

M. D. Domínguez
P. López
J. A. Mazaira

Aproximación clínica a las psicosis en la adolescencia

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.
Servicio de Psiquiatría.
Hospital Xeral de Galicia. Santiago de Compostela.

Correspondencia:

M. D. Domínguez Santos
R. Raiola 1
15/02 Santiago de Compostela (A Coruña)

Clinical approach to adolescence psychosis

RESUMEN

Los autores se plantean el problema del diagnóstico de psicosis en la adolescencia a partir del estudio de 33 historias clínicas de sujetos de edades comprendidas entre los 12 y los 20 años de edad. Analizan la sintomatología que da lugar al diagnóstico inicial y la evolución del mismo a lo largo del tiempo. Consideran además los factores hereditarios, antecedentes personales y los precipitantes de los cuadros clínicos. Por último plantean la necesidad de sensibilizar a los profesionales de la salud mental para un correcto planteamiento de la exploración, diagnóstico y tratamiento de los adolescentes con trastornos mentales de características psicóticas.

PALABRAS CLAVES

Psicosis; Adolescencia; Esquizofrenia.

ABSTRACT

The authors make some considerations about diagnostic problems in adolescence psychosis throughout a clinical study focused on 33 12 to 20 year-old subjects. Symptoms at first diagnosis and clinical outcome are assessed. It's considered as inherited factors, individual backgrounds and precipitant variables of psychosis. They suggest the importance of mental health professional training to make a good diagnosis and treatment of adolescents with mental disorders with psychotic features.

KEY WORDS

Psychosis; Adolescence; Schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

Cuando nos planteamos este trabajo asistíamos en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Xeral de Galicia a un incremento de las consultas de adolescentes con sintomatología psicótica, sugerente por lo general de Trastornos de tipo Esquizofrénico.

Se nos planteaban numerosas dudas que giraban en torno a varios aspectos: el diagnóstico correcto, la perspectiva evolutiva y la intervención terapéutica, pero también tenían que ver con el temor a adjudicar una etiqueta diagnóstica que comporta connotaciones evolutivas y terapéuticas de gran trascendencia para las personas, máxime cuando se trata de sujetos tan jóvenes. La reiteración en la literatura respecto de la similitud de algunas manifestaciones sintomatológicas con procesos intrapsíquicos propios de la adolescencia que pueden llevar a error y que sintetizamos en el comentario de Steinberg⁽¹⁾ "las creaciones mórbidas de la Esquizofrenia pueden estar soterradas debajo de lo que puede ser un primer signo de la idiosincrasia adolescente", nos hacían preguntarnos sistemáticamente sobre la existencia de un proceso patológico o la exacerbación de unas características normales. El debate sobre los trastornos psicóticos en la adolescencia⁽¹⁻³⁾ es ya tradicional y ha constituido el acicate para el desarrollo de nuestro modesto estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado 33 historias clínicas de sujetos adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 20 años, todos ellos atendidos y diagnosticados en los tres últimos años.

En todos ellos ha habido en algún momento del contacto clínico la sospecha diagnóstica de trastorno psicótico. En la mayoría de las historias esta sospecha se produjo ya en el primer contacto y lo habitual es que el diagnóstico responda a ella, sólo en dos historias clínicas una de ellas con diagnóstico aplazado y la otra con el de V61.20: Problemas Paterno-Filiales (DSM-III-R), la sospecha de trastorno psicótico se planteó a lo largo de la evolución transcurrido más de un año.

Inicialmente hemos dividido la muestra por grupos de edad (12-15 y 16-20) y sexo, a fin de observar posibles diferencias en las manifestaciones clínicas, relacionadas con estas variables; luego a la vista de la

escasa representación de los sujetos de la franja de edad inferior los hemos considerado conjuntamente. La variable sexo se ha mantenido en el estudio del perfil clínico de los diagnósticos predominantes.

Las 33 historias clínicas proceden de:

- Una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil que atiende a menores hasta 18 años de edad (nueve historias).
- Hospitales psiquiátricos gallegos en los que han sido atendidos pacientes de todas las edades y en los que hemos seleccionado hasta los 20 años de edad (24 historias).

Hicimos un intento de revisar los casos existentes en las restantes Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil pero nuestras dificultades personales no lo permitieron.

