

**I. Lastra<sup>1</sup>**  
**J.C. González-Seijo<sup>1</sup>**  
**Y.M. Ramos<sup>1</sup>**  
**J.L. de Dios<sup>1</sup>**  
**M.J. Martínez-Chamorro<sup>2</sup>**

## Estudio clínico de las psicosis de inicio en la adolescencia

1 Psiquiatra  
2 Pediatra

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Área Sanitaria VII.  
Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

### Correspondencia:

I. Lastra  
Av. Valdemoja, 8D 3-C  
39012 Santander (Cantabria)

## *Clinical features of psychotic disorders with onset during adolescence*

### RESUMEN

En el presente trabajo se estudian de forma retrospectiva las historias de una muestra de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Agudos durante los años 1989-90-91, diagnosticados de psicosis antes de los 18 años.

Como conclusiones, destacar el predominio de varones (76,3%), la edad media en el primer episodio de 15,5 años, y la mayor frecuencia del diagnóstico de esquizofrenia paranoide (52,4%) y hebefrénica (38%). La media del número de ingresos ajustado por años de evolución de la enfermedad fue de 1,03. La evolución fue en un 38,1% de los casos, hacia un importante deterioro psicosocial, siendo necesario el uso de clozapina en un 47,6% de los casos durante algún momento de la evolución, utilizándose en un 47,62% neurolepticos depot. Existieron antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado (no únicamente psicóticos) en un 33,3% de los casos.

### PALABRAS CLAVE

Psicosis; Adolescencia; Curso clínico.

### ABSTRACT

*In this issue, we try to study a sample of patients admitted to the Psychiatric Unit of a General Hospital from 1989 to 1991, with the diagnosis of psychotic disorder, and onset before 18 years old.*

*By sex, we find a higher rate of males (76.3%). Mean age during the first episode was 15.5. By diagnosis, the most frequent was paranoid schizophrenia (52.4%), and the second one, the disorganized type (38%). The mean number of admissions (admissions/years of evolution of the illness) was 1.03.*

*An important psychosocial impairment was observed in 38.1% of the sample. Clozapine was used in 47.6% of the patients, and depot neuroleptics in 47.62%. A first degree of family history of psychiatric disorders (not only psychotic disorders) was observed in 33.3% of the people.*

### KEY WORDS

*Psychotic disorder; Adolescence; Clinical course.*

## 26 INTRODUCCIÓN

El concepto de adolescencia como un periodo de la vida caracterizado por «*Sturm und Drang*» y por importantes problemas psicológicos que pueden llevar a estados patológicos, fue introducido por Stanley Hall<sup>(7)</sup> y apoyado por analistas tan reputados como Anna Freud<sup>(8)</sup>, quien afirmaba: «la adolescencia es, por su naturaleza, una interrupción del crecimiento pacífico, y el mantenimiento del equilibrio estable durante este proceso es, en sí mismo, anormal. Las manifestaciones del desarrollo del adolescente, se aproximan mucho a los síntomas neuróticos psicóticos y se confunden imperceptiblemente sus límites, son los estados *borderline*, ya sean en sus etapas iniciales, en formas frustradas o en las más desarrolladas. En consecuencia, el diagnóstico diferencial entre estas anomalías del adolescente y la auténtica patología, se convierte en tarea difícil».

Como postuló Weiner<sup>(9)</sup>: «La dificultad atribuida a discriminar la psicopatología del adolescente de los fenómenos normativos adolescentes, constituye una influencia errónea de la conceptualización psicoanalítica del adolescente y no se sostiene por datos empíricos».

Según Marcelli y Branconnier, existen tres procesos psicóticos típicos de la adolescencia: aquéllos ligados a la dimensión corporal, entre los que se incluyen la Bouffée Hipocondriaca Aguda; aquéllos ligados a la identidad, como los cuadros de despersonalización, delirios de filiación, delirios de inferioridad, y aquéllos en relación con el investimiento objetal, como las preesquizofrenias de la adolescencia de P. Mâle<sup>(9)</sup>.

Siguiendo la nomenclatura DSM-III-R, además de las esquizofrenias de tipo adulto, encontraríamos las Psicosis Delirantes Agudas, que con estos criterios incluirían: psicosis reactiva breve, comienzo agudo de la esquizofrenia y psicosis esquizofreniforme

## MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente trabajo se estudian de forma retrospectiva las historias de una muestra de 21 pacientes ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario de San Carlos (Madrid) durante los años 1989-90-91, diagnosticados de psicosis antes de los 18 años.

De dichas historias se obtuvieron cuatro grupos fundamentales de datos, a saber:

- *Filiación.*

- *Características del primer episodio psicótico:* edad, diagnóstico y tratamiento, si fue o no necesaria la hospitalización del paciente, su sintomatología, el consumo de tóxicos, la respuesta al tratamiento, personalidad previa, antecedentes de interés, factores desencadenantes...

- *Evolución:* número de episodios posteriores recogidos en la historia clínica, número de ingresos y resumen de la evolución.

