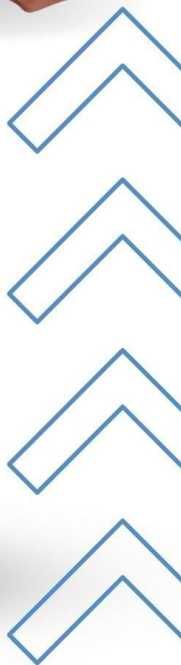


PSIQUIATRÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA GENERAL TOMO 5



AUTORES

Byron Oswaldo Morales Zúñiga
Edison Moises Yaguar Gutierrez



Psiquiatría en la Práctica Médica General Tomo 5

Psiquiatría en la Práctica Médica General Tomo 5

Byron Oswaldo Morales Zúñiga

Edison Moises Yaguar Gutierrez

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado.

Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-695-46-8

Una producción © Cuevas Editores SAS

Enero 2025

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	5
Prólogo	6
Trastornos de Ansiedad: Diagnóstico y Manejo Terapéutico	7
Byron Oswaldo Morales Zúñiga	7
Esquizofrenia de Inicio Temprano en la Adolescencia	30
Edison Moises Yaguar Gutierrez	30

Prólogo

Los trastornos psiquiátricos son una parte fundamental de la práctica médica general, requiriendo un enfoque integral y actualizado. *Psiquiatría en la Práctica Médica General – Tomo 5* ofrece herramientas clave para el diagnóstico y manejo de enfermedades mentales en distintos niveles de atención, con un enfoque basado en la evidencia.

Dirigido a médicos generales, residentes y especialistas, este libro es una referencia esencial para una atención psiquiátrica efectiva en la práctica clínica diaria.

Trastornos de Ansiedad: Diagnóstico y Manejo Terapéutico

Byron Oswaldo Morales Zúñiga

Médico Universidad Católica de Cuenca
Médico General de Primer Nivel de Atención
Centro de Salud INNFA.

Definición

Los trastornos de ansiedad constituyen un grupo de afecciones psiquiátricas caracterizadas por una preocupación excesiva, miedo irracional y síntomas fisiológicos de hiperactivación autonómica. Estas condiciones pueden interferir significativamente en la vida cotidiana del paciente, afectando su funcionalidad social, laboral y académica. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos de ansiedad se encuentran entre las enfermedades mentales más prevalentes, con una estimación de alrededor del 4% de la población mundial afectada en algún momento de su vida [1].

Desde un punto de vista clínico, la ansiedad es una respuesta adaptativa del organismo ante situaciones de amenaza, facilitando la activación del sistema nervioso simpático y la preparación para la acción. Sin embargo,

cuando esta respuesta es desproporcionada en intensidad, duración o se presenta sin un desencadenante claro, se convierte en patológica.

Los datos epidemiológicos muestran que los trastornos de ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres, con una relación aproximada de 2:1 [2]. Además, la mayoría de los casos se inician en la infancia o adolescencia, lo que subraya la necesidad de un diagnóstico temprano y un manejo oportuno para prevenir la cronificación de la enfermedad.

El impacto de los trastornos de ansiedad no se limita a la esfera emocional, sino que también se asocia con un mayor riesgo de comorbilidades, incluyendo depresión mayor, abuso de sustancias y enfermedades cardiovasculares [3]. Se ha observado que pacientes con trastornos de ansiedad tienen niveles elevados de marcadores inflamatorios, lo que sugiere una interacción bidireccional entre la salud mental y el sistema inmunológico [4].

El reconocimiento y tratamiento adecuado de estas patologías es crucial, ya que la ansiedad no tratada puede llevar a una disminución de la calidad de vida, aumento en la tasa de suicidio y un mayor uso de los servicios de salud. En este capítulo, se abordará la clasificación, el diagnóstico y las estrategias terapéuticas actuales para el manejo de los trastornos de ansiedad, basándose en la evidencia científica más reciente.

Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad comprenden un grupo heterogéneo de condiciones psiquiátricas que comparten como característica principal la presencia de ansiedad excesiva y persistente, acompañada de respuestas conductuales y fisiológicas que afectan la funcionalidad del individuo. La **American Psychiatric Association (APA)** y la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** han establecido criterios diagnósticos en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Texto Revisado (DSM-5-TR)* y en la *Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima*

Revisión (CIE-11), respectivamente, con diferencias mínimas entre ambas clasificaciones [5].

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva y difícil de controlar sobre diversos eventos o actividades de la vida diaria. Los síntomas deben persistir durante al menos seis meses e incluir inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. Su prevalencia es del **3-6% en la población general**, con un inicio frecuente en la adolescencia o adultez temprana [6].

Trastorno de Pánico

El trastorno de pánico se define por la presencia de crisis de angustia recurrentes e inesperadas, acompañadas de síntomas físicos como taquicardia, disnea, sudoración, temblores y sensación de muerte inminente. Estas crisis

suelen generar un miedo persistente a nuevas apariciones, lo que lleva a una conducta de evitación. Se estima que afecta al **2-3% de la población**, con una mayor incidencia en mujeres [7].

Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un temor intenso y persistente a situaciones en las que el individuo pueda ser evaluado negativamente por los demás. Estas situaciones incluyen hablar en público, interactuar con desconocidos o comer en público. Como consecuencia, se produce evitación de eventos sociales, lo que impacta en la vida académica y laboral. La prevalencia global es del **7-12%**, con un inicio típico en la adolescencia [8].

Trastorno de Ansiedad por Separación

Este trastorno se presenta con mayor frecuencia en la infancia y se caracteriza por un miedo excesivo e inapropiado a la separación de las figuras de apego. Los niños con ansiedad por separación pueden experimentar

síntomas somáticos, resistencia a ir a la escuela y preocupación constante por la seguridad de sus cuidadores. En adultos, puede manifestarse con angustia significativa al estar lejos de la familia o la pareja. Su prevalencia es de **4-5% en niños y 1-2% en adultos** [9].

Fobias Específicas

Las fobias específicas implican un miedo irracional y desproporcionado hacia objetos o situaciones concretas, como alturas, animales, inyecciones o volar en avión. La exposición al estímulo temido provoca una respuesta de ansiedad intensa, lo que genera evitación. Se estima que las fobias específicas afectan hasta al **15% de la población**, siendo una de las formas más comunes de ansiedad [6].

Mutismo Selectivo

El mutismo selectivo es un trastorno poco frecuente que afecta principalmente a niños y se caracteriza por la incapacidad de hablar en ciertas situaciones sociales, a pesar de ser capaces de comunicarse en otros contextos.

Suele asociarse con fobia social y dificultades en el desarrollo escolar. Su prevalencia es inferior al **1%** [10].

Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias o Condiciones Médicas

Algunas sustancias como la cafeína, los estimulantes y ciertos medicamentos pueden inducir síntomas de ansiedad. Asimismo, patologías médicas como hipertiroidismo, feocromocitoma o trastornos neurológicos pueden desencadenar cuadros ansiosos. En estos casos, el tratamiento debe centrarse en la causa subyacente [5].

Los trastornos de ansiedad constituyen un espectro amplio de patologías con características clínicas diversas, pero con un denominador común: la interferencia significativa en la vida diaria del paciente. Su clasificación adecuada permite un abordaje diagnóstico y terapéutico más preciso, lo que mejora el pronóstico y la calidad de vida de quienes los padecen.

Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad se basa en una evaluación clínica exhaustiva que incluye la historia médica, la identificación de síntomas específicos y la aplicación de herramientas de evaluación validadas. Dado que estos trastornos pueden compartir manifestaciones clínicas con otras condiciones psiquiátricas y médicas, es fundamental un diagnóstico diferencial preciso para garantizar un tratamiento adecuado y evitar intervenciones innecesarias.