El tratamiento que hemos hecho de las historias clínicas ha considerado diferentes cuestiones reflejadas en la bibliografía referentes a las características que hoy día se consideran determinantes en el diagnóstico de este tipo de trastornos: la sintomatología, los antecedentes familiares, los antecedentes personales, incluyendo la personalidad premórbida y los acontecimientos vitales o desencadenantes de los cuadros clínicos y que hemos sintetizado como sigue: (D-2).

1. Descripción de los diagnósticos realizados en el primer contacto clínico.
2. Descripción de la sintomatología que presentaban los sujetos en el primer contacto clínico y que determinó en gran medida el diagnóstico.
3. Descripción de la evolución de los diagnósticos, desde el inicial al definitivo.
4. Descripción de los antecedentes familiares, personales y acontecimientos vitales próximos a la aparición del cuadro.
5. Descripción del tratamiento administrado y de la evolución habida hasta finales del 93.

RESULTADOS

Diagnósticos iniciales

En la tabla 1, podemos observar los diagnósticos realizados en el primer contacto con los pacientes.

El mayor número de ellos corresponde a la esquizofrenia y afecta a los sujetos de edad superior y de sexo masculino. Nos llama la atención la frecuencia de este primer diagnóstico, que suele requerir una larga evalua-

Tabla 1 Diagnóstico inicial por sexo y edad

	Hembras		Varones		Total
	12-15	16-20	12-15	16-20	
	Esquizofrenia	0	4	0	
Brote psicótico	2	4	0	4	10
Trast. afectivos	0	2	1	1	4
P.M.D.	1	1	0	0	2
Aplazado	0	0	1	1	2
V 61.20	0	0	1	0	1
Total	3	11	3	16	33

ción y que en este caso se hace ya en el primer contacto.

En segundo lugar encontramos el diagnóstico de *Síndrome Psicótico o Brote Psicótico* que predomina también en sujetos de edad superior mientras que tiende a equilibrarse en lo que respecta a la variable sexo.

A continuación encontramos un grupo diagnóstico-sindrómico bajo el epígrafe de *Trastornos Afectivos* que tiene una menor representación y dos casos etiquetados de *Psicosis Maníaco Depresiva* que mantenemos separado porque una vez más nos sorprende un diagnóstico nosológico que requiere una concienzuda evaluación y que se hace en el primer contacto clínico.

Descripción de la sintomatología en el diagnóstico inicial

Esquizofrenia

Podemos observarla en la figura 1, en el que se ha distribuido por sexos. Hemos tenido en cuenta las sugerencias actuales⁽⁶⁾ para el diagnóstico de este trastorno a la hora de ordenar los datos y hemos considerado los síntomas positivos y negativos. Posteriormente hemos añadido el epígrafe "otros" para recoger un gran número de síntomas que aparecían en nuestras historias.

La sintomatología predominante han sido delirios y alucinaciones entre los síntomas positivos y retraimiento social entre los negativos, acompañados de un conjunto de síntomas inespecíficos que hemos recogido bajo el epígrafe "otros" y entre los que destacan los trastornos conductuales. En general nos ha llamado la atención la pobreza sintomatológica referida y nos ha

