

Introducción

El término psicosis infantil abarca un gran número de trastornos psiquiátricos graves de diferentes orígenes que se podrían definir como una grave alteración o deterioro de la conciencia. Las características clínicas peculiares en el niño y adolescente distintas de la forma de presentación del adulto, son responsables de la dificultad en el reconocimiento y diagnóstico.^{1,2}

Caso clínico

CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años que acude por primera vez al equipo de infanto-juvenil del Centro de Salud Mental en septiembre de 2008. Es derivada por su pediatra por “hiperactividad”.

ENTREVISTA CON LOS PADRES

La primera entrevista se realiza con los padres, sin estar presente la paciente. Ellos cuentan que hace unos meses el Equipo de Atención Temprana del colegio les recomendó valoración por el Servicio de Psiquiatría. Aportan un informe que refleja la evolución y cambios apreciados en la paciente.

La primera valoración de la paciente se realiza en el año 2001, cuando tenía 3 años. En aquel momento era considerada como una alumna con necesidades educativas especiales, “déficit cognitivo asociado a gran prematuridad”. Posteriormente la evolución es positiva, no requiriendo la paciente apoyo escolar aunque si muestra dificultades de atención y concentración, memoria y psicomotricidad. También se aprecian dificultades en el ámbito socioafectivo y relación con iguales.

Un año después se objetiva que la capacidad intelectual de la paciente es normal pero siguen existiendo dificultades en el ámbito emocional y de adaptación social, y es necesario mejorar las habilidades de interacción social. La paciente tiende al aislamiento en los momentos lúdicos. También se apunta en ese momento la existencia de problemas de sueño y sobrefamiliaridad con personas que no conoce.

En el curso actual se aprecian conductas atípicas y dificultades en los procesos cognitivos básicos, tanto a nivel conductual como relacional, llamadas de atención, preocupación e interés inusuales para su edad y frustración ante las exigencias de la escuela. Se detecta una dinámica familiar disfuncional trabajado desde Servicios Sociales y centro educativo con pocas expectativas de cambio.

En esa primera entrevista también los padres de la paciente aportan un informe de la tutora de su hija, quien considera que la alumna presenta una conducta inquieta junto a falta de atención y concentración unido a un rendimiento variable. Refiere que tiene una necesidad constante de movimiento, le cuesta cumplir las normas y se aprecia falta de organización en las tareas y poca responsabilidad. La paciente no se encuentra integrada en clase y a menudo habla de temas poco inusuales para su edad.

Los padres refieren que ellos no se habían planteado acudir a Salud Mental, según ellos su hija acude a consulta “por los nervios, es muy activa, desobediente y rebelde..” Cuentan que en determinadas épocas la niña estaba obsesionada con los colores rojo, negro y con la muerte, ahora ya no hace ningún comentario en relación a eso.

El embarazo fue deseado. Existía riesgo para el feto por lo que le realizaban una ecografía cada 15 días. A los 7 meses se le tuvo que realizar una cesárea urgente y la paciente permaneció durante dos meses y medio en la UCI neonatal. A lo largo de todo el desarrollo el peso y la talla ha sido menor de lo normal. No hubo lactancia materna debido a la medicación antihipertensiva que la madre tenía pautada.

Cuentan que a partir del año y medio de vida la paciente presentaba dificultad para la alimentación que tras inicio en el comedor escolar mejora. En relación con el sueño, hasta los 4 años duerme con la madre en la misma cama y el padre en otra habitación, en el momento actual duerme en su habitación pero en algunas épocas como el verano duerme con la madre. Como antecedentes médicos, únicamente cuentan varios episodios de bronquiolitis requiriendo ingreso en la planta en dos ocasiones.

El inicio de la deambulación y el lenguaje posterior a los dos años y en cuanto al control de esfínteres no ha presentado problemas. La paciente es autónoma para las actividades de la vida diaria. La definen como “muy cariñosa, inquieta, se relaciona con gente mayor, prefiere jugar sola aunque si tiene amigos”, “es más infantil que los niños de su edad”.

Comentan que desde los 20 meses hasta los 3 años de edad estuvo acudiendo a un centro de estimulación precoz, posteriormente no precisó acudir. En el momento actual está repitiendo 4º de primaria. Según cuentan los dos últimos años para algunas asignaturas como matemáticas y lengua llevaba los libros del curso anterior.

ENTREVISTA CON LA PACIENTE

La paciente refiere que la vida le va bien, después y sin preguntarla relata de forma detallada las vacaciones de sus tres últimos años. El colegio le gusta aunque hay días que preferiría quedarse en casa. Durante el recreo juega con sus amigos. En cuanto a la relación con sus padres, refiere que es muy buena, que le gusta su familia, “a veces contesto y otras me porto bien y entonces mi padre me compra chucherías”.

Entre sus aficiones destaca jugar con las muñecas, ver la televisión, sobre todo películas infantiles y jugar a la consola. En el futuro le gustaría ser bailarina o cantante y en este momento querría tener 18 años para poder salir con sus amigas e ir a discotecas. Ella misma se define como hiperactiva, “porque me gusta mucho hablar”, también se define como una niña guapa y simpática. No cuenta tener preocupaciones y le parece bien lo de acudir al ambulatorio.