Evaluación Clínica

El proceso diagnóstico comienza con una anamnesis detallada en la que se exploran los síntomas centrales de la ansiedad, su inicio, duración y la presencia de factores precipitantes o agravantes. Según la **American Psychiatric Association (APA)**, los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo o preocupación desproporcionada y persistente que interfiere en la vida cotidiana del individuo. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), los síntomas deben

persistir por al menos seis meses para cumplir con los criterios diagnósticos [5].

Es fundamental investigar antecedentes familiares de ansiedad, ya que la predisposición genética juega un papel importante en su desarrollo. Asimismo, deben evaluarse eventos vitales recientes, como pérdidas personales, dificultades laborales o enfermedades físicas, que podrían haber actuado como desencadenantes. En muchos casos, la ansiedad se presenta de manera fluctuante, con períodos de exacerbación en respuesta al estrés.

El examen físico es una parte esencial del diagnóstico, ya que permite descartar enfermedades médicas subyacentes que pueden manifestarse con síntomas similares a los de la ansiedad. Entre las condiciones más relevantes se encuentran el hipertiroidismo, el feocromocitoma y diversas arritmias cardíacas, las cuales pueden producir taquicardia, sudoración excesiva y sensación de falta de aire. En casos específicos, se pueden requerir estudios complementarios, como

pruebas de función tiroidea, electrocardiograma o monitoreo de catecolaminas en orina para descartar causas orgánicas de los síntomas [7].

Herramientas de Evaluación

Para cuantificar la severidad de los síntomas ansiosos y evaluar la respuesta al tratamiento, se han desarrollado diversos cuestionarios estandarizados. Uno de los más utilizados es el GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), una escala de siete ítems que permite identificar y clasificar la gravedad del TAG. Una puntuación igual o superior a 10 sugiere un posible trastorno de ansiedad generalizada y amerita una evaluación clínica más detallada [11].

Otra herramienta ampliamente empleada es la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), que consta de 14 ítems diseñados para medir la intensidad de los síntomas ansiosos tanto en su dimensión psicológica como somática. Además, el Beck Anxiety Inventory (BAI) es un cuestionario de 21 ítems que permite evaluar

síntomas físicos y cognitivos de la ansiedad, siendo útil para diferenciarla de la depresión [12,13].

Para el diagnóstico específico del trastorno de pánico, se utiliza la Escala de Severidad del Trastorno de Pánico (PDSS, Panic Disorder Severity Scale), la cual ayuda a medir la frecuencia, intensidad y el impacto funcional de los ataques de pánico [14]. Aunque estas herramientas no sustituyen la valoración clínica, pueden ser de gran ayuda para guiar el diagnóstico y monitorizar la evolución del paciente durante el tratamiento.

Diagnóstico Diferencial

Los trastornos de ansiedad presentan síntomas que pueden superponerse con otras condiciones psiquiátricas y médicas, lo que hace necesario un análisis diferencial cuidadoso. Uno de los principales diagnósticos diferenciales es la depresión mayor, ya que la ansiedad es un síntoma común en los trastornos afectivos. Sin embargo, en la depresión, el estado de ánimo bajo es el síntoma predominante, mientras que en la ansiedad la

preocupación excesiva y la activación autonómica son las manifestaciones principales [3].

En los trastornos psicóticos, como la esquizofrenia, la ansiedad extrema puede presentarse junto con delirios o alucinaciones, lo que permite diferenciar estas condiciones. Del mismo modo, en los trastornos somatomorfos, los pacientes pueden manifestar una ansiedad marcada en torno a síntomas físicos inexplicables, lo que puede confundirse con un trastorno de ansiedad primaria [15].

Otra consideración diagnóstica importante es el trastorno por consumo de sustancias, ya que el uso de estimulantes como la cafeína, las anfetaminas o la cocaína puede inducir síntomas ansiosos intensos. Del mismo modo, la abstinencia de sustancias depresoras del sistema nervioso central, como el alcohol o las benzodiacepinas, puede provocar un síndrome ansioso de intensidad variable [16].