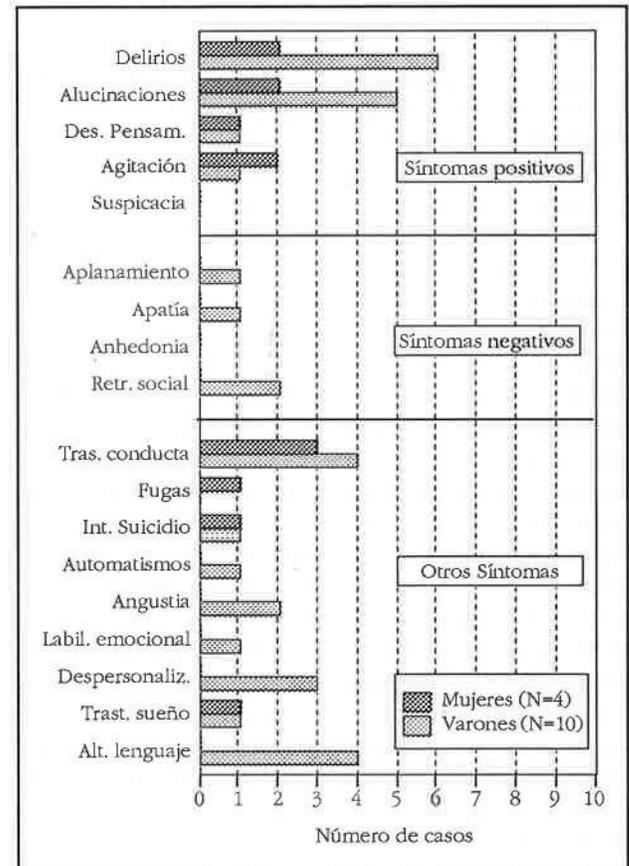


Figura 1. Diagnóstico inicial de esquizofrenia y sintomatología.

hecho pensar en la utilización de otros criterios diagnósticos no explicitados en la historia clínica así como la posible precipitación en la evaluación diagnóstica, aunque como veremos más adelante este diagnóstico se mantiene para la mayoría de los casos.

Brote psicótico

El perfil sintomatológico (Fig. 2) que se presenta tiene similitud con el anterior: predominio de delirios y alucinaciones entre los síntomas positivos. No aparecen síntomas negativos y se reproduce la existencia de un grupo de síntomas inespecíficos entre los que destacan los trastornos del sueño y no aparecen en comparación con el anterior los trastornos conductuales.

Al analizar y comparar la sintomatología pensamos que podrían haber sido diagnosticados de entrada de

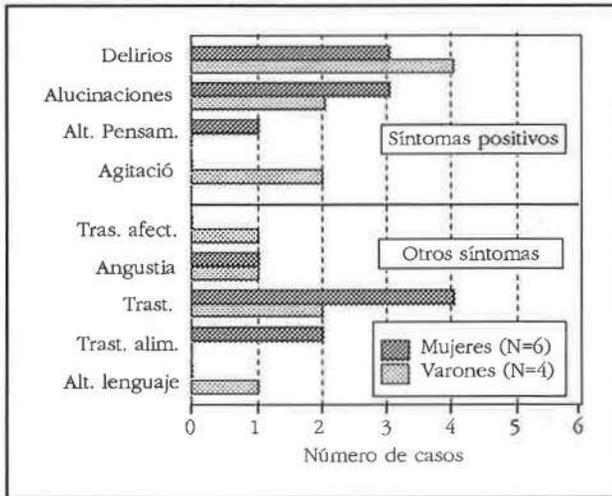


Figura 2. Diagnóstico inicial de brote psicótico y sintomatología

esquizofrenia, igualmente que los anteriores y tampoco encontramos una explicación clara de por qué no se ha hecho así. Pudiera deberse al clínico que los recibe (la mayoría de los casos en este diagnóstico proceden de la USM-IJ). Quizás en el grupo anterior la presencia de trastornos conductuales haya determinado en gran parte el diagnóstico, pese a no ser considerados síntomas relevantes.

Trastornos afectivos

En los cuatro casos estudiados destaca una sintomatología variada, sugerente en parte de este tipo de trastornos pero en absoluto específica. Observamos delirios y alucinaciones en algún caso, aislamiento y negativismo en otros mientras que los síntomas característicos de afectación del estado de ánimo se observan en dos casos únicamente. No encontramos una justificación para este diagnóstico aunque sí reconocemos que se adopta la cautela diagnóstica.

Psicosis maníaco depresiva

De nuevo nos encontramos con un diagnóstico nosológico en el que no parece representada la sintomatología característica del trastorno bipolar, ni considerado el polo depresivo ni el maníaco. Aparecen trastornos del pensamiento y de la percepción junto con inhibición conductual que a nuestro juicio podrían sugerir características psicóticas sin más.

Diagnóstico aplazado y V61.20

En estos tres casos la sintomatología es muy variada como cabría esperar. Como ya comentamos al principio sólo en uno de ellos se sospechó al principio un trastorno de tipo psicótico, debido a la presencia de síntomas referidos a trastornos del pensamiento de tipo delirante que luego no se confirmaron, de hecho este diagnóstico evoluciona en el definitivo al epígrafe de Trastorno de Conducta Antisocial (V71.02, DSM-III-R).

