corvin, A., Gill, M., & Donohoe, G. (2019). Childhood trauma and social cognition in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 29, S687–S688. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2019.01.074>
30. Saglier, C. (2018). Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité et schizophrénie infantile : complexité du diagnostic différentiel. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 176(3), 243–248. <https://doi.org/10.1016/J.AMP.2017.03.019>
31. Saldanha, D., Singh, I., Singh, V. P., Goyal, E., Pathak, V., Saldanha, D., & Patkar, P. (2017). Childhood Schizophrenia. Does Early Diagnosis And Management Offer Hope?-Web of Science Core Collection. *INDIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 59(6), 187–187. <https://www-webofscience-com-epoch.knimbus.com/wos/woscc/full-record/WOS:000392104500161>
32. Sallis, H., Croft, J., Jones, H., Zammit, S., & Munafo, M. (2019). Investigating the association between genetic liability for schizophrenia and childhood trauma. *European Neuropsychopharmacology*, 29, S1178–S1179.

<https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2018.08.206>

33. Seminog, O., Hoang, U., Goldacre, M., & James, A. (2021). National record-linkage study of hospital admissions for schizophrenia in childhood and adolescence in England. *European Child and Adolescent Psychiatry, 1*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/S00787-021-01817-3/FIGURES/2>
34. Weitkämper, A., Kellner, M., Iffland, J. R., Driessen, M., Kley, H., Neuner, F., & Iffland, B. (2021). Childhood Maltreatment in Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders: The Impact of Cut-Off Scores on Prevalence Rates. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 1094. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.692492/BIBTEX>
35. Wells, R., Jacomb, I., Swaminathan, V., Sundram, S., Weinberg, D., Bruggemann, J., Cropley, V., Lenroot, R. K., Pereira, A. M., Zalesky, A., Bousman, C., Pantelis, C., Weickert, C. S., & Weickert, T. W. (2020). The Impact of Childhood Adversity on Cognitive Development in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 46*(1), 140–153. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBZ033>
36. Won, S., Lee, S. W., Rim, H. D., & Woo, J. (2019). Effects of childhood maltreatment on cognition and emotional processing in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology, 29*, S100–S101. <https://doi.org/10.1016/J.EURONEURO.2018.11.1086>
37. Yousef, A. M., Mohamed, A. E., Eldeeb, S. M., & Mahdy, R. S. (2022). Prevalence and clinical implication of adverse childhood experiences and their association with substance use disorder among patients with schizophrenia. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, 58*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S41983-021-00441-X/TABLES/5>