



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

ADVERSIDADES EN LA PSICOSIS INFANTIL A PROPÓSITO DE UN CASO

Bárbara Martín Carrasco, Paula Beatriz López de Castro Barrios, Clara Provenza Tomás, Ángela de Urquía Palacios y Covadonga Fernández Carrodegas.

barbaramartincarrasco@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Describimos un caso de psicosis en mujer de 11 años sustentada por un seno familiar con padres añosos, dificultades relacionales, sobreprotección materna, escaso manejo de situaciones complicadas y patrones de comunicación que podrían ser fuente de estrés.

HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Crisis de agresividad.

Antecedentes personales

Somáticos: No alergias medicamentosas conocidas. Miopía. No otras enfermedades somáticas de interés. No intervenciones quirúrgicas.

Biográficos: Mujer de 11 años. Nacida en Europa. Llegó a España a los 3 años de edad. Convive con sus padres y un hermano menor, 9 años, con trastornos conductuales en estudio.

Desarrollo Psicoevolutivo: No se producen problemas importantes durante el embarazo. Sí se recoge la presencia de distonía muscular y pérdida de peso neonatales que mejoran con la lactancia materna. No existen problemas de sueño ni alimentación desde la primera infancia, época en la que refieren que les llamaba la atención que "no solía llorar". Se objetivan intereses restringidos (animales).

En el contexto escolar ha presentado alteraciones significativas del juego, jugando con niños de menor edad que ella, infantilidad, aislamiento social y pasividad, dificultades cualitativas en la interacción social, posible presencia de pica y conductas extrañas. Solicitud de valoración psicopedagógica en dos ocasiones (un año de diferencia entre ambas) a demanda de su tutora.

En ellas se recoge:

- Desarrollo cognitivo: mayor dificultad en las pruebas de comprensión y en el manejo mental de la información retenida. Funcionamiento intelectual normal-bajo.
- Desarrollo motor: coordinación motriz pobre. En la segunda valoración aparece normalizado.
- Desarrollo sensorial: problemas visuales.

ADVERSIDADES EN LA PSICOSIS INFANTIL A PROPÓSITO DE UN CASO

- Desarrollo comunicativo y lingüístico: retraso en la adquisición del lenguaje que mejora tras intervención logopédica. A nivel comunicativo se observa tono monótono y problemas para seguir una conversación ya que en ocasiones no responde, simplemente mira sin decir nada, ignora al interlocutor o se marcha. A veces no comprende expresiones hechas o palabras con doble sentido.
En la segunda valoración no muestra retraso en la comunicación tanto expresiva como receptiva.
- Desarrollo social y afectivo: relación positiva y escasa con los compañeros. Presenta gran dificultad a la hora de interpretar emociones en los demás y ponerse en el lugar de los otros, así como a la hora de expresar sus propias emociones.
En la segunda valoración se observa mejoría en la expresión de emociones y empatía.
- Aprendizaje y motivación: persona trabajadora pero con gran dependencia de los adultos para poder desarrollar la tarea asignada. Alto grado de distracción. Ritmo de trabajo lento.
- Competencia curricular: desarrollo actitudinal correspondiente a un curso por debajo del que se encuentra.

En esta valoración hacen referencia a una conducta, que aunque se ha producido de forma puntual en el colegio, sí se considera relevante por lo anómala. La paciente ha comenzado a imitar a un felino poniéndose a cuatro patas en un rincón al final de la clase, respondiendo con zarpazos y gruñidos a quien intentara acercarse o hablarle. En otras ocasiones ha empezado a gruñir pero no ha desarrollado la conducta descrita completamente.

Se informa también de que la paciente en alguna ocasión va al baño y si tiene algún problema, como dificultad para abrir la puerta, se queda allí sin decir nada y sin volver a clase.

No obstante su nivel académico actual está dentro de la media, con apoyo de una profesora particular fuera del horario lectivo.