En los otros dos casos, uno de Diagnóstico Aplazado y el otro V61.20, las características clínicas no plantearon ni remotamente la sospecha de trastorno psicótico, ni al inicio del contacto ni durante gran parte de su evolución. La orientación terapéutica fue prudente en el sentido del seguimiento y acompañamiento del adolescente así como el abordaje psicoterapéutico de la problemática planteada. En ambos casos se produjo un abandono de las consultas para reaparecer algún tiempo después con sintomatología típica de PMD, en el caso del diagnóstico aplazado y de esquizofrenia en el V61.20.

Hemos profundizado al máximo en estos dos casos a fin de identificar posibles factores de riesgo que se estaban manifestando ya en las anteriores consultas, pero no hemos podido hallar nada sugerente ya que la aparición del cuadro definitivo fue brusca y precedida de una aparente ausencia de síntomas que había provocado el abandono de la consulta.

Evolución de los diagnósticos

En la tabla 2 y figuras 3 a 6, podemos observar la evolución de los diagnósticos. El resumen se observa en el primero de ellos. Se ha ampliado el marco diagnóstico de cuatro a siete categorías, y sólo en un caso se mantiene un diagnóstico inespecífico de brote psicótico; el resto tiende a establecer una categoría diagnóstica estable, excepto en los tres casos que se han perdido a lo largo de la evolución.

La esquizofrenia ha sido el diagnóstico que más se ha engrosado, recibiendo la mayoría de los casos del diagnóstico de brote psicótico. Pierde con seguridad uno de ellos que pasa a trastorno esquizoafectivo. El criterio fundamental que se utilizó en este caso fue la respuesta negativa al tratamiento de la esquizofrenia y la favorable a la introducción de litio. Respecto a la clínica hay que señalar que no había síntomas llamados negativos y sí existían síntomas de la esfera afectiva.

148

Tabla 2 Diagnóstico definitivo por sexo y edad

	Hembras		Varones		Total
	12-15	16-20	12-15	16-20	
Esquizofrenia	2	5	1	13	21
Brote psicótico	0	0	0	1	1
Tr. esquizoafectivos	0	1	0	0	1
Depresión psicótica	0	1	1	0	2
P.M.D.	1	1	1	0	3
Depresión neurótica	0	1	0	0	1
Conducta antisocial	0	0	0	1	1
Desconocido	0	2	0	1	3
Total	3	11	3	16	33

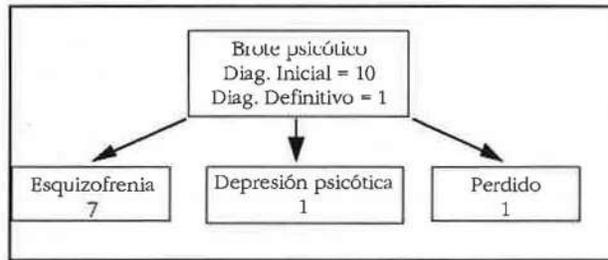


Figura 4. Evolución del diagnóstico.

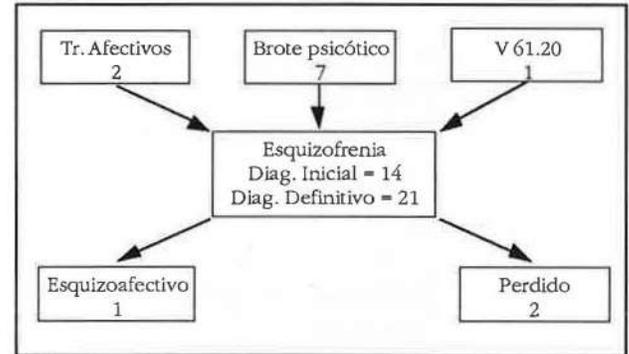


Figura 3. Evolución del diagnóstico.

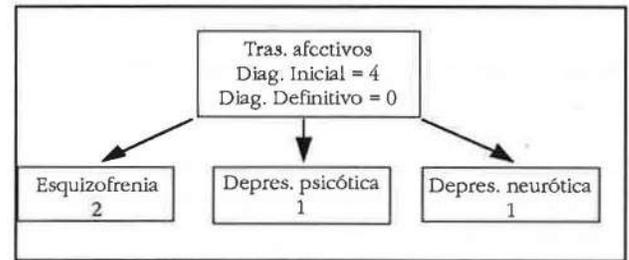


Figura 5. Evolución del diagnóstico.