Por último, diversas enfermedades médicas pueden simular un trastorno de ansiedad debido a la presencia de

síntomas fisiológicos similares. El hipertiroidismo es una de las causas más frecuentes, ya que produce hiperactividad del sistema nervioso simpático con taquicardia, sudoración y temblores. Otras condiciones a considerar incluyen el feocromocitoma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las arritmias cardíacas, que pueden generar disnea y palpitaciones [10].

El diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad requiere una evaluación integral que combine anamnesis, exploración física y la aplicación de herramientas psicométricas. Un abordaje adecuado permite no solo diferenciar la ansiedad de otras patologías, sino también planificar un tratamiento efectivo que mejore la calidad de vida del paciente.

Manejo Terapéutico

El tratamiento de los trastornos de ansiedad requiere un enfoque integral que combine estrategias farmacológicas y no farmacológicas con el objetivo de reducir los

síntomas, mejorar la funcionalidad del paciente y prevenir recaídas. La elección del tratamiento depende del tipo de trastorno de ansiedad, la severidad de los síntomas, la presencia de comorbilidades y las preferencias del paciente[17].

Tratamiento Farmacológico

Los fármacos de primera línea en el tratamiento de los trastornos de ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), debido a su eficacia demostrada y perfil de seguridad favorable. Entre los ISRS más utilizados se encuentran la sertralina, el escitalopram, la fluoxetina y la paroxetina, mientras que los IRSN incluyen la venlafaxina y la duloxetina. Estos medicamentos actúan aumentando la disponibilidad de serotonina y noradrenalina en la sinapsis neuronal, lo que contribuye a la modulación de la ansiedad. Suelen tardar entre dos y seis semanas en mostrar efectos clínicos significativos, por lo que es

fundamental educar al paciente sobre la necesidad de adherencia al tratamiento.

Las benzodiacepinas, como el alprazolam, clonazepam y lorazepam, pueden ser utilizadas en el tratamiento a corto plazo de la ansiedad severa o los ataques de pánico, pero su uso debe ser restringido debido al riesgo de dependencia y síndrome de abstinencia. Se recomienda prescribirse en dosis mínimas y durante períodos limitados, siempre considerando su eventual discontinuación mediante una reducción progresiva de la dosis.

Otros agentes farmacológicos incluyen la buspirona, que es útil en el trastorno de ansiedad generalizada, y la pregabalina, que ha demostrado eficacia en algunos casos de ansiedad social y TAG. Los betabloqueantes, como el propranolol, pueden ser empleados en la fobia social para controlar los síntomas físicos de la ansiedad, como la taquicardia y el temblor, particularmente en situaciones específicas como hablar en público[18].

Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento psicoterapéutico de elección para los trastornos de ansiedad. Su eficacia ha sido ampliamente demostrada en ensayos clínicos y se basa en la modificación de pensamientos disfuncionales y la exposición progresiva a los estímulos temidos. La TCC ayuda a los pacientes a identificar y desafiar creencias irracionales que perpetúan la ansiedad, promoviendo estrategias de afrontamiento más adaptativas.

En el caso del trastorno de pánico, la exposición interoceptiva es una técnica utilizada dentro de la TCC que busca reducir la sensibilidad a los síntomas físicos de la ansiedad mediante la exposición controlada a ellos. Para las fobias específicas y el trastorno de ansiedad social, la desensibilización sistemática y la exposición gradual a las situaciones temidas han demostrado ser altamente efectivas.

Las terapias de tercera ola, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y el mindfulness, también han cobrado relevancia en el tratamiento de los trastornos de

ansiedad. Estas intervenciones enfatizan la aceptación de los síntomas en lugar de la evitación y enseñan técnicas de regulación emocional que mejoran la resiliencia del paciente ante situaciones estresantes[19].

