

Intervenciones Terapéuticas en Psicosis Esquizofrénica de Niños y Adolescentes

Therapeutic Interventions in Schizophrenic Psychosis in Children and Adolescents

Gabriel Gatica B. ¹, **Nadia Guajardo M.** ¹, **Antonia Olivari L.** ¹, **Paola Franco S.** ², **Ricardo García S.** ³.

Resumen. La prevalencia de Esquizofrenia es muy baja en la infancia y adolescencia temprana, aumentando en la adolescencia y adultez a un 1%. Se ha estimado que la prevalencia de psicosis de 0,9 en 10.000 a los 13 años y 17,6 en 10.000 a los 18 años.

Los cuadros esquizofrénicos de inicio temprano y muy temprano son una variante severa del trastorno y se asocian a un mayor deterioro funcional, curso clínico más grave y peor evolución. Todo esto determina la necesidad de implementar tratamientos multimodales tempranos y eficaces, así como estrategias preventivas en los grupos de mayor riesgo.

El tratamiento farmacológico cuenta con mayores evidencias de efectividad en este cuadro y otorga notables beneficios a los pacientes, sin embargo se requiere mayor investigación a largo plazo respecto a los efectos adversos secundarios, su impacto en individuos en desarrollo y la eficacia de estos agentes. Estos avances permitirán al clínico establecer un justo balance costo/beneficio de su uso en población infantojuvenil.

Palabras Clave: esquizofrenia; psicosis; adolescente; esquizofrenia de inicio temprano; esquizofrenia de inicio en la infancia.

Abstract. The prevalence of schizophrenia is very low during childhood and early adolescence, increasing later in adolescence and adulthood to 1%. It has been established that the prevalence of psychosis is 0.9/10000 at 13 years of age and 17.6/10000 at 18 years of age. Early and very early onset schizophrenia are a severe form of this disorder, and are associated to a larger disability, more severe form of the disease and worse prognosis. These factors determine the need of implementing treatments that are multimodal, early and effective, as well as preventive strategies in high risk groups.

The pharmacological treatment of schizophrenia has evidence of effectiveness and gives patients important benefits, however, more long term research is needed regarding its side effects, its impact on the developing brain and its effectiveness. These facts would help the psychiatrist to establish the value, risks and benefits of the use of drugs in children and adolescents.

1. Psiquiatra Infantil y del adolescente. Programa de formación en psiquiatría infantil y del adolescente. Universidad de Chile. Curso Intervenciones Terapéuticas del Magister en Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile.

2. Médico. Programa de formación en psiquiatría infantil y del adolescente. Universidad de Chile. Curso Intervenciones Terapéuticas del Magister en Psicología Clínica Infanto Juvenil, Universidad de Chile.

3. Psiquiatra Infantil y del Adolescente. Profesor Asociado de Psiquiatría, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile.

Correspondencia: Gabriel Gatica Bahamonde. Hospital de Villarrica, San Martín # 460, Villarrica. Teléfono: +56994430213. gabrielgaticabahamonde@gmail.com.

Revisión de Temas

Keywords: schizophrenia; psychosis; adolescents; early-onset schizophrenia; childhood onset schizophrenia.

INTRODUCCION

Definiciones

Pese a la relevancia del concepto, la psicosis tiene diversas definiciones. Los principales manuales clasificatorios^(1,2) utilizan el término *psicótico* para entidades nosológicas distintas (en el trastorno delirante, *psicótico* alude a delirante; en Esquizofrenia, *psicótico* alude a ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o comportamiento desorganizado o catatónico). *Psicótico es distinto de esquizofrenia* y dicha distinción, es fundamental para el abordaje de los síntomas psicóticos en la edad pediátrica.

La presencia de alucinaciones como de ideación delirante puede estar en el contexto de un trastorno "*psicótico primario*", (como la Esquizofrenia, trastorno Esquizoafectivo y Trastornos Esquizomorfos). Complementariamente, debemos considerar que los síntomas psicóticos en la edad pediátrica y adolescente, pueden estar presentes en otras patologías psiquiátricas. Estudios en pacientes bipolares adolescentes muestran que 40-60% presentan síntomas psicóticos al comienzo de la enfermedad.⁽³⁾ Además, un 15-35 % de adolescentes con depresión desarrollan síntomas psicóticos en el curso de la enfermedad.⁽⁴⁾ Otras patologías que presentan síntomas psicóticos, incluyen: trastornos del espectro autista, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno por estrés post traumático.⁽⁵⁾