Si pudiera elegir tres deseos que le fueran concedidos en este momento serían: vivir toda la eternidad para poder disfrutar mucho de la vida, vivir en la playa e ir a Mallorca, donde estuvo las vacaciones anteriores y en donde disfruto mucho.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente. Orientada en las tres esferas. Simpática. Abierta. Intenta ser agradable. Cierta logorrea, en algunos momentos de la entrevista discurso adultomorfo. Incontinencia verbal. Inquietud psicomotriz. Excesiva familiaridad. No impresiona de clínica psicótica. No auto/heteroagresividad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- TDAH
- Trastorno bipolar en la infancia
- Alteraciones de la dinámica familiar

EVOLUCIÓN

Siempre entra sonriente a la consulta y suele enseñar la ropa o complementos que lleve y pregunta en varias ocasiones si le gusta. Durante la entrevistas presenta cierta inquietud psicomotriz pero permanece sentada a lo largo del tiempo que dura la consulta. Suele coger lápices y hacer algún comentario sobre ellos aunque me esté contando otra cosa en ese momento.

El discurso suele ser abundante y en ocasiones utiliza términos propios de adultos. Habla a menudo sobre los sentimientos de sus padres hacia ella y hace hincapié en ellos. Impresiona reclamar mayor atención y cariño por parte de sus padres.

En cuanto a la actitud de la paciente durante las entrevistas, suele cantar una canción o recitar un poema y posteriormente siempre pregunta si le ha gustado o si le ha hecho bien. Cuando llega el momento de acabar la consulta refiere que se le ha pasado el tiempo muy deprisa y cuando tiene que volver al centro.

A lo largo de este tiempo de seguimiento me trae la paciente un nuevo informe de la tutora realizado al mes de inicio del curso académico actual en el que afirma que se aprecian mejorías en la niña. Está más tranquila y atenta a las explicaciones. Se muestra más motivada y con mejor rendimiento. Se aprecian menos llamadas de atención. Ha mejorado la integración de la paciente en la clase y juega con los compañeros de clase. Respeta las normas y se muestra más colaboradora en relación con el curso anterior.

Discusión

Al inicio la mayoría de los niños tienen pautas de comportamiento normales por lo que es frecuente que pase desapercibida la patología. Más tarde cuando el niño fracasa en alcanzar el nivel esperado de desarrollo social, académico y ocupacional es cuando se empieza a intentar explicar su conducta a través de diversos trastornos.^{1,3}

Realizar el correcto diagnóstico en psiquiatría infantil se ve dificultado por múltiples factores tales como, la fuente de información, no es lo mismo los padres que los profesores, por ejemplo, el tipo de entrevista realizada en el niño, las pruebas y tests utilizados, la clasificación diagnóstica que se use y la existencia de síntomas comunes a diversos síndromes que favorecen el solapamiento de distintos trastornos.¹

A pesar de que muchos autores siguen poniendo en duda la existencia del trastorno bipolar en edad prepuberal, parece que cada vez hay más consenso sobre la existencia de cuadros de manía en este grupo de edad. Síntomas primarios de la manía como la irritabilidad, aumento de la actividad, mayor capacidad de distracción e impulsividad son así mismo síntomas principales del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. A estas semejanzas clínicas hay que añadir que un alto porcentaje de adolescentes con trastorno bipolar reúnen criterios para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.^{4,5}

Algunos autores sugieren si en los casos de TADH en los que sobre todo predomina la irritabilidad, los desequilibrios emocionales y de la conducta junto con agresividad y que además tienen antecedentes familiares de trastorno bipolar no serían más fácilmente entendidos como variantes de un trastorno emocional que TADH.^{3,6}

Con gran frecuencia llegar al correcto diagnóstico de un solo síndrome más allá de la comorbilidad, es algo que se realiza de forma empírica. Otra veces es el tratamiento farmacológico el que nos orienta, por regla general los estimulantes agravan los síntomas maníacos. Otros autores recomiendan hacer un estudio comparativo entre nuestro caso e individuos claramente afectados solo de unos de los trastornos para fijarnos en la etiología, patologías asociadas, grado de disfunción...para afinar al máximo el diagnóstico diferencial.³

Bibliografía

1. Kraepelin: Manic-Depressive Insanity and Paranoia. Robertson GM (ed). Barclay RM, trans Edinburg, Livingstone, 1921.
2. Loranger y Levine: Age of onset of bipolar affective illness. Arch Gen Psychiatry 1978, 35: 1345-1348.
3. Ajuriaguerra, J.: Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona: Elsevier Masson, 2007.
4. Bowring y Kovacs. Difficulties un diagnosing manic disorders among children and adolescents. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992, 31:611-614
5. Vallejo Ruilba, J.: Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 6ª ed. Elsevier, Barcelona, 2006.
6. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. Barcelona, 1995.