Figura 6. Evolución del diagnóstico.

El diagnóstico de brote psicótico prácticamente desaparece, quedando un caso en el momento de terminar la revisión, que en la actualidad está diagnosticado de esquizofrenia. La evolución diagnóstica se hizo a expensas del incremento de síntomas positivos y negativos en los siete casos que se refieren.

El diagnóstico de trastornos afectivos desaparece y engrosa en parte el de esquizofrenia, lo que era esperado cuando valorábamos los criterios diagnósticos del

inicio. Otros dos casos se mantienen en la esfera de los trastornos del estado de ánimo. Una vez más el incremento de síntomas característicos de esquizofrenia decide el diagnóstico.

Por último el diagnóstico de PMD se incrementa a partir de un diagnóstico aplazado como ya hemos comentado.

En resumen, la tendencia que se observa es al mantenimiento del diagnóstico dentro de la esfera psicótica, perdiendo sólo dos casos esta característica. Observamos también escasa movilidad de los diagnósticos más importantes.

Diagnóstico definitivo y antecedentes

Hemos revisado estos datos sobre todo para el diagnóstico de Esquizofrenia ya que es el diagnóstico definitivo predominante.

De los 21 sujetos diagnosticados de esquizofrenia encontramos (Fig. 7) antecedentes en *familiares de primer grado* en nueve, éstos son muy variados aunque

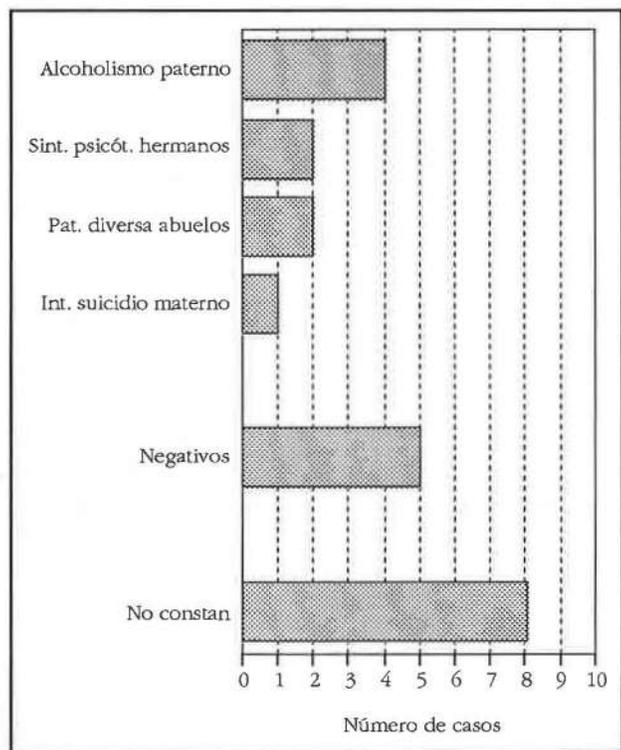


Figura 7. Diagnóstico definitivo de esquizofrenia. Antecedentes familiares de primer grado.

