



## ESQUIZOFRENIA EN LA ADOLESCENCIA GENERALIDADES

"..el alma no puede enfermar porque es de Dios, la mente si que enferma..." (Dialogos de Montfalco/Calabuig)

### GENERALIDADES

Bleuler en 1911 definio los trastornos esquizofrenicos como sigue: "Con el termino "Demencia Precoz" o "Esquizofrenia" designamos un grupo de psicosis de curso a veces cronico, a veces en brotes que puede detenerse o retroceder en cualquier estadio, pero que no permite una completa **restitutio ad integrum**. Caracteriza por un tipo de alteracion especifica del pensamiento, del sentimiento y de las relaciones con el medio exterior, que no se presenta en ninguna otra parte"

Schneider describio un sindrome clinico caracteristico o patron de los trastornos esquizofrenicos, prescindiendo de valoraciones y de comprensiones especiales de tipo etiopatogenico a tenor de cualquier teoria, de gran utilidad para el clinico en el reconocimiento de este tipo de alteraciones, tal descripcion si bien carece de valor clasificatorio con fines a realizar una investigacion, tiene un extraordinario valor practico aun hoy dia.

<b>SINDROME ESQUIZOFRENIA (SCHNEIDER)</b>
<b>1ª Serie Sintomatica</b>
<p>Se precisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Uno o mas de estos sintomas</li> <li>b) Claridad de conciencia</li> <li>c) Ausencia de otra enfermedad</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Sensacion de difusion del pensamiento</li> <li>2) Vivencia de influenciacion corporal</li> <li>3) Sonorizacion del pensamiento</li> <li>4) Oir voces que dialogan</li> <li>5) Sensacion de robo del pensamiento</li> <li>6) Oir comentarios sobre los propios actos</li> <li>7) Percepcion delusiva/delirante</li> </ul>

Para las valoraciones mas especificas y precisas veanse las referencias que seguiran sobre la clasificacion de los trastornos esquizofrenicos dada por la OMS (CIE-10/ICD-10) o por la APA con el DSM-III-R.



El síndrome expuesto por Schneider reúne tres distintas agrupaciones sintomáticas.

- a) La primera se refiere a un conjunto de síntomas cuya presencia aislada ya es indicativa de la existencia de la enfermedad, siempre que exista una ausencia de enfermedad orgánica.
- b) La segunda serie sintomática constituye una agrupación que para sospechar la existencia del trastorno es necesario que existan diversos síntomas de los citados y además que estén complejizados entre sí (en combinación clínica), puesto que tales síntomas pueden encontrarse también en otros trastornos y no son por lo tanto específicos de la esquizofrenia, cada uno en sí mismo.

<b>SINDROME ESQUIZOFRENIA SCHNEIDER</b>
<b>2ª Serie Sintomática</b>
Diagnóstico por la conexión entre los siguientes en ausencia de los síntomas de la primera serie.  a) Estado de perplejidad b) Errores perceptivos y sensoriales c) Ocurrencias delirantes d) Distimias (exaltación/depresión) e) Vivencia de pobreza afectiva f) Aplanamiento afectivo

- c) La tercera agrupación sintomática se refiere a un conjunto de síntomas imprecisos de valoración muy subjetiva, de escaso valor indicativo pero que permiten en algunos casos sospechar que el trastorno pueda existir o aparecer

Esta descripción de tal forma agrupada por Schneider, permite además señalar un cierto pronóstico evolutivo puesto que un correcto tratamiento con neurolepticos hará desaparecer los síntomas de la primera serie, de forma prácticamente total y en todos los casos; persistirán ocasionalmente alguno de los de la segunda serie; y lo que irremediablemente es difícil de que desaparezcan son aquellos trastornos que se sitúan en la clínica de la tercera serie que vendrían a ser los que dan lugar a lo que se ha venido en llamar "tono esquizofrenico"

La esquizofrenia en la actualidad sigue siendo una enfermedad grave en un tercio de los que la padecen aproximadamente, los cuales la padecerán de forma devastadora, crónica e incapacitante.

La incidencia sobre la población general es de un 1%; dos terceras partes de los pacientes afectos precisarán hospitalización en algún momento o hospitalización repetida.



## **SINDROME ESQUIZOFRENIA SCHNEIDER**

### **3ª Serie Sintomatica**

Conjunto de síntomas cuya valoración es totalmente subjetiva

- a) Determinada actitud corporal
- b) Alteraciones en la expresión de sentimientos (mímica)
- c) Peculiaridad en la expresión de la vivencia
- d) Alteración en el dibujo, en la escritura

Es una enfermedad cuya prevalencia se sitúa entre los 14-55 años de edad.