La evaluación de ideas delirantes y de alucinaciones en el niño, plantea dificultades en la diferenciación respecto de experiencias normativas como son los sueños vívidos y la dificultad para diferenciar realidad y fantasía.⁽⁶⁾ En el niño, las alucinaciones pueden ser más floridas y de diversas modalidades perceptivas. Además, pueden ser son menos reconocidas como tales y a los niños les cuesta hablar de ellas⁽⁴⁾; les asignan nombres estereotipados ("el diablo") o

de personajes ficticios.⁽⁷⁾ Muchos niños desarrollan fenómenos psicóticos, sin tener un trastorno psicótico propiamente.⁽⁸⁾

Respecto de la Esquizofrenia en la edad pediátrica, se reconocen dos tipos según la edad de inicio: Esquizofrenia de inicio temprano, de comienzo antes de los 18 años (Early Onset Schizophrenia, EOS) y Esquizofrenia de inicio muy temprano, de comienzo antes de los 13 años (Very Early Onset Schizophrenia, VEOS), llamada también Esquizofrenia de inicio en la infancia (Childhood Onset Schizophrenia, COS).⁽⁶⁾

Esta diferenciación es importante, pues se plantea que a edades más tempranas hay prominencia de síntomas negativos, desorganización de la conducta y alucinaciones, mientras que hacia la adolescencia aparecen las ideas delirantes sistematizadas o paranoides propiamente tal.⁽⁹⁾ De todos modos, los delirios sistematizados son menos frecuentes en los niños que en la edad adulta, inclusive en EOS.⁽⁶⁾ Son pobremente elaborados, vagos, y contruados a partir de experiencias de la vida real del niño (sentirse hostigado, molestado o disgustado con otros niños).⁽⁷⁾

Epidemiología

No hay datos concluyentes de la prevalencia de EOS ni de VEOS. Lo que se sabe es que las prevalencias de Esquizofrenia van aumentando con la edad adolescente y hacia la adultez, para llegar a la prevalencia de 1%.⁽⁶⁾

Estudios epidemiológicos en el rango de 13 a 18 años, mostraron una prevalencia de psicosis de 0,9 en 10.000 a los 13 años y 17,6 en 10.000 a los 18 años.⁽⁹⁾

Un estudio epidemiológico, que estimó la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población chilena Infanto juvenil entre 4 y 18 años arroja un 0,1% para esquizofrenia.⁽¹⁰⁾

INTERVENCIONES EN PSICOSIS

Curso Natural y Fases de la Esquizofrenia

Las intervenciones en Esquizofrenia dependen de la fase del curso natural en que se encuentre la enfermedad.

Fase Pre mórbida: Período libre de enfermedad y síntomas específicos de EQZ. En cuadros de inicio temprano (< 18 años) o muy temprano (< 13 años) se observan características inespecíficas con mayor persistencia que en casos de inicio adulto.

Estudios han estimado que 20 al 57% de los niños presenta retrasos en el área motora y/o del lenguaje, hasta un 55% dificultades de aprendizaje, con CI bajo lo normal (70 a 80) y hasta un 72% discapacidad a nivel social o conductual. Se configura de esta manera un “fenotipo pre mórbido”, bastante orientador clínicamente pero que posee bajas especificidad y valor predictivo positivo para EQZ con respecto a la población general y a otros diagnósticos psiquiátricos.^(11,12)

Fase Prodrómica: Pacientes en los que se han identificado criterios de alto riesgo para desarrollar Psicosis (Ultra High Risk of Psychosis). Se inicia meses o años antes del brote psicótico florido (promedio 12 meses). Parte el deterioro funcional, déficit en funcionamiento cognitivo general y social, aparecen los primeros síntomas psicóticos atenuados y experiencias perceptivas inusuales. Presentan una mayor vulnerabilidad biológica al estrés, al igual que EQZ Psicóticos, y una mayor cantidad de eventos vitales estresantes, así como a uso y abuso de sustancias.

Existe evidencia de cambios estructurales a nivel cerebral en esta etapa. Reducción de la materia gris en la corteza temporal derecha, frontal inferior, cíngulo bilateral, giros parahipocampal izquierdo, fusiforme, orbitofrontal y corteza cerebelar. Sin embargo sólo un 20 a 40% de los pacientes High Risk desarrollan psicosis dentro de 2 a 4 años.⁽¹²⁾

Fase de Estado: Etapa psicótica florida con presencia de síntomas positivos como delirios y alucinaciones. Es en esta etapa en la que generalmente se realiza el diagnóstico, lo que genera retrasos en el inicio del tratamiento.

Fase Residual: Etapa prolongada donde predominan los síntomas negativos y puede haber reactivaciones similares a la etapa psicótica florida. Los síntomas negativos se caracterizan por pobreza del lenguaje y pensamiento, aplanamiento afectivo, ausencia de enjuiciamiento y bajo nivel de actividad.

Intervenciones sugeridas según fase de la enfermedad

Fase Premórbida:

Prevención primaria.