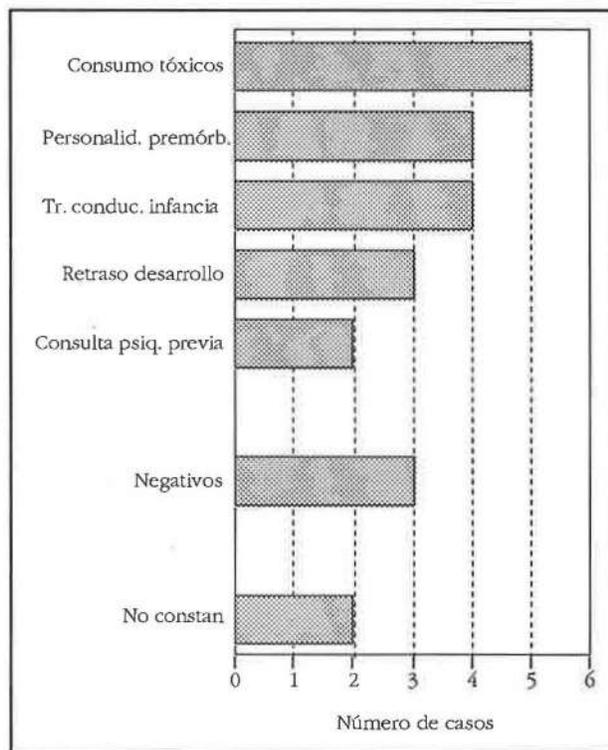


Figura 8. Diagnóstico definitivo de esquizofrenia (N=21). Antecedentes personales.

predomina el alcoholismo paterno, el antecedente de patología psicótica sólo aparece en dos casos. Los datos son escasamente significativos ya que hay ocho sujetos en que no se ha investigado el dato.

Los *antecedentes personales* y la *personalidad premórbida* (Fig. 8) parecen tener mayor relevancia ya que han sido investigados en 19 casos. Destacan el consumo de tóxicos, los rasgos de personalidad esquizotípica y los trastornos psiquiátricos previos al contacto en el que se hace el diagnóstico.

Por último, los *acontecimientos Vitales o desencadenantes* (Fig. 9) aparecen en nueve sujetos frente a 12 en los que no se detectan, pese a ser un dato exhaustivamente buscado.

Con respecto a los sujetos no diagnosticados de esquizofrenia hemos de decir que la situación es similar. En siete sujetos aparecen antecedentes familiares, en ocho se describen antecedentes personales y sólo en tres hay constancia de acontecimientos vitales relevantes.

Tratamiento y evolución

El tratamiento que ha predominado ha sido la medicación neuroléptica que aparece en todos los casos revisados, excepto en los ya señalados anteriormente (diagnóstico aplazado y V61.20), acompañada en algunos casos de tratamiento antidepressivo y en todos los sujetos procedentes de los psiquiátricos de hospitalización; los sujetos tratados en la USM-IJ, fueron ingresados en menor cuantía.

La evolución de los sujetos ha sido favorable para los casos de patología no psicótica. También se recoge una evolución tendiente a la estabilidad y/o remisión en los sujetos diagnosticados de trastornos afectivos en general.

Los sujetos diagnosticados de esquizofrenia tienen un pronóstico más sombrío, pues no encontramos ninguna remisión; algunos de ellos la experimentaron en un principio, pero posteriormente se presentó la recaída, con gran intensidad en la sintomatología. Predomi-

150

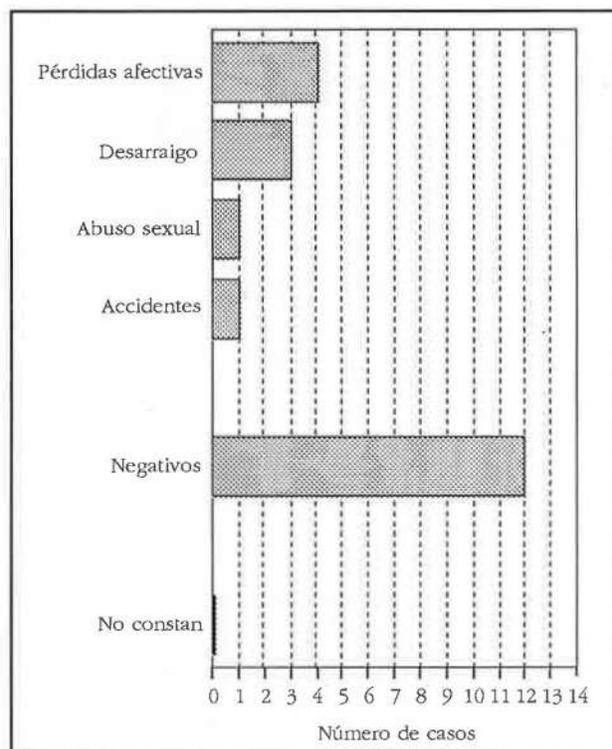


Figura 9. Diagnóstico definitivo de esquizofrenia (N=21) y acontecimientos vitales.

nan en las historias los reingresos y la permanencia de sintomatología activa aún con tratamiento (9 casos), mientras que en los restantes hay una evolución estable, mantenida con medicación y en uno no se mantienen síntomas activos.