Psiquiátricos: Primer contacto con Salud Mental, en sector privado, a los 6 años de edad por cuadro de agitación y desorientación, coincidiendo con episodio de estrés. Se procede a su ingreso para observación del cuadro y estudio de despistaje orgánico, excluyéndose estudios genéticos. En todas las pruebas (analítica de sangre y orina, tóxicos en orina, EEG, TAC y RNM de cráneo) se obtuvieron resultados dentro de la normalidad.

Poco tiempo después, la familia decide solicitar una consulta de evaluación, por otro profesional dentro del sector privado, donde se plantea la presencia de psicosis infantil e inmadurez cognitiva. Recomiendan seguimiento e intervención por parte de psicología y Diazepam en caso de estrés elevado.

Con 7 años, es derivada desde Atención Primaria a Salud Mental por presentar "reacciones psicógenas ante situaciones escolares estresantes, mutismo selectivo, alteraciones del lenguaje, timidez e inseguridad". Es entonces cuando se inicia seguimiento por psicología evidenciándose la presencia de alteraciones en la comunicación (ecolalias, estereotipias verbales y aprosodia),

ADVERSIDADES EN LA PSICOSIS INFANTIL A PROPÓSITO DE UN CASO

lenguaje parco y escasamente espontáneo al iniciar la entrevista, risas inmotivadas, falta de reciprocidad socio-emocional y dificultades en pensamiento abstracto.

Se pasa la Escala de Autismo de Guilliam (GARS) con resultados no orientativos de Trastorno Generalizado del Desarrollo; aunque sí aparecen indicadores de problemas en área de intereses restringidos y comportamientos estereotipados, así como, dificultades en la expresión emocional, interacción con iguales y señalan problemas de adquisición del lenguaje con probable relación con bilingüismo.

Tras varias revisiones, la familia refiere mejoría conductual en el colegio. Sin embargo, indica alteraciones graves del comportamiento en el contexto familiar con episodios de descontrol emocional con manifestaciones de agresividad verbal y física hacia ellos, un episodio de fuga del hogar y otro de encierro en el baño ante elevado estrés. Señalan que la presencia de los episodios de alteración de comportamiento suelen ser reactivos a situaciones estresantes y/o frustrantes para la niña. Durante varias entrevistas, la paciente se muestra con actitud y comportamiento marcadamente opositora y desafiante con los adultos.

Con diagnóstico de presunción de Trastorno Generalizado del Desarrollo se decide derivación a Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil para confirmación diagnóstica y posibilidad de abordaje integral en tercer nivel especializado. No obstante, la familia abandona el seguimiento apoyándose en que desde hace años notan que la paciente es inmadura y presenta comportamientos infantiles pero que en varias evaluaciones realizadas se han obtenido resultados dentro de la normalidad.

Antecedentes familiares

Se desconocen.

Enfermedad actual

Paciente mujer de 11 años de edad que ingresa en el Servicio de Pediatría a cargo de Psiquiatría por presentar episodios continuados de agitación psicomotriz siendo imposible su contención familiar. En los últimos días presentaba conductas inadecuadas, tendencia a la fuga, falta de colaboración y estado de desconexión del medio.

Dada la gran inquietud psicomotriz que presenta la paciente, las alteraciones conductuales, la reiteración de asistencias al Servicio de Urgencias y la imposibilidad familiar de contención ambulatoria, se plantea un nuevo ingreso a cargo de psiquiatría.

Exploración física

Buen estado general. Buena hidratación, nutrición y perfusión. No aspecto séptico.

Cráneo: Normoformado.

Cuello: No adenopatías.

Tórax: No taquipnea ni tiraje.

Auscultación cardiaca: Tonos cardiacos normales. No soplos.

Auscultación respiratoria: Buena ventilación pulmonar.

ADVERSIDADES EN LA PSICOSIS INFANTIL A PROPÓSITO DE UN CASO

Abdomen: Blando, depresible, no se palpan masas ni visceromegalias.

Piel: Buena coloración. No petequias ni exantemas.

Locomotor: Normal.

Sistema Nervioso: Crisis de agitación psicomotriz, agresividad marcada, no responde a preguntas ni a órdenes verbales, no colaboradora. Pares craneales normales. No focalidad neurológica. Signos meníngeos negativos.