Manejo Multimodal y Estrategias Complementarias

El tratamiento de la ansiedad debe complementarse con modificaciones en el estilo de vida que ayuden a reducir los niveles de estrés y promuevan el bienestar general. El ejercicio físico regular ha demostrado ser un coadyuvante eficaz, ya que contribuye a la regulación de los neurotransmisores implicados en la ansiedad, como la serotonina y la dopamina. Además, la actividad física mejora la calidad del sueño y reduce la activación autonómica asociada a la ansiedad.

La higiene del sueño es otro aspecto fundamental, ya que los trastornos del sueño son frecuentes en pacientes con ansiedad. Se recomienda establecer horarios regulares para acostarse y levantarse, evitar el uso de pantallas

antes de dormir y limitar el consumo de cafeína y otros estimulantes en horas nocturnas.

Las técnicas de relajación, como la respiración diafragmática, la meditación y la relajación muscular progresiva, pueden ser herramientas útiles para controlar la respuesta de activación fisiológica. La práctica regular de estas técnicas ha mostrado beneficios en la reducción de la ansiedad basal y en el manejo de episodios agudos de ansiedad.

El tratamiento de los trastornos de ansiedad debe ser individualizado y adaptado a las necesidades de cada paciente. La combinación de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y estrategias de autocuidado ofrece mejores resultados que el uso aislado de cualquiera de ellas. La educación del paciente sobre su condición, junto con un seguimiento adecuado, es clave para lograr una recuperación sostenida y mejorar la calidad de vida[8].

Referencias

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO.
2. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*;45(8):1027-35. doi:10.1016/j.jpsychires.03.006.
3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch Gen Psychiatry*;62(6):617-27. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617.
4. Michopoulos V, Powers A, Gillespie CF, Ressler KJ, Jovanovic T. Inflammation in fear- and anxiety-based disorders: PTSD, GAD, and beyond.

Neuropsychopharmacology;42(1):254-70.

doi:10.1038/npp.2016.146.

5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Text Revision. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2022.
6. Stein MB, Sareen J. Generalized anxiety disorder. *N Engl J Med*;373(21):2059-68. doi:10.1056/NEJMcp1502514.
7. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*;17(3):327-35.
8. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*.;388(10063):3048-59.
doi:10.1016/S0140-6736(16)30381-6.
9. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*;38(1):15-28.
doi:10.1017/S0033291707001699.
10. Schruers KR, van Diest R, Griez EJ. Smoking, caffeine consumption, and panic anxiety. *J Clin Psychiatry*.;66(5):599-605. doi:10.4088/JCP.v66n0508.
11. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*.166(10):1092-7.
doi:10.1001/archinte.166.10.1092.

12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.*;32(1):50-5. doi:10.1111/j.2044-8341.tb00467.x.
13. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.*;56(6):893-7. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893.
14. Shear MK, Brown TA, Barlow DH, Money R, Sholomskas DE, Woods SW, et al. Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psychiatry.*;154(11):1571-5. doi:10.1176/ajp.154.11.1571.
15. Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull.*37(4):811-21. doi:10.1093/schbul/sbp148.
16. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet.*;369(9565):946-55. doi:10.1016/S0140-6736(07)60159-7.
17. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JR, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2014;28(5):403-39. doi:10.1177/0269881114525674.

18. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med*. 359(26):2753-66. doi:10.1056/NEJMoa0804633.
19. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 69(4):621-32. doi:10.4088/JCP.v69n0415.

Esquizofrenia de Inicio Temprano en la Adolescencia

Edison Moises Yaguar Gutierrez

Médico Universidad de Guayaquil

Introducción

La esquizofrenia de inicio temprano, definida como la aparición de síntomas psicóticos antes de los 18 años, es un trastorno grave y debilitante que afecta el desarrollo neurocognitivo y emocional del individuo. Este tipo de esquizofrenia, que es menos frecuente que la de inicio en la adultez, suele asociarse con un curso más severo de la enfermedad y peores resultados en términos de funcionamiento social y académico [1].