DISCUSIÓN

Respecto de los diagnósticos iniciales y de la sintomatología, sorprende, como ya hemos señalado, la frecuencia de diagnósticos de esquizofrenia que se hacen en el primer contacto clínico y que contradicen las recomendaciones generales de ser cautos en el diagnóstico cuando de adolescentes se trata⁽⁵⁾, sobre todo si consideramos las dificultades diagnósticas que ofrece esta etapa del desarrollo cuyas características propias pueden inducir a error⁽¹⁻³⁾.

Los criterios diagnósticos actualmente aceptados⁽⁴⁾ tampoco parecen ser tenidos en cuenta por los clínicos,

así interpretamos la escasez de síntomas negativos en los diagnósticos iniciales de esquizofrenia, aunque sí se utilicen para los definitivos; quizás esto sea más disculpable en los diagnósticos de brote psicótico. Se ha planteado la dificultad para la evaluación de estos síntomas⁽⁶⁾, lo que podría explicar su escasa detección en las historias, sobre todo si añadimos el que las coincidencias más importantes se producen en los síntomas positivos descritos por Werry y Taylor⁽⁴⁾, en concreto: delirios y alucinaciones y, en cierta medida, los desórdenes del pensamiento que señalan también otros autores⁽⁷⁾. Tenemos que pensar que en la mayoría de los casos se utilizan criterios tomados de la psiquiatría de los adultos sin considerar la especificidad de la adolescencia; de hecho también se ha señalado el incremento de los síntomas positivos a medida que avanza la edad^(7,8), es decir, en la presentación más característica del adulto y la mayoría de los sujetos están al principio en la franja de edad superior, algunos en torno a los 20 años.

En nuestras historias hemos encontrado un epígrafe de síntomas denominados "otros" en los que predominan los trastornos conductuales, síntoma que nosotros hemos pensado que ha tenido un importante valor diagnóstico; hemos encontrado su consideración también en la bibliografía⁽⁹⁾, aunque siempre detrás de los ya señalados.

Respecto de los antecedentes familiares, hemos recogido en la bibliografía como buenos predictores del desarrollo de esquizofrenia, el diagnóstico de trastornos de este tipo en familiares^(8,10) y también la historia familiar psiquiátrica sin especificar^(9,11). Nuestros datos no permiten una comparación fiable, debido en parte al número de sujetos en los que no consta. El hecho de que el antecedente de mayor peso sea el del alcoholismo paterno nos hace pensar en la existencia de un clima familiar alterado, ampliamente reconocido en los estudios sobre el tema, que pudiera constituir un factor de influencia en el sentido que señalan algunos autores de la existencia de un estrés en las relaciones interpersonales⁽⁷⁾.

Respecto de los antecedentes personales se ha señalado el consumo de drogas y la personalidad esquizotípica⁽¹¹⁻¹⁴⁾. Ambos datos tienen bastante consistencia en nuestro grupo de historias y a ello se suman los antecedentes psiquiátricos previos.

El último aspecto estudiado es el de los acontecimientos vitales o desencadenantes, según los autores,

señalados en la literatura, desde los que sugieren la existencia de un acontecimiento vital inmediato que califican de mayor^(5,15), hasta los que señalan un gran número de acontecimientos vitales menores a los que los psicóticos, especialmente los esquizofrénicos son muy vulnerables⁽¹⁶⁾. En nuestras historias hemos encontrado una notable presencia de acontecimientos vitales, lo que pudiera interpretarse en el sentido de los autores que sugieren la existencia de acontecimientos vitales menores por lo que su detección sería más difícil y por esa razón, de modo similar que con los síntomas negativos, no se ha reflejado. De todas maneras en la línea contraria hay autores que han buscado también este dato sin encontrarlo en sus muestras⁽⁷⁾.

Por último comentar brevemente la sombría evolución de los casos que hemos revisado. La mayoría de los autores dan una perspectiva más positiva con mayor número de remisiones. Suponemos que hay más de una reflexión que hacer a este respecto, la precocidad de aparición siempre ha sido sugerente de peor pronóstico⁽¹⁾. Nosotros nos inclinamos a considerar también la escasa atención que la adolescencia recibe en las unidades de adultos, de las que proceden la mayoría de nuestros casos y quizás los escasos recursos terapéuticos no sólo para adolescentes pero especialmente para ellos.