ORL: Normal.

Exploración funciones psíquicas

Dado el estado de agitación psicomotriz no fue posible realizar una exploración psicopatológica adecuada en esos momentos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica de sangre y orina sin hallazgos significativos. Alcohol negativo.

Drogas de abuso en orina negativas.

TAC de cráneo con resultados dentro de la normalidad.

RMN con hallazgos dentro de la normalidad.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

El caso clínico expuesto fue seleccionado por la dificultad que supuso llegar a un diagnóstico dado la ambivalencia mostrada por los familiares así como por la falta de longitudinalidad debido al abandono voluntario.

Las conductas anormales empiezan identificándose con un Trastorno Generalizado del Desarrollo⁸. Recientemente, aparecen conductas no explicadas por el mismo que aumentaron de frecuencia y por las que se barajaron diferentes diagnósticos como: trastorno oposicionista desafiante, trastorno disociativo, trastorno psicótico agudo¹⁰ e incluso se llegó a descartar la posibilidad de maltrato infantil que podría dar explicación a las conductas de huida, al difícil acceso familiar y a su ambivalencia ante la situación.

Finalmente el cuadro parece decantarse por un episodio psicótico agudo muy bizarro y desintegrativo diagnosticándose de Trastorno psicótico agudo polimorfo. Éste se apoya en la ausencia de causa orgánica, el comienzo agudo con estado rápidamente cambiante y variable, existencia de estrés agudo, y la frecuente perplejidad, preocupación o falta de atención hacia la conversación inmediata⁹. La recuperación completa tiene lugar generalmente a corto plazo, a menudo en pocas semanas, y sólo una pequeña proporción desarrolla estados persistentes e invalidantes.

ADVERSIDADES EN LA PSICOSIS INFANTIL A PROPÓSITO DE UN CASO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo

TRATAMIENTO

Existencia de constante problemática con la medicación administrada ya que la paciente presentaba gran sensibilidad a los psicofármacos. Se pasaba rápidamente de la no obtención de efecto a la presencia de adversidades¹¹.

En un primer momento se inicia, desde el Servicio de Urgencias, pauta con Haloperidol que fue retirado en escasos días por presentar importante sedación y sialorrea. Posteriormente, se decide pautar Risperidona, a pesar de la reticencia en un primer momento por parte de los familiares ya que había presentado efectos adversos en indicaciones previas, consiguiéndose la mejoría clínica sin estar exenta de cierta somnolencia.

Al alta se mantuvo pauta con Risperidona solución 1,5 -1,5 – 1,5 y se facilitó una cita en 3 días con su psiquiatra de referencia.

EVOLUCIÓN

En los primeros días de ingreso era imposible una entrevista psicopatológica dado el estado altamente oscilante que presentaba la paciente, existiendo momentos de mayor colaboración y otros de negativismo, puerilidad, frecuente desinhibición conductual, labilidad afectiva, risas inmotivadas, discurso sumamente pobre, no contestando prácticamente a las preguntas de exploración psicopatológica, solamente refiere que se pone muy nerviosa, y hace referencia indirecta a lo que se le pasa por la cabeza. En ocasiones presenta gran inquietud psicomotora con conductas inadecuadas, disruptivas e impredecibles que precisaron de contención farmacológica y mecánica.

Poco a poco se ha ido normalizando su situación de modo que en las siguientes entrevistas, la paciente mostraba una actitud mucho más colaboradora, pero sumamente pueril e infantiloides, describe que le pasan ideas "malas" por la mente que no puede controlar y verbaliza la presencia de alucinaciones auditivas simples que le decían que se fuese corriendo, siendo por tanto una conducta no estructurada volitivamente; sensación de perplejidad y de que le iba a pasar algo, tenía miedo. Estos síntomas fueron desapareciendo.

Durante el ingreso se tuvo que modificar en varias ocasiones la pauta de tratamiento neuroléptico y benzodiacepínico; ya que la paciente es muy sensible a la acción de los psicofármacos presentado efectos adversos con gran rapidez, sobre todo sedación.