Los primeros signos pueden ser sutiles y fácilmente confundidos con otras patologías psiquiátricas, lo que dificulta el diagnóstico precoz [2]. En la adolescencia, un periodo crítico de desarrollo cerebral y emocional, la esquizofrenia interrumpe procesos esenciales como la maduración de las funciones cognitivas y la consolidación de la identidad [3].

Los adolescentes con esquizofrenia de inicio temprano a menudo enfrentan un estigma significativo y dificultades en sus relaciones interpersonales. Estos factores, sumados a los síntomas psicóticos, contribuyen a la alta tasa de discapacidad asociada con el trastorno [4]. A lo largo de este capítulo, se explorarán las características clínicas, factores de riesgo, implicaciones neurobiológicas, y estrategias terapéuticas específicas para adolescentes con esquizofrenia de inicio temprano.

Epidemiología

La esquizofrenia de inicio temprano es un trastorno raro en comparación con la esquizofrenia de inicio en la adultez, con una prevalencia estimada de aproximadamente 0.1-0.4% en la población general [1]. En adolescentes, la incidencia anual de esquizofrenia varía entre 1 y 3 casos por cada 10,000 personas [2]. Esta forma de esquizofrenia es más común en varones, con una relación hombre-mujer de aproximadamente 2:1 [3], lo que sugiere que los factores biológicos, como las diferencias hormonales y el desarrollo cerebral, pueden influir en la susceptibilidad y el curso de la enfermedad.

El inicio temprano de la esquizofrenia está asociado con un peor pronóstico en comparación con los casos de inicio en la adultez [4]. Los adolescentes diagnosticados con esquizofrenia de inicio temprano tienden a tener una progresión más rápida del trastorno y mayores dificultades para alcanzar un funcionamiento social y académico adecuado [5]. Además, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, como la depresión y los trastornos de ansiedad, es frecuente en esta población, lo que complica aún más el manejo clínico [6].

Factores genéticos juegan un papel importante en la esquizofrenia de inicio temprano, con estudios que demuestran una alta concordancia en gemelos y un mayor riesgo en individuos con familiares de primer grado que también padecen el trastorno [7]. Además, ciertos factores de riesgo ambientales, como el estrés prenatal, infecciones durante el embarazo, y complicaciones obstétricas, han sido identificados como contribuyentes al desarrollo de la esquizofrenia en la adolescencia [8].

En términos de distribución geográfica, la esquizofrenia de inicio temprano tiene una prevalencia similar en diferentes regiones del mundo, aunque factores socioeconómicos y culturales pueden influir en el reconocimiento temprano y el acceso al tratamiento [9]. Sin embargo, se han observado tasas más altas en áreas urbanas y en poblaciones de migrantes, lo que sugiere que el estrés social y los factores de adversidad pueden contribuir al desarrollo temprano del trastorno [10].

Características Clínicas

La presentación clínica de la esquizofrenia en adolescentes puede variar, pero los síntomas característicos incluyen delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado y deterioro del funcionamiento diario [5]. En los casos de inicio temprano, estos síntomas suelen acompañarse de una marcada disfunción social y académica, así como cambios abruptos en el comportamiento y la personalidad [6]. Los adolescentes afectados pueden volverse retraídos, perder interés en actividades que

antes disfrutaban y mostrar una disminución en su rendimiento escolar [7].

Un aspecto crítico en la esquizofrenia de inicio temprano es la alta prevalencia de síntomas negativos, como la aplanación afectiva, la abulia y el aislamiento social [8]. Estos síntomas pueden preceder a los episodios psicóticos o coexistir con ellos, complicando el diagnóstico diferencial con otros trastornos del desarrollo o del estado de ánimo [9]. Los adolescentes también pueden experimentar síntomas cognitivos, como dificultades en la atención, la memoria de trabajo y la resolución de problemas, lo que agrava aún más su capacidad para funcionar en entornos escolares y sociales [10].