Orientada al objetivo de potenciar el funcionamiento y prevenir (o al menos retrasar) el desarrollo de EQZ. Para esto es necesario aumentar la sensibilidad y especificidad de herramientas clínicas y diagnósticas (neuroimágenes, marcadores genéticos) orientadas a la detección de un fenotipo premórbido de alto riesgo. La identificación y el seguimiento de este fenotipo involucran incorporar estrategias de promoción de la salud mental en un programa más amplio de salud.

Se ha demostrado que un retraso en la edad de exposición a cannabis, en pacientes con vulnerabilidad biológica para EQZ, retrasa el inicio de la enfermedad en población adolescente.⁽¹³⁾ Otras estrategias útiles son disminuir la exposición a situaciones de estrés psicosocial y el elevado criticismo de los padres o emoción expresada (EE).

Fase Prodrómica:

Detección temprana

La identificación precoz de deterioro en individuos vulnerables posee un elevado valor predictivo, aumentando las posibilidades de intervención.

En un estudio del Centro Australiano de Prevención e intervención en Psicosis

Revisión de Temas

Temprana, con pacientes “Ultra High Risk”, el 40,8% desarrolló un Tr Psicótico en el seguimiento a 12 meses.⁽¹⁴⁾ Posteriormente el mismo grupo desarrolló un Estudio Controlado Randomizado con dos grupos de pacientes UHR: el grupo intervenido recibió bajas dosis de Risperidona (1,3 mg/día) +TCC y el grupo control recibió una intervención estándar basada en las necesidades del paciente. Los resultados fueron categóricos, el grupo intervenido disminuyó significativamente su transición a Psicosis a los 6 meses comparado con el grupo control, no así al año de seguimiento.⁽¹⁵⁾

Los hallazgos de este estudio sugieren que un tratamiento precoz e intensivo puede retrasar el inicio de la enfermedad, disminuyendo su prevalencia, pero no su incidencia. Además sustenta los beneficios de realizar seguimiento en niños con fuertes antecedentes familiares, favoreciendo un mayor grado de desarrollo emocional y social en el niño o adolescente.

Se ha observado además asociación entre un largo período de tiempo sin tratamiento y peores resultados a largo plazo, tanto en EQZ como en psicosis de inicio temprano. No se ha podido establecer si existe una relación causal o estaría relacionado con la emergencia insidiosa de síntomas negativos, los que se relacionan con un peor pronóstico y se presentan con mayor frecuencia en las psicosis de inicio temprano. Pese a todas estas razones persiste sin comprobarse que estas intervenciones alteren el curso a largo plazo de la Esquizofrenia.⁽¹⁶⁾

Fase de Estado y Residual: En fases más avanzadas de la enfermedad se establece el plan de tratamiento multimodal propiamente tal.

Intervenciones Psicosociales: Apoyo individual y familiar, psicoeducación con respecto a la enfermedad y todas las intervenciones necesarias para satisfacer los requerimientos sociales y educacionales.

Psicoeducación es la entrega de información específica acerca del diagnóstico,

tratamiento y pronóstico de la enfermedad, tanto a la familia como al paciente, cuando su nivel de desarrollo lo permite. Es un elemento fundamental durante todo el proceso, especialmente al inicio, y debe realizarse luego del establecimiento de la sólida alianza terapéutica y de apoyo. Este punto es central, ya que la aceptación del diagnóstico por parte de los padres es especialmente difícil en pacientes jóvenes y para facilitar el proceso se sugiere que la información se entregue en forma paulatina y cuidadosa. Este último aspecto reviste especial importancia, ya que en muchos casos es necesaria la construcción conjunta del diagnóstico con los padres para facilitar el proceso de aceptación del mismo.

La familia debe ser informada adecuadamente y comprender al menos tres aspectos de la enfermedad:⁽¹⁷⁾ 1) La EQZ es una enfermedad del neurodesarrollo cerebral, de curso crónico y posiblemente deteriorante, donde el paciente es menos capaz de responsabilizarse de sus síntomas y comportamiento; 2) La familia no está involucrada en la etiología de la enfermedad, esto ayuda a disminuir sentimientos de culpa, especialmente frecuentes; 3) La intervención se ofrece en el contexto de un tratamiento multimodal y ambulatorio, cuando es posible.

Esta es una estrategia efectiva que ha demostrado disminuir las recaídas, ingresos, días de hospitalización y mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico, con un elevado nivel de evidencia.⁽¹⁸⁾

Las intervenciones familiares se basan en la demostrada asociación existente entre una elevada emoción expresada (EE) a nivel familiar y el riesgo de recurrencia en EQZ. La EE se define como criticismo, hostilidad y sobre involucramiento emocional de al menos un miembro de la familia. Este elemento es central en el tratamiento, diversos estudios han demostrado que si bien esta es una característica poco constante dentro de las familias de pacientes EQZ, cuando se presenta es de alto riesgo y debe intervenir.