- *Datos familiares:* nivel socioeconómico, número de hermanos, puesto que ocupa el paciente entre ellos, edades del padre y la madre, antecedentes psiquiátricos en familiares de primer y segundo grado...

Para el estudio estadístico, se ha utilizado como nivel mínimo de significación el del 95%. La comparación de variables cualitativas se ha realizado con la prueba de la Chi-cuadrado corregida o la prueba exacta de Fisher. La comparación de medias se ha realizado mediante la prueba *t* (prueba F para la comparación de varianzas).

De todos estos datos, expondremos los que por su significación, resultan más interesantes.

## RESULTADOS

Respecto al *sexo*, el 76,2% de pacientes fueron varones [IC 95% (límites exactos): 52,8%-91,8%], y el 23,8% mujeres [IC 95% (límites exactos): 8,22%-47,2%]. Por diagnósticos (teniendo en cuenta solamente los dos más frecuentes), encontramos que en las psicosis esquizofrénicas hebefrénicas, eran varones el 87,5% de la muestra, y en las paranoides el 70%.

La media de la *edad de comienzo de la enfermedad* era de 15,5 años (DE: 1,3; IC 95%: 14,9-16,1). Por diagnósticos, la media de edad de comienzo en las esquizofrenias hebefrénicas fue de 15,6 años (DE: 1,3), y en las paranoides de 15,1 años (DE: 1,37).

Requirieron *hospitalización psiquiátrica en el primer brote psicótico* el 70% de los pacientes.

Respecto al *diagnóstico* (criterios ICD-9), el 52,4% de los adolescentes, fueron diagnosticados de esquizofrenia paranoide; de éstos, dos pacientes fueron diagnosticados en el primer episodio de psicosis tóxica, y uno de psicosis maníaco depresiva, reclassificando al de esquizofrenia paranoide en el siguiente ingreso. El 38% recibieron el diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica; el 4,8% de esquizofrenia catatónica y otro 4,8% de psicosis tóxica.

La *sintomatología* más frecuentemente encontrada eran las alteraciones de conducta en un 57,2%; la agresividad en el 52,4% de los casos y las alucinaciones auditivas en el 52,4%. El delirio era no sistematizado en el 47,6% y el inicio de la *sintomatología* fue insidioso en un 42,9% de los pacientes. No se observaron diferencias significativas en cuanto a *sintomatología* entre las esquizofrenias paranoides y las hebefrénicas.

El número de ingresos psiquiátricos/nº de años de evolución del proceso hasta el último ingreso recogido, fue en media, de 1,03 ingr./año (IC 95%: 0,61-1,44 ingr./año; máximo 4 ingr./año; mínimo 0,09 ingr./año; DE: 0,91). El número máximo de ingresos recogidos fue de 9; el mínimo de 1. El número máximo de años de evolución recogida fue de 25; el mínimo fue 0 años (el ingreso estudiado fue el primero sufrido por el paciente).

Existían *antecedentes psiquiátricos en familiares* de primer grado, en el 33,3% de los pacientes (antecedentes clasificables en el eje I del DSM-III-R), y de segundo grado en el 19,5%. Por diagnósticos, existían antecedentes en familiares de primer o segundo grado en el 10% de los pacientes con esquizofrenia paranoide, y en el 75% de los pacientes con esquizofrenia hebefrénica. Esta diferencia resulta significativa, con una  $p=0,013$ . Con una confianza del 95%, podemos afirmar que como mínimo, las esquizofrenias hebefrénicas, presentan un 30% más de antecedentes familiares que las paranoides.

En lo que respecta a la *evolución*, señalar que en un 38,1% de los casos, se siguió un grave deterioro psicosocial del paciente. En un 47,62% se utilizaron neurolépticos *depot* durante la evolución del proceso, y clozapina en otro 47,62%; en un 23,8% existió asociación de ambos tratamientos.

## DISCUSIÓN

Uno de los principales puntos de discusión sería la similitud o no de las psicosis (en este caso esquizofrénica mayoritariamente) del adolescente con las del adulto.

Para Lutz<sup>(8)</sup>: «cuando la esquizofrenia aparece a partir de la pubertad, nos encontramos con cuadros clínicos muy parecidos a los del adulto, que pueden ser asimilados a los que éste presenta».

Según Solomon<sup>(14)</sup>, los síntomas son los mismos que en el adulto, con los mismos trastornos, es decir, aluci-

naciones, ideas delirantes, ideas de referencia, trastornos del pensamiento, aceleración del lenguaje... Más recientemente Rutter<sup>(13)</sup> opina que cuando la esquizofrenia tiene comienzo durante la adolescencia, tiende a mostrar «casi» la misma *sintomatología* que en la vida adulta, con trastornos del pensamiento, alucinaciones, perplejidad y trastornos psicomotores.

Para Masterson<sup>(10)</sup>, en la esquizofrenia del adolescente, serían más frecuentes los síntomas depresivos. Para Midenet y Faure<sup>(11)</sup>, en la esquizofrenia del adolescente con más frecuencia que en el adulto tendrían lugar frecuentemente fenómenos pseudoneuróticos, y la *sintomatología* resultaría más intensa.