CONCLUSIONES

En conjunto, de la revisión de las 33 historias hemos obtenido una impresión relativamente negativa.

Hemos disipado algunas dudas teóricas pero nos hemos formulado otras muchas en la práctica.

Nuestra impresión es que el problema de las Psicosis de la adolescencia tiene hoy día un tratamiento bastante amplio en la bibliografía que no siempre trasciende a la práctica clínica, sobre todo cuando esta etapa del desarrollo no recibe una consideración específica.

Detectamos una marcada tendencia a utilizar criterios diagnósticos de gran peso nosológico y el mantenimiento de los mismos a lo largo de la evolución.

No encontramos una adecuada sistematización para la exploración de los adolescentes que presentan trastornos de tipo psicótico y esto parece tener repercusión en la orientación terapéutica y las consideraciones evolutivas.

Por último, no podemos evitar reseñar la ausencia de pautas, sino dispositivos específicos, para el tratamiento de estos sujetos que tradicionalmente han permanecido en tierra de nadie y que en el momento actual están empezando a constituir un grave problema, debido a la gravedad de sus manifestaciones clínicas, para la asistencia a la Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Steinberg D. Psychotic and other severe disorders in adolescence. En: Rutter M, Hersov L, eds. *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1985.
- 2 Marcelli D, Braconnier A, Ajuriaguerra J. *Manual de Psicopatología del Adolescente*. Barcelona-México: Masson, 1986.
- 3 Basquin M, Martinot-Paillere ML, Ouvry O. *Psychoses à l'adolescence*. Editions Techniques. Encycl. Med. Chir. (Paris-France): *Psychiatrie* 1992;**30**(4):37-215.
- 4 Werry JS, Taylor E. Schizophrenic and Allied disorders. En: Rutter M, Taylor E, Hersov L, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994.
- 5 Hill P. Schizophrenia. En: *Adolescent Psychiatry*. Londres: Churchill Livingstone, 1989.
- 6 Fields JH, Grochowski BA, Lindemayer JP, Kay SR, Grosz D, Hyman RB, Alexander, G. Assessing Positive and Negative Symptoms in children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 1994;**152**(1):249-253.
- 7 Scanda H, Wörgötter G, Berner P, Gabriel E, Küfferle B, Knecht G, Kieffer W. Predicting course and outcome in delusional psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1991;**83**(6):468-475.
- 8 Remschmidt H. Childhood and adolescent schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 1993;**6**:470-479.
- 9 Oyewumi LK. Inpatient adolescent in psychiatry in a teaching hospital in Nigeria. *Acta Psychiatr Scand* 1989;**80**(6):639-643.
- 10 Erlemeyer-Kimling L, Comblatt BA, Rock D, Roberts S, Bell M, West A. The New York High-Risk Project: Anhedonia, Attentional Deviance, and Psychopathology. *Schizophr Bull* 1993;**19**(1):141-153.
- 11 Agranovski ML. The role of endogenous and exogenous factors in the development of paroxysmal schizophrenia. *Zb Neuropatol Psikbiatr* 1992;**92**(1):110-113.
- 12 Borga P, Widerlov B, Stefanson CG, Cullberg J. Social conditions in a total population with long-term functional psychoses in three different areas of Stockholm Country. *Acta Psychiatr Scand* 1992;**85**(6):465-473.

- 152** 13 McGlashan T. Predictor of shorter, medium, and longer-term outcome in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1986;**143**:50-55.
- 14 Werry JS, McClellan JM. Predicting Outcome in Child and Adolescent (Early Onset) Schizophrenia and Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**:147-150.
- 15 Guinness EA. Brief Reactive Psychosis and Major functional Psychoses: Descriptive Case Studies in Africa. *British Journal of Psychiatry* 1992;**60**(16):24-41.
- 16 Bebbington P, Wilkins S, Jones P, Foester A, Murray R, Toon B, Lewis S. Life events and Psychosis. Initial Results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study. *British Journal of Psychiatry* 1993;**162**:72-79.