Las intervenciones familiares han demostrado prevenir o al menos retrasar las recaídas, mejorar el funcionamiento del paciente, el bienestar y clima familiar.⁽¹⁹⁾

El formato de grupo multifamiliar sería superior a la modalidad unifamiliar en casos de elevada EE, alta sintomatología y raza blanca, pero se necesitan más estudios para obtener conclusiones definitivas.⁽¹⁹⁾

Terapia Cognitivo conductual (TCC): Ha sido utilizada en adultos con EQZ para el manejo de síntomas positivos resistentes a neurolépticos, mejorando el resultado a corto plazo (6 meses). Terapias manualizadas han sido diseñadas para adultos y se requiere adaptaciones ya que no han sido probados en pacientes con síntomas predominantemente negativos ni en jóvenes.⁽²⁰⁾

Arte Terapia: Útil en diversas modalidades como pintura, teatro, baile, etc. y en todas las etapas de la enfermedad. Ha demostrado beneficios en pacientes adultos con sintomatología negativa.⁽²¹⁾

REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

La adolescencia, es una etapa crítica del neurodesarrollo donde se afinan habilidades relacionadas con la función ejecutiva y la cognición social y es justamente en esta etapa donde ocurren 40% de los primeros episodios psicóticos. La maduración anormal de regiones cerebrales específicas durante periodos críticos, se puede asociar a déficits cognitivos en Esquizofrenia y psicosis temprana,⁽¹⁾ habiéndose demostrado que el 70% de los pacientes esquizofrénicos presentan alteraciones cognitivas.⁽²²⁾

Se plantea así que la rehabilitación neurocognitiva en la adolescencia y adultez temprana en los episodios psicóticos es esencial, permitiendo que el entrenamiento en terapia cognitiva sea absorbido y retenido debido a la gran plasticidad cerebral.⁽²³⁾

Se ha demostrado que pacientes esquizofrénicos (adultos y adolescentes), tratados con técnicas no farmacológicas tienen más

rápida remisión y menor frecuencia de recaídas que los pacientes sólo tratados con fármacos.⁽²⁴⁾

En el Primer Episodio psicótico, y también en el periodo prodómico se afecta principalmente la memoria verbal inmediata y la velocidad de procesamiento de la información, pero además se afectan, el reconocimiento de emociones, la percepción social y la Teoría de la Mente.⁽²⁵⁾ La etapa inicial de la psicosis conocida como el “periodo crítico”, es el más crucial en términos de limitar e incluso prevenir el desarrollo de discapacidad, presentándose los mayores niveles de discapacidad en los primeros 5 años de la enfermedad.⁽²⁵⁾

La rehabilitación neurocognitiva se refiere a una intervención basada en un entrenamiento conductual que apunta a mejorar los procesos cognitivos (atención, memoria, función ejecutiva, cognición social o metacognición) con el objetivo de que sea durable en el tiempo y que se puedan generalizar a distintas áreas del funcionamiento. Teniendo siempre como meta el llegar a un adecuado funcionamiento en la vida real del paciente.^(25, 26)

El elemento común de las diversas técnicas es la práctica repetitiva de ejercicios que requieran esfuerzo en habilidades cognitivas, permitiendo mejorar el funcionamiento global del individuo.⁽²⁵⁾

Algunas de estas técnicas son, la ejercitación y práctica, las estrategias de entrenamiento, las técnicas de compensación que se basan en tres pilares (la autogestión, la adaptación del medio y el aprendizaje sin errores), el aprendizaje conductual, el aprendizaje metacognitivo, el Rol-Play y la exposición a situaciones sociales y la terapia de grupo.⁽²⁵⁾

OTRAS INTERVENCIONES EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

La rehabilitación comunitaria y las intervenciones psicosociales son esenciales también para la integración del paciente de

Revisión de Temas

manera funcional a la sociedad. Para estos pacientes una de sus mayores metas en la vida es volver a ser alumnos funcionales o individuos laboralmente activos. En el área vocacional es por lo tanto esencial, la colocación individual en el trabajo y el apoyo a los jóvenes con psicosis a retornar al colegio o trabajo de manera exitosa.⁽²⁷⁾

A nivel de la salud física es importante hacer hincapié en la obesidad y el tabaquismo, siendo las dos principales causas de morbilidad y mortalidad. Estos pacientes quedan generalmente fuera de los programas preventivos o de tratamiento, a los cuales deberían tener el mismo acceso que cualquier otro paciente, siendo especialmente relevante si se encuentran en tratamiento farmacológico con antipsicóticos, donde se debería controlar periódicamente el índice de Masa Corporal, e incorporar a un profesional nutriólogo como parte del equipo multidisciplinario.⁽²⁷⁾