## **GENERALIDADES**

- a) Prevalencia general: 1%;
- b) 2/3 precisarán hospitalización.
- c) Edad: 14-55 a.
- d) Mayor incidencia:
  - 1) Nivel bajo socioeconómico
  - 2) Un pariente esquizo de 1% a 13%
  - 3) Dos parientes esquizos de 1% a 35/44 %

En las clases socioeconómicas no favorecidas la incidencia es más alta.

La posibilidad y el riesgo de aparición de esquizofrenia en un niño es mucho más alta si entre sus parientes existen pacientes esquizofrénicos.

Si el niño tiene, solo, un pariente esquizofrénico su probabilidad pasa de un 1%, que le correspondería como individuo de la población general a un 13% y si tiene dos parientes afectados de esquizofrenia, entonces, la probabilidad aumenta hasta 35/44 %, según las distintas estimaciones realizadas por diversos autores.

No parece que en los últimos cien años se hayan producido modificaciones en la prevalencia que hubiera significado un incremento de incidencia y de la morbilidad hacia esta enfermedad, en la población general.



## ETIOPATOGENIA

Han sido reconocidos diversos factores que inciden de forma significativa en la prevalencia de la enfermedad, cuyo origen es el siguiente:

- a) En la **clase social** (las clases menos favorecidas en núcleos urbanos presentan mayor incidencia del trastorno que las más favorecidas), (los contenidos delirantes se modifican en función de la cultura, del medio étnico.)
- b) En la **familia**, (alteración en la comunicación de padres/hijos, grupo familiar de características inconsistentes, con inmersión de los hijos en la problemática conflictiva de los padres, alteración relacional con contradicción afectiva en el sentido que lo que se induce a hacer verbalmente se prohíbe con el gesto o con la actitud, "teoría del doble vínculo" etc).

La presencia de un familiar esquizofrénico o varios modifica la incidencia del riesgo de enfermedad aumentándola.

- c) Emigración, los **fenómenos migratorios** aumentan el riesgo de incidencia de la enfermedad
- d) **Subdesarrollo**. Las características evolutivas del proceso esquizofrénico son mejores en las poblaciones subdesarrolladas que en las desarrolladas debido a que en estas situaciones culturales, las familias son más capaces de reintegrar al individuo de nuevo en la comunidad, proporcionándole otra vez funciones sociales de utilidad y significación.

Hay mayor tolerancia social hacia ellos, el apoyo familiar y vecinal es altamente favorecedor, la resistencia de las familias a la institucionalización favorece que disminuya el deterioro y se apresure la integración.

La enfermedad es vivida como transitoria y curable, con disminución del etiquetado negativo del paciente, con todo ello se favorece que el paciente esté en un mayor clima de confianza y reaseguramiento.

- e) Desde un punto de vista de mayor incidencia ligada al **sexo**, parece ser que los hombres presentan un comienzo más temprano del proceso.

La incidencia es doble en la edad comprendida entre 15/25 años de varones respecto a hembras. Pero es semejante la incidencia global de los dos sexos si se consideran todas las edades a un tiempo.

- f) **Genéticamente** se aprecia un incremento indiscutible entre familiares de esta enfermedad.



Por otra parte los **estudios de monozigóticos** tienen un grado de concordancia del 76% mientras que la concordancia en los dizigóticos es de 21%.

g) Los **estudios de adopción** también corroboran las hipótesis genéticas de la esquizofrenia, si bien no es la única causa generante.

A pesar de ello se desconoce el mecanismo de transmisión de la enfermedad quizás porque:

- 1) La esquizofrenia sea un trastorno genéticamente heterogéneo,
  - 2) Por que su aparición depende de una predisposición genética combinada a factores ambientales o
  - 3) Quizás existen esquizofrenias no familiares cuya aparición no este ligada a alteración genética.
- h) Los **estudios estructurales** permiten corroborar la existencia de alteraciones neuropatológicas manifiestas cuya precisión hoy por hoy todavía necesita de mayores estudios.

La **Tomografía Axial Computarizada (TAC)** y la **Resonancia magnética** con mayor precisión ha permitido demostrar que un subgrupo de esquizofrénicos presenta alteraciones morfológicas cerebrales;

Entre ellas el TAC permitió apreciar el siguiente grupo de alteraciones: Dilatación del tercer ventrículo, ensanchamiento de los surcos cerebrales, atrofia cerebelosa, disminución de la densidad cerebral en lóbulos frontales.