Las alucinaciones auditivas, uno de los síntomas psicóticos más comunes en adolescentes, tienden a ser más vívidas y terroríficas en esta población que en los adultos [11]. Los delirios de persecución o de grandiosidad también son frecuentes, aunque a menudo se manifiestan de manera menos estructurada que en

adultos [12]. La presencia de estos síntomas psicóticos puede llevar a comportamientos de riesgo y conductas autolesivas, lo que hace que el manejo temprano y adecuado sea esencial [13].

Factores de Riesgo y Etiología

La esquizofrenia de inicio temprano está influenciada por una combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. Existe una fuerte predisposición genética, con estudios que muestran una mayor prevalencia de esquizofrenia en adolescentes con antecedentes familiares del trastorno [14]. Además, las alteraciones en el desarrollo cerebral prenatal y perinatal, como complicaciones obstétricas y exposición a infecciones virales durante el embarazo, han sido identificadas como factores de riesgo [15].

A nivel neurobiológico, la esquizofrenia en adolescentes se asocia con anomalías en la estructura cerebral, incluyendo la reducción del volumen de la materia gris en regiones clave como el lóbulo frontal y el hipocampo [6]. Estas alteraciones afectan el procesamiento

cognitivo y emocional, lo que podría explicar algunos de los síntomas observados en esta población [7].

Los estudios de neuroimagen también han identificado disfunciones en los sistemas dopaminérgico y glutamatérgico, que desempeñan un papel crucial en la modulación de las vías neuronales implicadas en la cognición y la percepción [8].

Factores ambientales, como el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente el cannabis, también se han relacionado con un mayor riesgo de esquizofrenia de inicio temprano [9]. El uso de cannabis durante la adolescencia, una etapa crítica de maduración cerebral, puede precipitar la aparición de síntomas psicóticos en individuos genéticamente vulnerables [10]. Otros factores de riesgo incluyen el trauma infantil, el abuso físico o emocional, y el estrés familiar crónico, que pueden actuar como desencadenantes en la expresión de la enfermedad [11].

Implicaciones Neurocognitivas

La esquizofrenia de inicio temprano tiene profundas implicaciones en el desarrollo neurocognitivo del adolescente. El deterioro cognitivo es una característica central del trastorno y afecta dominios clave como la memoria de trabajo, la atención sostenida y la velocidad de procesamiento [2]. Estos déficits cognitivos tienden a ser más severos y generalizados en adolescentes que en adultos con esquizofrenia [3]. A medida que el cerebro adolescente continúa su proceso de maduración, la interferencia causada por la esquizofrenia puede interrumpir el desarrollo de habilidades cognitivas esenciales para la vida adulta [4].

Uno de los aspectos más afectados es el funcionamiento ejecutivo, que incluye la capacidad de planificación, organización y toma de decisiones [5]. Estas habilidades son cruciales durante la adolescencia, una etapa en la que se espera que los jóvenes asuman una mayor independencia y responsabilidad. Sin embargo, los déficits ejecutivos en la esquizofrenia de inicio temprano limitan la capacidad del adolescente para participar en

actividades académicas y sociales, perpetuando el aislamiento y el fracaso escolar [6].

Además de los déficits cognitivos, los adolescentes con esquizofrenia pueden experimentar alteraciones en la percepción sensorial y la integración de la información, lo que contribuye a la aparición de síntomas psicóticos como las alucinaciones [7]. La disfunción en los circuitos neuronales que conectan las áreas sensoriales con las regiones prefrontales puede explicar las dificultades para distinguir entre estímulos internos y externos, un fenómeno común en la esquizofrenia [8].

Tratamiento y Manejo Clínico

El tratamiento de la esquizofrenia de inicio temprano en la adolescencia debe ser multimodal, combinando intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales [9]. Los antipsicóticos atípicos son el pilar del tratamiento farmacológico, aunque su uso en adolescentes debe ser cuidadosamente monitoreado debido al mayor riesgo de efectos secundarios, como el aumento de peso, la sedación y el síndrome metabólico

[3]. La elección del antipsicótico debe basarse en un balance entre la eficacia en la reducción de síntomas psicóticos y la tolerabilidad del medicamento [1].