Finalmente se comprende que el proceso de rehabilitación debe ser el desarrollo de todas las potencialidades de la persona, para lograr su reinserción en la comunidad en las mejores condiciones alcanzables para poder disfrutar de sus derechos y posibilidades. Promover la mejor adaptación posible, la recuperación funcional y psicosocial, la integración social, la normalización y la autonomía.^(11,28) En esta misma línea para lograr mejorar la funcionalidad se sugiere realizar psicoeducación a la familia y a la comunidad, realizar intervenciones psicosociales grupales, intervenciones socio comunitarias y grupos de ayuda mutua para pacientes y familiares.⁽¹²⁾

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

Los fármacos antipsicóticos son uno de los ejes del tratamiento para la psicosis y la esquizofrenia. Ensayos controlados avalan el uso de los antipsicóticos como primera línea para el tratamiento de los episodios agudos y prevención de recaídas, contribuyendo al abordaje multimodal de la psicosis.

Los niños y adolescentes serían más propensos a presentar efectos adversos (EA) con los Antipsicóticos (Alteraciones metabólicas, de peso y síntomas extrapiramidales), lo que amenaza la adherencia al tratamiento.

En la evaluación previa a la medicación, se deben considerar aspectos personales y familiares de trastornos metabólicos (dislipidemia, diabetes), cardiovasculares (hipertensión, ritmopatías) y antropométricos. Si estuviera clínicamente indicado, se deben considerar; electrocardiografía, electroencefalograma y estudios genéticos.^(29,9)

La elección del antipsicótico, debe ser individualizada. Dentro de las estrategias de tratamiento se sugiere minimizar la polifarmacia, por mayor riesgo de efectos adversos.^(30,21)

Evidencia para Antipsicóticos Típicos (AT)

En un estudio que comparó haloperidol versus placebo utilizando un diseño cruzado, se concluyó que haloperidol fue superior al placebo en la reducción de los síntomas diana en dosis de 0,5 a 3,5 mg/d (0,02-0,12 mg/kg/d).⁽²⁹⁾

Evidencia en Antipsicóticos Atípicos (AA)

Tienen perfil de menores EA que los AT. Risperidona, Quetiapina, Olanzapina y Aripiprazol están aprobados para Esquizofrenia a partir de los 13 años.

Siete estudios randomizados controlados en pacientes con esquizofrenia (13-17 años) observaron que los AA son superiores al placebo para controlar síntomas positivos y negativos (exceptuando a Ziprasidona y Paliperidone).⁽³¹⁾ En 3 ensayos controlados aleatorizados, Clozapina fue más eficaz que Haloperidol y olanzapina. Si bien, clozapina no se considera de primera línea, debido a los EA graves (agranulocitosis severa en 0,6% de los pacientes), es de

elección en los casos de resistencia al tratamiento.^(29, 31) En un estudio con jóvenes con EOS refractaria, los pacientes tratados con Clozapina mostraron una reducción en el número de días de hospitalización y ninguno presentó agranulocitosis.⁽²⁹⁾

Un estudio (TEOSS) (29) comparó la Risperidona, Olanzapina y Molindone (AT) en casos de EOS, no observándose diferencias significativas en las tasas de respuesta después de 8 semanas de tratamiento.

Efectos Adversos (EA)

Los efectos secundarios cardio-metabólicos asociados a los AA han sido una preocupación creciente. Los niños y adolescentes poseen un mayor riesgo que los adultos de desarrollar EA como sedación, síntomas extrapiramidales, discinesias tardías, aumento de prolactina, incremento del peso, y otras alteraciones metabólicas.

Análisis de informes clínicos prospectivos y retrospectivos, revelan que el riesgo de aumento de peso en un niño podría estar relacionado con la interacción sinérgica entre la edad y polifarmacia. En una revisión de estudios prospectivos controlados con placebo, hubo diferencias relevantes entre los AA en la ganancia de peso: Olanzapina > Clozapina > Risperidona > Quetiapina > Aripiprazol; y en los aumentos de los niveles de prolactina: Risperidona > Olanzapina. (Aripiprazol disminuyó Prolactina).⁽³¹⁾ Respecto al aumento de peso, se sugiere que este se explica por el uso de antipsicóticos en asociación con otros factores ambientales y genéticos.⁽³¹⁾

Respecto al manejo de los efectos secundarios, si bien, no hay estudios que aborden sistemáticamente el uso de agentes adyuvantes en los jóvenes, la AACAP recomienda asociar agentes antiparkinsonianos (efectos secundarios extrapiramidales), β -bloqueantes (acatisia), estabilizadores del ánimo (la inestabilidad del estado de ánimo, la agresión), antidepressivos (depresión, síntomas negativos) y/o benzodiazepinas (ansiedad, insomnio, acatisia).^(9, 30, 31)

Las Tablas 1 y 2 resumen de fármacos Antipsicóticos utilizados en Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos en población infantil y adolescente.