Y gracias a la Resonancia Magnética se ha podido apreciar la existencia de dilataciones de los ventrículos laterales, alteración morfológica del septum pellucidum, del cuerpo calloso, con disminución del tamaño del lóbulo frontal, del cerebro y de la superficie craneal.

i) El estudio de la **actividad metabólica cerebral** a través de dos técnicas la determinación del flujo cerebral, mediante la administración de xenón radioactivo (rCBF) y la **tomografía de emisión de positrones (PET)** ha permitido estudiar la actividad metabólica en distintas áreas de cerebros de esquizofrénicos.

Los hallazgos ponen de manifiesto una atenuación del patrón hipofrontal de flujo, esta distribución del flujo dependía del tipo clínico y de las manifestaciones psicopatológicas del paciente (coincide con aquellos pacientes en los que



predomina el retraimiento, la apatía, con empobrecimiento de su afectividad, y severa incapacidad de expresión).

j) Las **hipotesis bioquímicas** de la etiopatogenia de la esquizofrenia son diversas y múltiples, que solo vamos a citar como referencia las siguientes:

- 1) **Hiperactividad dopaminérgica**, basada en la efectividad de los neurolepticos y en la similitud de la psicosis desencadenada con las anfetaminas y la esquizofrenia.
- 2) **Deficit noradrenérgico**, la anhedonia (mal estar de desilusion con desgana y desmotivacion) parece ser debida a un deficit de la norepinefrina y a un deficit de la actividad de la dopamina-beta-hidroxilasa (DBH)
- 3) **Deficiencia serotoninérgica**, se fundamenta en que el lisérgico (LSD) que es un antagonista serotoninérgico desencadena cuadros esquizofreniformes
- 4) **Deficit en la actividad de la mono-amino-oxidasa (MAO)**, gracias a la apreciacion directa de la reducción de la MAO plaquetaria.
- 5) Existencia de una **transmetilacion anormal** puesto que existe una similitud estructural entre los alucinogenos y las catecolaminas
- 6) **Deficit en las estructuras de transmetilacion**, ya que se parecia a la existencia de una clara reducción de la actividad de algunas enzimas metiladoras
- 7) El aumento de la **actividad endorfinica** en LCR y el efecto terapeutico que se consigue con la maxoma hace pensar la existencia de un exceso de endorfinas

## **ANAMNESIS (ASPECTOS PATOBIOGRAFICOS)**

1) El estudio retrospectivo de los esquizofrenicos adultos muestra que el inicio de su enfermedad ha seguido diferentes caminos en su desarrollo:

a) El mas frecuente suele caracterizarse por la existencia previa de una personalidad premorbida, en el sujeto, de tipo: esquizoide.

Cuando niño, era muy tranquilo, con actitud pasiva en su forma de relacionarse con los demas o de desarrollar una actividad, tenia pocos amigos.

Como adolescente, es introvertido, con tendencia al aislamiento, permanece en cama



durante el dia muy a menudo, y suele relacionarse con grupos que presentan rasgos de tipo esquizoide (escasa verbalización, desmotivados, agresivos, poco activos, etc)

- b) Otro grupo de pacientes puede mostrar, como manifestación más clara en sus antecedentes, una dependencia hacia la madre muy intensa, acompañada esta actitud de determinados comportamientos claramente patológicos y distorsionantes como el compartir la cama de la madre más allá de la primera adolescencia.

Estos niños muy a menudo tienen pesadillas o miedos nocturnos, o son enureticos y presentan estados de miedo intenso, cuando se alejan de su casa, para pernoctar fuera, por cualquier motivo justificado o no (Angustia de separación)

- c) Otros pacientes adoptan actitudes asociales, con comportamiento desvergonzado o de abandono de sus cosas y bienes; como del cuidado, tanto a nivel personal, como relacional de las normas sociales de atención y aseo desde una temprana edad. (Grupo asocial)

- d) Otros siguieron un cuadro clínico de extrema dependencia con actitudes de gran preocupación para conseguir ser complacientes y agradables, al tiempo que presentaban una gran angustia y preocupación permanente sobre cuáles podían ser las opiniones de sus padres, hermanos y otras personas más o menos relevantes en general. (Grupo dependiente)

- e) Los elementos comunes de estos cuatro grupos expuestos, coinciden en ser por una parte un grave defecto en la capacidad de relación con los demás y por otra presentar una clara tendencia hacia el "soñar despierto" (ensoñación)

2) Generalmente los miembros de una familia se relacionan los unos con los otros en función de los roles asignados. En la familia de los esquizofrénicos, la distribución de funciones y roles es pobre y escasa; los miembros familiares pueden trasladarse o turnarse en sus funciones de un rol a otro dentro de este pequeño marco familiar.