Además de la farmacoterapia, la intervención psicoterapéutica es crucial para abordar los aspectos emocionales y sociales del trastorno. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser efectiva para ayudar a los adolescentes a identificar y manejar pensamientos distorsionados, así como a reducir la intensidad de los síntomas psicóticos [2]. La psicoeducación para las familias es igualmente importante, ya que el apoyo familiar es un factor clave en el éxito del tratamiento y la prevención de recaídas [3].

La intervención temprana es fundamental para mejorar el pronóstico en la esquizofrenia de inicio temprano. Los programas de intervención temprana, que incluyen apoyo psicopedagógico, rehabilitación cognitiva y terapia ocupacional, pueden ayudar a los adolescentes a mantener un nivel funcional y a reducir el impacto a largo plazo de la enfermedad [4]. Estos enfoques

integrados, que combinan tratamiento médico con soporte psicosocial, son esenciales para maximizar el potencial de recuperación en esta población [5].

Conclusiones

La esquizofrenia de inicio temprano en la adolescencia es un trastorno psiquiátrico complejo que afecta profundamente el desarrollo emocional, social y cognitivo de los jóvenes. Los adolescentes con este trastorno enfrentan desafíos significativos, tanto en el manejo de sus síntomas psicóticos como en su capacidad para llevar una vida funcional. Los avances en el conocimiento de la etiología y la neurobiología del trastorno han permitido el desarrollo de tratamientos más efectivos, pero el pronóstico sigue siendo variable dependiendo de la intervención temprana y el apoyo recibido.

El manejo clínico de la esquizofrenia de inicio temprano debe ser integral, involucrando a un equipo multidisciplinario y a la familia del paciente para optimizar los resultados. A medida que la investigación continúa avanzando, se espera que nuevas terapias y

enfoques personalizados mejoren la calidad de vida de los adolescentes afectados por esta enfermedad debilitante.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. McClellan J, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(9):976-990.
3. Rapoport JL, Addington AM, Frangou S. The neurodevelopmental model of schizophrenia: Update 2005. *Mol Psychiatry*. 2005;10(5):434-449.
4. Keshavan MS, Anderson S, Pettergrew JW. Is schizophrenia due to excessive synaptic pruning in the prefrontal cortex? The Feinberg hypothesis revisited. *J Psychiatr Res*. 1994;28(3):239-265.
5. Weinberger DR. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(7):660-669.
6. Thompson JL, Kelly M, Kim J, et al. Childhood-onset schizophrenia: Clinical and treatment responses in

- adolescence and beyond. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2013;7(1):9-19.
7. Heinimaa M, Salokangas RK, Ristkari T, et al. Early detection and intervention of psychosis: a review of clinical trials. *Early Interv Psychiatry*. 2008;2(2):89-98.
8. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature*. 2010;468(7321):187-193.
9. Uhlhaas PJ, Singer W. Abnormal neural oscillations and synchrony in schizophrenia. *Nat Rev Neurosci*. 2010;11(2):100-113.
10. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts”: What we know in 2008. Part 3: Neurobiology. *Schizophr Res*. 2008;106(2-3):89-107.
11. Nicolson R, Lenane M, Brookner FB, et al. Children and adolescents with psychotic disorder not otherwise specified: a 2- to 8-year follow-up study. *Compr Psychiatry*. 2000;41(5):351-359.
12. Biederman J, Petty CR, Faraone SV, et al. A prospective longitudinal follow-up study of juveniles with bipolar disorder in adulthood. *Bipolar Disord*. 2008;10(3):304-313.
13. Correll CU, Penzner JB, Parikh UH, et al. Recognizing and treating the early symptoms of schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2011;11(4):423-431.
14. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016;388(10039):86-97.

15. Falkai P, Schneider-Axmann T, Honer WG, et al. Inhibition of adult neurogenesis in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2015;165(1):43-47.