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN CHILE.⁽²⁸⁾

Chile es pionero a nivel mundial en contar con un tratamiento protocolizado, centralizado y garantizado por el Estado para la EQZ. Siendo de gran ayuda para la población ya que se trata de una patología crónica, con un alto costo de tratamiento, que produce gran discapacidad e impacto en la vida del paciente y su familia.

Es una de las 80 patologías para la cuales el estado garantiza su diagnóstico y tratamiento, tanto a nivel público como privado. Ingresa al régimen de Garantía Explícitas de Salud (GES) a partir del año 2005, agilizando el estudio e inicio de tratamiento para aquellos pacientes con un primer episodio psicótico y sospecha de EQZ. Para acceder a este beneficio universal el médico debe notificar el caso mediante un formulario específico, lo que es obligatorio para el profesional en todos los casos. A nivel público la sospecha diagnóstica es realizada generalmente por el médico general en los centros de atención primaria (consultorio o centro de salud familiar) realizando la derivación del caso a centros de atención secundaria (centro de salud mental o centros de referencia de salud) o terciaria (hospitales), para que el psiquiatra realice la confirmación diagnóstica y el paciente pueda acceder a tratamiento. A nivel privado, una vez realizada la sospecha diagnóstica por el médico general u otro especialista, es el seguro de salud del afiliado (ISAPRE) el que define el prestador (centro de salud privado) donde será atendido el paciente por un psiquiatra para realizar la confirmación diagnóstica.

Los pacientes deben ser atendidos dentro de 30 días por un psiquiatra, quien debe realizar una completa evaluación y exámenes generales para confirmar y/o descartar el diagnóstico e iniciar tratamiento. Se

Tabla 1. Antipsicóticos Atípicos para el tratamiento de la Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos en Población infanto-juvenil (9, 29, 30, 31,32, 33)

Fármaco	Acción	Rango de dosis	Aprobación FDA por edad
Risperidona	<u>Bloqueo receptores:</u> -D2 -5HT2 -H1 - Alfa adrenérgicos (alto) -Anticolinérgicos (bajo)	Inicio 0,25-1 mg/d vía oral dividido en 2 ó 3 veces al día, titulación 0,25-1 mg/día cada 5 días, máx. 6 mg/d	Desde los 13 años para Esquizofrenia
Olanzapina	<u>Bloqueo receptores:</u> -5HT2 (95%) - D2 (bajo) - H1	Inicio 2,5 a 10 mg/día por vía oral dividida en dos veces al día o 3 veces al día, titulación de 2,5 a 10 mg/d cada 5-7 días, máx. 20 mg/d	Desde los 13 años para Esquizofrenia
Quetiapina	<u>Bloqueo receptores:</u> -D2 bajo	Inicio 12,5-25 mg/ día vía oral dividida en dos o 3 veces al día, titulación 25 a 100 mg cada 2-3 días, máx. 800 mg/d	Desde los 13 años para Esquizofrenia
Aripiprazol	Antagonista y Agonista parcial receptores D2 <u>Bloqueo receptores:</u> -5HT2A -Alfa 1 Adrenérgico -H1 (moderado)	Inicio 2-5 mg/d por vía oral en dosis única o dividida en dos o 3 veces al día, titulación cada 3 días, máx. 30 mg/d	Desde los 13 años para Esquizofrenia
Clozapina	<u>Bloqueo receptores:</u> -D2 (20-67%) -D4 -5HT2A y 5HT1C -Adrenérgicos -Colinérgicos -H1	Inicio 12,5 mg/d vía oral, incrementar de 25-50 mg cada día hasta alcanzar dosis usual efectiva de 300-400 mg/d, máx. 900 mg/d	No aprobada en menores de 18 años
Ziprazidona	<u>Bloquea recaptura de:</u> -5HT y NA	Inicio 10-20 mg vía oral con comidas, titulación de 20 mg/d cada 1 ó 2 días, máx. 80 mg/d	No aprobada en menores de 18 años
Asenapina	<u>Bloqueo receptores:</u> -D2 -5HT2A Antagonista 5HT2C y α 2	Dosis iniciales de 10 mg/día, dividido en dos dosis. Dosis máxima: 20 mg/día. El paciente no debe ingerir alimento o bebidas hasta 10 minutos de tomado el fármaco.	No aprobada en menores de 18 años

debe establecer un Plan de Tratamiento Integral y personalizado que incluya al menos cuatro componentes: evaluación

integral, intervenciones psicosociales, farmacoterapia y servicios de apoyo. Estas intervenciones se deben realizar en forma