Este tipo de relación se denomina: "seudo-mutualización"

3) A veces el muchacho puede sentirse enfurecido y desesperado en un enfrentamiento con uno de los padres (generalmente con la madre) mientras que al mismo tiempo respecto al otro de los padres, también lo siente como incapacitado para resolver sus problemas o ayudarlo simplemente a superarlos.



De forma totalmente alternante puede encontrarse dos formas de comunicacion con una sola persona, y a veces las dos son conflictivas y generadoras de problemas. Una suele ser verbal y la otra de tipo preverbal o a traves de la actitud y el gesto.

El muchacho siente que el no puede ganar, en la competencia de enfrentamiento y provocacion, pero a su vez lo intenta en un mecanismo dialecto continuo.

Este tipo de situacion se reconoce como del "doble vinculo"

## **EXAMEN DE LOS PADRES**

A) La entrevista con los padres, facilita el advertir la existencia de los siguientes tipos de antecedentes de personalidad del paciente (personalidad premorbida):

a) Dentro de la familia se consideraba al niño como extraordinariamente bueno y gentil puesto que era siempre muy obediente y nunca se portaba mal, ni era motivo de queja especial.

b) Tuvo un desarrollo escolar satisfactorio a lo largo de toda la basica, fundamentalmente en el primer y segundo periodo para en los dos ultimos cursos o bien cuando inicio la formacion profesional o el Bachillerato polivalente empezo un progresivo deterioro con fracaso y/o desinteres

c) El paciente cada vez de forma mas evidente y progresiva se ha ido transformando en mas reservado, mas aislacionista e inhibido. Cada vez esta mas tiempo en su habitacion, o permanece en cama.

d) El paciente no ha conseguido socialmente situarse de forma aceptable. De tal manera que no tiene amigos intimos, no sabe relacionarse practicamente con los del otro sexo y le es dififil conseguir citas o ser invitado a reuniones, fiestas, etc.

e) Por otra parte evita todo tipo de deporte o actividad participativa o de movimiento, pero se interesa extraordinariamente por lo fantastico o las situaciones fantasiosas, por ello le gusta ver la television o ir al cine a ver peliculas de dibujos u otras.

Puede ser un avido lector de libros de psicologia, filosofia, ciencia ficcion, o de ocultismo.

### **CARACTERÍSTICAS FAMILIARES:**



Valorar:

- 1) Dínamica familiar
- 2) Aceptación o agresión del/al paciente
- 3) Características del medio ambiental o hábitat
- 4) Relación de pareja
- 5) Patología psicopatológica

B) También a través de la entrevista con los padres podremos informarnos de si existen casos de esquizofrenia entre los parientes consanguíneos, o si existen casos de demencia precoz.

No debe olvidarse que los padres también pueden haber presentado un brote de esquizofrenia y que lo habitual es que nos lo relaten como una crisis nerviosa, o un periodo de depresión o con cualquier otra terminología que pueda ser poco explícita de lo que realmente ocurrió.

## **EXAMEN DEL ADOLESCENTE - ENTREVISTA**

### **1) Excitación.**

Hiperemotividad, agitación, reacciones violentas. Hay que hacer atención a las características del tono de voz y a las características formales del lenguaje (manierismos).

El adolescente, esquizofrénico, sometido a examen puede estar agitado o en calma, pero siempre parece estar ensimismado en su mundo.

No es infrecuente la presencia de estereotipias y comportamiento con amaneramientos, consistente en una conducta motora poco usual y extraña; son conductas raras que a los ojos de la gente tipifican al paciente como enfermo mental.

Desde un punto de vista psicomotriz clínicamente se aprecian las manifestaciones de la tensión (nerviosismo), e inestabilidad psicomotriz con aumento del nivel de actividad.

La actividad y la conducta psicomotriz deben ser evidentes objetivamente consideradas y no constituye síntoma las experiencias subjetivas de tensión que pueda expresar el paciente.

El paciente presenta en otros casos una inhibición motora, con reducción del nivel de energía, lentitud de movimientos y del lenguaje, asociada a disminución del



tono corporal e inhibición psicomotriz global, que alterna o sustituye la inestabilidad psicomotriz.

Hay una falta de cooperación con actitud de resistencia, y enemistad con el explorador durante la entrevista.

En la exploración aparece también una evidencia de conducta autística que podremos apreciar valorando la actividad mental sobre la actividad exterior propia, adaptada a la forma de vivir y a la persona misma, durante y fuera de la entrevista.

Ausencia de relación afectiva con el explorador en la entrevista. (Tendremos en cuenta la dificultad que muestra el paciente para establecer un contacto emocional interpersonal).