Si bien en nuestro trabajo, el diseño no se ha realizado con el fin de comparar *sintomatología* en el adolescente vs adulto, los datos explicitados en la sección de resultados nos pueden dar la idea de la similitud entre ambas.

Respecto al sexo, algunos autores (Velilla Picazo y cols.<sup>(17)</sup>, Green y cols.<sup>(6)</sup> en pacientes menores de 11 años) encuentran cifras y porcentajes que rondan la proporción dos a uno a favor de los varones. Las diferencias en nuestro trabajo, bien podrían deberse al sesgo que supone el hecho de la hospitalización.

En lo que concierne a la edad, Uschanov<sup>(15)</sup>, señala una mayor frecuencia a las edades de 14, 15 y 16 años, lo que concuerda con nuestro intervalo de la media de edad (14,9-16,09).

Los aspectos diagnósticos, sin embargo, difieren notablemente de otras observaciones, así, la *sintomatología* asimilable al subtipo simple sería la más frecuente para Velilla Picazo y cols.<sup>(17)</sup> seguida de la hebefrénica; encuentran raro el tipo catatónico y excepcional el paranoide. En nuestra muestra, la gran frecuencia del tipo paranoide, pensamos que únicamente podría explicarse a partir de diferencias en cuanto a criterios diagnósticos, o bien como en casos anteriores, por el hecho de ser una muestra hospitalizada, lo que podría matizar la elección del tipo de paciente y de su *sintomatología*.

Como señala Blankenburg<sup>(3)</sup>, en otro tiempo, el pronóstico de los esquizofrénicos de eclosión precoz, se estimaba generalmente de una forma particularmente desfavorable. Se puede afirmar que sólo los pacientes que han desarrollado una esquizofrenia antes de los diez años de edad, tienen verdaderamente un mal pronóstico<sup>(6)</sup>. Por el contrario, el pronóstico para las primeras manifestaciones a la edad de diez a quince años, ya no es como se decía antiguamente, esto es, por

28 fuerza peor que para quienes incurren en la enfermedad en edad adulta. A pesar de esto, se han de tener en cuenta las consideraciones de De Dios y González Seijo<sup>(4)</sup>, en el sentido de que a esta edad, los brotes son más agudos, los síntomas más intensos y la evolución a la larga, más catastrófica. Nuestras observaciones caminan en esta misma línea, a la vista del alto porcentaje de pacientes con grados importantes de deterioro psicosocial y de uso de neurolépticos de reserva como la

clozapina. El alto porcentaje de uso de neurolépticos *depot* concuerda con las afirmaciones de Realmuto y cols.<sup>(12)</sup> de que los preparados *depot* pueden ser especialmente útiles para facilitar al adolescente la toma de la medicación.

Señalar, por último, la alta agregación familiar de enfermedad psiquiátrica, con diagnósticos no solamente de cuadros psicóticos, en el caso de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Aarkrog T, Mortensen KV. Schizophrenia in early adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1985;72:422-429.
- 2 American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª ed. revisada). Barcelona: Masson, 1988.
- 3 Blankenburg W. Psicosis esquizofrénicas durante la adolescencia. *Confrontaciones Psiquiátricas* n° 24. 1987.
- 4 De Dios de Vega JL, González Seijo JC. Psicosis en el adolescente. *Monografías de Psiquiatría* (en prensa).
- 5 Freud A. *Adolescence, psychoanalytic study of the child*. Vol XIII. New York: Intern Univ Press, 1958.
- 6 Green WH y cols. Schizophrenia with childhood onset: a phenomenological study of 38 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:968-976.
- 7 Hall S. *Adolescence*. New York: Appleton, 1904.
- 8 Lutz J. *Psychiatrie infantile*. Neuchatel. Delachaux-niestle, 1968.
- 9 Mâle P. Psychoses de l'enfant. *Confrontations psiquiátriques* n° 3. 1969.
- 10 Masterson JF. *El dilema psiquiátrico del adolescente*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- 11 Midenet M, Faure JP. *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray Masson, 1976.
- 12 Realmuto GM y cols. Clinical comparison of thiothixene and thioridazine in schizophrenic adolescents. *Am J Psychiatry* 1984;141:440-442.
- 13 Rutter J. *Child Psychiatry - modern approaches*. London: Blackwell Scientific Publications, 1977.
- 14 Solomon PH. *Manual de Psiquiatría*. México: Manual Moderno, 1972.
- 15 Uschakov GK. Contribution a l'étude des stereotypes de developpement de la psychose chez les enfants et les adolescents. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. VIII, fasc.1. 1965.
- 16 Velilla Picazo JM. Nivel psicomotor en el deterioro de adolescentes esquizofrénicos. *Comunicación Psiquiátrica*, vol. VI. Universidad de Zaragoza, 1980.
- 17 Velilla Picazo JM. Esquizofrenia en la adolescencia. En: *IV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil*. Valencia, 1984.
- 18 Weiner IB. *Psychological disturbance in adolescence*. New York: Wiley, 1970.