Tabla 2. Antipsicóticos Típicos para el tratamiento de la Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos en población infanto-juvenil (9, 29, 30, 31, 32,33)

Fármaco	Rango de Dosis	Aprobación FDA por edad
Flufenazina	Dosis inicio 1 mg vía oral Dosis objetivo: 2,5-10 mg/d vía oral dividida en 2 ó 3 veces al día, máx. 40 mg/d.	No aprobada en menores de 18 años
Loxapina	Dosis inicio: 20 mg/d en 2 tomas Dosis objetivo: 60-100 mg/d vía oral dividida en 2 a 4 veces al día, máx. 250 mg/d.	No aprobada en menores de 18 años
Clorpromazina	0,5 – 1 mg/kg/ dosis. Dosis máxima de 40 mg/día en menores de 5 años y 75 mg/día en niños de entre los 5 y 12 años.	Psicosis y Esquizofrenia menores de 18 años.
Trifluoperazina	Dosis inicial: 1 mg/d vía oral 2 veces al día, titulación gradual cada 2-3 semanas, dosis máx. recomendada 15 mg/d, en casos severos máx. 40 mg/d.	No aprobada en menores de 18 años
Haloperidol	Dosis objetivo 0,05-0,15 mg/kg/ por día en Trastornos Psicóticos.	Desde los 3 años en Trastornos Psicóticos.
Levomepromazina	Dosis inicial de 0.25 mg/kg/día dividido en 2 ó 3 dosis. Dosis Máxima de 40 mg/día en menores de 12 años.	No aprobada en menores de 18 años

escalonada según la fase de enfermedad.

En la fase aguda es central establecer una alianza terapéutica y de cooperación, que permita ayudar, tanto al paciente como a su familia, a superar la situación de crisis inicial. Esto se logra mediante contención, apoyo, estructuración de rutinas psicoeducación, además del inicio de un antipsicótico atípico adecuado para ese paciente en particular.

En la fase de recuperación se deben considerar intervenciones que contribuyan a facilitar la relación del individuo con su entorno natural, como Terapia Cognitivo

Conductual individual, familiar, grupal e intervenciones comunitarias. Además monitorizar los avances clínicos, objetivándolos mediante escalas específicas para síntomas positivos, negativos y funcionalidad, según esto realizar el ajuste farmacológico correspondiente y seguimiento de efectos adversos.

En la fase de compensación es importante apoyar la permanencia del individuo en su entorno natural y mejorar su calidad de vida. Para esto se deben mantener y reforzar las intervenciones psicosociales ya establecidas, enfatizando la psicoeducación, adherencia a tratamiento a largo plazo y

Revisión de Temas

monitoreo de efectos colaterales tardíos del tratamiento antipsicótico.⁽²⁸⁾

DISCUSIÓN

La EOS corresponde una variante severa del trastorno esquizofrénico y que se asocia con un mayor deterioro premórbido, mayor riesgo familiar, curso clínico más grave y peor evolución. La pobre evolución y pronóstico de estos niños y adolescentes pone de manifiesto la necesidad de implementar tratamientos multimodales tempranos y estrategias preventivas en los grupos de mayor riesgo, con un énfasis especial en la eficacia demostrada de las intervenciones realizadas.

Dado lo anterior, se hace en extremo necesario desarrollar una mejora sustancial en nuestra capacidad de ofrecer tratamientos dirigidos individualmente, así como en la capacidad de identificar aquellos individuos “en riesgo” para prevenir la aparición de la psicosis. Brechas que se espera disminuyan con las futuras investigaciones orientadas a la identificación de los distintos subtipos génicos causales, identificación de los mecanismos neurales específicos implicados en la aparición de la psicosis, así como estudios que otorguen una mejor caracterización psicopatológica de la fase prodrómica, que faciliten un análisis prospectivo, sin limitarse al reconocimiento sintomático retrospectivo como sucede frecuentemente.

Por otra parte, si bien el tratamiento farmacológico otorga notables beneficios a nuestros pacientes, se requiere aún mayor investigación a largo plazo respecto a los efectos adversos secundarios y su impacto en individuos en desarrollo, así como también sobre la eficacia de estos agentes, de manera que se pueda hacer un justo balance costo/beneficio.

REFERENCIAS

1. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: DSM IV: Manual Diag-

nóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ta Edition. Barcelona, España: Masson; 1995. p.279-322.