A nivel familiar destaca la dinámica de protección familiar y unos padres con mal manejo de la situación de la crisis, por lo que se ha intervenido de forma importante su capacidad de apoyo y orientación.

ADVERSIDADES EN LA PSICOSIS INFANTIL A PROPÓSITO DE UN CASO

A los 22 días del ingreso se obtiene el alta por mejoría clínica.

En la revisión posthospitalización, encuentran a la paciente consciente, orientada en espacio, tiempo y persona, colaboradora. Afectuosa pero inadecuada en su demostración. Mantenimiento de la atención a estímulos del contexto que le resultan relevantes. Pueril en algunas reacciones. Impresiona de baja tolerancia a la frustración cuando el estímulo presentado no cubre sus expectativas. No alteraciones del apetito ni del sueño. Niega ideación delirante así como autolítica. Juicio de realidad conservado.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Los síntomas psicóticos aparecen en un 17% de niños de 9 a 12 años¹, aunque solo una pequeña proporción desarrolla estados persistentes⁹. La detección y tratamiento precoz conllevan mayores beneficios², pero hay aspectos que los dificultan como: el desconocimiento y/o percepción estigmatizante de la sintomatología, que pueden llevar a la no aceptación parental del problema y, consecuentemente, a no buscar ayuda temprana o incluso rechazarla; y el difícil acceso a profesionales especializados, cuyo número es limitado³.

Por ello, es común que la clínica permanezca varios años antes del diagnóstico⁴ y tratamiento⁵ causando importante carga y estrés para los padres³.

Se ha observado como patrones comunicativos inadecuados⁶ y un ambiente familiar adverso aumenta el estrés, empeorando el curso y la gravedad de los síntomas.

En el caso clínico que nos ocupa, transcurren 4 años hasta el momento actual, probablemente con síntomas y sin atención especializada, por abandono familiar del seguimiento. Suponemos un agravamiento sintomático en este periodo aumentándose la carga y estrés familiar. El desbordamiento se evidencia en visitas frecuentes a Urgencias y hospitalización por agitación, en un periodo de dos meses. Además, los padres parecen tener escaso manejo de situaciones complicadas y patrones de comunicación que pueden ser fuente de estrés.

Concluir que, probablemente la sensibilización clínica e importancia del seguimiento, así como la enseñanza de una crianza efectiva, podría haber sido útil para evitar el desbordamiento familiar y agravamiento sintomático

BIBLIOGRAFÍA

1. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and metaanalysis of population-based studies. *Psychol Med.* 2012;42:1857-63.
2. Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Alvarez-Jimenez M, Herrman H, et al. Outcome in earlyonset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophr Res.* 2011;131:112-9.

ADVERSIDADES EN LA PSICOSIS INFANTIL A PROPÓSITO DE UN CASO

3. Srivastava S, Sharma I, Bhatia M. Parenting in Children and Adolescents with Psychosis. *Indian Pediatr.* 2014; 51(12):991-995.
4. Sikich L. Diagnosis and evaluation of hallucinations and other psychotic symptoms in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2013;22:655-73.
5. Dominguez MD, Fisher HL, Major B, Chisholm B, Rahaman N, Joyce J , et al. Duration of untreated psychosis in adolescents: Ethnic differences and clinical profiles. *Schizophr Res.* 2013; 150:526-32.
6. De Sousa P, Varese F, Sellwood W, Bentall RP. Parental communication and psychosis: A meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2014; 40:756-68.
7. Hooley JM. Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3: 329-52.
8. Soutullo Esperón C, Mardomingo Sanz M.J. *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.* España: Panamericana; 2010.
9. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* 5a ed. España: Panamericana; 2014.
10. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* 8ª ed. España: Masson; 2015.
11. Sans Fitó A, San Sebastián J, Rodríguez Hernández PJ, et al. *Psicofarmacología Pediátrica: Seguridad y Eficacia.* 1ª ed. España: Cyesan; 2013.