Embotamiento afectivo. Rigidez, indiferencia con aplanamiento afectivo, falta de sintonización afectiva.

Actos sin sentido que se manifiestan a través de conductas extrañas que caracterizan por la presencia de actos asociados a errores incomprensibles.

## 2) **Desorientación condicionada al trastorno de pensamiento.**

Confusión entre personas, lugares o acontecimientos. (Deberemos tener en cuenta las impresiones de irrealidad, miedo difuso y dificultad en comprender una situación banal cualquiera).

Si se le interroga y contesta sin actitud de recelo o suspicacia, nos daremos cuenta por las respuestas de que está bien orientado respecto a sí mismo en general.

Frecuentemente aparecen sentimientos depresivos, con estado de ánimo desalentado y triste. Si así fuera tendríamos en cuenta como síntoma tan solo el grado de abatimiento y tristeza.

Expresiones de estilo megalomaniaco, con autovaloración excesiva, acompañado de la convicción de tener habilidades o poderes poco usuales o fuera de lo común.

Actitud de desconfianza (delirante o no), con creencia (delirante o no) de que los demás tienen o han tenido en el presente o en el pasado malas intenciones o actitudes discriminatorias, fundamentalmente hacia él.

## 3) El paciente en la edad de la adolescencia generalmente experimenta **alucinaciones**.



La conducta alucinatoria, consiste en percepciones sin estímulo exterior justificativo; sólo se valoran las experiencias fácilmente distinguibles de la imaginación y de los procesos mentales propios de personas normales

Las alucinaciones suelen ser de tipo auditivo las mas frecuentes (30% de los casos), y se manifiestan habitualmente a traves de oír voces.

Con los adolescentes mas jovenes puede ser util preguntarles ¿Oye, te gastan bromas los ojos o las oidos?, como forma de saber si hay o no alucinaciones. Las alucinaciones visuales solo se encuentran en un 4/10 % de los pacientes.

Suelen expresar hostilidad, con animosidad, desprecio, beligerancia y desdén hacia las personas que no están presentes en la entrevista.

Se expresan sentimientos de culpa, a traves de excesiva preocupación o remordimiento por comportamientos anteriores. La presencia de depresión, ansiedad o mecanismos de defensa, sin manifestacion verbal de la culpa no sirve para valorarlo como sintoma.

Suele presentar miedo y preocupacion en exceso sobre el futuro. En estos casos sólo tomaremos como base lo que manifiesta sobre sus experiencias subjetivas. La ansiedad no debe ser deducida de posibles síntomas como quejas somaticas o valorando mecanismos de defensa.

<p style="text-align: center;"><b>EXPLORACION DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMI CAS</b></p>
---

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a) Medio escolar</li><li>b) Medio laboral<br/>(aceptación o agresión)</li><li>c) Rendimiento</li><li>d) Grado de instrucción</li></ul> |
|--|

4) Las **dificultades del sueño** suelen apreciarse en un 30 % de los pacientes y frecuentemente consiste en pesadillas.

Tambien se debe valorar el grado de salud física que presenta comparandola con la preocupacion acerca de su salud y la sensacion que percibe como si fuera un problema para si mismo, de relevante gravedad.

5) Se aprecia la existencia de **ideacion delirante**,

Juicio erroneo, conviccion de realidad ideativa y inmodificable por la experiencia y por



la crítica.

Alteraciones en el contenido del pensamiento con aparición de ideaciones extrañas, raras, extravagantes o grotescas.

Con despersonalización y rareza de la realidad. Será de interés que se valore la noción de realidad en sí misma, y las dudas que el paciente presenta sobre sí mismo. Al tiempo que se atenderá de apreciar la calidad de las percepciones externas de rareza, que experimenta el enfermo cuando le invaden sentimientos de desintegración o bien hace o realiza interpretaciones delirantes de sus percepciones.

Otros pacientes manifiestan de forma intensa una confusión en el conocimiento de las personas y desorientación témporo-espacial, con miedo frente a la impresión subjetiva de irrealidad.

Con un grado de desorganización del pensamiento, que se manifiesta a través de la confusión, disgregación e incoherencia, de los procesos mentales.

### **EXPLORACIÓN PARACLÍNICA**

- 1) Escalas de valoración de personalidad
- 2) Valoración del QI (Wais, etc)
- 3) Índice de deterioro del Wisc
- 4) Valoración cognitiva y aptitudinal
- 5) Análisis de los contenidos delirantes
- 6) EEG
- 7) TAC
- 8) PET.

Se valorará tomando como referencia la producción verbal del enfermo; no se debe valorar tomando como base la impresión subjetiva del paciente acerca de su propio nivel de funcionamiento mental.