2. Schizophrenia Spectrum and other Psychotic Disorders. En: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2013. p 87-123.
3. Maloney et al. Empirical Evidence for Psychopharmacologic Treatment in Early-Onset Psychosis and Schizophrenia. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* 2012; 21:885-909.
4. Semper TF, McClellan J F. The psychotic child. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* 2003; 12: 679-691.
5. Driver D, Gogtay N, Rapoport J. Childhood Onset Schizophrenia and Early Onset Schizophrenia Spectrum Disorders. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* 2013; 22:539-555.
6. McClellan J, Stock S, The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [Internet].2012. Disponible en : http://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/practice_parameters/Schizophrenia_Web.pdf
7. Sikich L. Diagnosis and Evaluation of Hallucinations and Other Psychotic Symptoms in Children and Adolescents. *ChildAdolescPsychiatricClin N Am.* 2013; 22:655-673.
8. Garralda ME. Hallucinations in children with conduct and emotional disorders: I. the clinical phenomena. *Psychol Med.* 1984;14:589-596.
9. Hollis C. Schizophrenia and Allied Disorders. En: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry.*5th Edition. Oxford, UK: Blackwell Publishing Limited; 2008. p. 737-758.
10. De la Barra F. et Al. Estudio de epide-

- miología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2012; 23(5): 521-529
11. Nicolson R, Lenane M, Singaracharlu S, et al. Premorbid speech and language impairments in childhood onset schizophrenia: association with risk factors. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(5): 794–800.
 12. Driver D, Gogtay N, Rapoport J. Childhood Onset Schizophrenia and Early Onset Schizophrenia Spectrum Disorders. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am.* 2013, 22: 539–555.
 13. Hollis C. Schizophrenia and Allied Disorders. En: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry.* 5th Edition. Oxford, UK: Blackwell Publishing Limited; 2008. p. 737-758.
 14. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP, Francey SM, McFarlane CA, Hallgren M, et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophrenia Research.* 2003; 60: 21–32.
 15. McGorry P D, Yung A R, Phillips L J, Yuen H P, Francey S, Cosgrave E M, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry.* 2002; 59: 921–928.
 16. Loebel A D, Lieberman J A, Alvir J M, Mayerhoff D I, Geisler S H, Szymanski S R. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry.* 1992; 149: 1183–1188.
 17. Lam D H. Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine.* 1991; 21: 423–441.
 18. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011; 6.
 19. Dixon L B, Adams C, Lucksted A. Update on Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2000; 26(1):5-6.
 20. Turkington D, Kingdon D. Cognitive-behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *British Journal of Psychiatry.* 2000;177: 101–106.
 21. Kendall T, Hollis C, Stalford M, Taylor C, National Collaborating Centre for Mental Health (NICE). Recognition And Management of Psychosis and Schizophrenia in children and young people. National Clinical Guideline Number 155. London, UK: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2013. p.121-214.
 22. Palmer B, Heaton RK, Kuck J, Braff D. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology.* 1997; 11:437–446.
 23. Frangou S, Neurocognition in Early-Onset Schizophrenia, *Child Adolesc. Psychiatric. Clin. N. Am.* 2013; 22: 715 - 726 .
 24. Pompili M, Montebovi F, Forte A, Palermo M, Stefani H, Telesforo L, et al. Support management in Schizophrenia: a systematic review of current literature, *Patient Intelligence.* 2012; 4: 79-101.
 25. Cali B, Allot K. Neurocognitive and Social Cognitive Approaches for Improving Functional Outcome in Early Psychosis: Theoretical Considerations and Current State of Evidence. *Schizophrenia Research and Treatment.* 2012: 1-15.
 26. Harvey P D. Cognitive aspects of schizophrenia. *WIREs Cogn Sci* 2013; 4: 599-608.
 27. Killackey E, Alvarez-Jiménez M, Allot K, Bendall S, McGorry P. Community Rehabilitation and Psychosocial Intervention for Psychotic Disorders in Youth, *Child. Adolesc. Psychiatric. Clin. N. Am.* 2012; 22: 745-758.
 28. Ministerio de Salud. Guía Clínica Esquizofrenia. Santiago, Chile: MINSAL. 2009.
 29. Maloney A, Yakutis L, Frazier J. Empirical Evidence for Psychopharma-

Revisión de Temas

- cologic Treatment in Early-Onset Psychosis and Schizophrenia *Child Adolescent Psychiatric Clin N Am.* 2012;21:885–909.
30. McClellan J, Stock S, The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2013;52(9):976–990.
 31. Kranzler H, Cohen S. Psychopharmacologic Treatment of Psychosis in Children and Adolescents: Efficacy and Management. *Child Adolescent Psychiatric Clin N Am.* 2012; 22:727–744.
 32. Stahl S M. *Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology*. Fourth Edition. New York, USA: Cambridge University Press; 2011.
 33. Hieber R. Psychotropic Medications Approved in Children and Adolescents. [Internet]. *Ment Health Clin.* 2013; 2(11):100. Disponible en: <http://cpnp.org/resource/mhc/2013/05/toolbox-psychotropic-medications-approved-children-and-adolescents>.